

2026

الإشعار السنوي بالتغيرات

Central Health Medi-Medi Plan II
(HMO D-SNP)

California H5649-009-000

يسري من 1 يناير حتى 31 ديسمبر، 2026

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) مقدمة من Central Health Plan of California, Inc.

الإشعار السنوي الخاص بالتغييرات خلال عام 2026

أنت مُسجّل كعضو في خطة Central Health Ventura Medi-Medi Plan (HMO D-SNP).

يوضح هذا الإشعار التغييرات التي تطرأ على التكاليف والمزايا المتعلقة بخطتنا خلال العام المقبل.

- أمامك مهلة من 15 أكتوبر حتى 7 ديسمبر لإدخال التغييرات على تغطيتك من Medicare للعام المقبل. إذا لم تشترك في خطة أخرى قبل 7 ديسمبر، 2025، فستظل مشتركاً في خطة Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP).
- للتغيير إلى خطة مختلفة، تفضل بزيارة www.Medicare.gov أو راجع القائمة الواردة في الجزء الخلفي من كتيب Medicare & You 2026.
- لا يمثل هذا الإشعار سوى مجرد ملخص للتغييرات. يمكنك التعرف على المزيد من المعلومات بشأن التكاليف والمزايا والقواعد من خلال دليل التغطية. يمكنك الحصول على نسخة من خلال centralhealthplan.com أو الاتصال على خدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) للحصول على نسخة عبر البريد.

المزيد من الموارد

- تتاح هذه المواد مجانًا باللغات العربية والأرمنية والكمبودية والصينية والفارسية والهمونغ والكورية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والفيتنامية.
- يمكنك الاتصال على خدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) للتعرف على المزيد من المعلومات. **الساعات هي 1 أكتوبر – 31 مارس: من 8 a.m. حتى 8 p.m. بالتوقيت المحلي، 7 أيام الأسبوع. من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر، من الإثنين إلى الجمعة، من 8 a.m. حتى 8 p.m. بالتوقيت المحلي. هذه المكالمات مجانية.**
- يمكنك الحصول على هذا المستند مجانًا بلغة (لغات) أخرى أو بتنسيقات أخرى مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو في شكل إصدار صوتي. يمكنك الاتصال على الرقم 314-2427 (866)، (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711). هذه المكالمات مجانية.

نبذة عن Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)

- خطة Central Health Medicare هي إحدى خطط HMO/HMO SNP المتعاقدة مع Medicare. يعتمد التسجيل على تجديد العقد. ومن ناحية أخرى، ترتبط الخطة أيضًا بعقد كتابي مع برنامج Medicaid في ولاية California للتنسيق بشأن مزايا Medicaid الخاصة بك.
- عند الإشارة في هذا المستند بالضمائر "نحن" أو "نا" أو "الخاص بنا" فذلك يعني Central Health Plan of California, Inc. وعندما يذكر "الخطة" أو "خطتنا"، فإن ذلك يعني Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP).

- إذا لم تقم بأي شيء بحلول 7 ديسمبر 2025، فسيتم تسجيلك تلقائيًا في Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP). بدءًا من 1 يناير 2026، سوف تحصل على تغطية رعايتك الطبية بالإضافة إلى أدويتك من خلال Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP). انتقل إلى القسم 3 للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية تغيير الخطط والمواعيد النهائية لإجراء التغيير.

H5649_26_009_CA_ANOC_M

الإشعار السنوي الخاص بالتغييرات خلال عام 2026 جدول المحتويات

ملخص بالتكاليف المهمة لعام 2026.....	6
القسم 1 التغييرات الطارئة على المزايا والتكاليف خلال العام المقبل 12	
القسم 1.1 التغييرات الطارئة على القسط الشهري للخطة	12
القسم 1.2 التغييرات الطارئة على الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة	12
القسم 1.3 التغييرات الطارئة على شبكة مقدمي الخدمات	14
القسم 1.4 التغييرات الطارئة على شبكة الصيدليات	14
القسم 1.5 التغييرات الطارئة على مزايا الخدمات الطبية وتكاليفها	15
القسم 1.6 التغييرات الطارئة على تغطية أدوية الجزء D	19
القسم 1.7 التغييرات الطارئة على مزايا وتكاليف الأدوية الموصوفة	20
القسم 2 التغييرات الإدارية 33	
القسم 3 كيفية تغيير الخطط 38	
القسم 3.1 المواعيد النهائية لتغيير الخطط	39
القسم 3.2 هل توجد إمكانية لإجراء تغييرات في أوقات أخرى من العام؟	40
القسم 4 الحصول على المساعدة لدفع تكلفة الأدوية الموصوفة 41	

43	الأسئلة؟	القسم 5
Central Health Medi-Medi خطة	الحصول على المساعدة من خطة	القسم 5.1
43.....	Plan II (HMO D-SNP)	
44.....	Medicare الحصول على استشارات مجانية حول	القسم 5.2
45.....	Medicare الحصول على المساعدة من	القسم 5.3
46.....	Medicaid الحصول على المساعدة من	القسم 5.4

ملخص بالتكاليف المهمة لعام 2026

يقارن الجدول أدناه تكاليف عامي 2025 و 2026 لخطة Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) في مناطق عدة مهمة. لا يمثل هذا الإشعار سوى مجرد ملخص للتكاليف.

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
\$0	\$0	قسط الخطة الشهري * * قد تزداد قيمة قسطك عن هذا المبلغ. انتقل إلى القسم 1.1 للتعرف على التفاصيل.
\$0 مدفوعات مشتركة لكل زيارة	\$0 مدفوعات مشتركة لكل زيارة	زيارات عيادة الرعاية الأولية
\$0 مدفوعات مشتركة لكل زيارة	\$0 مدفوعات مشتركة لكل زيارة	الزيارات لعيادات الاختصاصيين
\$0 مدفوعات مشتركة تغطي الخطة ما يصل إلى 90 يومًا من رعاية المرضى الداخليين في المستشفى خلال كل فترة مزايا.	\$0 مدفوعات مشتركة تغطي الخطة ما يصل إلى 90 يومًا من رعاية المرضى الداخليين في المستشفى خلال كل فترة مزايا.	إقامة المرضى الداخليين في المستشفى تشمل الرعاية الحادة للمرضى الداخليين، وإعادة التأهيل للمرضى الداخليين،

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
لديك أيضًا 60 يومًا إضافيًا من التغطية، تسمى أيام الحجز مدى الحياة. لا يمكن استخدام هذه الأيام الـ 60 إلا مرة واحدة. سنبدأ تلقائيًا في تطبيق أيام الحجز مدى الحياة ما لم نخبرنا على وجه التحديد بعدم القيام بذلك (راجع دليل التغطية للحصول على مزيد من التفاصيل حول فترات المزايا).	لديك أيضًا 60 يومًا إضافيًا من التغطية، تسمى أيام الحجز مدى الحياة. لا يمكن استخدام هذه الأيام الـ 60 إلا مرة واحدة. سنبدأ تلقائيًا في تطبيق أيام الحجز مدى الحياة ما لم نخبرنا على وجه التحديد بعدم القيام بذلك (راجع دليل التغطية للحصول على مزيد من التفاصيل حول فترات المزايا).	مستشفيات الرعاية طويلة الأجل، والأنواع الأخرى من خدمات المستشفيات للمرضى الداخليين. تبدأ رعاية المرضى الداخليين في المستشفى خلال اليوم الذي يتم فيه إدخالك رسميًا إلى المستشفى بأمر من الطبيب. اليوم الذي يسبق خروجك من المستشفى هو آخر يوم لك في المستشفى.
الاستقطاع: \$250 خلال هذه المرحلة، ستدفع \$0 كمبلغ نظير تقاسم التكاليف للأدوية من الفئة 1 والفئة 6، والتكلفة السارية للأدوية من الفئة 2،	ستندرج الأدوية المغطاة بموجب الجزء D في قائمة أدوية ضمن فئة واحدة. تكلفة حصولك على إمداد لمدة شهر (31 يومًا) يُصرف من صيدلية تابعة للشبكة تطبق نظام تقاسم التكاليف القياسي:	تغطية الأدوية بموجب الجزء D

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)
الفئة 3، والفئة 4، والفئة 5 حتى تصل إلى الاستقطاع السنوي. المدفوعات المشتركة خلال مرحلة التغطية الأولية: أدوية الفئة 1: \$0 مدفوعات مشتركة أدوية الفئة 2: \$0 أو \$1.60 أو \$4 مدفوعات مشتركة لكل وصفة طبية أدوية الفئة 3: \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 بالنسبة للأدوية العامة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية التي يتم التعامل معها على أنها أدوية عامة)	الأدوية العامة والمفضلة متعددة المصادر: سوف تدفع \$0 للأدوية الموصوفة. جميع الأدوية الأخرى: سوف تدفع \$0 للأدوية الموصوفة.

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
\$0 أو \$4.90 أو \$12.65 مدفوعات مشتركة لجميع الأدوية الأخرى لكل وصفة طبية أدوية الفئة 4: \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 بالنسبة للأدوية العامة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية التي يتم التعامل معها على أنها أدوية عامة) \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 مدفوعات مشتركة لجميع الأدوية الأخرى لكل وصفة طبية أدوية الفئة 5: \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 مدفوعات مشتركة بالنسبة للأدوية العامة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية التي يتم التعامل معها على أنها أدوية عامة)		

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
\$0 أو \$4.90 أو \$12.65 مدفوعات مشتركة لجميع الأدوية الأخرى لكل وصفة طبية أدوية الفئة 6: \$0 مدفوعات مشتركة التغطية القصوى: لن تدفع خلال هذه المرحلة مقابل جميع أدوية الجزء D المغطاة من جانب الخطة.		

