خطة Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) المقدَّمة من Health Net Community Solutions, Inc.

الإخطار السنوي بالتغييرات لعام 2024

المقدمة

أنت مسجل حاليًا بصفتك عضوًا 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. للحصول على مزيد من المعلومات عن التكاليف أو المزايا أو القواعد، يرجى مراجعة *كتيب الأعضاء* الموجود على موقعنا الإلكتروني www.wellcare.com/healthnetCA. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من *كتيب الأعضاء* الخاص بك.

موارد إضافية

- يتوفر هذا المستند مجانًا باللغات الإسبانية والصينية والفيتنامية والكورية والتاجالوجية والعربية والأرمينية والكمبودية والفارسية والروسية والهمونجية.
- يمكنك الحصول على هذا *الإخطار السنوي بالتغييرات* مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بخط كبير أو بطريقة برايل أو ملف صوتي. 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 إبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. والاتصال مجاني.
- يجب أن نقدم المعلومات بطريقة تناسبك (بلغات أخرى غير الإنجليزية أو بطريقة برايل أو في تسجيل صوتي أو بطباعة كبيرة أو بتنسيقات بديلة أخرى، إلخ). يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء إذا كنت بحاجة إلى معلومات عن الخطة بتنسيق آخر.
  - لتقديم طلب دائم أو تغيير طلب دائم أو تقديم طلب مرة واحدة للحصول على مواد بلغة أخرى غير الإنجليزية أو بتنسيق بديل، يرجى الاتصال بـ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). وسنقوم بتوثيق اختيارك. 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 إبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. ومع ذلك، يرجى ملاحظة أنه خلال عطلات نهاية الأسبوع والإجازات من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر، قد يرد نظام الهاتف الآلي لدينا على مكالمتك. يرجى ترك اسمك ورقم هاتفك وسنعاود الاتصال بك في غضون يوم عمل واحد (1). المكالمة مجانية.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 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. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة www.wellcare.com/healthnetCA.

- We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter just call us at 1-800-431-9007 (TTY: 711). Between October 1 and March 31, representatives are available Monday-Sunday, 8 a.m. to 8 p.m. Between April 1 and September 30, representatives are available Monday-Friday, 8 a.m. to 8 p.m. Someone that speaks Spanish, Chinese, Vietnamese, Korean, Tagalog, Arabic, Armenian, Cambodian, Farsi, Russian and Hmong can help you. This is a free service.

- نوفّر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا 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. يمكن لشخص يتحدث باللغة العربية مساعدتك. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

- Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ բժշկական ապահովագրության մեր ծրագրի կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ ձեր ցանկացած հարցի պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ՝ 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից կիրակի օրերին՝ ժամը 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը: Հայերեն խոսող օպերատորը կարող է օգնել ձեզ: Այս ծառայությունն անվճար է:

- យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសានិងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ អ្នកដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

- 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，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。會說中文的人員可以幫助您。此為免費服務。

- برای پاسخگویی به همه پرسش‌هایی که ممکن است درباره طرح بهداشتی یا دارویی ما داشته باشید، خدمات ترجمه شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم. برای درخواست مترجم شفاهی کافی است از طریق شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس نمایندگان ما از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر نمایندگان ما از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس خواهند بود. فردی که به زبان فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این خدمات به‌طور رایگان ارائه می‌شود.

- Nous proposons des services d'interprètes gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au 1-800-431-9007 (TTY : 711). Les représentants sont disponibles du lundi au dimanche, de 8 h à 20 h, entre le 1er octobre et le 31 mars ; et du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, entre le 1er avril et 30 septembre. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

- Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, senpleman rele nou nan 1-800-431-9007 (TTY:711). Ant 1ye oktòb ak 31 mas, reprezantan yo disponib Lendi pou Dimanch, 8è a.m. rive nan 8è p.m. Ant 1ye avril ak 30 septanm, reprezantan yo disponib Lendi pou Vandredi, 8è a.m. rive 8è p.m. Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen kapab ede w. Se yon sèvis gratis.

- हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी सवाल का जवाब देने के लिए, हम मुफ़्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, हमें 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें। 1 अक्टूबर से 31 मार्च के बीच, प्रतिनिधि सोमवार से रविवार, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक उपलब्ध हैं। 1 अप्रैल से 30 सितंबर के बीच, प्रतिनिधि सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक उपलब्ध हैं। कोई व्यक्ति जो हिंदी बोलता है आपकी सहायता कर सकता है। यह एक नि:शुल्क सेवा है।

- Peb muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pub dawb los teb rau txhua cov lus nug uas koj muaj hais txog peb txoj phiaj xwm kho mob los sis tshuaj.Yog xav tau ib tug kws txhais lus tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-431-9007 (TTY: 711).Thaum Lub Kaum Hlis Ntuj Tim 1 txog Lub Peb Hlis Ntuj Tim 31, yuav muaj cov neeg sawv cev rau Hnub Monday-Hnub Sunday, thaum 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Thaum Lub Plaub Hlis Ntuj Tim 1 txog Lub Cuaj Hlis Ntuj Tim 30, yuav muaj cov neeg sawv cev rau Hnub Monday-Hnub Friday, thaum 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Ib tug neeg uas hais Lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj.Qhov no yog ib qho kev pab dawb xwb.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 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. **لمزيد من المعلومات**، يرجى زيارة www.wellcare.com/healthnetCA.

- Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il numero 1-800-431-9007 (TTY: 711). Dal 1° ottobre al 31 marzo, i rappresentanti sono disponibili dal lunedì alla domenica, dalle 8:00 alle 20:00. Dal 1° aprile al 30 settembre, i rappresentanti sono disponibili dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00. Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

- Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: 1-800-431-9007 (TTY: 711). Zwischen dem 1. Oktober und dem 31. März sind unsere Mitarbeiter von Montag bis Sonntag von 8 Uhr bis 20 Uhr erreichbar. Zwischen dem 1. April und dem 30. September sind unsere Mitarbeiter von Montag bis Freitag von 8 Uhr bis 20 Uhr erreichbar. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

- 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、1-800-431-9007（TTY：711）にお電話ください。担当者の対応時間は、10 月 1 日から 3 月 31 日までは、月曜～日曜日、午前 8 時～午後 8 時です。4 月 1 日から 9 月 30 日までは、月曜日～金曜日、午前 8 時～午後 8 時です。日本語を話す者が対応いたします。これは無料のサービスです。

- 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우,1-800-431-9007(TTY:711)번으로 당사에 연락해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에, 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 연락하시면 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있ㅅ습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

- ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບບໍລິການລ່າມແປພາສາ, ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ໃນລະຫວ່າງວັນທີ 1 ຕຸລາ ຫາ 31 ມີນາ, ຕົວແທນໃຫ້ບໍລິການແຕ່ວັນຈັນ - ວັນອາທິດ, 8 ໂມງເຊົ້າ ເຖິງ 8 ໂມງແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເມສາ ຫາ 30 ກັນຍາ, ຕົວແທນໃຫ້ບໍລິການແຕ່ວັນຈັນ - ວັນສຸກ, 8 ໂມງເຊົ້າ ເຖິງ 8 ໂມງແລງ. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວໄດ້ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າ.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 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. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة www.wellcare.com/healthnetCA.

- Yie mbuo liepc duqv maaih faan waac mienh wangv-henh tengx dau waac bun muangx dongh haaix zanc meih qiemx naaic taux yie mbuo goux nyei ziux goux wangc siangx sou-gorn a'fai ndie nyei sou-gorn. Liouh lorx faan waac mienh se korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Yiem naaiv ziepc hlaax saengh 1 mingh taux faah hlaax 31 nyei bouc dauh, ninh mbuo liuc leiz dengv gong mienh se liepc zoux gong yiem leiz-baaix yietv–leiz-baaix cietv, yiem naaiv 8 diemv lungh ndorm mingh taux 8 diemv lungh muonx oc. Yiem naaiv feix hlaax saengh 1 mingh taux juov hlaax 30 nyei bouc dauh, ninh mbuo liuc leiz dengv gong mienh se liepc zoux gong yiem leiz-baaix yietv–leiz-baaix cietv, yiem naaiv 8 diemv lungh ndorm mingh taux 8 diemv lungh muonx. Liepc duqv maaih faan waac mienh tengx meih faan benx mienh waac bun muangx. Naaiv diuc gong-bou se wangv-henh tengx mv zuqc bun nyaanh oc.

- Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer 1-800-432-9007 (TTY: 711). W okresie od 1 października do 31 marca przedstawiciele są dostępni od poniedziałku do niedzieli w godzinach od 8:00 do 20:00. W okresie od 1 kwietnia do 30 września przedstawiciele są dostępni od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:00 Osoba mówiąca po polsku może udzielić pomocy. Usługa ta jest bezpłatna.

- Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre 1 de outubro e 31 de março, os representantes estão disponíveis de segunda-feira a domingo, das 08:00 às 20:00. Entre 1 de abril e 30 de setembro, os representantes estão disponíveis de segunda-feira a sexta-feira, das 08:00 às 20:00. Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

- ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬਸ ਸਾਨੂੰ 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। 1 ਅਕਤੂਬਰ ਅਤੇ 31 ਮਾਰਚ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ, ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਐਤਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। 1 ਅਪ੍ਰੈਲ ਤੋਂ 30 ਸਤੰਬਰ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ, ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 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. **لمزيد من المعلومات**، يرجى زيارة www.wellcare.com/healthnetCA.

- Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам 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 с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.
- Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder las cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos 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. Alguien que habla español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.
- May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami 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. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.
- เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการล่ามแปลภาษา โปรดติดต่อเราที่หมายเลข 1-800-431-9007 (TTY: 711) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคม เรามีล่ามแปลภาษาให้บริการในวันจันทร์ - วันอาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. และในช่วง 1 เมษายนถึง 30 กันยายน รามีล่ามแปลภาษาให้บริการในวันจันทร์ - วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. คนที่พูดภาษาไทยได้สามารถให้ความช่วยเหลือแก่คุณ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

- Ми безкоштовно надаємо послуги перекладачів, щоб ви могли отримати відповіді на будь-які свої запитання щодо нашого плану медичного обслуговування чи забезпечення лікарськими засобами. Щоб отримати допомогу перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-431-9007 (TTY: 711). У період з 1 жовтня по 31 березня ви можете звертатися до представників із понеділка по неділю з 8:00 до 20:00. У період з 1 квітня по 30 вересня звернутися до представників можна з понеділка по п’ятницю з 8:00 до 20:00. Спеціаліст, який володіє українською мовою, допоможе вам. Ця послуга безкоштовна.
- Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Nhân viên nói tiếng Việt có thể hỗ trợ quý vị. Dịch vụ này miễn phí.

جدول المحتويات

A. إخلاء المسؤولية 9
B. مراجعة تغطية Medicare وMedi-Cal للعام المقبل 9
B1. معلومات عن Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 9
B2. الأشياء التي يتعين عليك القيام بها 10
C. التغييرات في اسم خطتنا 11
D. التغييرات التي تطرأ على مقدمي الرعاية والصيدليات في شبكتنا 11
E. التغييرات في المزايا والتكاليف للعام المقبل 11
E1. التغييرات في المزايا والتكاليف للخدمات الطبية 11
E2. التغييرات في تغطية الأدوية الموصوفة 20
F. التغييرات الإدارية 22
G. اختيار خطة 24
G1. البقاء في خطتنا 24
G2. تغيير الخطط 24
H. الحصول على المساعدة 27
H1. خطتنا 27
H2. برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) 28
H3. برنامج محققي الشكاوى 28
H4. Medicare 28
H5. إدارة الرعاية الصحية المدارة في California 29

A. إخلاء المسؤولية

- إن Wellcare هي علامة Medicare التجارية لشركة Centene Corporation، وخطط HMO وPPO وPFFS وPDP بعقد من Medicare وتُعَد جهة راعية معتمدة لأدوية Part D. وتمتلك خطط D-SNP الخاصة بنا عقدًا مع برنامج Medicaid الخاص بالولاية. ويعتمد التسجيل في خططنا على تجديد العقد.
- هذه ليست قائمة كاملة. معلومات المزايا هي ملخص موجز، وليست وصفًا كاملاً للمزايا. لمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بالخطة أو قراءة*كتيب الأعضاء* الخاص بـ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP).
- قد تكون المزايا المذكورة جزءًا من المزايا الإضافية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة. ولن يكون جميع الأعضاء مؤهلين.

