

2026

# الإشعار السنوي بالتغيرات

Senior Whole Health of New York NHC  
(HMO D-SNP)

New York H5992-007-000

يسري من 1 يناير حتى 31 ديسمبر، 2026

H5992\_26\_007\_NY\_ANOC\_M

NY-H5992-7-AC-AR-26-L



عزيزنا العضو:

شكرًا لكونك عضوًا في خطة Medicaid Advantage Plus plan, Senior Whole Health of New York NHC (HMO-DSNP). نكتب إليك لإبلاغك بتغيير مهم في عملية تقديم الاستثناءات بدءًا من 1 يناير 2026.

اعتبارًا من 1 يناير 2026، ستتغير الطريقة التي تقدم بها استثناءًا من الدرجة الثانية 2. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات حول هذا التغيير في القسم 2 من الإشعار السنوي بالتغييرات المرفق لعام 2026.

إذا كانت لديك أي أسئلة بشأن هذا التغيير، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (833) 671-0440، (وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يُرجى الاتصال على الرقم 711).

نحن متاحون للرد على المكالمات الهاتفية. ساعات العمل من 1 أكتوبر – 31 مارس: من 8 a.m. حتى 8 p.m. بالتوقيت 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.

## خطة **Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)** التي توفرها شركة **Senior Whole Health of New York, Inc.**

### الإشعار السنوي الخاص بالتغييرات خلال عام 2026

أنت مسجل حالياً بصفقتك عضوًا في Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

يصف هذا المستند التغييرات التي تطرأ على تكاليف ومزايا خطتنا 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 مشتركًا في خطة (HMO D-SNP) Senior Whole Health of New York NHC.
- للتغيير إلى **خطة مختلفة**، تفضل بزيارة [www.Medicare.gov](http://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 الموقع الإلكتروني [SWHNY.com](http://SWHNY.com) أو الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) للحصول على نسخة عن طريق البريد.

### المزيد من الموارد

- تتوفر هذه الوثيقة مجانًا باللغات الإسبانية والصينية والعربية والكورية والروسية والإيطالية والفرنسية والكريولية الفرنسية واليديشية والبولندية والتاغالوغية والبنغالية والألبانية واليونانية والأردية.
- يمكنك الاتصال على خدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) للتعرف على المزيد من

المعلومات. ساعات العمل من 1 أكتوبر – 31 مارس: من 8 a.m. حتى 8 p.m. بالتوقيت 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. 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. اتصل بالرقم 671-0440 (833)، وبالنسبة إلى مستخدمي الأجهزة النصية، يمكنهم الاتصال بالرقم (TTY:711). هذه المكالمات مجانية.

### نبذة عن خطة (HMO D-SNP) Senior Whole Health of New York NHC

- Molina Healthcare هي إحدى خطط C-SNP و D-SNP و HMO وترتبط بعقد مع Medicare. ترتبط خطة D-SNP بعقد مع برنامج Medicaid الحكومي. يعتمد التسجيل على تجديد العقد. ومن ناحية أخرى، ترتبط الخطة أيضًا بعقد كتابي مع برنامج Medicaid في ولاية New York للتنسيق بشأن مزايا Medicaid الخاصة بك.
- عندما يذكر هذا المستند "نحن" أو "أنا" أو "لنا"، فإن ذلك يعني شركة Senior Whole Health of New York, Inc. وعندما يذكر "الخطة" أو "خطتنا"، فإن ذلك يعني Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).
- إذا لم تقم بأي شيء بحلول 7 ديسمبر 2025، فسيتم تسجيلك تلقائيًا في Senior Whole Health of New York NHC (HMO-SNP). بدءًا من 1 يناير 2026، ستحصل على التغطية الطبية وتغطية الأدوية من خلال Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). انتقل إلى القسم 3 للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية تغيير الخطط والمواعيد النهائية لإجراء التغيير.

H5992\_26\_007\_NY\_ANOC\_M

## الإشعار السنوي بالتغييرات لعام 2026 جدول المحتويات

4.....	ملخص بالتكاليف المهمة لعام 2026	
9.....	التغييرات الطارئة على المزايا والتكاليف خلال العام المقبل	القسم 1
9.....	التغييرات الطارئة على القسط الشهري للخطة	القسم 1.1
9.....	التغييرات الطارئة على الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة	القسم 1.2
10.....	التغييرات الطارئة على شبكة مقدمي الخدمات	القسم 1.3
11.....	التغييرات الطارئة على شبكة الصيدليات	القسم 1.4
12.....	التغييرات الطارئة على مزايا الخدمات الطبية وتكاليفها	القسم 1.5
18.....	التغييرات على تغطية الأدوية بموجب القسم D	القسم 1.6
18.....	التغييرات الطارئة على مزايا وتكاليف الأدوية الموصوفة	القسم 1.7
28 .....	التغييرات الإدارية	القسم 2
33 .....	كيفية تغيير الخطط	القسم 3
34.....	المواعيد النهائية لتغيير الخطط	القسم 3.1
34.....	هل توجد إمكانية لإجراء تغييرات في أوقات أخرى من العام؟	القسم 3.2
36 .....	الحصول على المساعدة لدفع تكلفة الأدوية الموصوفة	القسم 4
38 .....	الأسئلة؟	القسم 5
38.....	الحصول على مساعدة من Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	القسم 5.1
39.....	الحصول على استشارات مجانية حول Medicare	القسم 5.2
39.....	الحصول على المساعدة من Medicare	القسم 5.3
40.....	الحصول على المساعدة من Medicaid	القسم 5.4

## ملخص بالتكاليف المهمة لعام 2026

يقارن الجدول أدناه تكاليف عامي 2025 و2026 لخطة Senior Whole Health of New York NHC (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
30% مدفوعات مشتركة لكل زيارة	30% مدفوعات مشتركة لكل زيارة	الزيارات لعيادات الأخصائيين
\$0 مدفوعات مشتركة تغطي الخطة ما يصل إلى 90 يوماً من رعاية المرضى الداخليين في المستشفى خلال كل فترة مزايا. لديك أيضاً 60 يوماً إضافياً من التغطية، تسمى أيام الحجز مدى الحياة.	\$0 مدفوعات مشتركة تغطي الخطة ما يصل إلى 90 يوماً من رعاية المرضى الداخليين في المستشفى خلال كل فترة مزايا. لديك أيضاً 60 يوماً إضافياً من التغطية، تسمى أيام الحجز مدى الحياة. يمكن استخدام هذه الأيام الستين	الإقامة في المستشفى للمرضى الداخليين يشمل إعادة تأهيل المرضى الداخليين الحاد، وإعادة التأهيل للمرضى الداخليين، مستشفيات الرعاية طويلة الأجل وأنواع أخرى من خدمات المستشفيات للمرضى الداخليين.

**2026 (العام القادم)**

لا يمكن استخدام هذه الأيام الـ 60 إلا مرة واحدة. سنبدأ تلقائياً في تطبيق أيام الحجز مدى الحياة ما لم تخبرنا على وجه التحديد بعدم القيام بذلك (راجع دليل التغطية للحصول على مزيد من التفاصيل حول فترات المزايا).

