

## خطة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) المقدمة من Health Net Community Solutions, Inc.

### الإخطار السنوي بالتغييرات لعام 2024

أنت مسجل حاليًا بصفقتك عضوًا في Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). في العام المقبل، سيتم إجراء تغييرات على تكاليف الخطة ومزاياها. يرجى مراجعة الصفحة 4 للاطلاع على ملخص التكاليف المهمة، بما في ذلك القسط.

يوضح هذا المستند التغييرات التي طرأت على خطتك. للحصول على مزيد من المعلومات عن التكاليف أو المزايا أو القواعد، يرجى مراجعة دليل التغطية الموجود على موقعنا الإلكتروني على [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA). يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء لتطلب منا إرسال دليل التغطية إليك عبر البريد.

#### ما يجب القيام به الآن

1. اسأل: ما التغييرات التي تنطبق عليك
  - تحقق من التغييرات التي طرأت على المزايا التي نقدمها والتكاليف لمعرفة ما إذا كانت تؤثر فيك.
    - راجع التغييرات التي طرأت على تكاليف الرعاية الطبية (الطبيب، المستشفى).
    - راجع التغييرات التي طرأت على تغطية الأدوية لدينا، بما في ذلك متطلبات التصريح والتكاليف.
    - فكّر في المبلغ الذي ستدفعه في الأقساط والمبالغ القابلة للاستقطاع ومشاركة التكلفة.
  - تحقق من التغييرات في "قائمة الأدوية" لعام 2024 للتأكد من أن الأدوية التي تتناولها حاليًا لا تزال خاضعة للتغطية.
  - تحقق لمعرفة ما إذا كان أطباء الرعاية الأولية والاختصاصيون والمستشفيات ومقدمو الرعاية الآخرون، بما في ذلك الصيدليات، سيكونون في شبكتنا العام المقبل.
  - فكّر في ما إذا كنت راضيًا عن خطتنا.
2. قارن: تعرّف على خيارات الخطط الأخرى
  - تحقق من تغطية الخطط في منطقتك وتكاليفها. استخدم الباحث في خطط Medicare على الموقع الإلكتروني [www.Medicare.gov/plan-compare](http://www.Medicare.gov/plan-compare) أو راجع القائمة في الجهة الخلفية من كتيب Medicare وأنت لعام 2024.
  - بمجرد اختيار خطة مفضلة، قم بتأكيد التكاليف والتغطية على موقع الخطة الإلكتروني.
3. اختر: قرّر ما إذا كنت تريد تغيير خطتك
  - إذا لم تنضم إلى خطة أخرى بحلول 7 ديسمبر 2023، فستبقى في خطة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).

- **للتغيير إلى خطة مختلفة،** يمكنك تبديل الخطط بين 15 أكتوبر و7 ديسمبر. ستبدأ تغطيتك الجديدة في 1 يناير 2024. وسيؤدي ذلك إلى إنهاء تسجيلك في Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).
- اطلع على القسم 4 في الصفحة 14 لمعرفة المزيد عن خياراتك.
- إذا انتقلت مؤخرًا إلى مؤسسة ما (مثل مرفق ترميز متخصص أو مستشفى للرعاية طويلة الأمد) أو تعيش فيها حاليًا أو غادرتها للتو، فيمكنك تبديل الخطط أو التبديل إلى خطة Original Medicare (سواء مع خطة منفصلة للأدوية الموصوفة التابعة لبرنامج Medicare أو من دونها) في أي وقت.

#### موارد إضافية

- يتوفر هذا المستند مجانًا باللغات الإسبانية والصينية والكورية والفيتنامية والعربية والفارسية.
- يرجى الاتصال برقم خدمات الأعضاء على 1-800-431-9007 للحصول على معلومات إضافية. (ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 711). ساعات العمل هي: 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. هذه المكالمات مجانية.
- 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.
- **تُعد التغطية المشمولة ضمن هذه الخطة تغطية صحية مؤهلة (QHC)** وتفي بمتطلبات المسؤولية المشتركة للأفراد بموجب قانون حماية المريض والرعاية بأسعار معقولة (ACA). يرجى زيارة الموقع الإلكتروني لدائرة ضريبة الدخل (IRS) على [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) للحصول على مزيد من المعلومات.

#### نبذة عن خطة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

- إن Wellcare هي علامة Medicare التجارية لشركة Centene Corporation، وخطط HMO و PPO و PFBS و PDP بعقد من Medicare وتُعد 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.
- حين ينص هذا المستند على "نحن" أو ما يعمل عمل ضمير المتكلمين، فهذا يشير إلى Health Net Community Solutions, Inc، وحين ينص على "الخطة" أو "خطتنا"، فهذا يشير إلى خطة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).

H3561\_009\_H0562\_121\_2024\_CA\_ANOC\_DSNP\_126443A\_M

## الإخطار السنوي بالتغييرات لعام 2024 جدول المحتويات

4.....	ملخص التكاليف المهمة لعام 2024
1	القسم 1 سيتم تسجيلك تلقائيًا في خطة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) في 2024 ما لم تختَر خطة أخرى
5.....	القسم 2 التغييرات في المزايا والتكاليف للعام المقبل
5.....	القسم 2.1 - التغييرات في القسط الشهري
5.....	القسم 2.2 - التغييرات في الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض
6.....	القسم 2.3 - التغييرات في شبكات مقدمي الرعاية والصيدليات
6.....	القسم 2.4 - التغييرات في المزايا والتكاليف للخدمات الطبية
12.....	القسم 2.5 - التغييرات في تغطية الأدوية الموصوفة بموجب Part D
14.....	القسم 3 التغييرات الإدارية
14.....	القسم 4 تحديد أي خطة تختار
14.....	القسم 4.1 - إذا كنت ترغب في البقاء في Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)
15.....	القسم 4.2 - في حال الرغبة في تغيير الخطط
15.....	القسم 5 تغيير الخطط
16.....	القسم 6 البرامج التي تقدم استشارات مجانية حول Medicare و Medicaid
16.....	القسم 7 البرامج التي تساعد على الدفع مقابل الأدوية الموصوفة
17.....	القسم 8 هل لديك أسئلة؟
17.....	القسم 8.1 - الحصول على المساعدة من خطة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)
17.....	القسم 8.2 - الحصول على المساعدة من Medicare
18.....	القسم 8.3 - الحصول على المساعدة من Medicaid

## ملخص التكاليف المهمة لعام 2024

يقارن الجدول أدناه تكاليف خطة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) لعام 2023 و عام 2024 في عدة جوانب مهمة. يرجى ملاحظة أن هذا ملخص للتكاليف فقط.