B. مراجعة تغطية Medicare وMedi-Cal للعام المقبل

من المهم مراجعة تغطيتك الآن للتأكد من أنها ستلبي احتياجاتك في العام المقبل. وإذا كانت لا تلبي احتياجاتك، فيمكنك ترك خطتنا. راجع **القسم E** لمزيد من المعلومات عن التغييرات التي تطرأ على مزاياك في العام المقبل.

إذا اخترت ترك خطتنا، فستنتهي عضويتك في آخر يوم من الشهر الذي قدمت فيه الطلب. وستظل مشتركًا في برامج Medicare وMedi-Cal ما دمت مؤهلاً لذلك.

إذا تركت خطتنا، فيمكنك الحصول على معلومات عن:

- خيارات برنامج Medicare في الجدول الوارد في **القسم G2**.
- خيارات برنامج Medi-Cal وخدماته في **القسم G2**.

B1. معلومات عن Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)

- Health Net Community Solutions, Inc. هي خطة صحية تتعاقد مع كل من Medicare وMedi-Cal لتوفير مزايا كلا البرنامجين للأعضاء.
- تُعَد التغطية المشمولة ضمن Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) تغطية صحية مؤهلة تُعرف باسم "الحد الأدنى للتغطية الأساسية". وهي تفي بمتطلبات المسؤولية المشتركة للأفراد لقانون حماية المريض والرعاية بأسعار معقولة (ACA). تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني لدائرة ضريبة الدخل (IRS) على www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families للحصول على مزيد من المعلومات عن متطلبات المسؤولية المشتركة للأفراد.
- حين ينص هذا *الإخطار السنوي بالتغييرات* على "نحن" أو ما يعمل عمل ضمير المتكلمين أو "خطتنا"، فهذا يشير إلى خطة Medicare Medi-Cal Plan.

B2. الأشياء التي يتعين عليك القيام بها

- **تحقق مما إذا كانت هناك أي تغييرات في المزايا والتكاليف قد تؤثر فيك.**
  - هل توجد أي تغييرات تؤثر في الخدمات التي تستخدمها؟
  - راجع التغييرات التي تطرأ على المزايا والتكاليف للتأكد من أنها ستناسبك في العام المقبل.
  - راجع **القسم E1** للحصول على معلومات عن التغييرات التي تطرأ على المزايا والتكاليف الخاصة بخطتنا.
- **تحقق مما إذا كانت هناك أي تغييرات في تغطية الأدوية الموصوفة قد تؤثر فيك.**
  - هل ستخضع أدويتك للتغطية؟ هل يمكنك التعامل مع الصيدليات نفسها؟
  - راجع التغييرات للتأكد من أن تغطية الأدوية ستناسبك في العام المقبل.

  راجع **القسم E2** للحصول على معلومات عن التغييرات التي تطرأ على تغطية الأدوية التي نقدمها.
- **تحقق من وجود مقدمي الرعاية والصيدليات الذين تتعامل معهم في شبكتنا العام المقبل.**
  - هل أطباؤك، بمن فيهم الاختصاصيون، موجودون في شبكتنا؟ ماذا عن الصيدلية التي تتعامل معها؟ وماذا عن المستشفيات التي تستخدمها أو مقدمي الرعاية الآخرين الذين تتعامل معهم؟
  - راجع **القسم D** للحصول على معلومات عن *دليل الموفرين والصيدليات* الخاص بنا.
- **فكِّر في التكاليف الإجمالية التي تتحملها في الخطة.**
  - كيف تختلف التكاليف الإجمالية عن خيارات التغطية الأخرى؟
- **فكِّر في ما إذا كنت راضيًا عن خطتنا.**

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

إذا كنت ترغب في البقاء معنا العام المقبل فالأمر سهل، حيث إنك لست بحاجة إلى القيام بأي شيء. إذا لم تقم بإجراء أي تغيير، فستبقى مسجلاً تلقائيًا في Wellcare Dual Align (HMO D-SNP).

إذا قررت تغيير الخطط:

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 غيَّرت إلى Original Medicare، فسوف تبدأ التغطية الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي.

C. التغييرات في اسم خطتنا

في 1 يناير 2024، سيتغير اسم خطتنا من Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) إلى Wellcare Dual Align (HMO D-SNP).

سترسل Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) إليك بطاقة تعريف العضوية الجديدة عبر البريد. قد تتلقى أيضًا مزيدًا من المراسلات باسم الخطة الجديدة.

D. التغييرات التي تطرأ على مقدمي الرعاية والصيدليات في شبكتنا

لقد تغيرت شبكات مقدمي الرعاية والصيدليات الخاصة بنا لعام 2024.

يرجى مراجعة *دليل الموفرين والصيدليات لعام* 2024 لمعرفة ما إذا كان الموفرون أو الصيدلية التي تتعامل معها في شبكتنا أم لا. تتوفر نسخة محدَّثة من *دليل الموفرين والصيدليات* على موقعنا الإلكتروني www.wellcare.com/healthnetCA. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة للحصول على معلومات محدّثة حول الموفرين أو لتطلب منا إرسال *دليل الموفرين والصيدليات* إليك عبر البريد.

من المهم أن تعرف أننا قد نقوم أيضًا بإجراء تغييرات على شبكتنا خلال العام. إذا ترك مقدم الرعاية الذي تتعامل معه خطتنا، فلديك بعض الحقوق والحصانات. لمزيد من المعلومات، ارجع إلى **الفصل 3** من *كتيب الأعضاء*.

E. التغييرات في المزايا والتكاليف للعام المقبل

E1. التغييرات في المزايا والتكاليف للخدمات الطبية

سنقوم بتغيير تغطية بعض الخدمات الطبية والمبالغ التي تدفعها مقابل هذه الخدمات الطبية الخاضعة للتغطية للعام المقبل. يوضح الجدول أدناه هذه التغييرات.