**2025 (هذا العام)**

يستخدم مرة واحدة فقط. سنبدأ تلقائياً في تطبيق أيام الحجز مدى الحياة ما لم تخبرنا على وجه التحديد بعدم القيام بذلك (راجع دليل التغطية للحصول على مزيد من التفاصيل حول فترات المزايا).

تبدأ رعاية المرضى الداخليين في المستشفى في اليوم الذي يتم فيه إدخالك رسمياً إلى المستشفى بأمر من الطبيب. اليوم الذي يسبق خروجك من المستشفى هو آخر يوم لك في المستشفى.

**الاستقطاع: \$615**

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.

المدفوعات المشتركة خلال مرحلة التغطية الأولية: أدوية الفئة 1:

ستندرج الأدوية المغطاة بموجب الجزء D في قائمة أدوية ضمن فئة واحدة. تكلفة حصولك على إمداد لمدة شهر (31 يوماً) يُصرف من صيدلية تابعة للشبكة تطبق نظام تقاسم التكاليف القياسي:

**الأدوية العامة والمفضلة متعددة المصادر:**

سوف تدفع \$0 للأدوية الموصوفة

**جميع الأدوية الأخرى:**

سوف تدفع \$0 للأدوية الموصوفة

**تغطية الأدوية بموجب الجزء D**

**2026 (العام القادم)****2025 (هذا العام)**

**\$0 مدفوعات مشتركة**

**أدوية الفئة 2:**

**\$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 الموصوفة الأخرى

**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)

**\$0 أو \$4.90 أو \$12.65**  
مدفوعات مشتركة لجميع الأدوية الموصوفة الأخرى

**2026 (العام القادم)****2025 (هذا العام)****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 الموصوفة الأخرى

**أدوية الفئة 5:**

**\$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 الموصوفة الأخرى

**أدوية الفئة 6:**

**\$0 مدفوعات مشتركة**

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
<p><b>التغطية القصوى:</b></p> <p>لن تدفع خلال هذه المرحلة مقابل جميع أدوية الجزء (D) المغطاة من جانب الخطة.</p>		
<p><b>\$9,250</b></p> <p>إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة تقاسم التكاليف من Medicare ضمن برنامج Medicaid، فأنت لست مسؤولاً عن دفع أي تكاليف وصولاً إلى الحد الأقصى للمبلغ المدفوع نظير الحصول على الخدمات المغطاة في الجزء (A) والجزء (B).</p>	<p><b>\$9,350</b></p> <p>إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة تقاسم التكاليف ضمن برنامج Medicare، فأنت لست مسؤولاً عن دفع أي تكاليف وصولاً إلى الحد الأقصى للمبلغ المدفوع نظير الحصول على الخدمات المغطاة في الجزء (A) والجزء (B).</p>	<p><b>الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة</b></p> <p>هذا هو أقصى مبلغ ستدفعه مقابل الحصول على الخدمات التي يغطيها الجزء أ والجزء ب. (انتقل إلى القسم 1.2 للتعرف على التفاصيل).</p>

## 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 أيضًا 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 أ والجزء ب بقية العام.

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
\$9,250 بمجرد دفع \$9,250 مقابل	\$9,350	الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة نظرًا لحصول أعضائنا على مساعدة من Medicaid، فإن القليل منهم

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
<p>خدمات الجزء أ والجزء ب المغطاة، لن تدفع أي مقابل نظير الحصول على الخدمات المغطاة في الجزء أ والجزء ب طوال المدة المتبقية من السنة التقويمية.</p>		<p>منهم من يصل إلى هذا الحد الأقصى. ولن تكون مسؤولاً عن دفع الحد الأقصى من التكاليف المدفوعة مقابل الخدمات التي يغطيها الجزء A والجزء B. يتم احتساب تكاليف الخدمات الطبية المغطاة (مثل المدفوعات المشتركة) وصولاً إلى الحد الأقصى للدفع الخاص لديك. لا يتم احتساب أقساط خطتنا وتكاليف الأدوية الموصوفة وصولاً إلى الحد الأقصى للدفع لديك.</p>

### 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 [SWHNY.com](http://SWHNY.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 المحدث:

- يمكن زيارة موقعنا الإلكتروني من خلال [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

- اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) للحصول على معلومات حول مقدم الخدمة الحالي أو مطالبتنا بإرسال دليل مقدمي الرعاية إليك عبر البريد.

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 671-0440 (833) (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 الأدوية الموصوفة طبيًا مشمولة إلا إذا صرفت من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا.

لقد طرأ تغيير على شبكة الصيدليات لدينا للعام القادم. راجع إصدار عام 2026 من دليل الصيدليات عبر [SWHNY.com](http://SWHNY.com) لمعرفة الصيدليات التابعة للشبكة. فيما يلي بيان لطريقة معرفة كيفية الحصول على دليل الصيدليات المحدث:

- يمكن زيارة موقعنا الإلكتروني من خلال [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

- يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (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 جزءًا من خطتنا خلال العام. إذا كان التغيير الذي يطرأ في منتصف العام على صيدلياتنا يؤثر عليك، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) للمساعدة.

## 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)	
<p>يحصل الأعضاء المؤهلون الذين يعانون من حالات مزمنة مؤهلة على \$285 كل شهر لشراء الأغذية والمنتجات (SSBCI).</p>	<p>تُغطى هذه الميزة ضمن برنامج المزايا التكميلية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة (SSBCI). يحصل المؤهلون على بدل شهري قدره \$73 لشراء الأغذية والمنتجات الصحية. تخصص تغطية برنامج SSBCI للأعضاء الذين يعانون من حالات مزمنة محددة فقط.</p>	<p>المزايا التكميلية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة (SSBCI) - الأغذية والمنتجات:</p>
<p>يتلقى الأعضاء المؤهلون الذين يعانون من حالات مزمنة مؤهلة \$285 إجمالاً كل شهر للمساعدة في دفع فواتير المرافق (الكهرباء والغاز الطبيعي والمياه).</p>	<p>هذه الميزة غير مغطاة بصفتها ميزة تكميلية.</p>	<p>المزايا التكميلية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة (SSBCI) - المرافق</p>

