**تُقدَّم خطة Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) من قِبل شركة Health Net of California, Inc.**

# *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 ..... 20

F. التغييرات الإدارية ..... 22

G. اختيار خطة ..... 23


**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 كتوبر 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.

G1. البقاء في خطتنا ..... 23
G2. تغيير الخطط ..... 23
H. الحصول على المساعدة ..... 27
H1. خطتنا ..... 27
H2. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) ..... 27
H3. Ombuds Program ..... 27
H4. Medicare ..... 28
H5. إدارة الرعاية الصحية المُدارة بكاليفورنيا ..... 28

## A. إخلاء المسؤولية

- هذه ليست القائمة الكاملة. وتمثل معلومات المزايا ملخصًا موجزًا لا وصفًا كاملاً للمزايا. لمزيد من المعلومات، يُرجى الاتصال بالخطة أو قراءة *"كتيب الأعضاء الخاص بـ"* Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP).
- تعد Wellcare علامة تجارية لـ Medicare خاصة بخطة Centene Corporation وHMO وPPO وPFFS وPDP ومتعاقدة 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 جزءًا 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 الضمائر "نحن"، أو "نا" الفاعلين أو "الخاص بنا" أو "خطتنا"، فإنّ 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 مشتركًا في برامج Medicare وMedi-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 الأرمينية 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, թագալոգ 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 អារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្ការ៉ូ កូរ៉េ រុស្សី 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، تاگالوگ 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.

- . 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 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября представители доступны с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. 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 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 كتوبر 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 الأرمينية أو الكمبودية (الخميرية) أو الصينية (بأحرف تقليدية) أو الفارسية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاغولوغية 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 الخطة، 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 كتوبر 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

- تمثّل Wellcare by Health Net خطة رعاية صحية تتعاقد مع كل من Medicare وMedi-Cal لتوفير مزايا كلا البرنامجين للمسجّلين.

- 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.

**B3. الأشياء التي يتعين عليك القيام بها**

- **تحقق من حدوث أي تغييرات على المزايا التي نقدمها والتكاليف التي قد توثر فيك.**
  - هل توجد أي تغييرات تؤثر على الخدمات التي تستخدمها؟
  - راجع التغييرات التي تطرأ على المزايا والتكاليف للتأكد من أنها ستناسبك في العام القادم.
  - اطلع على **القسم E1** للحصول على معلومات حول التغييرات التي تطرأ على المزايا والتكاليف الخاصة بخطتنا.
- **تحقق من وجود أي تغييرات على تغطية الأدوية الموصوفة والتي قد توثر عليك.**
  - هل ستتم تغطية أدويتك؟ هل تندرج أدويتك ضمن فئة مختلفة؟ هل يمكنك التعامل مع الصيدليات نفسها؟
  - راجع التغييرات للتأكد من أن تغطية الأدوية ستناسبك 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 أطباؤك، 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 خطتنا أم لا.**

| **إذا قررت البقاء ضمن Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP):** | **في حال قررت تغيير الخطط:** |
|---|---|
| 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 تلقائيًا في Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP). | 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 غيّرت إلى Original Medicare، فسوف تبدأ التغطية الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي. |

## C. تغييرات على اسم خطتنا

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

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

## D. 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 محدَّثة من *دليل مقدمي الخدمات والصيدليات* على موقعنا الإلكتروني https://wellcare.healthnetcalifornia.com. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة للحصول على معلومات مقدّم الخدمات المحدّثة أو لتطلب منا إرسال *دليل مقدمي الخدمات والصيدليات* إليك عبر البريد.

من المهم أن تعرف أننا قد نقوم أيضًا 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. 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. الجدول أدناه هذه التغييرات.

| | 2022 (هذا العام) | 2023 (العام المقبل) |
|---|---|---|
| **خدمات الإسعاف** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** لكل رحلة ذهاب فقط مقابل خدمات الإسعاف التي تغطيها Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل خدمات الإسعاف التي تغطيها Medicare. |
| **مركز الجراحة المتنقل** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. |