	2023 (هذا العام)	2024 (العام المقبل)
خدمات الوخز بالإبر - الوخز بالإبر الروتيني	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.
المركز الجراحي الجوال	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.
حقن الباريوم – (يغطيها Medicare)	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.
خدمات إعادة تأهيل القلب	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.
خدمات إعادة تأهيل القلب - المكثفة	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.
خدمات المعالجة اليدوية	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.
التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.
خدمات التشخيص بالأشعة	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.
خدمات غسيل الكلى	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.
فحص المستقيم بالإصبع – (يغطيه Medicare)	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.
EKG (تخطيط كهربائية القلب) الذي يغطيه Medicare بعد الزيارة الترحيبية	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.
فحوصات الجلوكوما	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.

	2023 (هذا العام)	2024 (العام المقبل)
بطاقة الأطعمة الصحية وافق Medicare على أن تقدم Wellcare هذه المزايا بوصفها جزءًا من برنامج تصميم التأمين على أساس القيمة. ويسمح هذا البرنامج لخطة Medicare بتجربة طرق جديدة لتحسين خطط Medicare Advantage.	تحصل على بدل بقيمة 50$ كل شهر لإنفاقه على منتجات البقالة المؤهلة لدى بائعي التجزئة المشاركين. لا يتم ترحيل هذا البدل إلى الشهر التالي.	تتم الآن تغطية بطاقة الأطعمة الصحية ضمن Wellcare Spendables™. يرجى مراجعة قسم Wellcare Spendables™ في هذا الجدول للحصول على مزيد من المعلومات.
خدمات السمع – فحوصات السمع الروتينية الإضافية وتركيب/تقييم (تقييمات) وسائل المساعدة على السمع	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.
رعاية الوكالة الصحية المنزلية	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.
رعاية المرضى المقيمين في المستشفى	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.
التوعية بأمراض الكلى	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.
الوجبات - الأمراض المزمنة (تنطبق القيود والاستثناءات)	تدفع **تسديدًا مشتركًا بقيمة 0$** مقابل الوجبات الخاصة بالأمراض المزمنة. ثمة 3 وجبات بحد أقصى في اليوم لمدة تصل إلى 28 يومًا، و84 وجبة في الشهر بحد أقصى. يمكن الحصول على الميزة لمدة تصل إلى 3 أشهر. قد تكون الإحالة مطلوبة.	الوجبات الخاصة بالأمراض المزمنة **غير** مشمولة بالتغطية.

	2023 (هذا العام)	2024 (العام المقبل)
النقل الطبي في الحالات غير الطارئة (إلى/من المواقع المعتمدة في الخطة والمتعلقة بالصحة)	تدفع **تسديدًا مشتركًا بقيمة $0** مقابل 48 رحلة كل عام. تُعَد الرحلة وسيلة نقل للذهاب فقط بسيارة أجرة أو خدمات تشارك الركوب أو عربة نقل إلى موقع مُعتمَد في الخطة ومتعلق بالصحة. تقتصر الرحلات على 75 ميلاً لرحلة ذهاب فقط. يجب عليك الاتصال قبل 72 ساعة لتحديد موعد الرحلة. ستغطيك مزايا Medi-Cal بمجرد استنفاد المزايا التي تقدمها خطة Medicare.	تدفع **تسديدًا مشتركًا بقيمة $0** مقابل 24 رحلة كل عام. تقتصر الرحلات على 4 رحلات ذهاب فقط يوميًا بسيارة أجرة أو خدمات تشارك الركوب أو عربة نقل إلى موقع مُعتمَد في الخطة ومتعلق بالصحة. تقتصر الرحلات على 75 ميلاً لرحلة ذهاب فقط ما لم تتم الموافقة عليها سلفًا من قِبل الخطة. ستغطيك مزايا Medi-Cal بمجرد استنفاد المزايا التي تقدمها خطة Medicare.
العلاج المهني	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.
اختصاصيو الرعاية الصحية الآخرون	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.
الخدمات المتعلقة بالدم لمرضى العيادات الخارجية	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.
مراقبة المستشفى لمرضى العيادات الخارجية	قد يلزم الحصول على تفويض سابق.	**لا** يلزم الحصول على تفويض سابق.
جراحة المستشفى لمرضى العيادات الخارجية	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.
خدمات الأشعة السينية لمرضى العيادات الخارجية	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.

	2023 (هذا العام)	2024 (العام المقبل)
العناصر المتاحة من دون وصفات	تدفع **تسديدًا مشتركًا بقيمة $0**. تحصل على مبالغ مزايا قدرها $220 كل ربع سنة لإنفاقها على المنتجات المؤهلة المتاحة من دون وصفات (OTC) من خلال الطلب بالبريد أو لدى بائعي التجزئة المشاركين. لا يتم ترحيل هذه الميزة إلى الفترة التالية.	تتم الآن تغطية العناصر المتاحة من دون وصفات ضمن Wellcare Spendables™. يرجى مراجعة قسم Wellcare Spendables™ في هذا الجدول للحصول على مزيد من المعلومات.
العلاج الطبيعي وخدمات علاج أمراض التخاطب واللغة	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.
خدمات طب الأقدام	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.
خدمات إعادة التأهيل الرئوي	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.
زيارات عيادة الاختصاصي	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.

	2023 (هذا العام)	2024 (العام المقبل)
المزايا الإضافية الخاصة للحالات المرضية المزمنة (SSBCI) - مساعدة المرافق قد تكون المزايا المذكورة جزءًا من المزايا الإضافية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة. ولن يكون جميع الأعضاء مؤهلين. يجب أن تفي بشروط الأهلية للحصول على مزايا الخطة الآتية.	مساعدة المرافق: تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة **$0**. إذا كنت مؤهلاً، فإن الخطة توفر بطاقة ائتمان Visa مسبقة الدفع بمبلغ أقصاه $75 شهريًا للمساعدة على تغطية تكاليف المرافق في منزلك. ستنتهي صلاحية أي مبالغ مالية غير مستخدمة تابعة لميزة مساعدة المرافق في نهاية كل شهر. تشمل خدمات المرافق المعتمدة لهذه الميزة ما يأتي: -مرافق الكهرباء والغاز والصرف الصحي والمياه -خدمة الهاتف الأرضي -خدمة التلفزيون الكبلي -بعض النفقات المتعلقة باستخدام الوقود تتطلب الميزة من العضو استيفاء شروط الأهلية والمشاركة.	مساعدة المرافق **غير** مشمولة بالتغطية ضمن SSBCI. نظرًا إلى أن خطتنا تشارك في برنامج تصميم التأمين على أساس القيمة (VBID)، فإن مساعدة المرافق تتم تغطيتها الآن ضمن Wellcare Spendables™. يرجى مراجعة قسم Wellcare Spendables™ في هذا الجدول للحصول على مزيد من المعلومات. لا تتطلب الميزة من العضو استيفاء شروط الأهلية والمشاركة.
العلاج بالتمرين الخاضع للإشراف (SET)	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.
خدمات الأشعة العلاجية	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.
رعاية البصر – (فحص العين الروتيني)	قد تكون الإحالة مطلوبة.	الإحالة **غير** مطلوبة.