التكلفة	2023 (هذا العام)	2024 (العام المقبل)
<b>القسط الشهري للخطة*</b>	\$0	\$0
* قد يكون قسطك أكبر من هذا المبلغ. راجع القسم 2.1 لمزيد من التفاصيل.		
<b>زيارات عيادة الطبيب</b>	زيارات الرعاية الأولية: تسديد مشترك بقيمة \$0 لكل زيارة	زيارات الرعاية الأولية: تسديد مشترك بقيمة \$0 لكل زيارة
	زيارات الرعاية المتخصصة: تسديد مشترك بقيمة \$0 لكل زيارة	زيارات الرعاية المتخصصة: تسديد مشترك بقيمة \$0 لكل زيارة
<b>إقامة المريض في المستشفى</b>	بالنسبة إلى الدخول إلى المستشفيات الخاضع للتغطية، مقابل كل مرة تدخل فيها المستشفى: تسديد مشترك بقيمة \$0 مقابل كل إقامة في المستشفى خاضعة للتغطية.	بالنسبة إلى الدخول إلى المستشفيات الخاضع للتغطية، مقابل كل مرة تدخل فيها المستشفى: تسديد مشترك بقيمة \$0 مقابل كل إقامة في المستشفى خاضعة للتغطية.
<b>تغطية الأدوية الموصوفة بموجب Part D</b> (راجع القسم 2.5 لمزيد من التفاصيل.)	المبلغ القابل للاستقطاع: \$0	المبلغ القابل للاستقطاع: \$0
	التسديد المشترك خلال مرحلة التغطية الأولية: تدفع تسديداً مشتركاً بقيمة \$0 مقابل كل أدوية Part D الخاضعة للتغطية.	التسديد المشترك خلال مرحلة التغطية الأولية: تدفع تسديداً مشتركاً بقيمة \$0 مقابل كل أدوية Part D الخاضعة للتغطية.
	التغطية الكارثية: خلال مرحلة الدفع هذه، تدفع الخطة التكلفة الكاملة لأدوية Part D الخاضعة للتغطية. لن تتحمل أي تكاليف.	التغطية الكارثية: خلال مرحلة الدفع هذه، تدفع الخطة التكلفة الكاملة لأدوية Part D الخاضعة للتغطية. لن تتحمل أي تكاليف.
<b>الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض</b>	\$8,300	\$8,850
هذا أقصى مبلغ ستتحمله مقابل الحصول على خدمات Part A و Part B الخاضعة للتغطية. (راجع القسم 2.2 لمزيد من التفاصيل.)	لست مسؤولاً عن تحمل أي تكاليف تتجاوز الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض مقابل الحصول على خدمات Part A و Part B الخاضعة للتغطية.	لست مسؤولاً عن تحمل أي تكاليف تتجاوز الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض مقابل الحصول على خدمات Part A و Part B الخاضعة للتغطية.

## القسم 1 سيتم تسجيلك تلقائيًا في خطة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) في 2024 ما لم تختَر خطة أخرى

في 1 يناير 2024، ستجمع Health Net Community Solutions, Inc. بين Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) وإحدى خططنا، Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). توضح المعلومات الواردة في هذا المستند الاختلافات بين المزايا الحالية التي تحصل عليها في Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) والمزايا التي ستحصل عليها في 1 يناير 2024 بصفتك عضوًا في Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).

إذا لم تفعل شيئًا في 2023، فسنسجلك تلقائيًا في خطة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). هذا يعني أنه بدءًا من 1 يناير 2024، ستحصل على التغطية الطبية وتغطية الأدوية الموصوفة من خلال خطة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). إذا كنت ترغب في تغيير الخطة أو التبديل إلى Original Medicare والحصول على تغطية الأدوية الموصوفة من خلال Prescription Drug Plan، فيجب عليك القيام بذلك في الفترة ما بين 15 أكتوبر و7 ديسمبر. سيصبح التغيير ساري المفعول في 1 يناير 2024.

## القسم 2 التغييرات في المزايا والتكاليف للعام المقبل

### القسم 2.1 – التغييرات في القسط الشهري

التكلفة	2023 (هذا العام)	2024 (العالم المقبل)
القسط الشهري	\$0	\$0
(يجب عليك أيضًا الاستمرار في دفع قسط Part B في برنامج Medicare ما لم يدفعه لك برنامج Medicaid.)		

### القسم 2.2 – التغييرات في الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض

يتطلب برنامج Medicare من جميع الخطط الصحية تحديد التكاليف التي يتحملها المريض لهذا العام. يُطلق على هذا القيد الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض. بمجرد الوصول إلى هذا المبلغ، لن تتحمل أي تكاليف بشكل عام مقابل الحصول على خدمات Part A و Part B الخاضعة للتغطية لبقية العام.