| | 2022 (هذا العام) | 2023 (العام المقبل) |
|---|---|---|
| **جراحة السمنة** | جراحة السمنة **غير** مشمولة بالتغطية. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل جراحة السمنة المشمولة بالتغطية بموجب مزايا Medi-Cal.<br><br>يلزم الحصول على تصريح مسبق. |
| **خدمات إعادة تأهيل القلب** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. |
| **خدمات إعادة تأهيل القلب – المكثفة** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. |
| **العناية بحالات الحمل** | العناية بحالات الحمل **غير** مشمولة بالتغطية. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل الخدمات التالية المشمولة بالتغطية بموجب مزايا Medi-Cal، بما في ذلك:<br>○ زيارات العيادة ما قبل الولادة وما بعد الولادة<br>○ الولادة الطبيعية<br>○ الولادة القيصرية التي يقوم بها أحد الأطباء الأعضاء<br>○ علاج مضاعفات الحمل، بما في ذلك حالات الإجهاض الضرورية من الناحية الطبية<br>○ حالات الإجهاض الاختياري<br>○ الفحص الجيني للجنين (يلزم الحصول على تصريح مسبق)<br>○ تغطية للطفل حديثي الولادة<br>○ الختان الضروري من الناحية الطبية (أو المصرَّح به من قبل) |

| | 2022 (هذا العام) | 2023 (العام المقبل) |
|---|---|---|
| **خدمات تقويم العمود الفقري– خدمات تقويم العمود الفقري الروتيني** | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** لكل زيارة، حتى 36 زيارة سنويًا للحصول على الخدمات الروتينية المتعلقة بتقويم العمود الفقري. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** لكل زيارة، حتى 24 زيارة سنويًا للحصول على الخدمات الروتينية المتعلقة بتقويم العمود الفقري. |
| **خدمات البالغين المجتمعية** | خدمات البالغين المجتمعية **غير** مشمولة بالتغطية. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل خدمات البالغين المجتمعية المشمولة بالتغطية بموجب مزايا Medi-Cal. |
| **خدمات طب الأسنان – العناية الروتينية بالأسنان** | ثمة حد أقصى لمخصصات مزايا الخطة بقيمة $1000 مقابل الخدمات والإجراءات المتعلقة بطب الأسنان التي تغطيها الخطة. | 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:<br><br>- التيجان - المعادن النبيلة - مرة واحدة كل 5 سنوات تقويمية<br><br>- تركيبات الأسنان (أطقم الأسنان) - كل سنتين تقويميتين للقوس السنية<br><br>- جسور الأسنان - كل 5 سنوات تقويمية لكل سن<br><br>تُطبق الحدود والاستثناءات.<br><br>يمكنك العثور على تفاصيل حول مزايا خدمات طب الأسنان من Medi-Cal على الرابط https://smilecalifornia.org/ |

| | 2022 (هذا العام) | 2023 (العام المقبل) |
|---|---|---|
| **التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. |
| **الأحذية أو الحشوات العلاجية الخاصة بمرض السكري** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل أحذية مرضى السكري أو الحشوات العلاجية التي تغطيها Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل الأحذية والحشوات العلاجية الخاصة بمرض السكري والتي تغطيها Medicare. |
| **خدمات التشخيص بالأشعة** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. |
| **خدمات غسيل الكلى** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. |
| **المعدات الطبية المعمّرة** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل المعدات الطبية المعمّرة التي تغطيها Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل من المعدات الطبية المعمّرة التي تغطيها Medicare. |
| **معدات طبية معمّرة للاستخدام خارج المنزل** | المعدات الطبية المعمّرة المخصصة للاستخدام خارج المنزل **غير** مشمولة بالتغطية. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل المعدات الطبية المعمّرة المخصصة للاستخدام خارج المنزل، حيث تكون مشمولة بالتغطية بموجب مزايا Medi-Cal.<br><br>يلزم الحصول على تصريح مسبق. |
| **خدمات الطوارئ** | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $120** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. |