	2023 (هذا العام)	2024 (العام المقبل)
رعاية البصر – (النظارات والعدسات اللاصقة الروتينية)	بدل يصل إلى 400$ كل عام لعدد غير محدود من العدسات اللاصقة و/أو النظارات و/أو العدسات و/أو الإطارات. قد تكون الإحالة مطلوبة.	بدل يصل إلى 300$ كل عام لعدد غير محدود من العدسات اللاصقة و/أو النظارات و/أو العدسات و/أو الإطارات. الإحالة **غير** مطلوبة.
Wellcare Spendables™ **(تابع هذا القسم في الصفحة التالية)**	بطاقة Wellcare Spendables™ **غير** مشمولة بالتغطية.	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة **0$**. تحصل على بدل شهري بقيمة **75$** لاستخدامه في أي من المزايا المذكورة أدناه. سيتم تحويل البدل تلقائيًا إلى بطاقة Wellcare Spendables™ الخاصة بك في بداية كل شهر. سيتم ترحيل أي مبلغ غير مستخدم من البدل إلى الشهر التالي وستنتهي صلاحيته في نهاية كل عام. يمكنك استخدام المبلغ الموجود في هذه البطاقة لأي مما يأتي حسب ما تراه مناسبًا لاحتياجاتك إذا لم يتجاوز الحد الأقصى للرصيد في البطاقة. **العناصر المتاحة من دون وصفات (OTC)** يمكنك استخدام بطاقة Wellcare Spendables™ الخاصة بك لشراء العناصر المعتمدة في الخطة والمتاحة من دون وصفات. ويمكن استخدام بطاقتك في مواقع البيع بالتجزئة المشاركة أو عبر الإنترنت أو عبر تطبيق للأجهزة المحمولة للتوصيل إلى المنزل.

	2023 (هذا العام)	2024 (العام المقبل)
Wellcare Spendables™ **(تابع هذا القسم في الصفحة التالية)**		**وافق Medicare على أن تقدم Wellcare المزايا الآتية بوصفها جزءًا من برنامج تصميم التأمين على أساس القيمة. ويسمح هذا البرنامج لخطة Medicare بتجربة طرق جديدة لتحسين خطط Medicare Advantage.** نظرًا إلى أن خطتك تشارك في برنامج تصميم التأمين على أساس القيمة، يمكنك أيضًا استخدام بدل Wellcare Spendables الخاص بك في أي من المزايا الآتية: **الغاز (الدفع عند مضخة الوقود)** يمكنك استخدام بطاقة Wellcare Spendables™ لدفع ثمن الغاز عند مضخة الوقود مباشرةً. لا يمكن استخدام البطاقة للدفع شخصيًا في ماكينة تسجيل المدفوعات النقدية. لا يمكن استخدام بطاقتك إلا لضخ الغاز حتى مبلغ البدل المتاح. **الأطعمة الصحية** يمكنك استخدام بطاقة Wellcare Spendables™ للمساعدة على دفع ثمن الأطعمة والمنتجات الصحية والمغذية المعتمدة لدى بائعي التجزئة المشاركين. الوجبات الجاهزة متاحة للطلب عبر البوابة الإلكترونية. ولا يمكن استخدام البدل لشراء التبغ أو الكحول. تتضمن العناصر المعتمدة: • اللحوم والدواجن • الفاكهة والخضراوات • المشروبات الغذائية • وغيرها

	2023 (هذا العام)	2024 (العام المقبل)
Wellcare Spendables™		**مساعدة المرافق** يمكنك استخدام بطاقة Wellcare Spendables™ للمساعدة على دفع تكاليف المرافق المعتمدة في الخطة لمنزلك بما في ذلك: -خدمات مرافق الكهرباء والغاز والصرف الصحي/القمامة والمياه -خدمة الهاتف الأرضي والهاتف المحمول -خدمة الإنترنت -التلفزيون الكبلي (باستثناء خدمات البث) -بعض النفقات المتعلقة باستخدام الوقود مثل زيت التدفئة المنزلية **مساعدة الإيجار** يمكنك استخدام بطاقة Wellcare Spendables™ للمساعدة على دفع تكلفة إيجار منزلك.
تغطية الطوارئ في جميع أنحاء العالم	تدفع **تسديدًا مشتركًا بقيمة $95** مقابل كل خدمة خاضعة للتغطية. تُمنح تغطية بمبلغ تصل قيمته إلى $50,000 سنويًا مقابل خدمات الطوارئ والخدمات المطلوبة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة.	تدفع **تسديدًا مشتركًا بقيمة $100** مقابل كل خدمة خاضعة للتغطية. تُمنح تغطية بمبلغ تصل قيمته إلى $50,000 سنويًا مقابل خدمات الطوارئ والخدمات المطلوبة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة.

	2023 (هذا العام)	2024 (العام المقبل)
تغطية الرعاية العاجلة في جميع أنحاء العالم	تدفع **تسديدًا مشتركًا بقيمة $95** مقابل كل خدمة خاضعة للتغطية. تُمنح تغطية بمبلغ تصل قيمته إلى $50,000 سنويًا مقابل خدمات الطوارئ والخدمات المطلوبة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة.	تدفع **تسديدًا مشتركًا بقيمة $100** مقابل كل خدمة خاضعة للتغطية. تُمنح تغطية بمبلغ تصل قيمته إلى $50,000 سنويًا مقابل خدمات الطوارئ والخدمات المطلوبة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة.