<p><b>2026</b> <b>(العام المقبل)</b></p>	<p><b>2025 (هذا العام)</b></p>	
<p>يحصل الأعضاء المؤهلون الذين يعانون من حالات مزمنة مؤهلة على \$285 إجمالاً شهرياً للوصول إلى وسائل النقل لتلبية الاحتياجات غير الطبية.</p>	<p>هذه الميزة غير مغطاة بصفقتها ميزة تكميلية.</p>	<p>المزايا التكميلية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة (SSBCI) - خدمات النقل للاحتياجات غير الطبية</p>
<p>سوف تحصل على بطاقة خصم <b>Healthy You</b> ممولة مسبقاً مع بدل شهري إجمالي قدره \$285 للعناصر التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC)، وأجهزة المساعدة على السمع التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC)، وخدمات النقل إلى المواقع الصحية المعتمدة ذات الصلة، وخدمات المزايا التكميلية الخاصة للمرضى الذين يعانون من حالات مزمنة (SSBCI) لتغطية تكاليف الأغذية والمنتجات والنقل في الحالات غير الطبية وفواتير المرافق.</p>	<p>سوف تحصل على بطاقة <b>Healthy You</b> مع بدل للعناصر التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC) بالإضافة إلى بدل منفصل للأغذية والمنتجات للذين يعانون من حالات مزمنة (SSBCI).</p>	<p>بطاقة الخصم الممولة مسبقاً (بطاقة <b>Healthy You</b>)</p>

<p style="text-align: center;"><b>2026</b> (العام المقبل)</p>	<p style="text-align: center;"><b>2025 (هذا العام)</b></p>	
<p>يمكن الوصول إلى خدمات النقل من خلال بطاقة الخصم. يمكن شراء العناصر التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC) من خلال بطاقة الخصم أو الكتالوج. يمكن شراء أجهزة المساعدة السمعية التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC) من خلال الكتالوج. يمكن الوصول إلى المزايا الإضافية للمزايا التكميلية الخاصة للمرضى الذين يعانون من حالات مزمنة (SSBCI) من خلال بطاقة الخصم وتشمل الأغذية والمنتجات، والنقل للاحتياجات غير الطبية، والدعم العام للمعيشة. لا ينتقل البديل غير المستخدم إلى الشهر التالي.</p>		

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
<p>مدفوعات مشتركة بقيمة \$0 مقابل بعض خدمات الرعاية الصحية عن بُعد، بما في ذلك خدمات إعادة تأهيل القلب، وخدمات أطباء الرعاية الأولية، وخدمات العلاج بتقويم العمود الفقري، وخدمات العلاج الوظيفي، وخدمات الأطباء المتخصصين، والجلسات الفردية لخدمات الصحة النفسية المتخصصة، والجلسات الجماعية لخدمات الصحة النفسية المتخصصة، وخدمات طب الأقدام، وخدمات أخصائيي الرعاية الصحية الآخرين، والجلسات الفردية لخدمات الطب النفسي، والجلسات الجماعية لخدمات الطب النفسي،</p>	<p>مدفوعات مشتركة بقيمة \$0 مقابل بعض خدمات الرعاية الصحية عن بُعد بما في ذلك خدمات طبيب الرعاية الأولية.</p>	<p>المزايا الإضافية للرعاية الصحية عن بُعد</p>

<b>2026</b> <b>(العام المقبل)</b>	<b>2025 (هذا العام)</b>	
<p>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.</p>		
<p>تتلقى بطاقة خصم <b>Healthy You</b> ممولة مسبقًا ببدل شهري إجمالي قدره <b>\$285</b> لخدمات النقل لتخطيط المواقع ذات الصلة بالصحة. ومن الأمثلة على مواقع الخطة المعتمدة موفرو الخدمات التابعون للشبكة في المجالات الطبية والصيدلانية وطب الأسنان والبصر والسمع.</p>	<p>تتلقى بدلاً قدره <b>\$100</b> شهريًا للاستفادة من خدمات النقل. يُدمج هذا البديل مع الميزة الخاصة بالمنتجات التي تُصرف بدون وصفة طبية (OTC).</p>	<p><b>خدمات النقل للمواقع المعتمدة من الخطة (تكميلية)</b></p>

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
ستحصل على فحص روتيني واحد للسمع كل سنة تقويمية.	هذه الميزة غير مغطاة بصفقتها ميزة تكميلية.	فحوصات السمع (تكميلية)
تغطي خطتنا عدد 2 من أجهزة المساعدة على السمع تم تحديدهما مسبقاً من قبل مقدم خدمات معتمد لدى الخطة كل سنتين 2 للأذنين معاً.	هذه الميزة غير مغطاة بصفقتها ميزة تكميلية.	أجهزة المساعدة السمعية
تتلقى بطاقة خصم <b>Healthy You</b> ممولة مسبقاً ببدل شهري إجمالي قدره \$285 لأجهزة المساعدة في السمع التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC).	هذه الميزة غير مغطاة بصفقتها ميزة تكميلية.	العناصر التي يتم الحصول عليها بدون وصفة طبية (OTC) أجهزة المساعدة السمعية (ميزة تكميلية)

## القسم 1.6 التغييرات على تغطية الأدوية بموجب القسم 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 أدويتك 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 إشعاراً بشأن هذا التغيير.

إذا كنت متأثراً بأحد التغييرات الطارئة على تغطية الدواء في بداية العام أو خلال العام، فيمكنك مراجعة الفصل 9 من دليل التغطية والتحدث إلى مقدم الوصفات الطبية 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 671-0440 (833) (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 أدويتك؟

إذا كنت مسجلاً في برنامج يساعد في دفع تكاليف أدويتك (Extra Help)، فقد لا تنطبق عليك المعلومات المتعلقة بتكاليف أدوية الجزء D. لقد أرسلنا إليك ملحقاً 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 (833) 671-0440 (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 د.

#### • المرحلة 1: الاستقطاع السنوي

تبدأ في مرحلة الدفع هذه كل سنة تقويمية. في أثناء هذه المرحلة ستدفع التكلفة الكاملة عن أدوية الجزء د 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 د 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 جزءاً من التكلفة الكاملة لخطتنا مقابل الأدوية التي تحمل علامة تجارية بالإضافة إلى الأدوية البيولوجية المغطاة في الجزء D أثناء مرحلتي 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)	
<p>\$615</p> <p>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.</p>	\$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)	
<p><b>\$0 مدفوعات مشتركة من إجمالي التكلفة</b></p>	<p>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:</p> <p><b>الأدوية العامة والمفضلة متعددة المصادر:</b></p> <p>تدفع <b>\$0</b> لكل أدوية موصوفة.</p> <p><b>جميع الأدوية الأخرى:</b></p> <p>تدفع <b>\$0</b> لكل أدوية موصوفة.</p> <p>تدفع <b>\$0</b> لكل أدوية موصوفة.</p>	<p><b>أدوية الفئة 1 (الأدوية العامة المفضلة):</b></p> <p>لقد قمنا بتغيير فئة بعض الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية لدينا. لمعرفة إذا ما كانت الأدوية الخاصة بك تدرج تحت فئة مختلفة، يمكنك البحث في قائمة الأدوية.</p>

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
	<p>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)</p>	
<p><b>\$0 أو \$1.60 أو \$5.10</b> للأدوية العامة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية التي يتم التعامل معها على أنها أدوية عامة)</p> <p><b>\$0 أو \$4.90 أو \$12.65</b> مدفوعات مشتركة لجميع الأدوية الموصوفة الأخرى.</p>	<p>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: تدفع \$0 لكل أدوية موصوفة.</p>	<p><b>أدوية الفئة 2 (الأدوية العامة):</b></p>