| | 2022 (هذا العام) | 2023 (العام المقبل) |
|---|---|---|
| **خدمات تنظيم الأسرة** | خدمات تنظيم الأسرة **غير** مشمولة بالتغطية. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل خدمات تنظيم الأسرة التي تتم تغطيتها بموجب مزايا Medi-Cal، بما في ذلك:<br>• وسائل منع الحمل<br>• عمليات التعقيم (للذكور والإناث) |
| **جراحة تحويل النوع** | جراحة تحويل النوع **غير** مشمولة بالتغطية. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل جراحة تغيير النوع المشمولة بالتغطية بموجب مزايا Medi-Cal.<br><br>يلزم الحصول على تصريح مسبق. |
| **Healthy Foods Card**<br><br>وافقت Medicare على Wellcare المقدمة من قِبل Health Net لتوفير هذه المزايا كجزء من برنامج Value-Based Insurance Design. ويتيح هذا البرنامج لـ Medicare تجربة طرق جديدة للتحسين خطط Medicare Advantage. | Healthy Foods Card **غير** مشمولة بالتغطية. | تحصل على بدل بمقدار $50 شهريًا لإنفاقها على منتجات البقالة المؤهلة لدى بائعي التجزئة المشاركين.<br><br>لا يتم ترحيل قيمة هذا البدل إلى الشهر التالي. |
| **التثقيف الصحي** | التثقيف الصحي **غير** مشمول بالتغطية. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل التوعية الصحية المشمولة بالتغطية بموجب مزايا Medi-Cal. |
| **خدمات السمع** | الإحالة **غير** مطلوبة. | قد تكون الإحالة مطلوبة. |
| **خدمات السمع - فحوصات السمع الروتينية** | تغطي الخطة ما يصل إلى $1500 سنويًا مقابل وسائل المساعدة على السمع، بقيمة $750 لكل أذن | تغطي الخطة ما يصل إلى $1000 لكل أذن سنويًا مقابل وسائل المساعدة على السمع. |

| | 2022 (هذا العام) | 2023 (العام المقبل) |
|---|---|---|
| **رعاية الوكالة الصحية المنزلية** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. |
| **كريم سلس البول والحفاضات** | كريم سلس البول والحفاضات **غير** مشمولة بالتغطية. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كريم سلس البول والحفاضات المشمولة بالتغطية بموجب مزايا Medi-Cal. |
| **خدمات الدعم في المنزل** | خدمات الدعم في المنزل **غير** مشمولة بالتغطية. | تقدم خطتك خدمات الدعم التالية في المنزل، من قِبل مُورّد متعاقد معه، بالإضافة إلى الخدمات التي يتم تقديمها من خلال Medi-Cal:<br><br>تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل 12 زيارة كل عام.<br><br>وتشمل الخدمات التنظيف والمهام المنزلية وإعداد الوجبات، فضلاً عن تقديم المساعدة في أنشطة الحياة اليومية. يتم توفير الخدمات بواسطة مورد متعاقد. تنطبق الحدود والقيود. |
| **الرعاية الداخلية بالمستشفى** | بالنسبة إلى الدخول إلى المستشفيات المشمول بالتغطية، مقابل كل مرة تدخل فيها المستشفى:<br><br>تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $2524** مقابل كل إقامة داخل المستشفى وتكون مشمولة بالتغطية.<br><br>تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل 60 يومًا احتياطيًا إضافيًا مدى الحياة. | بالنسبة إلى الدخول إلى المستشفيات المشمول بالتغطية، مقابل كل مرة تدخل فيها المستشفى:<br><br>تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل إقامة داخل المستشفى وتكون مشمولة بالتغطية.<br><br>تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل الأيام الإضافية. |

| | 2022 (هذا العام) | 2023 (العام المقبل) |
|---|---|---|
| **رعاية الصحة العقلية للمرضى المقيمين** | بالنسبة إلى الدخول إلى المستشفيات المشمول بالتغطية، مقابل كل مرة تدخل فيها المستشفى:<br><br>تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $90** في اليوم، لمدة تتراوح بين يوم واحد و15 يومًا لكل إقامة داخل المستشفى تكون مشمولة بالتغطية.<br><br>تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** في اليوم، لمدة تتراوح بين 16 يومًا و90 يومًا لكل إقامة داخل المستشفى تكون مشمولة بالتغطية. | بالنسبة إلى الدخول إلى المستشفيات المشمول بالتغطية، مقابل كل مرة تدخل فيها المستشفى:<br><br>تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل إقامة داخل المستشفى وتكون مشمولة بالتغطية. |
| **خدمات التوعية بأمراض الكلى** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. |
| **الرعاية طويلة الأمد (LTC) في مرفق تمريض أو مرفق تمريض يتمتع بالمهارة** | **لا** تتم تغطية الرعاية طويلة الأمد (LTC) في مرافق التمريض أو مرافق التمريض المتمرس. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل الرعاية طويلة الأجل (LTC) في مرفق تمريض أو مرفق تمريض ماهر، تتم تغطيته بموجب مزايا Medi-Cal. |
| **الخدمات الطبية والاجتماعية** | الخدمات الطبية الاجتماعية **غير** مشمولة بالتغطية. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل الخدمات الاجتماعية الطبية المشمولة بالتغطية بموجب مزايا Medi-Cal. |
| **المستلزمات الطبية** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل المستلزمات الطبية التي تغطيها Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل المستلزمات الطبية التي تغطيها Medicare. |
| **أدوية العلاج الكيميائي/الإشعاعي من Part B لبرنامج Medicare** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل الخدمات التي تغطيها Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل الخدمات التي تغطيها Medicare. |