E2. التغييرات في تغطية الأدوية الموصوفة

التغييرات في قائمة الأدوية الخاصة بنا

تتوفر نسخة محدَّثة من *قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية* على موقعنا الإلكتروني www.wellcare.com/healthnetCA. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة للحصول على معلومات محدَّثة عن الأدوية أو لتطلب منا إرسال *قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية إليك بالبريد*.

يُطلق أيضًا على *قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية* اسم "قائمة الأدوية".

أجرينا تغييرات على قائمة الأدوية قد تتضمن إزالة الأدوية أو إضافتها، أو تغيير القيود التي تنطبق على تغطيتنا لأدوية معينة

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

إذا تأثرت بتغيير في تغطية الأدوية، فإننا نشجعك على:

- استشارة طبيبك (أو آمر بالوصفة آخر) للعثور على عقار مختلف نغطيه.
  - يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة لطلب قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية التي تعالج الحالة نفسها.
  - يمكن أن تساعد هذه القائمة مقدم الرعاية الذي تتعامل معه على إيجاد عقار خاضع للتغطية قد يناسبك.
- مطالبتنا بتغطية إمداد مؤقت للدواء.
  - في بعض الحالات، نغطي إمدادًا **مؤقتًا** للدواء خلال أول 90 يومًا من السنة التقويمية.

- يستمر هذا الإمداد المؤقت للأدوية لمدة تصل إلى 30 يومًا في صيدلية البيع بالتجزئة ويستمر لمدة تصل إلى 31 يومًا في صيدلية تقدم خدمة رعاية طويلة الأمد. (لمعرفة المزيد حول الوقت الذي يمكنك الحصول فيه على إمداد مؤقت وكيفية طلبه، راجع **الفصل 5** من *كتيب الأعضاء*.)

- عند حصولك على إمداد مؤقت للدواء، تحدث إلى طبيبك بشأن ما يجب فعله عند نفاد الإمداد المؤقت. يمكنك التبديل إلى دواء مختلف تغطيه خطتنا أو تطلب منا إجراء استثناء من أجلك وتغطية دوائك الحالي. لمعرفة ما يجب عليك فعله لطلب استثناء، راجع الفصل 9، القسم F من كتيب الأعضاء لعام 2024 أو اتصل بخدمات الأعضاء.

  - إذا كنت مشتركًا في الخطة لمدة تزيد على 90 يومًا وتعيش في مرفق يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد، فسنقوم بتغطية الإمداد لمرة واحدة فقط لمدة 31 يومًا أو أقل في حال كانت الوصفة الطبية مكتوبة لأيام أقل. هذا بالإضافة إلى إمداد انتقال الرعاية طويلة الأمد.

  - إذا كنت تنتقل من مرفق يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد أو من الإقامة في المستشفى إلى المنزل، فسنغطي إمدادًا مدته 30 يومًا لمرة واحدة، أو أقل من ذلك إذا كانت الوصفة الطبية مكتوبة لأيام أقل (وفي هذه الحالة سنسمح بإعادة صرف الأدوية مرات عديدة لتوفير إمداد بالدواء يصل إلى 30 يومًا إجمالاً).

  - إذا كنت تنتقل من المنزل أو من الإقامة في المستشفى إلى مرفق يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد، فسنغطي إمدادًا مدته 31 يومًا لمرة واحدة، أو أقل من ذلك إذا كانت الوصفة الطبية مكتوبة لأيام أقل (وفي هذه الحالة سنسمح بإعادة صرف الأدوية مرات عديدة لتوفير إمداد بالدواء يصل إلى 31 يومًا إجمالاً). يجب عليك صرف الوصفة الطبية في صيدلية الشبكة.

  - ستظل بعض استثناءات قائمة الأدوية خاضعة للتغطية العام المقبل. 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، القسم F من كتيب الأعضاء لعام 2024 أو اتصل بخدمات الأعضاء.

التغييرات في تكاليف الأدوية الموصوفة

لا توجد تغييرات في المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية الموصوفة في عام 2024. اقرأ أدناه للحصول على مزيد من المعلومات عن تغطية الأدوية الموصوفة.

يوضح الجدول الآتي التكاليف التي تتحملها مقابل جميع أدوية Part D الخاضعة للتغطية.

	2023 (هذا العام)	2024 (العام المقبل)
جميع أدوية Part D الخاضعة للتغطية تكلفة إمداد لشهر واحد من أحد أدوية Part D الخاضعة للتغطية التي يتم صرفها في صيدلية الشبكة وافق Medicare على أن تقدم Health Net Community Solutions, Inc. عمليات تسديد مشترك/تأمين مشترك أقل بوصف ذلك جزءًا من برنامج تصميم التأمين على أساس القيمة. ويسمح هذا البرنامج لخطة Medicare بتجربة طرق جديدة لتحسين خطط Medicare Advantage.	يبلغ التسديد المشترك لإمداد شهر واحد (30 يومًا) **$0 لكل وصفة طبية**.	يبلغ التسديد المشترك لإمداد شهر واحد (30 يومًا) **$0 لكل وصفة طبية**.

F. التغييرات الإدارية

	2023 (هذا العام)	2024 (العام المقبل)
تتغير خطتك	أنت عضو في H0562-121، Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).	أنت عضو في H3561-008، Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) وHealth Net لخطة Medi-Cal Plan الخاصة بك.

	2023 (هذا العام)	2024 (العام المقبل)
التغيير في مدير مزايا الصيدليات (PBM) تتشارك Health Net Community Solutions, Inc. مع مدير مزايا الصيدليات (PBM) لإدارة مزايا الصيدليات الخاصة بنا. سيتغير PBM الذي نقيم شراكة معه في الخطة لعام 2024 إلى Express Scripts®. ستتلقى بطاقة تعريف Health Net Community Solutions, Inc. محدَّثة. **يرجى البدء باستخدام بطاقة التعريف المحدَّثة في 1/1/24.** للتأكد من أن صيدليتك تمتلك أحدث المعلومات الخاصة بك، **يرجى إظهار بطاقة تعريف Health Net Community Solutions, Inc. الجديدة عند صرف وصفة للمرة الأولى في 1/1/24 أو بعد هذا التاريخ.** إذا لم تكن بطاقة التعريف الجديدة معك عند صرف الوصفة، فاطلب من الصيدلية الاتصال بالخطة للحصول على المعلومات اللازمة. إذا لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات اللازمة، فقد يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة للوصفة عند حصولك عليها ثم تقديم طلب للتعويض.	CVS Caremark	Express Scripts®

G. اختيار خطة

G1. البقاء في خطتنا

نأمل أن تظل عضوًا في الخطة. ليس عليك القيام بأي شيء للبقاء في خطتنا. إذا **لم** تقم بالتغيير إلى خطة Medicare مختلفة، أو التغيير إلى Original Medicare، فستظل مسجلاً تلقائيًا بصفتك عضوًا في خطتنا لعام 2024.