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
\$9,250 إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة تقاسم التكاليف من Medicare ضمن Medicaid، فأنت لست مسؤولاً عن دفع أي تكاليف وصولاً إلى الحد الأقصى للمبلغ المدفوع نظير الحصول على الخدمات المغطاة في الجزء A والجزء B.	\$9,350 إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة تقاسم التكاليف من Medicare ضمن Medicaid، فأنت لست مسؤولاً عن دفع أي تكاليف وصولاً إلى الحد الأقصى للمبلغ المدفوع نظير الحصول على الخدمات المغطاة في الجزء A والجزء B.	الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة هذا هو أقصى مبلغ ستدفعه مقابل الحصول على الخدمات التي يغطيها الجزء A والجزء B. (انتقل إلى القسم 1.2 للتعرف على التفاصيل.)

القسم 1 التغييرات الطارئة على المزايا والتكاليف خلال العام المقبل

القسم 1.1 التغييرات الطارئة على القسط الشهري للخطة

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
\$0	\$0	قسط الخطة الشهري (يجب أن تستمر أيضاً في دفع قسط Medicare Part B ما لم يدفعه (.Medicaid)

القسم 1.2 التغييرات الطارئة على الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة

يتطلب برنامج Medicare من جميع خطط الرعاية الصحية تقليل الحد الأقصى من التكاليف التي تدفعها في العام. ويسمى ذلك الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة. بمجرد دفعك لهذا المبلغ، لن تدفع مقابل الخدمات التي يغطيها الجزء A والجزء B بقية السنة التقويمية.

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
\$9,250	\$9,350	الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
بمجرد سدادك لمبلغ \$9,250 مقابل الخدمات المغطاة في الجزء (A) والجزء (B)، فلن تدفع أي مقابل نظير الحصول على الخدمات المغطاة في الجزء (A) والجزء (B) طوال المدة المتبقية من السنة التقويمية.		نظرًا إلى أن أعضاءنا أيضًا يتلقون مساعدة من Medicaid، فإن عددًا قليلاً جدًا منهم يدفعون الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة. ولن تكون مسؤولاً عن دفع الحد الأقصى من التكاليف المدفوعة مقابل الخدمات التي يغطيها الجزء A والجزء B. تُحتسب تكاليفك للخدمات الطبية المغطاة (مثل المدفوعات المشتركة) من ضمن الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة. لا يتم احتساب أقساط خططنا وتكاليف الأدوية الموصوفة وصولاً إلى الحد الأقصى للدفع لديك.

القسم 1.3 التغييرات الطارئة على شبكة مقدمي الخدمات

لقد طرأت تغييرات على شبكة مقدمي الخدمات لدينا للعام القادم. يرجى مطالعة إصدار عام 2026 من دليل مقدمي الخدمات على centralhealthplan.com لمعرفة إذا ما كان مقدمو الخدمات لديك (مقدم الرعاية الأولية، الأخصائيون، المستشفيات، وما إلى ذلك) تابعين لشبكتنا. يمكنك فيما يلي التعرف على كيفية حصولك على دليل مقدمي الخدمات المحدّث:

- يمكن زيارة موقعنا الإلكتروني من خلال centralhealthplan.com.
- يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) للحصول على أحدث المعلومات عن مقدمي الخدمات أو لطلب إرسال نسخة إليك عبر البريد من دليل مقدمي الخدمات.

من المهم أن تعرف أننا يمكننا إجراء تغييرات على المستشفيات والأطباء والاختصاصيين (مقدمي الخدمات الطبية) والصيدليات التابعة للخطة خلال العام. إذا كان التغيير الذي يطرأ في منتصف العام على مقدمي الخدمات يؤثر عليك، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) لطلب المساعدة. للتعرف على المزيد من المعلومات حول حقوقك عند خروج أحد مقدمي الخدمات التابعين للشبكة من خطتنا، يُرجى مراجعة الفصل 3، القسم 2.3 من دليل التغطية.

القسم 1.4 التغييرات الطارئة على شبكة الصيدليات

قد تعتمد المبالغ التي تدفعها لأدويةك الموصوفة على الصيدلية التي تستخدمها. تتضمن خطط الأدوية في برنامج Medicare شبكة من الصيدليات. وفي معظم الحالات، لا

تكون أدويةك الموصوفة مشمولة بالتغطية إلا إذا تم صرفها من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا.

لقد طرأ تغيير على شبكة الصيدليات لدينا للعام القادم. راجع إصدار عام 2026 من دليل الصيدليات عبر centralhealthplan.com لمعرفة الصيدليات التابعة للشبكة. فيما يلي بيان لطريقة معرفة كيفية الحصول على دليل الصيدليات المحدث:

- يمكن زيارة موقعنا الإلكتروني من خلال centralhealthplan.com.
- يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) للحصول على أحدث المعلومات عن الصيدليات أو لطلب إرسال نسخة إليك عبر البريد من دليل الصيدليات.

قد تجري بعض التغييرات على الصيدليات التي تشكل جزءاً من خطتنا خلال العام. إذا كان التغيير الذي يطرأ في منتصف العام على صيدلياتنا يؤثر عليك، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) لطلب المساعدة.

القسم 1.5 التغييرات الطارئة على مزايا الخدمات الطبية وتكاليفها

يرجى العلم أن الإشعار السنوي بالتغييرات يخبرك بالتغييرات الطارئة على مزايا وتكاليف برنامج Medicare.

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
يحصل الأعضاء المؤهلون الذين يعانون من حالات مزمنة مؤهلة على \$200 كل شهر لشراء الأغذية والمنتجات (SSBCI).	تُغطى هذه الميزة ضمن برنامج المزايا التكميلية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة (SSBCI). بأمراض مزمنة (SSBCI). يحصل المؤهلون على بدل شهري قدره \$45 لشراء الأغذية والمنتجات الصحية. تخصص تغطية برنامج المزايا التكميلية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة (SSBCI) للأعضاء الذين يعانون من حالات مزمنة محددة فقط.	المزايا التكميلية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة (SSBCI) - الأغذية والمنتجات:
تتلقى بطاقة السحب الآلي MyChoice الممولة مسبقًا الممولة مسبقًا مع بدل ربع سنوي إجمالي قدره \$320 للعناصر التي لا تحتاج إلى وصفة طبية (OTC).	سوف تحصل على بطاقة MyChoice الممولة مسبقًا مع بدل ربع سنوي إجمالي قدره \$125 للعناصر التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC)، وأجهزة المساعدة على السمع التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC).	العناصر التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC) (تكميلية)

نموذج معتمد OMB 1051-0938 (تنتهي صلاحيته في: 31 أغسطس، 2026)

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
وخدمات العلاج الطبيعي وخدمات أمراض النطق واللغة، وخدمات برنامج علاج المواد الأفيونية، والجلسات الفردية لعلاج تعاطي المخدرات للمرضى الخارجيين، والجلسات الجماعية لعلاج تعاطي المخدرات للمرضى الخارجيين.	وخدمات برنامج علاج المواد الأفيونية، والجلسات الفردية لعلاج تعاطي المخدرات للمرضى الخارجيين، والجلسات الجماعية لعلاج تعاطي المخدرات للمرضى الخارجيين.	
ستحصل على 48 رحلة ذهاب وعودة سنوياً.	ستحصل على 24 رحلة ذهاب وعودة سنوياً.	خدمات النقل للمواقع المعتمدة من الخطة (تكميلية)
هذه الميزة غير مغطاة بصفتها ميزة تكميلية.	يترتب عليك دفع مبلغ \$0 مدفوعات مشتركة مقابل ما يصل إلى 20 ساعة في السنة التقويمية من خلال أحد مقدمي خدمات الرعاية المعتمدين في خطتنا.	خدمات الدعم في المنزل

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
تغطي خطتنا عدد 2 من أجهزة المساعدة على السمع تم تحديدهما مسبقاً من قبل مقدم خدمات معتمد لدى الخطة كل سنتين 2 للأذنين معاً.	لديك بدل سنوي بقيمة \$3,000 لأجهزة المساعدة على السمع.	أجهزة المساعدة السمعية

القسم 1.6 التغييرات الطارئة على تغطية أدوية الجزء D

التغييرات في قائمة الأدوية

يطلق على قائمة أدويتنا المغطاة اسم الوصفات الطبية أو قائمة الأدوية. تتوفر نسخة من قائمة الأدوية إلكترونياً.

لقد أجرينا تعديلات على قائمة الأدوية وتضمن ذلك إزالة أدوية أو إضافتها أو تغيير القيود التي تنطبق على تغطيتنا لأدوية معينة أو نقلها لفئة مختلفة من التكاليف التي يتم تقاسمها. يمكنك مراجعة قائمة الأدوية للتأكد من تغطية أدويةك في العام المقبل ومعرفة ما إذا كانت هناك أي قيود أو ما إذا تم نقل الدواء إلى فئة مختلفة من التكاليف التي يتم تقاسمها.