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
	<p><b>جميع الأدوية الأخرى:</b> تدفع \$0 لكل أدوية موصوفة. بمجرد دفع \$2,000 لأدوية الجزء د، ستنتقل إلى المرحلة التالية (مرحلة التغطية القصوى). يبلغ مقدار تقاسم التكاليف الخاص بك \$0 في مرحلة التغطية القصوى</p>	
<p><b>\$0 أو \$1.60 أو \$5.10</b> للأدوية العامة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية التي يتم التعامل معها على أنها أدوية عامة)</p> <p><b>\$0 أو \$4.90 أو \$12.65</b> مدفوعات مشتركة لجميع الأدوية الموصوفة الأخرى.</p>	<p>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:</p>	<p><b>أدوية الفئة 3 (الأدوية التي تحمل علامة تجارية مفضلة):</b></p>

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
	<p>الأدوية العامة والمفضلة متعددة المصادر: تدفع \$0 لكل أدوية موصوفة. جميع الأدوية الأخرى: تدفع \$0 لكل أدوية موصوفة. بمجرد دفع \$2,000 لأدوية الجزء د، ستنتقل إلى المرحلة التالية (مرحلة التغطية القصوى). يبلغ مقدار تقاسم التكاليف الخاص بك \$0 في مرحلة التغطية القصوى</p>	
<p>\$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)</p>	<p>ستندرج الأدوية المغطاة بموجب الجزء D في قائمة أدوية ضمن فئة واحدة. تكلفة إمدادك لمدة شهر واحد</p>	<p>الفئة 4 (الأدوية غير المفضلة):</p>

<b>2026</b> <b>(العام المقبل)</b>	<b>2025 (هذا العام)</b>
<p><b>\$0 أو \$4.90 أو \$12.65 مدفوعات مشتركة لجميع الأدوية الموصوفة الأخرى.</b></p>	<p>يتم صرفها من صيدلية تابعة للشبكة توفر تقاسم تكاليف قياسي:</p> <p><b>الأدوية العامة والمفضلة متعددة المصادر: تدفع \$0 لكل أدوية موصوفة.</b></p> <p><b>جميع الأدوية الأخرى:</b></p> <p>تدفع <b>\$0</b> لكل أدوية موصوفة. بمجرد دفع \$2,000 لأدوية الجزء د، ستنتقل إلى المرحلة التالية (مرحلة التغطية القصوى). يبلغ مقدار تقاسم التكاليف الخاص بك <b>\$0</b> في مرحلة التغطية القصوى</p>

<b>2026</b> <b>(العام المقبل)</b>	<b>2025 (هذا العام)</b>	<b>الفئة 5 (الأدوية المتخصصة):</b>
<p><b>\$0 أو \$1.60 أو \$5.10</b>  <b>للأدوية العامة (بما في ذلك</b>  <b>الأدوية التي تحمل علامة</b>  <b>تجارية التي يتم التعامل معها</b>  <b>على أنها أدوية عامة)</b></p> <p><b>\$0 أو \$4.90 أو \$12.65</b>  <b>مدفوعات مشتركة لجميع</b>  <b>الأدوية الموصوفة الأخرى.</b></p>	<p>ستندرج الأدوية المغطاة بموجب الجزء D في قائمة أدوية ضمن فئة واحدة.</p> <p>تكلفة حصولك على إمداد لمدة شهر يُصرف من صيدلية تابعة للشبكة تطبق نظام تقاسم التكاليف القياسي:</p> <p><b>الأدوية العامة والمفضلة</b>  <b>متعددة المصادر:</b>  <b>تدفع \$0 لكل أدوية</b>  <b>موصوفة.</b></p> <p><b>جميع الأدوية الأخرى:</b>  <b>تدفع \$0 لكل أدوية</b>  <b>موصوفة. بمجرد دفع</b>  <b>\$2,000 لأدوية الجزء D،</b>  <b>ستنتقل إلى المرحلة التالية</b>  <b>(مرحلة التغطية القصوى).</b></p>	

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
	<p>يبلغ مقدار تقاسم التكاليف الخاص بك \$0 في مرحلة التغطية القصوى)</p>	
<p><b>\$0 من إجمالي التكلفة</b></p>	<p>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: <b>الأدوية العامة والمفضلة متعددة المصادر:</b> تدفع <b>\$0</b> لكل أدوية موصوفة. <b>جميع الأدوية الأخرى:</b> تدفع <b>\$0</b> لكل أدوية موصوفة. بمجرد دفع \$2,000 لأدوية الجزء D، ستنتقل إلى المرحلة التالية (مرحلة التغطية القصوى).</p>	<p><b>الفئة 6 (أدوية رعاية محددة):</b></p>

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)
	يبلغ مقدار تقاسم التكاليف الخاص بك \$0 في مرحلة التغطية القصوى

### التغييرات الطارئة على ميزة VBID في الجزء D

في عام 2025، شاركت Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) في نموذج Value Based Insurance Design (VBID)، ولكن هذا البرنامج لن يكون موجودًا هذا العام. كجزء من ميزة الجزء D في نموذج VBID، تقدم Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) إلغاء تقاسم التكاليف لأدوية الجزء D. ونظرًا لانتهاج 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 حول التكاليف في 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)	
<p>ستشمل خدمات طب الأسنان خدمات وقائية وخدمات شاملة محددة وستديرها Liberty لعام 2026.</p>	<p>تمت إدارة خدمات طب الأسنان الخاصة بك بواسطة Dentaquest.</p>	<p>لم تعد Dentaquest من بين الموردين المتعاقد معهم خلال عام 2026.</p>
<p>NationsBenefits هو الجهة الخارجية الخاصة بالسماع التي تم التعاقد معها خلال عام 2026.</p>	<p>تم إدارة خدمات السمع الخاصة بك من قبل موفري خدمات السمع المتعاقدين مع Molina.</p>	<p>ستتغير خدمات السمع الخاصة بك لاستخدام مورد خدمات السمع في عام 2026</p>
<p>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).</p>	<p>لا ينطبق</p>	<p>خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare</p>

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
<p>لمعرفة المزيد عن خيار الدفع هذا، يُرجى التواصل معنا على الرقم <b>(833) 671-0440</b> (وبالنسبة لمستخدمي TTY، يمكنهم الاتصال على: <b>711</b>) أو قم بزيارة <b>Medicare.gov</b></p>		
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اضطرابات القلب والأوعية الدموية</li> <li>• الفشل القلبي المزمن</li> <li>• الخرف</li> <li>• مرض السكري</li> </ul>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الإدمان المزمن للكحول والمواد المخدرة الأخرى</li> <li>• اضطرابات المناعة الذاتية</li> <li>• السرطان</li> <li>• اضطرابات القلب والأوعية الدموية</li> </ul>	<p>المزايا التكميلية الخاصة بالمرضى المصابين بأمراض مزمنة (SSBCI)</p>