G2. تغيير الخطط

يستطيع معظم الأشخاص المشتركين في Medicare إنهاء عضويتهم خلال أوقات معينة من العام. ونظرًا إلى أنك مشترك في Medi-Cal، قد تتمكن من إنهاء عضويتك في خطتنا أو التبديل إلى خطة مختلفة مرة واحدة خلال كل فترة من **فترات التسجيل الخاصة** الآتية:

- 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 الآتية:

- **فترة التسجيل السنوية** التي تستمر من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستنتهي عضويتك في خطتنا في 31 ديسمبر وستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في 1 يناير.
- **فترة التسجيل المفتوح في Medicare Advantage (MA)** التي 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.

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

- إذا انتقلت إلى خارج منطقة الخدمة التابعة لنا، أو
- تم تغيير أهليتك للحصول على Medi-Cal أو Extra Help (المساعدة الإضافية)، **أو**
- إذا انتقلت مؤخرًا إلى مرفق تمريض أو مستشفى يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد، أو تتلقى العلاج في أي منهما في الوقت الحالي، أو خرجت للتو من أي منهما.

خدمات Medicare الخاصة بك

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

1. يمكنك التغيير إلى: **خطة Medicare صحية أخرى، بما في ذلك خطة Medicare Medi-Cal Plan أخرى**	**إليك ما يجب القيام به:** اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) المتاح على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. للاستفسار عن برنامج رعاية المسنين الشامل لجميع الخدمات (PACE)، اتصل على الرقم 1-855-921-PACE (7223). إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج California للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. ولمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP المحلي في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **أو** قم بالتسجيل في خطة Medicare جديدة. سيتم إلغاء تسجيلك في خطتنا تلقائيًا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة. قد تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك.

2. يمكنك التغيير إلى: **Original Medicare مع خطة منفصلة للأدوية الموصوفة التابعة لبرنامج Medicare**	**إليك ما يجب القيام به:** اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) المتاح على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج California للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. *ولمزيد* من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP المحلي في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **أو** قم بالتسجيل في خطة جديدة للأدوية الموصوفة التابعة لبرنامج Medicare. سيتم إلغاء تسجيلك في خطتنا تلقائيًا عندما تبدأ تغطية Original Medicare الخاصة بك. لن تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك.

3. يمكنك التغيير إلى: **Original Medicare من دون خطة منفصلة للأدوية الموصوفة التابعة لبرنامج Medicare** **ملحوظة:** إذا قمت بالتبديل إلى Original Medicare ولم تقم بالتسجيل في خطة منفصلة للأدوية الموصوفة التابعة لبرنامج Medicare، فقد يقوم برنامج Medicare بتسجيلك في خطة أدوية، ما لم تخبر Medicare بأنك لا تريد الانضمام. ينبغي ألا تتخلَّ عن تغطية الأدوية الموصوفة إلا إذا كانت لديك تغطية أدوية من مصدر آخر، مثل صاحب العمل أو النقابة. إذا كانت لديك أسئلة عما إذا كنت بحاجة إلى تغطية الأدوية، فيرجى الاتصال ببرنامج California للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. ولمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP المحلي في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.	**إليك ما يجب القيام به:** اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) المتاح على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج California للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. *ولمزيد* من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP المحلي في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. سيتم إلغاء تسجيلك في خطتنا تلقائيًا عندما تبدأ تغطية Original Medicare الخاصة بك. لن تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك.

خدمات Medi-Cal الخاصة بك

للاستفسارات بشأن كيفية اختيار خطة Medi-Cal أو الحصول على خدمات Medi-Cal بعد مغادرة خطتنا، اتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-800-430-4263، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 6:00 مساءً ينبغي لمستخدمي 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 *كتيب الأعضاء*

كتيب الأعضاء هو وصف قانوني مفصل لمزايا خطتنا. حيث يحتوي على تفاصيل عن المزايا والتكاليف لعام 2024. كما يوضح حقوقك والقواعد الواجب اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية الموصوفة التي نغطيها.

سيكون *كتيب الأعضاء* لعام 2024 متاحًا بحلول يوم 15 أكتوبر. وتتوفر نسخة محدَّثة من *كتيب الأعضاء* على موقعنا الإلكتروني www.wellcare.com/healthnetCA. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الواردة في أسفل الصفحة لتطلب منا إرسال *كتيب الأعضاء* لعام 2024 إليك عبر البريد.

موقعنا الإلكتروني

يمكنك زيارة موقعنا الإلكتروني www.wellcare.com/healthnetCA. وكتذكير، يحتوي موقعنا الإلكتروني على أحدث المعلومات حول شبكة الموفرين والصيدليات (*دليل الموفرين والصيدليات*) وقائمة الأدوية (*قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية*).

H2. برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP)

يمكنك أيضًا الاتصال ببرنامج الدولة للمساعدة على التأمين الصحي (SHIP). في California، يُطلق على SHIP اسم برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP). يمكن أن يساعدك مستشارو HICAP على فهم خيارات خطتك والإجابة عن الأسئلة المتعلقة بتبديل الخطط. إن HICAP غير مرتبط بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. ويوجد لدى HICAP مستشارون مدربون في كل مقاطعة، والخدمات مجانية. رقم هاتف HICAP هو 1-800-434-0222. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP المحلي في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

H3. برنامج محققي الشكاوى

يمكن أن يساعدك برنامج محققي الشكاوى الخاص بـ Medicare Medi-Cal إذا واجهت مشكلة في خطتنا. خدمات محقق الشكاوى مجانية ومتاحة بجميع اللغات. برنامج محققي الشكاوى الخاص بـ Medicare Medi-Cal:

- يعمل كمدافع بالنيابة عنك. يمكنه الإجابة عن الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى ويمكنه مساعدتك على فهم ما يجب فعله.
- يتأكد من أن لديك معلومات تتعلق بحقوقك والحصانات الخاصة بك وكيفية معالجة مخاوفك.
- غير مرتبط بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. رقم هاتف برنامج محققي الشكاوى الخاص بـ Medicare Medi-Cal هو 1-888-804-3536.