تطراً تغييرات جديدة على قائمة الأدوية مع بداية كل عام. ومع ذلك، قد نقوم بإجراء تغييرات أخرى مسموح بها من قبل قواعد برنامج Medicare من شأنها أن تؤثر عليك خلال السنة التقويمية. كما نقوم بتحديث قائمة الأدوية عبر الإنترنت لتوفير أحدث قائمة

للأدوية. عند قيامنا بإجراء تغيير من شأنه أن يؤثر في حصولك على الدواء الذي تتناوله، فسنرسل إليك إشعارًا بشأن هذا التغيير.

إذا كنت متأثرًا بأحد التغييرات الطارئة على تغطية الدواء في بداية العام أو خلال العام، فيمكنك مراجعة الفصل 9 من دليل التغطية والتحدث إلى مقدم الأدوية الموصوفة لمعرفة خياراتك، مثل طلب الحصول على إمدادات مؤقتة أو التقدم بطلب للحصول على استثناء و/أو العمل على إيجاد دواء جديد. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) للتعرف على المزيد من المعلومات.

القسم 1.7 التغييرات الطارئة على مزايا وتكاليف الأدوية الموصوفة

هل تحصل على Extra Help لدفع تكاليف تغطية أدويةك؟

إذا كنت مسجلًا في برنامج يساعد في دفع تكاليف أدويةك (المساعدة الإضافية [Extra Help])، فقد لا تنطبق عليك المعلومات المتعلقة بتكاليف أدوية الجزء D. لقد أرسلنا إليك ملحقًا منفصلاً يُعرف باسم ملحق دليل التغطية للأشخاص الذين يحصلون على مساعدة إضافية (Extra Help) لدفع تكلفة الأدوية الموصوفة، لتوضيح تكاليف الأدوية. إذا كنت تحصل على مساعدة إضافية (Extra Help) ولم تتلق هذه المواد بحلول 30 سبتمبر، فيمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) وطلب الحصول على LIS Rider.

مراحل سداد تكاليف الأدوية

هناك 3 مراحل لسداد تكلفة الأدوية: مرحلة الاستقطاع السنوي، ومرحلة التغطية الأولية بالإضافة إلى مرحلة التغطية القصوى. كما لم تعد مرحلة فجوة التغطية وبرنامج خصم فجوة التغطية موجودين في مزايا الجزء D.

• المرحلة 1: الاستقطاع السنوي

تبدأ في مرحلة الدفع هذه كل سنة تقويمية. في أثناء هذه المرحلة ستدفع التكلفة الكاملة عن أدوية الجزء D إلى أن تصل إلى حد الاستقطاع السنوي.

• المرحلة 2: التغطية الأولية

بمجرد دفعك لمبلغ الاستقطاع السنوي، يمكنك الانتقال إلى مرحلة التغطية الأولية. خلال هذه المرحلة، تدفع الخطة حصتها من تكلفة أدويةك وتدفع أنت حصتك من التكلفة. ستظل بشكل عام في هذه المرحلة حتى تصل نفقاتك النثرية السنوية حتى تاريخه إلى \$2,100.

• المرحلة 3: التغطية القصوى

هذه هي المرحلة الثالثة والأخيرة لدفع ثمن الدواء. لن تدفع خلال هذه المرحلة مقابل جميع أدوية الجزء D المغطاة. وعادةً ما ستظل في هذه المرحلة خلال المدة المتبقية من السنة التقويمية.

تم استبدال برنامج خصم فجوة التغطية ببرنامج خصم الشركة المصنعة. وبموجب برنامج خصم الشركة المصنعة، تدفع شركات تصنيع الأدوية جزءًا من التكلفة الكاملة لخطتنا مقابل الأدوية التي تحمل علامة تجارية بالإضافة إلى الأدوية البيولوجية المغطاة في الجزء D أثناء مرحلتنا التغطية الأولية والتغطية القصوى. لا يتم احتساب الخصومات التي يدفعها المصنعون بموجب برنامج خصم الشركة المصنعة ضمن التكاليف الإضافية. يوضح الجدول التكلفة لكل دواء موصوف خلال هذه المرحلة.

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
\$250 في أثناء هذه المرحلة، ستدفع \$0 من تقاسم التكاليف عن الأدوية - ضمن الفئة 1 والفئة 6، والتكلفة المطبقة عن الأدوية من الفئة 2 والفئة 3 والفئة 4 والفئة 5، حتى الوصول إلى مبلغ الاستقطاع السنوي.	\$0	الاستقطاع السنوي

تكاليف الدواء في المرحلة الثانية 2: التغطية الأولية

يوضح الجدول التكلفة لإمدادات تكفي لمدة شهر واحد من أحد الأدوية الموصوفة التي يتم صرفها عبر إحدى الصيدليات التابعة للشبكة مع تقاسم التكاليف القياسي.

يغطي الجزء D معظم لقاحات البالغين من دون دفع أي تكاليف. للحصول على مزيد من المعلومات بشأن تكاليف اللقاحات، أو معلومات بشأن التكاليف، انتقل إلى الفصل 6 من دليل التغطية.

بمجرد دفع \$2,100 لأدوية الجزء D المغطاة، ستنقل إلى المرحلة التالية (مرحلة التغطية القصوى).

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
\$0 مدفوعات مشتركة من إجمالي التكلفة	ستتدرج الأدوية المغطاة بموجب الجزء D في قائمة أدوية ضمن فئة واحدة. تكلفة حصولك على إمداد لمدة شهر (31 يومًا) يُصرف من صيدلية تابعة للشبكة تطبق نظام تقاسم التكاليف القياسي: الأدوية العامة والمفضلة متعددة المصادر:	أدوية الفئة 1 (الأدوية العامة المفضلة): لقد قمنا بتغيير فئة بعض الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية لدينا. لمعرفة إذا ما كانت الأدوية الخاصة بك تتدرج تحت فئة مختلفة، يمكنك البحث في قائمة الأدوية.

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
	تدفع \$0 لكل أدوية موصوفة. جميع الأدوية الأخرى: تدفع \$0 لكل أدوية موصوفة. تدفع \$0 لكل أدوية موصوفة. بمجرد دفع \$2,000 لأدوية الجزء D، ستنتقل إلى المرحلة التالية (مرحلة التغطية القصوى). يبلغ مقدار تقاسم التكاليف الخاص بك \$0 في مرحلة التغطية القصوى	

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
\$0 أو \$1.60 أو \$4 مدفوعات مشتركة لكل وصفة طبية	ستندرج الأدوية المغطاة بموجب الجزء D في قائمة أدوية ضمن فئة واحدة. تكلفة حصولك على إمداد لمدة شهر يُصرف من صيدلية تابعة للشبكة تطبق نظام تقاسم التكاليف القياسي: الأدوية العامة والمفضلة متعددة المصادر: سوف تدفع \$0 للأدوية الموصوفة. جميع الأدوية الأخرى: تدفع \$0 لكل أدوية موصوفة.	أدوية الفئة 2 (الأدوية العامة):

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
	بمجرد دفع \$2,000 لأدوية الجزء D، ستنتقل إلى المرحلة التالية (مرحلة التغطية القصوى). يبلغ مقدار تقاسم التكاليف الخاص بك \$0 في مرحلة التغطية القصوى	
\$0 أو \$1.60 أو \$5.10 للأدوية العامة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية التي يتم التعامل معها على أنها أدوية عامة): \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 مدفوعات مشتركة لجميع الأدوية الموصوفة الأخرى.	ستندرج الأدوية المغطاة بموجب الجزء D في قائمة أدوية ضمن فئة واحدة. تكلفة حصولك على إمداد لمدة شهر يُصرف من صيدلية تابعة للشبكة تطبق نظام تقاسم التكاليف القياسي:	أدوية الفئة 3 (الأدوية التي تحمل علامة تجارية مفضلة):

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
	الأدوية العامة والمفضلة متعددة المصادر: تدفع \$0 لكل أدوية موصوفة. جميع الأدوية الأخرى: تدفع \$0 لكل أدوية موصوفة. بمجرد دفع \$2,000 لأدوية الجزء D، ستنتقل إلى المرحلة التالية (مرحلة التغطية القصوى). يبلغ مقدار تقاسم التكاليف الخاص بك \$0 في مرحلة التغطية القصوى)	

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
\$0 أو \$1.60 أو \$5.10 للأدوية العامة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية التي يتم التعامل معها على أنها أدوية عامة): \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 مدفوعات مشتركة لجميع الأدوية الموصوفة الأخرى.	ستتدرج الأدوية المغطاة بموجب الجزء D في قائمة أدوية ضمن فئة واحدة. تكلفة حصولك على إمداد لمدة شهر يُصرف من صيدلية تابعة للشبكة تطبق نظام تقاسم التكاليف القياسي: الأدوية العامة والمفضلة متعددة المصادر: \$0 لكل أدوية موصوفة. جميع الأدوية الأخرى: \$0 لكل أدوية موصوفة.	الفئة 4 (الأدوية غير المفضلة):

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
	بمجرد دفع \$2,000 لأدوية الجزء D، ستنتقل إلى المرحلة التالية (مرحلة التغطية القصوى). يبلغ مقدار تقاسم التكاليف الخاص بك \$0 في مرحلة التغطية القصوى	
\$0 أو \$1.60 أو \$5.10 للأدوية العامة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية التي يتم التعامل معها على أنها أدوية عامة): \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 مدفوعات مشتركة لجميع الأدوية الموصوفة الأخرى.	ستكون الأدوية المغطاة في الجزء D من كتيب الوصفات الطبية ضمن مستوى واحد. تكلفة حصولك على إمداد لمدة شهر يُصرف من صيدلية تابعة للشبكة تطبق نظام تقاسم التكاليف القياسي:	الفئة 5 (الأدوية المتخصصة):