التكلفة	2023 (هذا العام)	2024 (العام المقبل)
<p>الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض نظرًا إلى أن أعضاءنا يحصلون أيضًا على المساعدة من Medicaid، فإن عددًا قليلًا جدًا من الأعضاء يصل إلى هذا الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض. لست مسؤولاً عن تحمل أي تكاليف تتجاوز الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض مقابل الحصول على خدمات Part A و Part B الخاضعة للتغطية.</p> <p>يتم احتساب التكاليف التي تتحملها مقابل الخدمات الطبية الخاضعة للتغطية (مثل دفعات التسديد المشترك) ضمن الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض. لا يتم احتساب التكاليف التي تتحملها مقابل الأدوية الموصوفة ضمن الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض.</p>	\$8,300	<p>\$8,850</p> <p>بمجرد أن تدفع \$8,850 من مالك الخاص مقابل الحصول على خدمات Part A و Part B الخاضعة للتغطية، لن تتحمل أي تكاليف مقابل خدمات Part A و Part B الخاضعة للتغطية لبقية العام التقويمي.</p>

### القسم 2.3 - التغييرات في شبكات مقدمي الرعاية والصيدليات

الدلائل المحدثة موجودة على موقعنا الإلكتروني على [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA). يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء للحصول على معلومات محدثة عن مقدمي الرعاية و/أو الصيدليات أو لتطلب منا إرسال دليل إليك عبر البريد، وسنرسله في غضون ثلاثة أيام عمل.

ثمة تغييرات في شبكة مقدمي الرعاية لدينا للعام المقبل. يرجى مراجعة دليل الموفرين والصيدليات لعام 2024 لمعرفة ما إذا كان الموفرون (مقدمو الرعاية الأولية والاختصاصيون والمستشفيات وما إلى ذلك) ضمن شبكتنا.

ثمة تغييرات في شبكة الصيدليات لدينا للعام المقبل. يرجى مراجعة دليل الموفرين والصيدليات لعام 2024 لمعرفة الصيدليات ضمن شبكتنا.

من المهم أن تعرف أننا قد نجري تغييرات على المستشفيات والأطباء والاختصاصيين (مقدمي الرعاية) والصيدليات الذين هم جزء من خطتك خلال العام. إذا كان التغيير في مقدمي الرعاية لدينا في منتصف العام يؤثر فيك، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء حتى تتمكن من مساعدتك.

### القسم 2.4 - التغييرات في المزايا والتكاليف للخدمات الطبية

يرجى ملاحظة أن الإخطار السنوي بالتغييرات يطلعك على التغييرات التي تطرأ على المزايا والتكاليف الخاصة ببرامج Medicare. نجري تغييرات على التكاليف والمزايا لبعض الخدمات الطبية في العام المقبل. توضح المعلومات أدناه هذه التغييرات.

التكلفة	2023 (هذا العام)	2024 (العام المقبل)
التفويضات السابقة	<ul style="list-style-type: none"> <li>مراقبة المستشفى لمرضى العيادات الخارجية قد تتطلب الحصول على تفويض سابق.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>مراقبة المستشفى لمرضى العيادات الخارجية لا تتطلب الحصول على تفويض سابق.</li> </ul>

2024 (العام المقبل)	2023 (هذا العام)	التكلفة
تتضمن المزايا الآتية داخل الشبكة تغييراً في متطلبات الإحالة.		الإحالات
الوخز بالإبر الروتيني لا يتطلب الإحالة.	الوخز بالإبر الروتيني قد يتطلب الإحالة.	•
خدمات إعادة تأهيل القلب والرئة لا تتطلب الإحالة.	خدمات إعادة تأهيل القلب والرئة قد تتطلب الإحالة.	•
خدمات المعالجة اليدوية لا تتطلب الإحالة.	خدمات المعالجة اليدوية قد تتطلب الإحالة.	•
وسائل المساعدة على السمع لا تتطلب الإحالة.	وسائل المساعدة على السمع قد تتطلب الإحالة.	•
فحوصات السمع لا تتطلب الإحالة.	فحوصات السمع قد تتطلب الإحالة.	•
الرعاية الصحية المنزلية لا تتطلب الإحالة.	الرعاية الصحية المنزلية قد تتطلب الإحالة.	•
رعاية المرضى المقيمين في المستشفى لا تتطلب الإحالة.	رعاية المرضى المقيمين في المستشفى قد تتطلب الإحالة.	•
النظارات والعدسات لا تتطلب الإحالة.	النظارات والعدسات اللاصقة قد تتطلب الإحالة.	•
جراحة العيادات الخارجية، بما في ذلك الخدمات المقدمة في مرافق العيادات الخارجية بالمستشفى والمراكز الجراحية الجواله - خدمات المستشفيات لمرضى العيادات الخارجية لا تتطلب الإحالة.	جراحة العيادات الخارجية، بما في ذلك الخدمات المقدمة في مرافق العيادات الخارجية بالمستشفى والمراكز الجراحية الجواله - خدمات المستشفيات لمرضى العيادات الخارجية قد تتطلب الإحالة.	•
خدمات الأشعة التشخيصية لا تتطلب الإحالة.	خدمات الأشعة التشخيصية قد تتطلب الإحالة.	•
خدمات الأشعة العلاجية لا تتطلب الإحالة.	خدمات الأشعة العلاجية قد تتطلب الإحالة.	•
خدمات الأشعة السينية لا تتطلب الإحالة.	خدمات الأشعة السينية قد تتطلب الإحالة.	•
خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب - اختصاصيو الرعاية الصحية الآخرون لا تتطلب الإحالة.	خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب - اختصاصيو الرعاية الصحية الآخرون قد تتطلب الإحالة.	•
حقن الباريوم التي يغطيها Medicare لا تتطلب الإحالة.	حقن الباريوم التي يغطيها Medicare قد تتطلب الإحالة.	•
التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري لا يتطلب الإحالة.	التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري قد يتطلب الإحالة.	•
فحوصات المستقيم بالإصبع التي يغطيها Medicare لا تتطلب الإحالة.	فحوصات المستقيم بالإصبع التي يغطيها Medicare قد تتطلب الإحالة.	•