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اضطرابات الرئة المزمنة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• الفشل القلبي المزمن</li> <li>• الخرف</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• مرض الكلى المزمن (CKD)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• السكري</li> <li>• الفشل الكبدي في</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اضطراب تعاطي الكحول المزمن و اضطرابات تعاطي المخدرات الأخرى (SUDs)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مرحله النهائية</li> <li>• الفشل الكلوي في مرحله النهائية (ESRD)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• السرطان</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• اضطرابات دموية شديدة</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اضطرابات المناعة الذاتية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (HIV/AIDS)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• زيادة الوزن والسمنة ومتلازمة التمثيل الغذائي</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• اضطرابات الرئة المزمنة</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• مرض الجهاز الهضمي المزمن</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• أمراض الصحة العقلية المزمنة والمسببة للإعاقة</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اضطرابات دموية شديدة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• الاضطرابات العصبية</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (HIV/AIDS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• السكتة</li> </ul>

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• أمراض الصحة العقلية المزمنة والمسببة للإعاقة</li> <li>• الاضطرابات العصبية</li> <li>• السكتة</li> <li>• ما بعد زراعة الأعضاء</li> <li>• نقص المناعة</li> <li>• واضطرابات كبت المناعة</li> <li>• الحالات المرتبطة بالضعف الإدراكي</li> <li>• الحالات التي تواجه تحديات وظيفية</li> <li>• الحالات المزمنة التي تضعف البصر والسمع (الصمم)، والتذوق واللمس والشم</li> </ul>		

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• الحالات التي تتطلب خدمات علاجية مستمرة حتى يتمكن الأفراد من الحفاظ على وظائفهم أو الاحتفاظ بها</li> </ul>	

### القسم 3 كيفية تغيير الخطط

إذا أردت البقاء في **Senior Whole Health of New York NHC (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 Senior Whole Health of New York NHC (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. سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا في Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).
- **للتبديل إلى Original Medicare مع تغطية الأدوية من Medicare**، قم بالتسجيل في خطة أدوية جديدة من Medicare. سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا في Senior Whole Health of New York NHC (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 (833) 671-0440 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) للتعرف على المزيد من المعلومات حول كيفية القيام بالأمر. أو 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 (انقل 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](http://www.Medicare.gov)، أو يمكنك مراجعة كتيب *Medicare & You 2026* أو الاتصال على برنامج التأمين الصحي التابع للولاية (انقل إلى القسم 6)، أو الاتصال على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE.

### 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 يناير – 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 Extra Help لدفع تكاليف أدويتهم
- من يتمتعون بتغطية صاحب العمل أو من لم يعودوا مشمولين
- من انتقلوا خارج نطاق منطقة الخدمة الخاصة بالخطة

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 أدوية موصوفة منفصلة من Medicare،
- o Original Medicare دون وجود خطة أدوية منفصلة 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 واحدة.

إذا نُقلت مؤخرًا إلى مؤسسة (مثل مرفق رعاية ماهرة أو مستشفى للرعاية 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 شهرين 2 كاملين 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 أدويتك، بما في ذلك أقساط خطة الأدوية الشهرية، والاستقطاعات السنوية، والتأمين المشترك. بالإضافة إلى ذلك، لن يخضع الأشخاص المؤهلون لغرامة التأخير في التسجيل. لمعرفة إذا ما كنت مؤهلاً، اتصل على:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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.
- **مساعدة من برنامج المساعدة الدوائية في ولايتك (SPAP).** تقدم New York برنامجًا يسمى EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage) (تغطية تأمين الأدوية للمسنين) يساعد الأشخاص على دفع ثمن الأدوية الموصوفة بناءً على حاجتهم المالية أو عمرهم أو حالتهم الطبية. لمعرفة المزيد عن البرنامج، تواصل مع برنامج التأمين الصحي التابع للولاية (SHIP). للحصول على رقم الهاتف المخصص في ولايتك، تفضل بزيارة [shiphelp.org](http://shiphelp.org)، أو اتصل على 1-800-MEDICARE.
- **المساعدة في تقاسم تكاليف الأدوية الموصوفة للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز HIV/AIDS.** يساعد برنامج AIDS Drug Assistance

Program (ADAP) الأفراد المؤهلين لبرنامج (ADAP) 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. تؤهل الأدوية المقررة بوصفة طبية ضمن القسم D من برنامج Medicare وتغطي أيضاً بموجب برنامج ADAP للمساعدة المتمثلة في تقاسم تكاليف الوصفات الطبية من خلال برنامج رعاية غير المؤمنين في (ADAP) New York State Uninsured Care Program. 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 800) 542-2437 أو 685-4058 (844). 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 Extra Help من Medicare والمساعدة من SPAP و ADAP، 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 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) أو زيارة الموقع الإلكتروني [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

## الأسئلة؟

## القسم 5

## القسم 5.1 الحصول على مساعدة من Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

- يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833). (وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يُرجى 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. لمعرفة مزيد من التفاصيل، انتقل إلى دليل التغطية لعام 2026 لخطة (HMO D-SNP) Senior Whole Health of New York NHC. دليل التغطية هو الوثيقة القانونية المفصلة لمزايا خطتك. وتوضح حقوقك والقواعد التي عليك اتباعها للحصول على الخدمات المغطاة والأدوية المقررة بوصفها طبية. يمكنك الحصول على دليل التغطية عبر موقعنا الإلكتروني [SWHNY.com](http://SWHNY.com) أو عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) للحصول على نسخة عبر البريد.

- **تفضل بزيارة [SWHNY.com](http://SWHNY.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 التأمين الصحي التابع للولاية (SHIP) هو برنامج حكومي مستقل يضم استشاريين مدربين في كل ولاية. في New York، يُطلق على برنامج SHIP اسم New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP).

اتصل على New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP) للحصول على استشارات تأمين صحي مخصصة. ويمكنهم مساعدتك على فهم خيارات خطة Medicare و Medicaid والإجابة عن الاستفسارات المتعلقة بالتبديل بين الخطط. اتصل ببرنامج New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP) على الرقم (800) 701-0501. تعرف على المزيد حول برنامج New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP) من خلال زيارة (<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap>).

## 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 أسبوعيًا. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

### • الدردشة المباشرة من خلال [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)

يمكنك الدردشة مباشرة من خلال [www.Medicare.gov/talk-to-someone](http://www.Medicare.gov/talk-to-someone)

### • مراسلة Medicare

يمكنك مراسلة Medicare PO Box 170, Lawrence, KS 66044

• يمكنك زيارة [www.Medicare.gov](http://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.