H4. Medicare

للحصول على معلومات من Medicare مباشرةً، اتصل على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) المتاح على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

موقع Medicare الإلكتروني

يمكنك زيارة موقع Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov). إذا اخترت إلغاء التسجيل 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 الباحث في خطط Medicare على موقع Medicare الإلكتروني. (للحصول على معلومات بشأن الخطط، راجع www.medicare.gov وانقر فوق "Find plans" (العثور على الخطط).)

Medicare وأنت لعام 2024

يمكنك قراءة كتيب *Medicare وأنت لعام 2024*. يتم إرسال هذا الكتيب بالبريد إلى الأشخاص المشتركين في Medicare في خريف كل عام. ويحتوي على ملخص للمزايا والحقوق وسبل الحماية المقدَّمة من Medicare وإجابات لمعظم الأسئلة المتداولة بشأن Medicare. يتوفر هذا 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 لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

H5. إدارة الرعاية الصحية المدارة في California

إدارة الرعاية الصحية المدارة في California (DMHC) هي المسؤولة عن تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. ويمكن لمركز المساعدة في DMHC أن يساعدك على الاستئناف وتقديم الشكاوى 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 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 إبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. ولا يمنع استخدام إجراء التظلم هذا أي حقوق قانونية محتملة أو علاجات قد تكون متاحة لك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن تظلم يتعلق بحالة طارئة أو تظلم لم يتم حله بشكل مُرضٍ من خلال خطتك الصحية أو تظلم لم يتم حله لأكثر من 30 يومًا، فيمكنك الاتصال بالإدارة للحصول على المساعدة. قد تكون مؤهلاً أيضًا لإجراء مراجعة طبية مستقلة (IMR). إذا كنت مؤهلاً لإجراء IMR، فستوفر عملية IMR مراجعة محايدة للقرارات الطبية التي تتخذها الخطة الصحية في ما يتعلق بالضرورة الطبية للخدمة أو العلاج المقترح، وقرارات التغطية الخاصة بالعلاجات التجريبية أو الخاضعة للبحث بطبيعتها، والنزاعات المتعلقة بالدفع للخدمات الطبية الطارئة أو العاجلة. يتوافر أيضًا لدى الإدارة رقم هاتف مجاني للاتصال عليه **(1-888-466-2219)** وخط TDD **(1-877-688-9891)** لتقديم المساعدة إلى الصم والبكم. يوفر موقع الإدارة الإلكتروني **www.dmhc.ca.gov** نماذج الشكاوى ونماذج طلبات IMR 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 لغاية الساعة 8 مساءً. وبدءًا من 1 إبريل حتى 30 سبتمبر، يمكنك الاتصال بنا من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا لغاية 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 بـ **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 (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 الاستماع جيدًا، فيرجى الاتصال بـ 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 **wellcare.com/healthnetCA**.

Office of Civil Rights – California Department of Health Care Services

يمكنك أيضًا تقديم شكوى حقوق مدنية لدى إدارة خدمات Office of Civil Rights في California Department of Health Care Services عبر الهاتف أو خطيًا أو إلكترونيًا:

- **عبر الهاتف:** اتصل على الرقم **1-916-440-7370**. إذا كنت لا تستطيع التحدث أو الاستماع جيدًا، فيرجى الاتصال بـ **TTY 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 الشكوى على الموقع الإلكتروني على
  http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- **إلكترونيًا:** أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى العنوان **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

Office of Civil Rights – U.S. Department of Health and Human Services

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 Office of Civil Rights في Department of Health and Human Services عبر الهاتف أو خطيًا أو إلكترونيًا:

- **عبر الهاتف:** اتصل على الرقم **1-800-368-1019**. إذا كنت لا تستطيع التحدث أو الاستماع جيدًا، فيرجى الاتصال على **TTY/TDD 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 الشكوى على الموقع الإلكتروني **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.
- **إلكترونيًا:** قم بزيارة بوابة شكاوى Office for Civil Rights على
  https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

Arabic (العربية): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). وهذه الخدمات مجانية.

Armenian (Հայերեն): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Զանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

Cambodian (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY:**711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការដូចជាឯកសារជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Chinese Mandarin (普通话): 注意：如果您需要语言支持，请致电 **1-800-431-9007**（TTY：**711**）。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 **1-800-431-9007**（TTY：**711**）。这些服务均免费提供。

Chinese Cantonese (廣東話): 注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 **1-800-431-9007** (TTY：**711**)。我們也爲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 **1-800-431-9007** (TTY：**711**)。這些服務爲免費服務。

Farsi (فارسی): توجه: اگر به زبان خود نیاز به کمک دارید با **1-800-431-9007** تماس بگیرید (رایگان: **711**). پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با **1-800-431-9007** (رایگان: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

Hindi (हिंदी): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

Hmong (Lus Hmoob): THOV PAUB TXOG: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus thov hu rau **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no tsis muaj nqi dab tsi ntxiv lawm.

Japanese (日本語): 注意：言語のヘルプが必要な場合は **1-800-431-9007**（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。**1-800-431-9007**（TTY：**711**）までお電話ください。これらのサービスは無料です。

Korean (한국어): 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-800-431-9007** (TTY:**711**)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-431-9007**(TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

Laotian (**ພາສາລາວ**): ສຳຄັນ: ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY:**711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ ສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

Mien (Mienh): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (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 **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ **(TTY:711)**। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ **(TTY: 711)**। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish (Español): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-800-431-9007** (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 **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

Thai (ภาษาไทย): โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร **1-800-431-9007** (TTY:**711**) นอกจากนี ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารทีเป็นอักษรเบรลล์และเอกสารทีใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านีไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian (Українська): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

Vietnamese (Tiếng Việt): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.