2024 (العام المقبل)	2023 (هذا العام)	التكلفة
<ul style="list-style-type: none"> <li>• EKG الذي يغطيه Medicare بعد الزيارة الترحيبية لا يتطلب الإحالة.</li> <li>• فحوصات الجلوكوما لا تتطلب الإحالة.</li> <li>• الخدمات الوقائية الأخرى التي يغطيها Medicare لا تتطلب الإحالة.</li> <li>• الاختبارات التشخيصية والخدمات والمستلزمات العلاجية لمرضى العيادات الخارجية - الخدمات المتعلقة بالدم لمرضى العيادات الخارجية لا تتطلب الإحالة.</li> <li>• خدمات العلاج الطبيعي وعلاج أمراض التخاطب واللغة لا تتطلب الإحالة.</li> <li>• خدمات إعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية - العلاج المهني لا تتطلب الإحالة.</li> <li>• جراحة العيادات الخارجية، بما في ذلك الخدمات المقدمة في مرافق العيادات الخارجية بالمستشفى والمراكز الجراحية الجوال - المركز الجراحي الجوال لا تتطلب الإحالة.</li> <li>• خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب - الأخصائي لا تتطلب الإحالة.</li> <li>• خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب - خدمات الرعاية الصحية الإضافية عن بُعد لا تتطلب الإحالة.</li> <li>• خدمات طب الأقدام لا تتطلب الإحالة.</li> <li>• فحوصات العين لا تتطلب الإحالة.</li> <li>• خدمات علاج أمراض الكلى، بما في ذلك غسيل الكلى لا تتطلب الإحالة.</li> <li>• خدمات علاج أمراض الكلى وحالاتها - خدمات التوعية بأمراض الكلى لا تتطلب الإحالة.</li> <li>• التمارين الرياضية العلاجية الخاضعة للإشراف (SET) لا تتطلب الإحالة.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EKG الذي يغطيه Medicare بعد الزيارة الترحيبية قد يتطلب الإحالة.</li> <li>• فحوصات الجلوكوما قد تتطلب الإحالة.</li> <li>• الخدمات الوقائية الأخرى التي يغطيها Medicare قد تتطلب الإحالة.</li> <li>• الاختبارات التشخيصية والخدمات والمستلزمات العلاجية لمرضى العيادات الخارجية - الخدمات المتعلقة بالدم لمرضى العيادات الخارجية قد تتطلب الإحالة.</li> <li>• خدمات العلاج الطبيعي وعلاج أمراض التخاطب واللغة قد تتطلب الإحالة.</li> <li>• خدمات إعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية - العلاج المهني قد تتطلب الإحالة.</li> <li>• جراحة العيادات الخارجية، بما في ذلك الخدمات المقدمة في مرافق العيادات الخارجية بالمستشفى والمراكز الجراحية الجوال - المركز الجراحي الجوال قد تتطلب الإحالة.</li> <li>• خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب - الاختصاصي قد تتطلب الإحالة.</li> <li>• خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب - خدمات الرعاية الصحية الإضافية عن بُعد قد تتطلب الإحالة.</li> <li>• خدمات طب الأقدام قد تتطلب الإحالة.</li> <li>• فحوصات العين قد تتطلب الإحالة.</li> <li>• خدمات علاج أمراض الكلى وحالاتها - خدمات غسيل الكلى قد تتطلب الإحالة.</li> <li>• خدمات علاج أمراض الكلى وحالاتها - خدمات التوعية بأمراض الكلى قد تتطلب الإحالة.</li> <li>• التمارين الرياضية العلاجية الخاضعة للإشراف (SET) قد تتطلب الإحالة.</li> </ul>	



التكلفة	2023 (هذا العام)	2024 (العام المقبل)
الرعاية في حالات الطوارئ - تغطية الطوارئ في جميع أنحاء العالم	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة \$95 مقابل كل خدمة خاضعة للتغطية. لا يتم التنازل عن التسديد المشترك في حال دخول المستشفى.	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة \$100 مقابل كل خدمة خاضعة للتغطية. لا يتم التنازل عن التسديد المشترك في حال دخول المستشفى.
Healthy Foods Card 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 Healthy Foods Card ضمن Wellcare Spendables™. يرجى مراجعة قسم Wellcare Spendables™ في هذا الجدول للحصول على مزيد من المعلومات.
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.	مزاي الوجبات - الأمراض المزمنة غير مشمولة بالتغطية.
خدمات رعاية الصحة العقلية لمرضى العيادات الخارجية - غير النفسية - جلسات جماعية	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة \$0 مقابل كل جلسة جماعية يغطيها Medicare. لا تتم تغطية تقديم الاستشارات لحالات الحزن والزواج والعلاقات وحل النزاعات والتعامل مع التغييرات في الحياة.	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة \$0 مقابل كل جلسة جماعية يغطيها Medicare. وتتم تغطية تقديم الاستشارات لحالات الحزن والزواج والعلاقات وحل النزاعات والتعامل مع التغييرات في الحياة.
خدمات رعاية الصحة العقلية لمرضى العيادات الخارجية - غير النفسية - جلسات فردية	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة \$0 مقابل كل جلسة فردية يغطيها Medicare. لا تتم تغطية تقديم الاستشارات لحالات الحزن والزواج والعلاقات وحل النزاعات والتعامل مع التغييرات في الحياة.	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة \$0 مقابل كل جلسة فردية يغطيها Medicare. وتتم تغطية تقديم الاستشارات لحالات الحزن والزواج والعلاقات وحل النزاعات والتعامل مع التغييرات في الحياة.
ميزة الأدوية 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.