• اقرأ كتيب Medicare وأنت لعام 2026

يتم إرسال كتيب Medicare & You 2026 إلى المشتركين في Medicare في فصل الخريف من كل عام. إذ أنه يحتوي ملخصاً لما يقدم من مزايا Medicare والحقوق والحماية، وعلى إجابات للأسئلة الأكثر شيوعاً حول الرعاية الطبية. يمكنك الحصول على نسخة من خلال [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) أو عن طريق الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

## القسم 5.4 الحصول على المساعدة من Medicaid

برنامج New York State Medicaid Program على الرقم 541-2831 (800) من الإثنين إلى الجمعة من 8AM إلى 8PM، السبت من 9AM إلى 1PM. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711 للحصول على مساعدة بشأن التسجيل في برنامج Medicaid أو إذا كانت لديهم أسئلة حول المزايا. يُمكنك مراسلة (LDSS) Local Department of Social Services الخاص بك. احصل على عنوان LDSS هنا: [https://www.health.ny.gov/health\\_care/](https://www.health.ny.gov/health_care/) /medicaid

### New York State Medicaid Program

المراسلة عبر البريد: Human Resources Administration  
505 Claremont Avenue, 7th Floor  
New York, NY 11238

الاتصال: (800) 541-2831

الموقع الإلكتروني: [https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/)

**قسم الخدمات الاجتماعية بمقاطعة Nassau**

المراسلة عبر البريد: Nassau County DSS  
60 Charles Lindbergh Blvd.  
Uniondale, NY 11553-3656

الاتصال: (516) 227-7474

الموقع الإلكتروني: <https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html>

**قسم الخدمات الاجتماعية بمقاطعة Westchester**

المراسلة عبر البريد: White Plains District Office  
85 Court Street  
White Plains, NY 10601-4201

الاتصال: (914) 995-3333

الموقع الإلكتروني: <http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices>

## 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)

يهنأ أمرك! لذا نسهّل عليك الحصول على المعلومات التي تحتاج إليها. اتصل بالإنترنت لعرض المستندات المهمة للخطة والعثور على موفر شبكة أو صيدلية ضمن الشبكة. يمكنك أيضاً البحث عن الأدوية الموصوفة، في أي وقت، وفي أي مكان، ومن أي جهاز. سوف تتوفر مستندات الخطة لعام 2026، مثل دليل التغطية، والأدوية الموصوفة، بالإضافة إلى دليل مقدمي الخدمات والصيديات عبر الإنترنت بحلول 15 أكتوبر، 2025.

### تعرف على مستندات خطتك

- **دليل التغطية (EOC):** دليل يتضمن بنود خطتك. وهو يتضمن تفاصيل حول مزايا الخطة وتغطيتها وحقوق الأعضاء، وغير ذلك.
  - **كتيب الوصفات (قائمة الأدوية):** قائمة بالأدوية المغطاة بموجب خطتك.
  - **دليل مقدمي الرعاية/الصيديات:** قائمة بالأطباء والاختصاصيين والصيديات ضمن الشبكة إلى جانب أرقام هواتفهم وعناوينهم. يمكنك العثور على مقدمي الخدمات أو الصيديات التابعة للشبكة باستخدام دليلنا عبر الإنترنت على [MolinaHealthcare.com/ProviderSearch](http://MolinaHealthcare.com/ProviderSearch).
  - **إشعار ممارسة الخصوصية (Notice of Privacy Practice):** يبين هذا الإشعار كيفية استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها وحصولك عليها. وتتوفر تلك المعلومات على موقعنا الإلكتروني عبر رابط [MolinaHealthcare.com/members/ny/en-us/mem/hipaa/home](http://MolinaHealthcare.com/members/ny/en-us/mem/hipaa/home).
- كيفية عرض مستند من الخطة وطلب نسخة منه

### عبر الإنترنت من خلال [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare)

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 MyMolina.com



تفضل بزيارة بوابة الأعضاء التي تعمل بالخدمة الذاتية لعرض المستندات على الإنترنت على مدار 24 ساعة و7 أيام في الأسبوع، أو للعثور على مقدم خدمات أو صيدلية تابعة للشبكة. سجّل الدخول إلى بوابة أعضاء My Molina أو قم بإعداد حساب على MyMolina.com. انقر فوق "Create an Account" "إنشاء 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 كتيب الوصفات الدوائية 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 (ID)، 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 موفر رعاية أو صيدلية تابعين للشبكة، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم المجاني المدون على ظهر بطاقة الهوية (ID) الخاصة بك.

## Molina Healthcare - Medicare

تمثل Senior Whole Health of New York لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها كما أنه لا تتم ممارسة أي نوع من أنواع التمييز على أساس العمر أو اللون أو الإعاقة أو الأصل القومي (بما في ذلك إجادة اللغة الإنجليزية المحدودة) أو العرق أو الجنس (بما يتفق مع نطاق التمييز على أساس الجنس الموصوف في القسم 92.101 [أ]).

لمساعدتك على التواصل معنا بشكل فعال معنا، تقدم Senior Whole Health of New York الخدمات مجاناً وفي الوقت المناسب:

توفر Senior Whole Health of New York تعديلات معقولة ومساعدات وخدمات ملائمة للأشخاص ذوي الإعاقة. ويتضمن ذلك: (1) مترجمون مؤهلون. (2) معلومات بتنسيقات أخرى مثل الطباعة بخطوط كبيرة أو إصدارات صوتية أو تنسيقات إلكترونية سهلة الوصول أو طريقة برايل.

توفر Senior Whole Health of New York خدمات خاصة باللغات للأشخاص الذين يتحدثون بلغات أخرى أو ممن لديهم قدرة محدودة على التحدث بالإنجليزية. ويتضمن ذلك: (1) المترجمون الشفويون المؤهلون. (2) مواد مطبوعة مترجمة إلى اللغة التي تتحدث بها.

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، ففضل بالاتصال بخدمات أعضاء Molina على الرقم 1-800-665-3086، لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية/ أجهزة الاتصالات الكتابية للصم والبكم TTY/TDD، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 a.m. حتى الساعة 8 p.m. بالتوقيت المحلي.

إذا كنت تعتقد أننا قد مارسنا نوعاً من التمييز ضدك على أساس العمر أو اللون أو الإعاقة أو الأصل القومي أو العرق أو الجنس، فيمكنك تقديم شكوى. يمكنك تقديم شكوى عبر الهاتف، أو البريد، أو البريد الإلكتروني، أو عبر الإنترنت. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في كتابة شكواك، فيمكننا مساعدتك. يمكنك التعرف على إجراءات التظلم لدينا من خلال زيارة موقعنا الإلكتروني

**[MolinaHealthcare.com/Members/Common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx](https://www.molinahealthcare.com/Members/Common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx)** على

يُرجى الاتصال على Civil Rights Coordinator (منسق الحقوق المدنية) لدينا على الرقم 1-866-606-3889، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية/ هاتف الصم والبكم (TTY/TDD)، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711 أو إرسال الشكوى إلى:

Civil Rights Unit

200 Oceangate

Long Beach, CA 90802

البريد الإلكتروني: [Civil.Rights@MolinaHealthcare.com](mailto:Civil.Rights@MolinaHealthcare.com)

الموقع الإلكتروني: [MolinaHealthcare.Alertline.com](https://www.molinahealthcare.com/alertline)

يمكنك أيضًا تقديم شكوى (تظلم) بشأن الحقوق المدنية إلى Department of Health and Human Services، مكتب الحقوق المدنية، أو إلكترونيًا من خلال بوابة شكاوى مكتب الحقوق المدنية على: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> أو عبر البريد أو الهاتف على الرقم التالي:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

الهاتف: 1-800-368-1019

بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية/ هاتف الصم والبكم (TTY/TDD)، يمكنهم

الاتصال على الرقم: 800-537-7697

تتوفر نماذج الشكاوى هنا: **[HHS.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf)**

## **Notice of Availability**

We offer free interpreter and translation services to help you understand your health or drug plan. This includes support from someone who speaks your language.