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
	الأدوية العامة والمفضلة متعددة المصادر: تدفع \$0 لكل أدوية موصوفة. جميع الأدوية الأخرى: تدفع \$0 لكل أدوية موصوفة. بمجرد دفع \$2,000 لأدوية الجزء D، ستنتقل إلى المرحلة التالية (مرحلة التغطية القصوى). يبلغ مقدار تقاسم التكاليف الخاص بك \$0 في مرحلة التغطية القصوى)	

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
\$0 من إجمالي التكلفة	ستكون الأدوية المغطاة في الجزء D من كتيب الوصفات الطبية ضمن مستوى واحد. تكلفة حصولك على إمداد لمدة شهر يُصرف من صيدلية تابعة للشبكة تطبق نظام تقاسم التكاليف القياسي: الأدوية العامة والمفضلة متعددة المصادر: تدفع \$0 لكل أدوية موصوفة. جميع الأدوية الأخرى: تدفع \$0 لكل أدوية موصوفة.	الفئة 6 (أدوية رعاية محددة):

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
	بمجرد دفع \$2,000 لأدوية الجزء D، ستنتقل إلى المرحلة التالية (مرحلة التغطية القصوى). يبلغ مقدار تقاسم التكاليف الخاص بك \$0 في مرحلة التغطية القصوى	

التغييرات الطارئة على ميزة VBID في الجزء D

في عام 2025، شاركت خطة Central Health Medi - Medi Plan II (HMO D-SNP) في نموذج Value Based Insurance Design (VBID)، ولكن هذا البرنامج لن يكون موجودًا هذا العام. كجزء من ميزة الجزء D من نموذج VBID، عرضت Central Health Medi - Medi Plan II (HMO D-SNP) إلغاء تقاسم تكاليف أدوية الجزء D. ونظرًا لانتهاء هذا البرنامج، قد يتقاسم الأعضاء تكاليف جميع أدوية الجزء D في جميع مراحل التغطية. للتعرف على المزيد من المعلومات، اتصل بخدمات الأعضاء إذا كانت لديك أي أسئلة.

التغييرات الطارئة على مرحلة التغطية القصوى

للحصول على معلومات محددة بشأن التكاليف خلال مرحلة التغطية القصوى، انتقل إلى الفصل 6، القسم 6، في دليل التغطية.

التغييرات الإدارية

القسم 2

إننا نجري تغييرات إدارية للعام المقبل. توضح المعلومات في الجدول التالي هذه التغييرات.

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
في حال تم تشخيص إصابتك بحالة (حالات) مزمنة مؤهلة وتستوفي معايير معينة، فقد تكون مؤهلاً للحصول على المزايا التكميلية الخاصة بالمصابين بأمراض مزمنة. تشمل الحالات المزمنة المؤهلة: • اضطرابات القلب والأوعية الدموية	في حال تم تشخيص إصابتك بحالة (حالات) مزمنة مؤهلة وتستوفي معايير معينة، فقد تكون مؤهلاً للحصول على المزايا التكميلية الخاصة بالمصابين بأمراض مزمنة. تشمل الحالات المزمنة المؤهلة: • اضطرابات القلب والأوعية الدموية	المزايا التكميلية الخاصة بالمرضى المصابين بأمراض مزمنة (SSBCI)

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
• الفشل القلبي المزمن • الخرف • مرض السكري • اضطرابات الرئة المزمنة • مرض الكلى المزمن (CKD) • اضطراب تعاطي الكحول المزمن • واضطرابات تعاطي المخدرات الأخرى (SUDs) • السرطان • اضطرابات المناعة الذاتية • زيادة الوزن والسمنة ومتلازمة التمثيل الغذائي	• الفشل القلبي المزمن • الخرف • مرض السكري • اضطرابات الرئة المزمنة • مرض الكلى	

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
• مرض الجهاز الهضمي المزمن • اضطرابات دموية شديدة • فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (HIV/AIDS) • حالات الصحة النفسية المزمنة والمعوقة • الاضطرابات العصبية • السكتة • ما بعد زراعة الأعضاء • نقص المناعة • اضطرابات كبت المناعة		

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
• الحالات المرتبطة بالضعف الإدراكي • الحالات التي تواجه تحديات وظيفية • الحالات المزمنة التي تضعف البصر والسمع (الصمم) والتذوق واللمس والشم • الحالات التي تتطلب خدمات علاجية مستمرة حتى يتمكن الأفراد من الحفاظ على وظائفهم أو الاحتفاظ بها		

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare هي بديل سداد جديد يسري مع تغطية أدويةك الحالية، ويمكنها مساعدتك على إدارة تكاليف أدويةك من خلال توزيعها على دفعات شهرية ممتدة على مدار العام (يناير – ديسمبر). لمعرفة المزيد عن خيار الدفع هذا، يُرجى التواصل معنا على الرقم (866) 314-2427 (وبالنسبة لمستخدمي TTY، يمكنهم الاتصال على: 711) أو زيارة Medicare.gov Silver&Fit هي مورد أجهزة اللياقة البدنية/الصالة الرياضية المتعاقد معها خلال عام 2026.	لا ينطبق تمت إدارة مزايا اللياقة البدنية/الصالة الرياضية الخاصة بك من قبل Tivity D.B.A. SilverSneakers	خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare لم تعد Tivity من بين الموردين المتعاقد معهم خلال عام 2026.

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
NationsBenefits هي مورد الوجببات المتعاقد معها لعام 2026.	كانت خدمات الوجبات الخاصة بك متاحة من خلال Healthrageous.	لم تعد Healthrageous من بين الموردين المتعاقد معهم خلال عام 2026.
Medical Guardian هي مورد PERS المتعاقد معها خلال عام 2026.	تمت إدارة مزايا PERS الخاصة بك بواسطة Aloecare.	لم تعد Aloecare من بين الموردين المتعاقد معهم خلال عام 2026.

القسم 3 كيفية تغيير الخطط

إذا أردت البقاء في **Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)**، فلن يتعين عليك القيام بأي شيء. إذا لم تسجل في خطة مختلفة أو لم تغير خطتك إلى خطة Original Medicare قبل 7 ديسمبر، فسيتم تسجيلك تلقائيًا في خطة Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP).

إذا كنت ترغب في تغيير الخطط لعام 2026، فاتبع الخطوات التالية:

- **للتغيير إلى خطة صحية مختلفة من Medicare**، يرجى التسجيل في الخطة الجديدة. سوف يتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا في Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP).
- **للتبديل إلى Original Medicare مع تغطية الأدوية من Medicare**، قم بالتسجيل في خطة أدوية جديدة من Medicare. سوف يتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا في Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP).

• إذا أردت الانضمام إلى **Original Medicare** دون خطة للأدوية، فيمكنك إرسال طلب كتابي لنا لإلغاء تسجيلك. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) للتعرف على المزيد من المعلومات حول كيفية القيام بالأمر. أو يمكنك الاتصال على **Medicare** على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE وطلب إلغاء التسجيل. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. إذا لم تشترك في خطة أدوية من برنامج Medicare، فقد تدفع غرامة التأخير في التسجيل بموجب الجزء D (انتقل إلى الفصل 1، القسم 4.4 من دليل التغطية).

• للتعرف على المزيد من المعلومات حول برنامج **Original Medicare** وأنواع خطط **Medicare** المختلفة، تفضل بزيارة www.Medicare.gov، أو يمكنك مراجعة كتيب *Medicare & You 2026* أو الاتصال على برنامج مساعدة التأمين الصحي التابع للولاية (انتقل إلى القسم 6)، أو الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

القسم 3.1 المواعيد النهائية لتغيير الخطط

يمكن للمشاركين في برنامج Medicare إجراء تغييرات على تغطيتهم خلال الفترة ما بين 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر كل عام.

إذا اشتركت في خطة Medicare Advantage في 1 يناير 2026، وتشعر أن اختيار هذه الخطة لم يكن موفقاً، فيمكنك التبديل إلى خطة صحية أخرى من Medicare (مع أو بدون تغطية أدوية Medicare) أو التبديل إلى Original Medicare (مع أو بدون تغطية أدوية منفصلة من Medicare) وذلك خلال الفترة ما بين 1 – 31 مارس، 2026.

القسم 3.2 هل توجد إمكانية لإجراء تغييرات في أوقات أخرى من العام؟

قد يتاح للأشخاص فرص أخرى للتغيير خلال العام وذلك في بعض الحالات. تشمل الأمثلة الأشخاص:

- المسجلين في Medicaid
- من يحصلون على مساعدة إضافية (Extra Help) لدفع تكاليف أدويتهم
- من يتمتعون بتغطية صاحب العمل أو من لم يعودوا مشمولين
- من انتقلوا خارج نطاق منطقة الخدمة الخاصة بالخطّة

نظرًا لاشتراكك في Medicaid، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا عن طريق اختيار أحد خيارات Medicare التالية في أي شهر من العام:

- o Original Medicare مع خطة منفصلة للأدوية الموصوفة من Medicare،
- o Original Medicare بدون وجود خطة منفصلة للأدوية الموصوفة من Medicare (إذا كنت ترغب في هذا الخيار، فقد يسجلك Medicare في خطة للأدوية، ما لم تكن قد اخترت عدم التسجيل التلقائي)، أو
- o إذا كنت مؤهلاً، فيمكنك الحصول على خطة D-SNP متكاملة توفر لك Medicare ومعظم مزايا وخدمات Medicaid أو جميعها في خطة.