2024 (العام المقبل)	2023 (هذا العام)	التكلفة
<p>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.</p> <p>لا تتطلب الميزة من العضو استيفاء شروط الأهلية والمشاركة.</p>	<p>مساعدة المرافق: تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة \$0. إذا كنت مؤهلاً، فإن الخطة توفر بطاقة ائتمان Visa مسبقاً الدفع بمبلغ أقصاه \$75 شهرياً 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- مرافق الكهرباء والغاز والصرف الصحي والمياه</li> <li>- خدمة الهاتف الأرضي</li> <li>- خدمة التلفزيون الكبلي</li> <li>- بعض النفقات المتعلقة باستخدام الوقود</li> </ul>	<p><b>المزايا الإضافية الخاصة للحالات المرضية المزمنة (SSBCI) - مساعدة المرافق</b></p> <p>قد تكون المزايا المذكورة جزءاً من المزايا الإضافية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة. ولن يكون جميع الأعضاء مؤهلين. يجب أن تفي بشروط الأهلية للحصول على مزايا الخطة الآتية.</p>
<p>تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة \$0 مقابل 24 رحلة ذهاب فقط في الحالات غير الطارئة ضمن منطقة خدماتنا كل عام.</p> <p>تقتصر الرحلات (وتُسمى أيضًا "التنقلات") على 75 ميلًا لرحلة ذهاب فقط وما يصل إلى 4 رحلات ذهاب فقط في اليوم. للحصول على الرعاية الروتينية، اتصل بشكل مسبق لما يصل إلى شهر واحد إلى 3 أيام على الأقل. تخضع الرحلات في اليوم نفسه لمدى توفرها. تُعد الرحلة وسيلة نقل للذهاب فقط بسيارة أجرة أو عربة نقل أو عربة نقل أو خدمات تشارك الركوب إلى موقع رعاية صحية.</p>	<p>تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة \$0 مقابل 48 رحلة ذهاب فقط في الحالات غير الطارئة ضمن منطقة خدماتنا كل عام.</p> <p>تقتصر الرحلات (وتُسمى أيضًا "التنقلات") على 75 ميلًا لرحلة ذهاب فقط. للحصول على الرعاية الروتينية، اتصل بشكل مسبق لما يصل إلى شهر واحد إلى 3 أيام على الأقل. تخضع الرحلات في اليوم نفسه لمدى توفرها. تُعد الرحلة وسيلة نقل للذهاب فقط بسيارة أجرة أو عربة نقل أو خدمات تشارك الركوب إلى موقع رعاية صحية.</p>	<p><b>النقل الطبي في الحالات غير الطارئة</b></p>
<p>تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة \$100 مقابل كل خدمة خاضعة للتغطية.</p> <p>لا يتم التنازل عن التسديد المشترك في حال دخولك المستشفى.</p>	<p>تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة \$95 مقابل كل خدمة خاضعة للتغطية.</p> <p>لا يتم التنازل عن التسديد المشترك في حال دخولك المستشفى.</p>	<p><b>الخدمات المطلوبة بشكل عاجل - تغطية الرعاية العاجلة في جميع أنحاء العالم</b></p>
<p>إجمالي رصيد يصل إلى \$300 كل عام لجميع النظارات والعدسات اللاصقة الإضافية.</p>	<p>إجمالي رصيد يصل إلى \$400 كل عام لجميع النظارات والعدسات اللاصقة الإضافية.</p>	<p><b>رعاية البصر - النظارات والعدسات اللاصقة الروتينية الإضافية</b></p>

2024 (العام المقبل)	2023 (هذا العام)	التكلفة
<p>تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة \$0. تحصل على بدل شهري بقيمة \$75 لاستخدامه في أي من المزايا المذكورة أدناه. سيتم تحويل البديل تلقائيًا إلى بطاقة Wellcare Spendables<sup>TM</sup> الخاصة بك في بداية كل شهر. سيتم ترحيل أي مبلغ غير مستخدم من البديل إلى الشهر التالي وستنتهي صلاحيته في نهاية كل عام. ويبلغ الحد الأقصى لمبلغ الميزة \$900 في السنة.</p> <p>يمكنك استخدام المبلغ الموجود في هذه البطاقة لأي مما يأتي حسب ما تراه مناسبًا لاحتياجاتك إذا لم يتجاوز الحد الأقصى للرصيد في البطاقة.</p> <p><b>العناصر المتاحة من دون وصفات (OTC)</b> يمكنك استخدام بطاقة Wellcare Spendables<sup>TM</sup> الخاصة بك لشراء العناصر المتاحة من دون وصفات المعتمدة في الخطة. ويمكن استخدام بطاقتك في مواقع البيع بالتجزئة المشاركة أو عبر الإنترنت أو عبر تطبيق للأجهزة المحمولة للتوصيل إلى المنزل.</p> <p><b>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.</b></p> <p>نظرًا إلى أن خطتك تشارك في برنامج تصميم التأمين على أساس القيمة، يمكنك أيضًا استخدام بدل Wellcare Spendables<sup>TM</sup> الخاص بك في أي من المزايا الآتية:</p> <p><b>الغاز (الدفع عند مضخة الوقود)</b> يمكنك استخدام بطاقة Wellcare Spendables<sup>TM</sup> لدفع ثمن الغاز عند مضخة الوقود مباشرة. لا يمكن استخدام البطاقة للدفع شخصيًا في ماكينة تسجيل المدفوعات النقدية. لا يمكن استخدام بطاقتك إلا لضخ الغاز حتى مبلغ البديل المتاح.</p>	<p>بطاقة Wellcare Spendables<sup>TM</sup> غير مشمولة بالتغطية.</p>	<p>Wellcare Spendables<sup>TM</sup></p>

التكلفة	2023 (هذا العام)	2024 (العام المقبل)
		<p><b>الأطعمة الصحية</b></p> <p>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 البديل لشراء التبغ أو الكحول.</p> <p>تتضمن العناصر المعتمدة:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اللحوم والدواجن</li> <li>• الفاكهة والخضراوات</li> <li>• المشروبات الغذائية</li> <li>• وغيرها</li> </ul> <p><b>مساعدة المرافق</b></p> <p>يمكنك استخدام بطاقة Wellcare Spendables™ للمساعدة على دفع تكاليف المرافق المعتمدة في الخطة لمنزلك بما في ذلك:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات مرافق الكهرباء والغاز والصرف الصحي/القمامة والمياه</li> <li>• خدمة الهاتف الأرضي والهاتف المحمول</li> <li>• خدمة الإنترنت</li> <li>• التلفزيون الكابلي (باستثناء خدمات البث)</li> <li>• بعض النفقات المتعلقة باستخدام الوقود مثل زيت التدفئة المنزلية</li> </ul> <p><b>مساعدة الإيجار</b></p> <p>يمكنك استخدام بطاقة Wellcare Spendables™ للمساعدة على دفع تكلفة إيجار منزلك.</p>

## القسم 2.5 - التغييرات في تغطية الأدوية الموصوفة بموجب Part D

### التغييرات في "قائمة الأدوية"

يُطلق على قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية "كتيب الوصفات" أو "قائمة الأدوية". تتوفر نسخة من "قائمة الأدوية" الخاصة بنا إلكترونياً.