We also provide free aids and services—such as sign language interpreters and written materials in alternative formats—to ensure everyone can access the information they need. To request these services, please call Member Services at the number listed on your Member ID card.

### **English**

**ATTENTION:** If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the Member Services number on the back of your ID card or speak to your provider.

### **Spanish**

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos para asistirle en su idioma. También dispone de ayudas y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o hable con su proveedor.

## **Simplified Chinese**

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 ID 卡背面的客户服务号码或咨询您的服务提供商。

## **Traditional Chinese**

注意：如果您說台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打您 ID 卡背面的會員服務部電話號碼或諮詢您的服務提供者。

## **Russian**

**ВНИМАНИЕ!** Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки.

Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также бесплатны. Позвоните по номеру службы поддержки клиентов, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты, или обратитесь к своему поставщику услуг.

## **Haitian Creole**

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nimewo Sèvis Manm ki sou do kat ID ou a oswa pale ak pwofesyonèl swen sante ou a.

## **Korean**

주의:한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. ID 카드 뒷면에 있는 회원 서비스 번호로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

## **Italian**

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente strumenti ausiliari e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Si prega di contattare il numero del Servizio per i membri riportato sul retro della propria tessera identificativa o di rivolgersi al proprio fornitore.

## Yiddish

אַכטונג: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פריי פאר דיר. פאַסיקע אידס און באַדינונגס פֿאַר צושטעלן אינפֿאַרמאַציע אין צוטריטלעך פֿאַרמאַטירונגען זענען אויך פריי בנימצא. רופט דעם מיטגליד באַדינען נומער אין קריק פֿון דיין ID קאַרטל אָדער רעדט מיט דיין צושטעלער.

## Bengali

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। আপনার আইডি কার্ডের পিছনে থাকা সদস্য পরিষেবা নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

## Polish

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer Działu Obsługi Klienta podany na odwrocie Twojej karty identyfikacyjnej lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

## Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً. كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات إضافية مناسبة لتوفير المعلومات بصيغ يمكن الوصول إليها من دون أية تكلفة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدون على ظهر بطاقة هويتك أو تحدث إلى مقدم الخدمات.

## French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés sont également mis à votre disposition gratuitement pour vous fournir les informations dans des formats accessibles. Appelez les Services aux adhérents au numéro figurant au dos de votre carte d'adhérent, ou adressez-vous à votre prestataire.

## Urdu

### اردو

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت لسانی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ ممبر سروسز کو اپنے ID کارڈ کی پچھلی جانب موجود نمبر پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

## **Tagalog**

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo sa Miyembro sa likod ng ID card mo o makipag-usap sa iyong provider.

## **Greek**

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε τον αριθμό των υπηρεσιών Μέλους που βρίσκεται στο πίσω μέρος της κάρτας αναγνωριστικού σας ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

## **Albanian**

VINI RE: Nëse flisni anglisht, shërbimet falas të ndihmës gjuhësore janë të disponueshme për ju. Gjithashtu, disponohen falas ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të aksesueshme. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në numrin që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit ose flisni me ofruesin tuaj të shërbimit.

## **German**

HINWEIS: Wenn Sie Sprache einfügen sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzenzienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste für die Übermittlung von Informationen in zugänglicher Form sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer des Mitgliederservices auf der Rückseite Ihres Ausweises an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

## **Pennsylvania Dutch**

GEB ACHT: Wann du Pennsylvanisch Deitsch schwetzsch, Schprooch Hilfe Services sin meeglich mitaus Koscht. Appropriate Auxiliary Aids un Services un Services Information zu gewwe in helfreiche Formats sin aa meeglich mitaus Koscht. Ruf die Member Services Nummer uff die Rickseit vun dei ID Kaart odder Schwetz mit dei Provider.

## **Vietnamese**

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Ngoài ra, chúng tôi còn có các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ khác phù hợp, hoàn toàn miễn phí để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ sử dụng. Vui lòng gọi đến số điện thoại của bộ phận Dịch vụ thành viên có trên mặt sau thẻ ID của quý vị để trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

## **Somali**

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Agabka kaalmaatiga oo sax ah iyo adeegyada xogta ku bixiya qaab la heli karo ayaa sidoo kale lagu heli karaa lacag la'aan. Wac lambarka Adeegyada Macaamiisha ee ku qoran dhabarka danbe ee kaarkaaga aqoonsiga ama la hadal dhakhtarkaaga.

## **Japanese**

注意：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。IDカードの裏面にある会員サービス番号に電話するか、プロバイダーにご相談ください。

## **Ukrainian**

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби й послуги з надання інформації в доступних форматах також пропонуються безкоштовно. Зателефонуйте на номер служби підтримки учасників, указаний на звороті вашого посвідчення особи, або зверніться до свого постачальника послуг.

## Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți română, aveți la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunt disponibile gratuit ajutoare și servicii auxiliare adecvate pentru furnizarea informațiilor în formate accesibile. Contactați Serviciul pentru Membri la numărul de telefon înscris pe verso-ul cardului de identificare sau adresați-vă furnizorului dumneavoastră.

## Amharic

ማስታወሻ፡ አማርኛ የምናገኛ ከሆነ፣ ነፃ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ለእርስዎ ይኖራል። እንዲሁም፣ በሚገኙ ቅርፀቶች መረጃ ለማቅረብ ተገቢ የመረጃ ድጋፎች እና አገልግሎቶች በነፃ ይኖራሉ። በID ካርድዎ ጀርባ ላይ በለው የአባላት አገልግሎቶች ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

## Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย  
เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้  
ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่  
เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อหมายเลข  
ฝ่ายบริการสมาชิกที่ระบุไว้ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณหรือพูดคุยกับผู้  
ให้บริการของคุณ

## **Persian**

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شماست. همچنین، خدمات و کمک‌های لازم برای ارائه اطلاعات به صورت‌های مختلف و قابل دسترسی، به صورت رایگان در اختیار شما قرار می‌گیرد. با شماره خدمات اعضا که پشت کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

## **Samoan**

FAAMATALAGA: Afai e te tautala faa-Samoa, o loo i ai gagana fesoasoani i gagana e Le totogia mo oe. Fesoasoani fa'aopopo talafeagai ma auaunaga ina ia tuuina atu ai faamatalaga e maua i limits e faigofie ona maua o loo maua foi e le totogia. Vala'au le Auaunaga a Sui Auai i le numera o i taua o lau ID card pe talanoa i lauvrautua.