إذا نُقلت مؤخرًا إلى مؤسسة (مثل مرفق رعاية ماهرة أو مستشفى رعاية طويلة الأمد) أو تقيم فيها الآن، فيمكنك تغيير تغطية Medicare في أي وقت. يمكنك التغيير إلى أي خطة صحية أخرى من Medicare في أي وقت (مع الاشتراك في خطة لتغطية الأدوية بموجب Medicare أو من دون) أو التبديل إلى خطة Original Medicare

(مع الاشتراك في خطة تغطية أدوية منفصلة بموجب Medicare أو من دون). إذا انتقلت مؤخرًا من إحدى المؤسسات، فيمكنك تغيير الخطط أو التغيير إلى Original Medicare لمدة 2 شهر في أعقاب الشهر الذي خرجت فيه من الخطة.

القسم 4 الحصول على المساعدة لدفع تكلفة الأدوية الموصوفة

يمكن أن تكون مؤهلاً لتلقي مساعدة على دفع تكلفة الأدوية الموصوفة. تتوفر أنواع مختلفة من المساعدة:

- **برنامج Extra Help من Medicare.** قد يكون الأشخاص من ذوي الدخل المحدود مؤهلين للحصول على مساعدة إضافية (Extra Help) لتغطية تكاليف أدويتهم الموصوفة. إذا كنت مؤهلاً، فقد يغطي برنامج Medicare ما يصل إلى 75% أو أكثر من تكاليف أدوية، بما في ذلك أقساط خطة الأدوية الشهرية، والخصومات السنوية، والتأمين المشترك. بالإضافة إلى ذلك، لن يخضع الأشخاص المؤهلون لغرامة التأخير في التسجيل. لمعرفة إذا ما كنت مؤهلاً، اتصل على:

- (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع؛

- الضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213 بين الساعة 8 a.m. و 7 p.m.، من الاثنين إلى الجمعة للتحدث إلى أحد الممثلين. تُتاح الرسائل الآلية على مدار 24 ساعة يوميًا. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-325-0778.

- مكتب Medicaid التابع للولاية.

- **المساعدة في تقاسم تكاليف الأدوية الموصوفة للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز HIV/AIDS.** يساعد برنامج AIDS Drug Assistance Program (ADAP) الأفراد المؤهلين له المصابين بفيروس HIV/AIDS على الحصول على أدوية HIV المنقذة للحياة. لكي تكون مؤهلاً لبرنامج ADAP القائم في ولايتك، يجب أن تستوفي بعض المعايير المعينة، بما في ذلك إثبات الإقامة في الولاية وحالة فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، والدخل المنخفض على النحو المحدد من قبل الولاية، والتعرف على حالة الفرد إذا ما كان غير مؤمن عليه أو يتمتع بالتأمين. وتكون أدوية Medicare Part D الموصوفة المغطاة بواسطة برنامج ADAP أيضاً مؤهلة للحصول على مساعدة تقاسم تكاليف الأدوية الموصوفة من خلال عيادة AIDS. للحصول على معلومات حول معايير الأهلية، والأدوية المغطاة، وكيفية التسجيل في البرنامج، أو إذا كنت مسجلاً حالياً، كيفية الاستمرار في الحصول على المساعدة، يمكنك الاتصال على 449-5900 (916). تأكد عند الاتصال من إبلاغهم باسم خطة Medicare Part D أو رقم وثيقة التأمين.
- **خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare.** تمثل خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare خيار دفع يعمل مع تغطية الأدوية الحالية لمساعدتك على إدارة التكاليف التي تدفعها للأدوية التي تغطيها خطتنا من خلال توزيعها على مدار السنة التقويمية (يناير – ديسمبر). يمكن لأي شخص لديه خطة أدوية من Medicare أو خطة صحية من Medicare مع تغطية للأدوية (مثل خطة Medicare Advantage مع تغطية للأدوية) استخدام خيار الدفع هذا. قد يساعدك خيار الدفع هذا على إدارة نفقاتك، إلا أنك لن تستطيع توفير المال من خلاله أو الحصول على تخفيض لتكاليف الأدوية.
- **تتسم المساعدة الإضافية (Extra Help) من Medicare والمساعدة من SPAP وADAP، بالنسبة للأفراد المؤهلين، بكونها أكثر فائدة من المشاركة في خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare.** يحق لجميع الأعضاء المشاركة في

خيار دفع خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare، بغض النظر عن الدخل. للتعرف على المزيد حول خيار الدفع هذا، يُرجى الاتصال بنا على الرقم 314-2427 (866) بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) أو زيارة الموقع الإلكتروني www.Medicare.gov.

الأسئلة؟

القسم 5

القسم 5.1 الحصول على المساعدة من خطة Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)

- يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866).
(وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711).

يتوفر التواصل عبر الهاتف ساعات العمل من 1 أكتوبر – 31 مارس، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. حسب التوقيت المحلي، 7 أيام في الأسبوع. من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر، من الإثنين إلى الجمعة، من 8 a.m. حتى 8 p.m. بالتوقيت المحلي. المكالمات الواردة إلى هذه الأرقام مجانية.

- يمكنك مطالعة إصدار عام 2026 من دليل التغطية

يوفر لك الإشعار السنوي بالتغييرات هذا ملخصًا للتغييرات التي طرأت على المزايا والتكاليف خلال عام 2026. للتعرف على التفاصيل، يمكنك مراجعة إصدار عام 2026 من دليل التغطية لخطة Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP). دليل التغطية هو الوثيقة القانونية المفصلة لمزايا خطتك. ويوضح حقوقك والقواعد التي عليك اتباعها للحصول على الخدمات المغطاة والأدوية المقررة بوصفها طبية. يمكنك الحصول على دليل التغطية من خلال موقعنا الإلكتروني centralhealthplan.com أو عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على

الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) للحصول على نسخة عبر البريد.

• يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني **centralhealthplan.com**

يحتوي موقعنا الإلكتروني على أحدث المعلومات عن مقدمي الخدمات التابعين للشبكة (دليل مقدمي الخدمات/الصيدليات) وقائمة الأدوية المغطاة (كتيب الوصفات الطبية/ قائمة الأدوية).

القسم 5.2 الحصول على استشارات مجانية حول Medicare

برنامج مساعدة التأمين الصحي التابع للولاية (SHIP) هو برنامج حكومي مستقل يضم استشاريين مدربين في كل ولاية. في California، يُطلق على برنامج SHIP مصطلح Ventura County: Ventura County Area Agency on Aging.

اتصل بـ Ventura County: Ventura County Area Agency on Aging للحصول على استشارات تأمين صحي مخصصة. ويمكنهم مساعدتك على فهم خيارات خطة Medicare و Medicaid والإجابة عن الاستفسارات المتعلقة بالتبديل بين الخطط. اتصل بـ Ventura County: Ventura County Area Agency on Aging على الرقم (805) 477-7310. تعرف على المزيد حول Ventura County: Ventura County Area Agency on Aging من خلال زيارة (<https://www.aging.ca.gov/hicap>).

القسم 5.3 الحصول على المساعدة من Medicare

• اتصل بالرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE

يمكنك الاتصال بالرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

• الدردشة المباشرة من خلال www.Medicare.gov

يمكنك الدردشة مباشرة من خلال www.Medicare.gov/talk-to-someone

• مراسلة Medicare

يمكنك مراسلة Medicare عبر PO Box 1270، Lawrence، KS 66044

• يمكنك زيارة www.Medicare.gov

يحتوي الموقع الإلكتروني الرسمي لبرنامج Medicare على معلومات عن التكلفة والتغطية وتقييمات الجودة بالنجوم لمساعدتك على مقارنة خطط Medicare الصحية في منطقتك.

• تفضل بمطالعة كتيب *Medicare & You 2026*

يتم إرسال كتيب *Medicare & You 2026* بالبريد إلى الأشخاص المسجلين لدى Medicare في كل خريف. إذ أنه يحتوي ملخصاً لما يقدم من مزايا Medicare والحقوق والحماية، وعلى إجابات للأسئلة الأكثر شيوعاً حول Medicare. يمكنك الحصول على نسخة من خلال www.Medicare.gov أو عن طريق الاتصال على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

القسم 5.4 الحصول على المساعدة من Medicaid

يرجى الاتصال بـ California Department of Health Care Services على
(916) 449-5000. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال
على الرقم 711.

معلومات إضافية مهمة عن الرعاية الصحية وموارد الأعضاء

- الإشعار الإلكتروني (ELN) - كيفية الحصول على المستندات المهمة
- إشعار عدم التمييز (NDN) - القسم 1557
- إشعار التوافق (NOA) - خدمات المساعدة اللغوية
- إشعار ممارسة الخصوصية (NPP)

يهمنا أمرك! لذا نسهّل عليك الحصول على المعلومات التي تحتاج إليها. اتصل بالإنترنت لعرض المستندات المهمة للخطّة والعثور على مقدمي الخدمات والصيدليات التابعين للشبكة. يمكنك أيضاً البحث عن الأدوية الموصوفة، في أي وقت، وفي أي مكان، ومن أي جهاز. سوف تتوفر مستندات الخطّة لعام 2026، مثل دليل التغطية، والأدوية الموصوفة، بالإضافة إلى دليل مقدمي الخدمات والصيدليات عبر الإنترنت بحلول 15 أكتوبر، 2025.