أجرينا تغييرات على "قائمة الأدوية" قد تتضمن إزالة الأدوية أو إضافتها، أو تغيير القيود التي تنطبق على تغطيتنا لأدوية معينة، أو نقل الأدوية إلى مستوى مشاركة تكلفة مختلف. راجع "قائمة الأدوية" للتأكد من أن الأدوية التي تتناولها ستتم تغطيتها العام المقبل ومعرفة ما إذا كانت ثمة أي قيود أو ما إذا تم نقل الدواء الذي تتناوله إلى مستوى مشاركة تكلفة مختلف.

معظم التغييرات في "قائمة الأدوية" جديدة في بداية كل عام. ومع ذلك قد تجري تغييرات أخرى خلال العام تسمح بها قواعد Medicare. على سبيل المثال، يمكننا إزالة الأدوية على الفور التي تُعدها FDA غير آمنة أو التي تسحبها الشركة المصنعة من السوق. نحدّث "قائمة الأدوية" الخاصة بنا على الإنترنت لتوفير أحدث قائمة بالأدوية.

إذا تأثرت بتغيير في تغطية الأدوية في بداية العام أو خلاله، فيرجى مراجعة الفصل 9 من "دليل التغطية" والتحدث إلى طبيبك لمعرفة الخيارات المتاحة لك، مثل طلب إمداد مؤقت و/أو تقديم طلب للحصول على استثناء و/أو العمل على إيجاد دواء جديد. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.

### التغييرات في تكاليف الأدوية الموصوفة

ثمة أربع مراحل لدفع قيمة الأدوية. توضح المعلومات أدناه التغييرات التي تم إجراؤها على أول مرحلتين – مرحلة المبلغ القابل للاستقطاع السنوي ومرحلة التغطية الأولية. (لا يصل معظم الأعضاء إلى المرحلتين الأخريين – مرحلة فجوة التغطية أو مرحلة التغطية الكارثية).

### التغييرات في مرحلة المبلغ القابل للاستقطاع

المرحلة	2023 (هذا العام)	2024 (العام المقبل)
المرحلة 1: مرحلة المبلغ القابل للاستقطاع السنوي	لا تنطبق عليك مرحلة الدفع هذه نظرًا إلى عدم وجود مبالغ قابلة للاستقطاع لدينا.	لا تنطبق عليك مرحلة الدفع هذه نظرًا إلى عدم وجود مبالغ قابلة للاستقطاع لدينا.

### التغييرات في مشاركة التكلفة في مرحلة التغطية الأولية

المرحلة	2023 (هذا العام)	2024 (العام المقبل)
المرحلة 2: مرحلة التغطية الأولية	<p>التكلفة التي تتكبدها للحصول على إمداد شهر واحد من صيدلية شبكة مع مشاركة التكلفة القياسية:</p> <p>تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة \$0 لكل وصفة مقابل كل أدوية Part D الخاضعة للتغطية.</p> <p>بمجرد أن يصل إجمالي تكاليف الأدوية إلى \$4,660، سنتنقل إلى المرحلة التالية (مرحلة فجوة التغطية).</p>	<p>التكلفة التي تتكبدها للحصول على إمداد شهر واحد من صيدلية شبكة مع مشاركة التكلفة القياسية:</p> <p>تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة \$0 لكل وصفة مقابل كل أدوية Part D الخاضعة للتغطية.</p> <p>بمجرد أن يصل إجمالي تكاليف الأدوية إلى \$5,030، سنتنقل إلى المرحلة التالية (مرحلة فجوة التغطية).</p>

### التغييرات في مرحلتي فجوة التغطية والتغطية الكارثية

المرحلتان الأخريان من تغطية الأدوية – مرحلة فجوة التغطية ومرحلة التغطية الكارثية – مخصصتان للأشخاص الذين يعانون من ارتفاع تكاليف الأدوية. لا يصل معظم الأعضاء إلى مرحلة فجوة التغطية أو مرحلة التغطية الكارثية.

بدءاً من عام 2024، إذا وصلت إلى مرحلة التغطية الكارثية، فلن تدفع شيئاً مقابل أدوية Part D الخاضعة للتغطية. للحصول على معلومات محددة عن التكاليف التي تتكبدها في هذه المراحل، اطلع على الفصل 6، القسمين 6 و7 في دليل التغطية.

### القسم 3 التغييرات الإدارية

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

الوصف	2023 (هذا العام)	2024 (العام المقبل)
<p><b>التغيير في مدير مزايا الصيدليات (PBM)</b></p> <p>تتشارك Wellcare مع مدير مزايا الصيدليات (PBM) لإدارة مزايا الصيدليات الخاصة بنا. سيتغير PBM الذي نقيم شراكة معه في الخطة لعام 2024 إلى Express Scripts®. سنتلقى بطاقة تعريف Wellcare محدثة.</p> <p><b>يرجى البدء باستخدام بطاقة التعريف المحدثة في 1/1/24.</b></p> <p>للتأكد من أن صيدليتك تمتلك أحدث المعلومات الخاصة بك، يرجى إظهار بطاقة تعريف Wellcare 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.</p> <p>إذا لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات اللازمة، فقد يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة للوصفة عند حصولك عليها ثم تقديم طلب للتعويض.</p>	CVS Caremark	Express Scripts®

### القسم 4 تحديد أي خطة تختار

#### القسم 4.1 – إذا كنت ترغب في البقاء في Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

للبقاء في خطتنا، ليس عليك القيام بأي شيء. إذا لم تقم بالتسجيل في خطة مختلفة أو التغيير إلى Original Medicare بحلول 7 ديسمبر، فسيتم تسجيلك تلقائياً في Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).