| | 2022 (هذا العام) | 2023 (العام المقبل) |
|---|---|---|
| **الأدوية التي تُصرف بوصفة طبية من Part B لبرنامج Medicare** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل الخدمات التي تغطيها Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل الخدمات التي تغطيها Medicare. |
| **النقل الطبي في الحالات غير الطارئة بواسطة Medi-Cal**<br><br>**(النقل بواسطة سيارة إسعاف أو السيارة الفان ذات النقالة أو السيارة الفان الصغيرة للمستفيدين الذين لا يستطيعون استخدام وسائل المواصلات العامة أو الخاصة للوصول من وإلى خدمات Medi-Cal المشمولة بالتغطية، والذين يحتاجون إلى المساعدة للسير على الأقدام).** | **لا** تغطي خطة Medicare النقل الطبي في الحالات غير الطارئة بواسطة Medi-Cal. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل النقل الطبي في الحالات غير الطارئة المشمول بالتغطية بموجب مزايا Medi-Cal. |
| **النقل الطبي في الحالات غير الطارئة وسائل النقل والمواصلات (إلى/من المواقع المرتبطة بالصحة والمعتمدة من قِبل الخطة)** | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل 36 رحلة كل عام. تُعد الرحلة وسيلة نقل للذهاب فقط بسيارة الأجرة أو بخدمات التبادل أو عربة نقل إلى موقع مُعتمَد متعلق بالصحة ضمن خطة معينة. تتحدد الرحلات بمسافة 75 ميلاً في اتجاه واحد. يجب عليك الاتصال قبل 72 ساعة لتحديد موعد الرحلة. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل 48 رحلة كل عام. تُعد الرحلة وسيلة نقل للذهاب فقط بسيارة الأجرة أو بخدمات التبادل أو عربة نقل إلى موقع مُعتمَد متعلق بالصحة ضمن خطة معينة. تتحدد الرحلات بمسافة 75 ميلاً في اتجاه واحد. يجب عليك الاتصال قبل 72 ساعة لتحديد موعد الرحلة.<br><br>ستغطيك مزايا Medi-Cal بمجرد استنفاد المزايا التي تقدمها Medicare. |
| **الرعاية الطبية داخل المستشفيات التي لا تغطيها Medicare** | **لا** تكون الرعاية الطبية للمرضى داخل المستشفيات المشمولين بتغطية غير خطة Medicare مشمولة بالتغطية. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل الرعاية الطبية للمرضى داخل المستشفيات المشمولين بتغطية غير خطة Medicare، حيث تكون مشمولة بالتغطية بموجب مزايا Medi-Cal. |

| | 2022 (هذا العام) | 2023 (العام المقبل) |
|---|---|---|
| **خدمات أمراض الدم للمرضى الخارجيين** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare.<br><br>قد يلزم الحصول على إذن مسبق. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare.<br><br>**لا** يلزم الحصول على إذن مسبق. |
| **الإجراءات والاختبارات التشخيصية للمرضى الخارجيين** | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل اختبار لقياس التنفس الذي تغطيه Medicare للأعضاء الذين تم تشخيص إصابتهم بمرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD).<br><br>تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل إزالة نسيج غير طبيعي و/أو الزوائد اللحمية أثناء تنظير القولون الذي يتم إجراؤه كفحص وقائي لسرطان القولون والمستقيم.<br><br>تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل كل الإجراءات والاختبارات التشخيصية الأخرى التي تغطيها Medicare | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. |
| **ملاحظة المستشفى للمرضى الخارجيين** | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $120** مقابل خدمات ملاحظة المرضى الخارجيين التي تغطيها Medicare عندما تدخل كحالة للملاحظة من خلال غرفة الطوارئ.<br><br>تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل خدمات ملاحظة المرضى الخارجيين التي تغطيها Medicare عندما تدخل كحالة للملاحظة للمرضى الخارجيين. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. |
| **خدمات المستشفى للمرضى الخارجيين** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. |