تعرف على مستندات خطّتك

- **دليل التغطية (EOC):** دليل يتضمن بنود خطّتك. وهو يتضمن تفاصيل حول مزايا الخطّة وتغطيتها وحقوق الأعضاء، وغير ذلك.
- **كتيب الوصفات (قائمة الأدوية):** قائمة بالأدوية المغطاة بموجب خطّتك.
- **دليل مقدمي الخدمات/الصيدليات:** قائمة بالأطباء والأخصائيين والصيدليات التابعين للشبكة إلى جانب أرقام هواتفهم وعناوينهم. يمكنك العثور على مقدمي الخدمات أو الصيدليات التابعة للشبكة باستخدام دليلنا عبر الإنترنت على CentralHealthPlan.com/doctor.
- **إشعار ممارسة الخصوصية (Notice of Privacy Practice):** يبين هذا الإشعار كيفية استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها وحصولك عليها. يتوفر هذا عبر موقعنا الإلكتروني CentralHealthPlan.com/chp/Member/PrivacyNotice.

على الإنترنت على CentralHealthPlan.com



يمكنك عرض نسخة من مستندات الخطة أو تنزيلها عبر الإنترنت في أي وقت ومن أي مكان. استخدم أي جهاز، مثل الكمبيوتر أو الكمبيوتر اللوحي أو الهاتف المحمول. سوف تتوفر مستندات الخطة لعام 2026 على الإنترنت بداية من 15 أكتوبر 2025.

عبر الإنترنت على MyCHPportal.com



تفضل بزيارة بوابة الأعضاء التي تعمل بالخدمة الذاتية لعرض المستندات على الإنترنت على مدار 24 ساعة و 7 أيام في الأسبوع، أو للعثور على مقدم خدمات أو صيدلية تابعة للشبكة. سجّل الدخول إلى بوابة الأعضاء الخاصة بك أو قم بإعداد حساب على MyCHPportal.com. انقر فوق "Create an Account" لإنشاء حساب واتبع الإرشادات خطوة بخطوة للتسجيل.

الاتصال على الرقم المجاني



أخبرنا إذا لم يكن لديك جهاز كمبيوتر أو إذا كنت تفضل الحصول على نسخة مطبوعة من EOC أو دليل مقدمي الخدمات/الصيديات ليتم إرساله إليك عبر البريد. لطلب نسخة مطبوعة من أحد مستندات الخطة، اتصل بخدمات الأعضاء مجانًا على الرقم المدون على ظهر بطاقة هويتك، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 a.m. حتى 8 p.m. ، بالتوقيت المحلي.

نحن هنا لمساعدتك

إذا كانت لديك أسئلة حول مزاياك أو كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على مقدم خدمات أو صيدلية تابعة للشبكة، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم المجاني المدون على ظهر بطاقة الهوية الخاصة بك.

التمييز مخالف للقانون. تتبع خطة Central Health Plan قوانين الولاية والحقوق المدنية الفيدرالية. لا تميز Central Health Plan بشكل غير قانوني أو تستبعد الأشخاص أو تعاملهم بشكل مختلف بسبب الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو الأصل أو الأصل القومي أو الهوية العرقية أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو الحالة الاجتماعية أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي.

تنص Central Health Plan على ما يلي:

- مساعدات وخدمات مجانية في الوقت المناسب للأشخاص ذوي الإعاقة لمساعدتهم على التواصل بشكل أفضل، مثل:
 - مترجمين مؤهلين للغة الإشارة
 - معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (مثل الطباعة بخطوط كبيرة أو إصدارات صوتية أو تنسيقات إلكترونية سهلة الوصول أو تنسيقات أخرى)
- خدمات لغوية مجانية في الوقت المناسب للأشخاص غير المتحدثين باللغة الإنجليزية كلغة أساسية، مثل:
 - مترجمون مؤهلون
- معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل بـ Central Health Plan بين الساعة 8 a.m. و 8 p.m. عن طريق الاتصال بالرقم 314-2427 (866). في حال كنت من غير القادرين على السمع أو التحدث بصورة جيدة، فيُرجى الاتصال على 711 عند الطلب،

يمكن توفير هذا المستند لك بطريقة برايل أو الطباعة بأحرف كبيرة أو على شريط صوتي أو في شكل إلكتروني. للحصول على نسخة بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال أو الكتابة إلى:

Central Health Plan

Civil Rights Coordinator

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

عبر الهاتف: 1-866-606-3889. في حال كنت من غير القادرين على السمع أو التحدث بصورة جيدة، فيُرجى الاتصال على 711

كيفية تقديم تظلم

إذا كنت تعتقد أن Central Health Plan قد فشلت في تقديم هذه الخدمات أو أنها قد مارست تمييزًا غير قانوني بطريقة أخرى على أساس الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو الأصل أو الأصل القومي أو الهوية الإثنية أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو الحالة الاجتماعية أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي، فيمكنك تقديم شكوى إلى منسق الحقوق المدنية في Central Health Plan. يمكنك تقديم شكوى عبر الهاتف، أو كتابيًا، أو بطريقة شخصية أو إلكترونيًا:

- **عبر الهاتف:** اتصل بمنسق الحقوق المدنية في Central Health Plan بين الساعة 8:30 a.m. و 5:30 p.m. عن طريق الاتصال على 1-866-606-3889. في حال كنت من غير القادرين على السمع أو التحدث بصورة جيدة، فيُرجى الاتصال على 711

- **كتابيًا:** املاً نموذج شكوى أو اكتب خطابًا وأرسله إلى:

Central Health Plan
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

- بصورة شخصية: قم بزيارة عيادة الطبيب أو Central Health Plan وأخبرهم أنك تريد تقديم شكوى.

- **إلكترونيًا:** أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى العنوان
Civil.Rights@MolinaHealthcare.com. يمكنك زيارة
الموقع الإلكتروني لخطة Central Health Plan على
MolinaHealthcare.Alertline.com.

مكتب الحقوق المدنية - إدارة كاليفورنيا لخدمات الرعاية الصحية

يمكنك كذلك تقديم شكوى بخصوص الحقوق المدنية إلى مكتب الحقوق المدنية التابع
لإدارة خدمات الرعاية الصحية (California Department of Health Care Services)
في ولاية California عبر الهاتف أو كتابيًا أو إلكترونيًا:

- **عبر الهاتف:** اتصل على 1-916-440-7370. في حال كنت من غير القادرين
على التحدث أو السمع بصورة جيدة، فيُرجى الاتصال على 711 (خدمات ترحيل
الاتصالات عن بعد).

- **كتابيًا:** املاً 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
Sacramento, CA 95899-7413

تتوفر استمارات الشكاوى على
[.DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx](https://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 كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس، فيمكنك أيضاً تقديم شكوى (تظلم) بخصوص الحقوق المدنية إلى U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights عبر الهاتف أو كتابياً أو إلكترونياً:

• عبر الهاتف: اتصل بالرقم 1-800-368-1019. في حال كنت من غير القادرين على التحدث أو السمع بصورة جيدة، فيُرجى الاتصال بـ: TTY/TDD: 1-800-537-7697

• كتابياً: املأ نموذج شكوى أو أرسل خطاباً إلى:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

تتوفر نماذج الشكاوى عبر
[.HHS.gov/ocr/office/file/index.html](https://www.HHS.gov/ocr/office/file/index.html)

• إلكترونيًا: قم بزيارة بوابة شكاوى مكتب الحقوق المدنية على
[.OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://www.OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf)

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English

ATTENTION: If you need help in your language call 1-866-314-2427(TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-866-314-2427(TTY: 711). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-866-314-2427، (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير، اتصل بـ 1-866-314-2427 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեզ հարկավոր է աջակցություն ձեր լեզվով, ապա զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար գործում են նաև օժանդակ միջոցներ ու

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

Ծանայություններ, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպատառով տրամադրվող նյութեր։ Տվյալ դեպքում զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711)՝ հեռախոսահամարով։ Ծանայությունները գործում են անվճար։

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក
សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-314-2427(TTY: 711)។
ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ
ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក
ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។
ទូរសព្ទមកលេខ 1-866-314-2427(TTY: 711)។
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的语言提供帮助，请致电
1-866-314-2427(TTY: 711)。另外还提供针对残疾人
的辅助工具和服务，例如盲文文件和大字体文件。
请致电 1-866-314-2427(TTY: 711)。这些服务均免
费提供。

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با (711) 1-866-314-2427 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌هایی به خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با (711) 1-866-314-2427 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-866-314-2427 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-866-314-2427 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निशुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-866-314-2427 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-866-314-2427 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.



Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

日本語 (Japanese)

注記：日本語での対応が必要な場合は 1-866-314-2427 (TTY: 711) までお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスもご用意しております。

1-866-314-2427(TTY: 711)までお電話ください。これらのサービスは無料です。

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

한국어 (Korean)

알림: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면
1-866-314-2427 (TTY: 711)번으로 전화하십시오.
점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는
분들을 위한 지원 및 서비스도 이용하실 수
있습니다. 1-866-314-2427(TTY: 711)번으로
전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃນ
ຫ້າງໂທຫາເບີ 1-866-314-2427(TTY: 711).

ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ

ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ:

ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່

ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-866-314-2427(TTY: 711).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-866-314-2427(TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-866-314-2427(TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ 1-866-314-2427(TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-866-314-2427(TTY: 711)'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-866-314-2427(TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-866-314-2427(TTY: 711). Такие услуги = бесплатны.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-866-314-2427(TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-866-314-2427(TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-866-314-2427(TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-866-314-2427(TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ:

หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ
กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-314-2427(TTY:
711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง
ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ
ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่
กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-314-2427(TTY:
711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою
рідною мовою, телефонуйте на номер
1-866-314-2427(TTY: 711). Люди з обмеженими
можливостями також можуть скористатися
допоміжними засобами й послугами, наприклад
отримати документи, надруковані шрифтом
Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на
номер 1-866-314-2427(TTY: 711). Ці послуги
безкоштовні.



Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-866-314-2427 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-866-314-2427 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

إشعار ممارسات الخصوصية:

يبين هذا الإشعار كيفية استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها وحصولك عليها. يُرجى الاطلاع على هذا الإشعار بكل دقة وعناية.

يصف هذا الإشعار ممارسات الخصوصية للخطط الصحية التابعة لشركة Molina Healthcare (المشار إليها هنا باسم "Molina" أو "نحن" أو "خاصتنا"). نستخدم ونشارك المعلومات الصحية المحمية ("المعلومات الصحية المحمية [PHI]") الخاصة بك لتوفير المزايا الصحية الخاصة بك كعضو في Molina. فنحن نستخدم المعلومات الصحية المحمية (PHI) ونتبادلها من أجل تقديم خدمات العلاج وإجراء عمليات الدفع والرعاية الصحية. كما نستخدم المعلومات الصحية المحمية (PHI) ونشاركها لأغراض أخرى يسمح بها القانون أو يلزمنا بها. ونجد لزامًا علينا أن نحافظ على خصوصية معلوماتك الصحية، ملتزمين في ذلك باتباع شروط هذا الإشعار. يسري هذا الإشعار اعتبارًا من 1 يناير 2026.

المعلومات الصحية المحمية (PHI) يُقصد بها المعلومات الصحية التي تحتوي على اسمك ورقم عضويتك أو محددات الهوية الأخرى والتي يتم استخدامها أو مشاركتها معنا. تتضمن المعلومات الصحية المحمية (PHI) معلومات صحية حول اضطرابات تعاطي المخدرات ومعلومات بيومترية (مثل البصمة الصوتية).

لماذا نستخدم المعلومات الصحية المحمية (PHI) أو نشاركها؟

نحن نستخدم معلوماتك الصحية المحمية (PHI) ونتبادلها لكي نقدم لك مزايا الرعاية الصحية. ويجري استخدام معلوماتك الصحية المحمية (PHI) أيضًا وتبادلها بغرض تقديم خدمات العلاج والقيام بإجراءات الدفع وعمليات الرعاية الصحية.

للعلاج

يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI) ومشاركتها من أجل تقديم الرعاية الطبية لك أو من أجل الإعداد لتقديمها. وتشتمل خدمات العلاج هذه أيضًا على الحالات ما بين الأطباء وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية. على سبيل المثال، يجوز لنا مشاركة المعلومات بشأن حالتك الصحية مع أحد الاختصاصيين. وهو ما من شأنه مساعدة ذلك الاختصاصي للتحدث مع طبيبك حول العلاج.

للدفع

يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI) أو مشاركتها بهدف اتخاذ القرارات بشأن دفع المستحقات. وقد يتضمن ذلك المطالبات والموافقات فيما يتعلق بخدمات العلاج وكذلك القرارات التي تُتخذ بشأن الحاجات الطبية. ومن ثم يجوز لنا كتابة اسمك وحالتك والعلاج المقدم لك والأدوية المقدمة على الفاتورة. فيجوز لنا مثلاً أن نبلغ طبيبك بحصولك على المميزات الطبية التي نتيحها. كما يجوز لنا إطلاع طبيبك على حجم الفاتورة التي قد ندفعها.

لعمليات الرعاية الصحية

يجوز لنا استخدام ومشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI) لإدارة خطتنا الصحية. على سبيل المثال، قد نستخدم المعلومات الواردة في طلبك لنخبرك عن البرنامج الصحي الأمثل بالنسبة لك. كذلك يجوز لنا استخدام ومشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) من أجل التوصل لحل بشأن أي مخاوف لديك. كما يجوز استخدام ومشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) بغرض النظر في مدى صحة دفع تكاليف الخدمات الواردة في طلبك.

تتضمن عمليات الرعاية الصحية العديد من احتياجات العمل اليومية. ومن ذلك على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

- الارتقاء بالجودة؛
- الإجراءات التي تُتخذ في البرامج الصحية لمساعدة الأعضاء في حالات بعينها (مثل مرضى الربو)؛
- إجراء المراجعات الطبية أو الإعداد لها؛
- الخدمات القانونية، ومنها برامج التحقيق والكشف عن الإساءات والاحتيال.
- الإجراءات اللازمة لمساعدتنا على الامتثال للقوانين؛
- تلبية احتياجات الأعضاء، بما في ذلك حل الشكاوى والتظلمات.

سنشارك المعلومات الصحية المحمية (PHI) مع الشركات الأخرى التي يشار إليها بلفظ ("شركاء الأعمال") التي تمارس مختلف أنواع الأنشطة التي تنطوي عليها خطة (خط) الرعاية الصحية. كما يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية (PHI) لتذكيرك

بموايد زيارتك الطبية. ويجوز لنا كذلك استخدام معلوماتك الصحية المحمية (PHI) لكي نقدم لك معلومات حول علاجك (علاجتك) أو الخدمات العلاجية والمزايا الصحية الأخرى.

متى نستطيع استخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI) أو تبادلها من دون الحصول على موافقة (تصريح) مكتوبة منك بذلك؟

بالإضافة إلى العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية، يسمح القانون لشركة Molina - بل ويلزمها - باستخدام ومشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI) لعدة أغراض أخرى بما فيها ما يلي:

حسبما يتطلب القانون

يجوز لنا استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية طبقاً لما يُلزمنا به القانون. سوف نقوم باستخدام ومشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) متى كان ذلك إلزاماً من Department of Health and Human Services (HHS). وقد يكون ذلك من أجل قضايا بعينها في المحاكم أو غير ذلك من المراجعات القانونية أو حينما يكون ذلك إلزاماً لأغراض تنفيذ القانون.

الصحة العامة

يجوز استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) لأغراض أنشطة الصحة العامة. ومن ذلك مساعدة الجهات الصحية العامة في الوقاية من الأمراض أو التحكم بها.

مراقبة خدمات الرعاية الصحية

يجوز استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) مع الجهات الحكومية. فقد ترغب هذه الجهات في الاطلاع على معلوماتك الصحية المحمية (PHI) من أجل مراجعة الحسابات وتدقيقها.

الأبحاث

يجوز استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) لأغراض الأبحاث في حالات بعينها، مثل عندما تكون هذه الأبحاث معتمدة من خلال مجلس مراجعة خصوصية أو مؤسسي.

الإجراءات الإدارية أو القانونية

يجوز استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) لأغراض الإجراءات القانونية؛ كأن يكون ذلك استجابةً لأمر قضائي بعينه.

تنفيذ القانون

يجوز استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) مع الشرطة لأغراض فرض القانون، مثل المساعدة في العثور على أحد المشتبه بهم أو الشهود أو المفقودين.

الصحة والسلامة

يجوز مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) للوقاية من تهديد خطير ووشيك يطل صحة أو سلامة أحد الأشخاص أو الجمهور العام.

الأغراض الحكومية

تجوز مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) مع الجهات الحكومية لأغراض معينة. على سبيل المثال سيكون للحماية .

ضحايا أعمال الإساءة والإهمال والعنف المنزلي

يجوز مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) مع الجهات القانونية إذا كنا نرى وقوع شخص ما ضحية للإساءة أو الإهمال.

تعويض العمال

يجوز استخدام أو مشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI) بهدف الامتثال لقوانين تعويضات العاملين.

أغراض الإفصاح الأخرى

تجوز مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) مع متعهدي دفن الموتى وقضاة التحقيق في حوادث الوفاة لمساعدتهم على أداء مهامهم.

قيود إضافية على الاستخدام والإفصاح.

قد تتطلب بعض القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات تدابير خاصة لحماية الخصوصية تقيد استخدام أنواع معينة من المعلومات الصحية والإفصاح عنها. قد تحمي هذه القوانين الأنواع التالية من المعلومات: اضطرابات تعاطي الكحول والمواد المخدرة، والمعلومات

البيومترية، وإساءة معاملة الأطفال أو البالغين أو إهمالهم بما في ذلك الاعتداء الجنسي، والأمراض المعدية، والمعلومات الجينية، وفيرس نقص HIV/AIDS، والصحة العقلية، ومعلومات القاصرين، والوصفات الطبية، والصحة الإنجابية، والأمراض المنقولة جنسياً. سنتبع القانون الأكثر صرامة، حيثما انطبق علينا.

معلومات اضطراب تعاطي المخدرات (SUD).