#### القسم 4.2 – في حال الرغبة في تغيير الخطط

نأمل أن تظل عضواً في العام المقبل، لكن إذا أردت تغيير الخطط لعام 2024، فاتبع الخطوات الآتية:

##### الخطوة 1: التعرف على خياراتك والمقارنة بينها

- يمكنك الانضمام إلى خطة Medicare صحية مختلفة،
- --أو-- يمكنك التغيير إلى Original Medicare. إذا قمت بالتغيير إلى Original Medicare، فستحتاج إلى اتخاذ قرار بشأن الانضمام إلى خطة أدوية تابعة لـ Medicare.

لمعرفة المزيد عن Original Medicare والأنواع المختلفة من خطط Medicare، استخدم الباحث في خطط Medicare ([www.Medicare.gov/plan-compare](http://www.Medicare.gov/plan-compare))، أو اقرأ كتيب Medicare وأنت لعام 2024، أو اتصل ببرنامج الدولة للمساعدة على التأمين الصحي (راجع القسم 6)، أو اتصل ببرنامج Medicare (راجع القسم 8.2).

## الخطوة 2: تغيير التغطية

- **للتغيير إلى خطة Medicare صحية مختلفة**، قم بالتسجيل في الخطة الجديدة. سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خطة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).
  - **للتغيير إلى Original Medicare مع خطة للأدوية الموصوفة**، قم بالتسجيل في خطة الأدوية الجديدة. سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خطة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).
  - **للتغيير إلى Original Medicare من دون خطة للأدوية الموصوفة**، يجب عليك القيام بأحد هذين الأمرين:
    - إرسال طلب خطي إلينا لإلغاء التسجيل. اتصل بخدمات الأعضاء إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات حول كيفية القيام بذلك.
    - أو – اتصل ببرنامج Medicare، على الرقم 1-800-Medicare (1-800-633-4227)، على مدار الساعة، طوال أيام الأسبوع، واطلب إلغاء التسجيل. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- 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 تكن قد ألغيت الاشتراك في التسجيل التلقائي.

## القسم 5 تغيير الخطط

إذا كنت تريد التغيير إلى خطة مختلفة أو إلى Original Medicare في العام المقبل، فيمكنك القيام بذلك بدءًا من 15 أكتوبر حتى 7 ديسمبر. سيصبح التغيير ساري المفعول في 1 يناير 2024.

### هل هناك أوقات أخرى من العام لإجراء تغيير؟

في حالات معينة، يُسمح أيضًا بإجراء تغييرات في أوقات أخرى من العام. تشمل الأمثلة الأشخاص المشتركين في Medicaid، وأولئك الذين يحصلون على "Extra Help" (المساعدة الإضافية) للدفع مقابل أدويتهم، والأشخاص الذين لديهم تغطية صاحب العمل أو سيغادرونها، وأولئك الذين ينتقلون من منطقة الخدمة.

نظرًا إلى أنك مشترك في California Medi-Cal (Medicaid)، فقد تتمكن من إنهاء عضويتك في خطتنا أو التبديل إلى خطة مختلفة مرة واحدة في أثناء كل فترة من فترات التسجيل الخاصة الآتية:

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

إذا قمت بالتسجيل في خطة Medicare Advantage في 1 يناير 2024، ولم تعجبك خطتك، فيمكنك التبديل إلى خطة Medicare صحية أخرى (سواء مع تغطية Medicare للأدوية الموصوفة أو من دونها) أو التبديل إلى Original Medicare (سواء مع تغطية Medicare للأدوية الموصوفة أو من دونها) بين 1 يناير و 31 مارس 2024.

إذا انتقلت مؤخرًا إلى مؤسسة ما، أو تعيش فيها حاليًا، أو غادرتها للتو (مثل مرفق تمرير مريض متخصص أو مستشفى للرعاية طويلة الأمد)، فيمكنك تغيير تغطية Medicare في أي وقت. يمكنك التغيير إلى أي خطة Medicare صحية أخرى (سواء مع تغطية Medicare للأدوية الموصوفة أو من دونها) أو التبديل إلى Original Medicare (سواء مع خطة منفصلة للأدوية الموصوفة التابعة لبرنامج Medicare أو من دونها) في أي وقت.

## القسم 6 البرامج التي تقدم استشارات مجانية حول Medicaid و Medicare

برنامج الدولة للمساعدة على التأمين الصحي (SHIP) هو برنامج حكومي مستقل يضم مستشارين مدربين في كل ولاية. في California، يُطلق على SHIP اسم برنامج California للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP).

وهو برنامج حكومي يحصل على أموال من الحكومة الفيدرالية لتقديم استشارات مجانية بشأن التأمين الصحي المحلي إلى الأشخاص المشتركين في Medicare. يمكن لمستشاري برنامج California للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) مساعدتك بخصوص الأسئلة أو المشكلات المتعلقة بـ Medicare. حيث يمكنهم مساعدتك على فهم خيارات خطة Medicare والإجابة عن الأسئلة بشأن التبديل بين الخطط. يمكنك الاتصال ببرنامج California للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222 (ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711). يمكنك معرفة المزيد عن برنامج California للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) من خلال زيارة موقعه الإلكتروني (<https://www.aging.ca.gov/hicap/>).

للاستفسارات بشأن مزايا California Medi-Cal (Medicaid) اتصل بـ California Medi-Cal (Medicaid) على الرقم 1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077) من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 5 مساءً PT، من الاثنين إلى الجمعة. اسأل عن مدى تأثير الانضمام إلى خطة أخرى أو الرجوع إلى خطة Original Medicare في طريقة حصولك على تغطية California Medi-Cal (Medicaid) الخاصة بك.