| | 2022 (هذا العام) | 2023 (العام المقبل) |
|---|---|---|
| **خدمات رعاية الصحة العقلية للمرضى الخارجيين - غير النفسية - جلسات جماعية** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل كل جلسة جماعية تغطيها Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل جلسة جماعية تغطيها Medicare. |
| **خدمات رعاية الصحة العقلية للمرضى الخارجيين - غير النفسية - جلسات فردية** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل كل جلسة فردية تغطيها Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل جلسة فردية تغطيها Medicare. |
| **خدمات رعاية الصحة العقلية للمرضى الخارجيين - النفسية - جلسات جماعية** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل كل جلسة جماعية تغطيها Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل جلسة جماعية تغطيها Medicare. |
| **خدمات رعاية الصحة العقلية للمرضى الخارجيين - النفسية - جلسات فردية** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل كل جلسة فردية تغطيها Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل جلسة فردية تغطيها Medicare. |
| **خدمات علاج تعاطي المخدرات للمرضى الخارجيين - جلسات جماعية** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل كل جلسة جماعية تغطيها Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل جلسة جماعية تغطيها Medicare. |
| **خدمات علاج تعاطي المخدرات للمرضى الخارجيين - جلسات فردية** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل كل جلسة فردية تغطيها Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل جلسة فردية تغطيها Medicare. |
| **خدمات الأشعة السينية للمرضى الخارجيين** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. |
| **العناصر التي تُباع بدون وصفة طبية (OTC)** | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0**. تحصل على مبالغ مزايا قدرها $140 كل ربع سنة لإنفاقها على المنتجات المؤهلة التي تُباع من دون وصفة طبية (OTC) من خلال الطلب بالبريد أو لدى بائعي التجزئة المشاركين.<br><br>لا يتم ترحيل هذه الميزة إلى الفترة التالية | 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.<br><br>لا يتم ترحيل هذه الميزة إلى الفترة التالية |

| | 2022 (هذا العام) | 2023 (العام المقبل) |
|---|---|---|
| **خدمات الاستشفاء الجزئي** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. |
| **خدمات طب الأقدام** | **لا** يلزم الحصول على إذن مسبق. | قد يلزم الحصول على إذن مسبق. |
| **الأجهزة التعويضية** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل الأجهزة التعويضية التي تغطيها Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل جهاز بديل اصطناعي يغطيه Medicare. |
| **خدمات إعادة التأهيل الرئوي** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. |
| **رعاية المرافق التمريضية الماهرة (SNF)** | بالنسبة إلى الدخول إلى المرفق الذي تغطيه Medicare، لكل فترة ميزة:<br><br>تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** في اليوم الواحد، لمدة تتراوح بين يوم واحد و20 يومًا و184$ في اليوم، لمدة تتراوح بين 21 و100 يوم مقابل الرعاية التي تغطيها Medicare في مرفق تمريض ماهر.<br><br>ما بعد اليوم 100: أنت مسؤول عن جميع التكاليف. | بالنسبة إلى الدخول إلى المستشفيات المشمول بتغطية Medicare، مقابل كل مرة تدخل فيها المستشفى:<br><br>الأيام من 1 إلى 100: تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل إقامة تغطيها Medicare في منشأة تمريض ماهر.<br><br>ما بعد اليوم 100: تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medi-Cal. |

| | 2022 (هذا العام) | 2023 (العام المقبل) |
|---|---|---|
| **مزايا إضافية خاصة للحالات المرضية المزمنة (SSBCI)**<br><br>**(يتبع في الصفحة التالية)** | يجب أن تفي بإرشادات الأهلية للحصول على مزايا الخطة التالية. بالإضافة إلى ذلك، قد يتطلب الأمر المشاركة في برنامج إدارة الرعاية مع خطتنا.<br><br>توصيل البقالة:<br><br>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.<br><br>دعم حيوان الخدمة:<br><br>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.<br><br>الحيوان الأليف الروبوتي المُرافق:<br><br>تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0**. إذا كنت مؤهلاً، يمكنك الحصول على قطة أو كلب تفاعلي كمُرافق من المورّد المتعاقد معه على الخطة. يخضع نوع الحيوان الأليف للإتاحة. تقتصر الميزة على حيوان أليف واحد لكل عضو في السنة. | يجب أن تفي بإرشادات الأهلية للحصول على مزايا الخطة التالية. بالإضافة إلى ذلك، قد يتطلب الأمر المشاركة في برنامج إدارة الرعاية مع خطتنا.<br><br>توصيل البقالة **غير** مشمول بالتغطية.<br><br>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. ستنتهي صلاحية أي مبالغ مالية تابعة لميزة Flex Card غير المستخدمة الخاصة بالمرافق في نهاية كل شهر. تشمل خدمات المرافق المعتمدة لهذه الميزة ما يلي:<br><br>-مرافق الكهرباء والغاز والصرف الصحي والمياه<br><br>-خدمة هاتف أرضي<br><br>-خدمة تلفزيون كبلي<br><br>-بعض نفقات البترول المحددة<br><br>الحيوان الأليف الروبوتي المُرافق **غير** مشمول بالتغطية. |