على الرغم من أننا لسنا برنامجاً لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات بموجب القانون الفيدرالي ("برنامج SUD")، فقد نتلقى معلومات عنك من برنامج SUD. لا يجوز لنا الكشف عن معلومات SUD لاستخدامها في إجراء مدني أو جنائي أو إداري أو تشريعي ضدك ما لم نحصل على (i) موافقتك الخطية، أو (ii) أمر محكمة مصحوباً بأمر استدعاء أو شرط قانوني آخر يفرض الإفصاح صدر بعد أن تم إخطارنا وإعطائك فرصة للاستماع إليك.

متى نحتاج إلى موافقة (اعتماد) مكتوبة منك لاستخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI) أو مشاركتها؟

نحتاج إلى الحصول على موافقة كتابية منك لاستخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية PHI لأي غرض آخر غير تلك الأغراض المدرجة في هذا الإخطار. نحتاج للحصول على موافقة منك قبل الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية (PHI) للحالات التالية: (1) معظم عمليات استخدام والكشف عن المعلومات الصحية المحمية المتعلقة بملاحظات العلاج النفسي؛ (2) عمليات الاستخدام والكشف عن المعلومات الصحية المحمية لأغراض التسويق؛ و (3) الاستخدامات والأغراض التي تتضمن بيع المعلومات الصحية المحمية (PHI). يجوز لك إلغاء موافقتك التي منحناها إياها سابقاً. ولن يسري ذلك الإلغاء على الإجراءات التي خولتنا باتخاذها بموجب موافقتك التي منحناها إياها بالفعل.

ما هي حقوق المعلومات الصحية الخاصة بك؟ لك الحق في:

- طلب وضع قيود على استخدامات معلوماتك الصحية المحمية (PHI) وأغراض الإفصاح عنها (مشاركة معلوماتك الصحية المحمية [PHI])

يجوز لك مطالبتنا بعدم مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) بغرض تيسير تقديم العلاج أو عمليات الدفع أو عمليات الرعاية الصحية. كما يجوز لك مطالبتنا بعدم مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) مع أسرتك أو أصدقائك أو غيرهم ممن تشتمل عليهم خطتك الصحية. ولكننا غير ملزمين بالموافقة على طلبك هذا. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابيًا. ويمكنك استخدام نموذجنا لإنشاء طلبك.

• **طلب تبادل المعلومات الصحية المحمية (PHI) من خلال الاتصالات السرية**
يجوز لك أن تطلب من Molina إطلاعك على معلوماتك الصحية المحمية (PHI) بطرق محددة أو في أماكن معينة لمساعدتك على المحافظة على سرية وخصوصية المعلومات الصحية المحمية (PHI). وسنتابع الطلبات المعقولة، شرط أن نخبرنا كيف يمكن أن تعرّض مشاركة كل هذه المعلومات الصحية المحمية (PHI) أو بعضها حياتك للخطر. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابيًا. ويمكنك استخدام نموذجنا لإنشاء طلبك.

• **مراجعة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) والحصول على نسخة منها**
يحق لك أن تراجع معلوماتك وتحصل على نسخة من هذه المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي بحوزتنا. وقد يشمل ذلك السجلات المستخدمة في تغطية الخدمات والمطالبات وغيرها من القرارات بوصفك أحد أعضائنا. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابيًا. ويمكنك استخدام نموذجنا لإنشاء طلبك. ويجوز لنا أن نفرض عليك رسومًا مناسبة في مقابل نسخ هذه السجلات وإرسالها عن طريق البريد. وفي بعض الحالات، قد نرفض الطلب. ملاحظة مهمة: لا تتوفر لدينا نسخ كاملة من سجلاتك الطبية. فإذا كنت ترغب في الاطلاع على سجلاتك الطبية أو الحصول على نسخة منها أو إدخال أي تعديلات عليها، فيُرجى الاتصال بطبيبك أو العيادة التي تواظب على زيارتها.

• **تعديل معلوماتك الصحية المحمية (PHI)**
يجوز لك أن تتقدم إلينا بطلب لتعديل (تغيير) معلوماتك الصحية المحمية (PHI). ويتضمن ذلك السجلات التي بحوزتنا والتي تتعلق بك كعضو لدينا فحسب. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابيًا. ويمكنك استخدام نموذجنا لإنشاء طلبك. ويجوز لك التقدم بخطاب اعتراض في حال اعتراضك على قرارنا برفض طلبك.

• تلقي كشف بعمليات الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية (PHI) [تبادل معلوماتك الصحية المحمية (PHI)]

يجوز لك أن تطلب منا الحصول على قائمة بالأطراف التي تبادلنا معها معلوماتك الصحية المحمية (PHI) خلال السنوات الستة السابقة على تاريخ تقديم هذا الطلب. على ألا تشمل هذه القائمة على المعلومات الصحية المحمية (PHI) المشاركة التالية:

- مشاركة المعلومات بهدف تيسير العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية؛
 - مع الأشخاص بخصوص معلوماتهم الصحية المحمية (PHI)؛
 - عمليات المشاركة التي جرت بموجب التصريح الممنوح منك؛
 - وقائع الاستخدام والتبادل المسموح بها أو الإلزامية بموجب القوانين المعمول بها؛
 - المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي جرى الكشف عنها لمصلحة الأمن القومي أو للأغراض الاستخباراتية؛ أو
 - التبادلات التي جرت كجزء من مجموعة بيانات محدودة وفقًا للقانون المعمول به.
- سيكون من حقنا أن نفرض عليك رسومًا مناسبة في مقابل كل قائمة تطلبها، وذلك في حال طلبت هذه القائمة أكثر من مرة لمدة 12 شهرًا. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابيًا. ويمكنك استخدام نموذجنا لإنشاء طلبك.

ويجوز لك كذلك التقدم بأي طلب مما ورد ذكره أعلاه، أو يجوز لك طلب الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار. يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء رقم الهاتف المجاني المدون على ظهر بطاقة الهوية، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. بالتوقيت المحلي. لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية/أجهزة الاتصالات الكتابية للصم والبكم TTY/TDD، يُرجى الاتصال على الرقم 711.

ما الذي يمكنك فعله إذا شعرت أن حقوقك لم تتم حمايتها؟

يحق لك التقدم بشكاواك إلينا وإلى Department of Health and Human Services إذا كنت تعتقد بأن حقوق خصوصيتك قد جرى انتهاكها. ولا يجوز لنا أن نتخذ أي إجراء بحقك بسبب ما تقدمت به من شكاوى. ولن تتغير خدمات الرعاية والمزايا التي نقدمها لك بأي حال من الأحوال.

كما يحق لك التقدم بشكواك إلينا على العنوان التالي:

يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على رقم الهاتف المجاني المدون على ظهر بطاقة الهوية، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. بالتوقيت المحلي. لمستخدمي TTY/TDD، يُرجى الاتصال على الرقم 711. أو راسلنا على:

Molina Healthcare
عناية: Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977

كما يجوز لك التقدم بشكواك إلى وزير *U.S. Department of Health and Human Services* على العنوان:

U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights
200 Independence Ave., S.W. Suite 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 537-7697 (TDD); (800) 368-1019؛ يمكن الاتصال على الرقم
(202) 619-3818 (فاكس)

ما هي واجباتنا؟
نلتزم بما يلي:

- المحافظة على خصوصية معلوماتك الصحية المحمية (PHI)؛
- تزويدك بالمعلومات المكتوبة، ومنها ما يتعلق على سبيل المثال بواجباتنا وممارسات الخصوصية التي نتخذها بشأن معلوماتك الصحية المحمية (PHI)؛
- إخطارك في حالة وقوع أي انتهاك بشأن معلوماتك الصحية المحمية (PHI) غير الخاضعة للتأمين؛
- عدم استخدام معلوماتك الوراثية أو الإفصاح عنها لأغراض كتابية؛
- الالتزام ببند هذا الإشعار.

هذا الإشعار عرضة للتعديل

نحتفظ بالحق في تعديل ممارستها المعلوماتية وشروط هذا الإشعار في أي وقت. وإذا قمنا بذلك، فستكون الشروط والممارسات الجديدة سارية على جميع المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي بحوزتنا. وفي حال إجرائنا أي تغييرات جوهرية على هذا الإشعار، فسوف ننشر الإشعار المعدل على موقعنا الإلكتروني، وسترسل بهذا الإشعار المعدل أو المعلومات حول التغييرات الجوهرية تلك وكيفية الحصول على هذا الإشعار المعدل إلى أعضائنا، وذلك خلال مراسلتنا البريدية السنوية المقبلة لأعضائنا الخاضعين للتغطية آنذاك. يتوفر هذا الإشعار عبر موقعنا الإلكتروني MolinaHealthcare.com.

معلومات الاتصال

إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الإشعار، يرجى الاتصال بنا. يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على رقم الهاتف المجاني المدون على ظهر بطاقة الهوية، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. بالتوقيت المحلي. لمستخدمي TTY/TDD، يُرجى الاتصال على الرقم 711. أو يمكنك الكتابة إلى Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

يمكنك الحصول على هذا المستند بتنسيقات أخرى مجاناً، مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو الإصدارات الصوتية. يمكنك الاتصال على الرقم 882-3901 (855)، وبالنسبة لمستخدمي TTY/TDD، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 a.m. حتى الساعة 8 p.m. بالتوقيت المحلي. المكالمات مجانية.

PO Box 298
Monroe, WI 53566-0298
Attn: Enrollment Accounting

معلومات هامة حول الرعاية الصحية من Molina Healthcare



CAACAR26L01287