## القسم 7 البرامج التي تساعد على الدفع مقابل الأدوية الموصوفة

قد تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة للدفع مقابل الأدوية الموصوفة. في ما يأتي قائمة بأنواع مختلفة من المساعدة:

- **"Extra Help" (المساعدة الإضافية) من Medicare.** نظرًا إلى أنك مشترك في Medicaid، فإنك مسجل بالفعل في "Extra Help" (المساعدة الإضافية)، وتُسمى أيضًا إعانة الدخل المنخفض. تدفع "Extra Help" (المساعدة الإضافية) جزءًا من أقساط الأدوية الموصوفة لك، والمبالغ القابلة للاستقطاع السنوية، والتأمين المشترك. ونظرًا إلى أنك مؤهل، ليست لديك فجوة تغطية أو عقوبة تسجيل متأخر. إذا كانت لديك أسئلة حول "Extra Help" (المساعدة الإضافية)، فاتصل على:
  - Medicare 1-800-633-4227 (1-800-4227). ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048، على مدار الساعة، طوال أيام الأسبوع؛
  - مكتب الضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213 بين الساعة 8 صباحًا والساعة 7 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة للتحدث إلى أحد الممثلين. تتوفر الرسائل الآلية على مدار الساعة. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-325-0778؛ أو
  - مكتب Medicaid في ولايتك (الطلبات).
- **المساعدة من برنامج المساعدة الصيدلانية التابع لدولتك.** لدى California برنامج يدعى مركز خدمة عملاء California MediCal Rx يساعد الأشخاص على الدفع مقابل الأدوية الموصوفة بناءً على حاجتهم المالية أو عمرهم أو حالتهم الطبية. لمعرفة المزيد عن البرنامج، ارجع إلى برنامج الدولة للمساعدة على التأمين الصحي.
- **مساعدة مشاركة التكلفة للأدوية الموصوفة للأشخاص المصابين بـ HIV/AIDS.** يساعد برنامج المساعدة على علاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) (ADAP) على ضمان حصول الأفراد المؤهلين لبرنامج ADAP المصابين بـ HIV/AIDS على أدوية HIV لإنقاذ حياتهم. ويجب أن يفي الأفراد بمعايير معينة، بما في ذلك إثبات الإقامة في الولاية وحالة فيروس HIV، وانخفاض الدخل على النحو الذي حددته الولاية، وحالة عدم التغطية التأمينية أو التغطية التأمينية غير الكافية. تتأهل الأدوية الموصوفة ضمن Medicare Part D المشمولة كذلك بتغطية برنامج ADAP لمساعدة مشاركة التكلفة للأدوية الموصوفة من خلال برنامج المساعدة على علاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) (ADAP) في California. للحصول على معلومات خاصة بمعايير الأهلية أو الأدوية الخاضعة للتغطية أو كيفية التسجيل في البرنامج، يرجى الاتصال ببرنامج المساعدة على علاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) (ADAP) في California على الرقم 1-916-558-1784 (TTY 711) من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 5 مساءً بالتوقيت المحلي من الاثنين إلى الجمعة.



## هل لديك أسئلة؟

## القسم 8

## القسم 8.1 – الحصول على المساعدة من خطة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

هل لديك أسئلة؟ نحن هنا للمساعدة. يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007. (TTY فقط، اتصل على الرقم 711). نحن متاحون للرد على المكالمات الهاتفية. ما 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. المكالمات إلى هذه الأرقام مجانية.

## اقرأ دليل التغطية لعام 2024 (فهو يحتوي على تفاصيل بشأن مزايا العام المقبل وتكاليفها)

يقدم هذا الإخطار السنوي بالتغييرات ملخصًا للتغييرات التي ستطرأ على المزايا والتكاليف في عام 2024. لمزيد من التفاصيل، ابحث في دليل التغطية لعام 2024 عن Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). يُعد دليل التغطية وصفًا قانونيًا مفصلاً لمزايا خطتك. كما يوضح حقوقك والقواعد التي تحتاج إلى اتباعها للحصول على الأدوية الموصوفة والخدمات الخاضعة للتغطية. توجد نسخة من دليل التغطية على موقعنا الإلكتروني على [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA). يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء لتطلب منا إرسال دليل التغطية إليك عبر البريد.

## تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني

يمكنك أيضًا زيارة موقعنا الإلكتروني على [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA). وكنذكير، يحتوي موقعنا الإلكتروني على أحدث المعلومات عن شبكة الموفرين الخاصة بنا (دليل الموفرين والصيدليات) وقائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (كتيب الوصفات/“قائمة الأدوية”) الخاصة بنا.

## القسم 8.2 – الحصول على المساعدة من Medicare

للحصول على معلومات من Medicare مباشرة:

## اتصل على الرقم 1-800-Medicare (1-800-633-4227)

يمكنك الاتصال 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.

## تفضل بزيارة موقع Medicare الإلكتروني

تفضل بزيارة موقع Medicare الإلكتروني ([www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)). فهو يحتوي على معلومات بشأن التكاليف والتغطية وتقييمات الجودة بالنجوم لمساعدتك على المقارنة بين خطط Medicare الصحية في منطقتك. لعرض معلومات عن الخطط، انتقل إلى [www.Medicare.gov/plan-compare](http://www.Medicare.gov/plan-compare).

## اقرأ Medicare وأنت لعام 2024

اقرأ كتيب Medicare وأنت لعام 2024. يتم إرسال هذا المستند بالبريد إلى الأشخاص المشتركين في Medicare في كل خريف. ويحتوي على ملخص للمزايا والحقوق وسبل الحماية المقدمة من Medicare وإجابات لمعظم الأسئلة المتداولة بشأن Medicare. إذا لم تكن لديك نسخة من هذا المستند، فيمكنك الحصول عليه من موقع Medicare الإلكتروني (<https://www.Medicare.gov/Pubs/pdf/10050-Medicare-and-you.pdf>) أو من خلال الاتصال 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.

## القسم 8.3 – الحصول على المساعدة من Medicaid

للحصول على معلومات من Medicaid، يمكنك الاتصال بـ Medicaid على الرقم 1-800-541-5555. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-430-7077 من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 5 مساءً PT، من الاثنين إلى الجمعة.

## 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 طباعة 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: املاً 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](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 شكوى 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, գանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY` **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY` **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

**Cambodian** (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូម ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY:**711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ **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)。我們也為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)。這些服務為免費服務。

**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, hngv zing mangc mv buac 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 ਵੱਚਿ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੱਚਿ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਲਿਕੁਲ ਮੁਫਤ 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 โปรด โทร **1-800-431-9007** (TTY:**711**) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

**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.