## **Ilocano**

PAKAAMMO: No agsasaoka iti Ilocano, magun-odam dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti format a nalaka a ma-access. Tawagam ti numero ti Serbisio para Kadagiti Miembro iti likudan ti ID card-mo wenno makisaritaka iti provider-mo.

## **Gujarati**

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા ID કાર્ડની પાછળ આપેલા સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

## **Portuguese**

ATENÇÃO: se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Também estão disponíveis, de forma gratuita, ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para o número dos Serviços de apoio aos membros que se encontra no verso do seu cartão de identificação ou fale com o seu prestador de serviços de saúde.

## **Hindi**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। अपने ID कार्ड के पीछे दिए गए सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।



## **Swahili**

**KUMBUKA:** Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa zinapatikana pia bila malipo. Piga simu kwa nambari ya Huduma za Wanachama iliyo nyuma ya kadi yako ya kitambulisho au zungumza na mtoa huduma wako.

## **Serbian**

**PAŽNJA:** Ukoliko govorite Srpski, dostupne su vam besplatne usluge jezičke podrške. Dostupne su vam i besplatne odgovarajuće pomoći i usluge za pružanje informacija u formatima za lak pristup. Pozovite broj za usluge za članove koji se nalazi na poledini vaše ID kartice ili se obratite pružaocu usluge.

## **Croatian**

**PAŽNJA:** Ako pričate Hrvatski, na raspolaganju su vam besplatne usluge pomoći za jezik. Odgovarajuća pomoćna sredstva i usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima također su dostupne besplatno. Nazovite broj Službe za članove na poledini vaše osobne iskaznice ili razgovarajte sa svojim pružateljem usluga.

## Nepali

सावधान: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। ID कार्डको पछाडिपट्टि लेखिएको Member Services नम्बरमा फोन गर्नुहोस्, नभए डाक्टरसँग कुरा गर्नुहोस्।

## Yoruba

ÀKÍYÈSÍ: Bí o bá n sọ èdè Yorùbá, àwọn isẹ̀ irànlọ̀wọ̀ èdè ọ̀fẹ́ wà fún ọ. Àwọn ohun èlò irànlọ̀wọ̀ àti àwọn isẹ́ tó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn ọ̀nà tó rọ̀rùn ló wà lófẹ́. Pe nọmbà Àwọn isẹ́ Ọmọ ẹgbẹ́ tó wà ní ẹ̀yìn káàdì ìdánimọ̀ rẹ̀ tàbí bá olùpèsè rẹ̀ sọ̀rò.

## Tamil

கவனிக்கவும்: நீங்கள் தமிழ் பேசுபவர் என்றால், உங்களுக்கு இலவச மொழி உதவிச் சேவைகள் கிடைக்கும். அணுகல் வசதிக் கேற்ற வடிவங்களில் தகவலை வழங்குவதற்கான தகுந்த, கூடுதல் உதவி அம்சங்களும் சேவைகளும் கூட கட்டணமின்றிக் கிடைக்கும். உங்கள் வழங்குநரிடம் பேச, உங்கள் ஐடி கார்டின் பின்பக்கமுள்ள உறுப்பினர் சேவை மைய எண்ணை அழைக்கவும்.

## **Navajo**

SHOOH: Diné bizaad yiníłti', t'áá jiił'ehgo saad bee áká'ánída'awo'ígíí t'áá hadoohkáát nihá kée' hóló. T'áá ajikii íiyisí át'éego nihá át'éego bee haz'ánígíí dóó t'áá ádáhodoonígíí biniiyé t'áá jiił'eh nihá kée' hóló Member Services béésh bee hane'í bikáá' dah naaznil doo ID card ni' dooleet ná'ádoolwołígíí bikáá' nihá át'é.

## **Shoshone**

NENKAHI: Uuiss en taikw Sosohni, yu yowk taikwa tuwahntsawaiyn mahhpittsiyahnkuuk en. To kwain tuwahntsawaiyn tes tuwahntsawaiyn uut uutinantuinkehn uukuup tsa taw natehpop suwait mampittsiyankunk yuyowk nai nimeht. Nimai suun suhmah tuwahntsawaiyn tetehtsep piinak tehpop en nuwaiyn en taikw uhmah natsu tainepeh tes waipeh.

## **Choctaw**

KULLÓSHI: Chi Chahta anumpa ish anumpuli hosh, aiittola towa la hosh chi chiahullo li. Himona, achukma ut ish anumpuli hinla ia, il im anumpuli holisso kapvchi shulush isht ia, towa la hosh chi. Chi ID holisso okpulo bok aiittola na isht ia hosh pisa, il chi isht ia isht iachi pisa.



## إشعار ممارسات الخصوصية

يوضح لك هذا الإشعار كيفية استخدام المعلومات الطبية المتعلقة بك والإفصاح عنها وكيفية وصولك إلى هذه المعلومات. 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 (خطط) الرعاية الصحية. كما يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية (PHI) لتذكيرك بمواعيد زيارتك الطبية. ويجوز لنا كذلك استخدام معلوماتك الصحية المحمية (PHI) لكي نقدم لك معلومات حول علاجك (علاجاتك) 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 يلزمنا 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.

## المهام 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، وفيروس 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 (1) موافقتك الخطية، أو (2) 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 منحنا إياها سابقاً. ولن يسري ذلك الإلغاء على الإجراءات التي خولتنا باتخاذها بموجب موافقتك التي منحنا 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 كتابياً. ويمكنك استخدام نموذجنا لإنشاء طلبك.
- **طلب تبادل المعلومات الصحية المحمية 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 تعرض مشاركة كل هذه المعلومات الصحية المحمية (PHI) أو بعضها حياتك للخطر. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابياً. ويمكنك استخدام نموذجنا لإنشاء طلبك.
- **مراجعة معلوماتك الصحية المحمية 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 كتابياً. ويمكنك استخدام نموذجنا لإنشاء طلبك. ويجوز لنا أن نفرض عليك رسوماً 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، فيرجى الاتصال بطبيبك أو العيادة التي تواظب على زيارتها.

### • تعديل معلوماتك الصحية المحمية

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 كتابياً. ويمكنك استخدام نموذجنا لإنشاء طلبك. ويجوز لك التقدم بخطاب اعتراض في حال اعتراضك على قرارنا برفض طلبك.

### • تلقي كشف بعمليات الإفصاح عن معلوماتك الصحية الشخصية (PHI) (تبادل معلوماتك الصحية الشخصية [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 وفقاً للقانون المعمول به.

سيكون من حقنا أن نفرض عليك رسوماً مناسبة في مقابل كل قائمة تطلبها، وذلك في حال طلبت هذه القائمة أكثر من مرة لمدة 12 شهراً. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابياً. 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 بشكواك 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 أرسلنا على:

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

كما يجوز لك التقدم بشكواك إلى وزير *Department of Health and Human Services* الأمريكي 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) 368-1019؛ (800) 537-7697 (TDD)؛ (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)؛

يسري اعتبارًا من 1 يناير 2026

- 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](http://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 (ID)، على مدار 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



NYACAR26L01289