| | 2022 (هذا العام) | 2023 (العام المقبل) |
|---|---|---|
| **التمارين الرياضية العلاجية الخاضعة للإشراف (SET)** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. |
| **خدمات التشخيص بالأشعة العلاجية** | تدفع **20% من التكلفة الإجمالية** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. |
| **الخدمات المطلوبة بشكل عاجل** | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $65** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $0** مقابل كل خدمة مشمولة بتغطية Medicare. |
| **الخدمات البصرية** | الإحالة **غير** مطلوبة | قد تكون الإحالة مطلوبة |
| **تغطية الطوارئ في جميع أنحاء العالم** | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $120** مقابل كل خدمة مشمولة بالتغطية. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $95** مقابل كل خدمة مشمولة بالتغطية. |
| **تغطية الرعاية العاجلة في جميع أنحاء العالم** | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $120** مقابل كل خدمة مشمولة بالتغطية. | تدفع **تسديدًا تشاركيًا بقيمة $95** مقابل كل خدمة مشمولة بالتغطية. |

## E2. التغييرات الطارئة على تغطية الأدوية الموصوفة

**التغييرات الطارئة على قائمة الأدوية الخاصة بنا**

تتوفر نسخة محدَّثة *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 محدَّثة 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 واصف 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 إلى30 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 *كتيّب الأعضاء*.)
  - عند حصولك على مخزون مؤقت من الدواء، تحدث مع طبيبك بشأن ما يجب فعله عند نفاد 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 كتيّب 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. يتضمّن 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 كتيّب 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 أدويتك من درجة إلى أخرى، يمكن أن يؤثر ذلك على التسديد التشاركي لديك. لمعرفة ما إذا كانت أدويتك من فئة مختلفة، اطلع عليها في قائمة الأدوية.

يوضح الجدول التالي تكاليف جميع أدوية Part D المشمولة.

| | 2022 (هذا العام) | 2023 (العام المقبل) |
|---|---|---|
| **جميع أدوية Part D المشمولة**<br><br>تكلفة مخزون لشهر واحد من أدوية Part D المشمولة بالتغطية التي يتم صرفها في صيدلية الشبكة<br><br>وافقت Medicare على Wellcare المقدمة من قِبل 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. | أدوية الفئة 1 – الأدوية العامة المفضلة:<br><br>يبلغ التسديد التشاركي لمخزون شهر واحد (30 يومًا) **$0 لكل وصفة طبية**.<br><br>أدوية الفئة 2 - الأدوية العامة:<br><br>يبلغ التسديد التشاركي لمخزون شهر واحد (30 يومًا) **$20 لكل وصفة طبية**.<br><br>أدوية الفئة 3 – أدوية العلامة التجارية المفضلة:<br><br>يبلغ التسديد التشاركي لمخزون شهر واحد (30 يومًا) **$47 لكل وصفة طبية**.<br><br>أدوية الفئة 4 – الأدوية غير المفضلة:<br><br>يبلغ التسديد التشاركي لمخزون شهر واحد (30 يومًا) **46% من إجمالي تكلفة كل وصفة طبية.**<br><br>أدوية الفئة 5 – المستوى المتخصص:<br><br>يبلغ التسديد التشاركي لمخزون شهر واحد (30 يومًا) **25% من إجمالي تكلفة كل وصفة طبية.**<br><br>أدوية الفئة 6 – اختر أدوية الرعاية:<br><br>يبلغ التسديد التشاركي لمخزون شهر واحد (30 يومًا) **$0 لكل وصفة طبية**. | يبلغ التسديد التشاركي لمخزون شهر واحد (30 يومًا) **$0 لكل وصفة طبية**. |

## F. التغييرات الإدارية

تظهر المعلومات الواردة في شبكة التغييرات الإدارية أدناه التغييرات السنوية التي تطرأ على خطتك والتي لا تؤثر بشكل مباشر في المزايا أو مشاركات التكلفة.

| | 2022 (هذا العام) | 2023 (العام المقبل) |
|---|---|---|
| **القسط الشهري للخطة** | تبلغ قيمة القسط الشهري للخطة $33.20. | ليس لديك قسط شهري للخطة. |
| **تتغير خطتك** | أنت عضو في Wellcare Plus Sapphire I (HMO) واخترت خطة Medi-Cal منفصلة مقدمة من خلال Health Net أو شركة أخرى. | أنت عضو في Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) وسيتم تحويلها تلقائيًا إلى Health Net Medi-Cal Plan. |

## G. اختيار خطة

### G1. البقاء في خطتنا

نأمل بأن تظل عضو خطة لدينا. ليس عليك القيام بأي شيء للبقاء في خطتنا. إذا **لم** تغيّر إلى خطة Medicare مختلفة، أو تغير إلى Original Medicare، فستظل مسجلاً 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 Medicare الخاصة بك**

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

| | |
|---|---|
| **1. يمكنك التغيير إلى:**<br><br>**خطة رعاية صحية أخرى تابعة لـ Medicare** | **إليك ما يجب فعله:**<br><br>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.<br><br>للاستفسارات حول برامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE), اتصل على 1-855-921-PACE (7223).<br><br>إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو إلى المزيد من المعلومات:<br><br>• 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/.<br><br>**أو**<br><br>سجّل في خطة جديدة للرعاية الطبية Medicare.<br><br>سيتم إنهاء تسجيلك تلقائيًا من خطة Medicare لدينا عند بدء تغطية خطتك الجديدة.<br><br>قد تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك. |

| | |
|---|---|
| **2. يمكنك التغيير إلى:**<br><br>**خطة Original Medicare بالإضافة إلى خطة منفصلة للأدوية الموصوفة التابعة لبرنامج Medicare** | **إليك ما يجب فعله:**<br><br>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.<br><br>إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو إلى المزيد من المعلومات:<br><br>• 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/.<br><br>**أو**<br><br>سجّل في خطة الأدوية الموصوفة التابعة لبرنامج Medicare.<br><br>بمجرد بدء تغطية Original Medicare، سيُلغى تسجيلك في خطتنا تلقائيًّا.<br><br>لن تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك. |

| | |
|---|---|
| **3. يمكنك التغيير إلى:**<br><br>**خطة Original Medicare دون خطة منفصلة للأدوية الموصوفة التابعة لبرنامج Medicare**<br><br>**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.<br><br>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. ولمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. | **إليك ما يجب فعله:**<br><br>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.<br><br>إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو إلى المزيد من المعلومات:<br><br>• 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/.<br><br>بمجرد بدء تغطية Original Medicare، سيُلغى تسجيلك في خطتنا تلقائيًّا.<br><br>لن تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك. |

**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. 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 *كتيّب 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 *كتيّب الأعضاء* لعام 2023 متاحًا بحلول يوم 15 أكتوبر. ودائمًا ما تتوفر نسخة محدَّثة 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 كاليفورنيا، 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 مباشرةً، 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 كتيّب *Medicare وأنت لعام 2023*. ويُرسل 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 (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار الساعة، طوال أيام الأسبوع. ينبغي على مستخدمي أجهزة TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

## H5. إدارة الرعاية الصحية المُدارة بكاليفورنيا

تتحمل 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 1-800-275-4737 (TTY: 711) واستخدم إجراءات التظلم الخاصة بخطتك الصحية قبل الاتصال بالإدارة. في الفترة ما بين 1 كتوبر 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 طل 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 للصم والبكم. 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:
  - مترجمي لغة إشارة مؤهلين
  - 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:
  - مترجمين فوريين مؤهلين
  - 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 فيCalifornia ، 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៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-888-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-888-431- 9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

**中文 (Chinese)**：注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 **1-888-431-9007** (TTY：**711**)。我們也為殘殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 **1-888-431-9007** (TTY：**711**)。這些服務為免費服務。

**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 بریل 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**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ

**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, hnangv zing mangc mv buatc 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 ਮੁਫ਼ਤ 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.