2026

الإشعار السنوي بالتغييرات

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

California H3038-004-001

يسري من 1 يناير حتى 31 ديسمبر، 2026

H3038_26_004_001_CA_ANOC_M

CA-H3038-4-1-A-AC-AR-26-L

H3038_26_004_001_CA_ANOC_M

خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) هي خطة Medicare Medi-Cal التي تقدمها Molina Healthcare في California

الإشعار السنوي بالتغييرات لعام 2026

مقدمة

لقد تم تسجيلك الآن بصفتك عضوًا في خطتنا. في العام المقبل، ستكون هناك بعض التغييرات بشأن ما تشمله الخطة من مزايا وتغطية وقواعد وتكاليف. يخبرك هذا *الإشعار السنوي بالتغييرات* المزيد عن ماهية تلك التغييرات ومصادر العثور على مزيدٍ من المعلومات عنها. للحصول على المزيد من المعلومات حول التكاليف أو المزايا أو القواعد، يرجى الاطّلاع على كتيب *الأعضاء* المتوفر على الموقع الإلكتروني على MolinaHealthcare.com/Medicare. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة للحصول على نسخة بالبريد. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من *دليل الأعضاء*.

موارد إضافية

- تتاح هذه الوثيقة مجانًا باللغات الإسبانية والعربية والأرمنية والكمبودية والصينية والفارسية والهمونغ والكورية والروسية والتاغالوغية والفيتنامية.
- يمكنك الحصول على الإشعار السنوي بالتغييرات مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو صوتيًا. يمكنك الاتصال على الرقم 7860-687 (855)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY: 711،

من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، من .8 a.m حتى .8 p.m بالتوقيت المحلي، طوال أيام الأسبوع. من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر، من الإثنين إلى الجمعة، من .8 a.m حتى .8 p.m بالتوقيت المحلي. هذه المكالمة مجانية.

- لطلب لغتك المفضلة بخلاف الإنجليزية و/أو للحصول على تنسيق بديل، اتصل على خدمات الأعضاء على الرقم 687-7860 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711، من الإثنين إلى الجمعة، .8 a.m حتى .8 p.m بالتوقيت المحلي.
- سوف نحتفظ بسجل للغة المفضلة لدى أعضائنا و/أو تفضيلات التنسيق الخاصة بهم، كما أننا سنبقي على هذه المعلومات كطلب قائم للمراسلات والاتصالات المستقبلية. وسيضمن هذا الأمر عدم قيام الأعضاء بتقديم طلب منفصل في كل مرة.
- لتغيير الطلب القائم، تفضل بالاتصال بنا على رقم خدمة الأعضاء 687-7860 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY: 711، من الإثنين إلى الجمعة، .8 a.m حتى .8 p.m بالتوقيت المحلي.

جدول المحتويات

أ. إخلاء المسؤولية...5
ب. مراجعة تغطيتك Medicare and Medi-Cal للعام المقبل....................5
ب1. معلومات عن Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)..6
ب2. الأشياء التي يتعين عليك القيام بها 6
ج. التغييرات المتعلقة بمقدمي الخدمات والصيدليات ضمن شبكتنا.....................8
د. التغييرات المتعلقة بالمزايا والتكاليف للعام المقبل 9
د1. التغييرات المتعلقة بمزايا الخدمات الطبية وتكاليفها 9
د2. التغييرات في تغطية الأدوية 19
د3. المرحلة 1: "مرحلة التغطية الأولية"......................................23
د4. المرحلة 2: "مرحلة التغطية القصوى" 31
هـ. التغييرات الإدارية...31
و. اختيار خطة..36
و1. الاستمرار في خطتنا...36
و2. تغيير الخطط 36
ز. الحصول على المساعدة...43
ز1. خطتنا..43

ز2. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)....................44
ز3. Ombudsman Program....................44
ز4. Medicare....................45
ز5. إدارة الرعاية الصحية المدارة في ولاية كاليفورنيا....................46
ز6. خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare....................47

أ. إخلاء المسؤولية

Molina Healthcare هي إحدى خطط C-SNP وD-SNP وHMO وترتبط بعقد مع Medicare. ترتبط خطط D-SNP بعقد مع برنامج Medicaid الحكومي. يعتمد التسجيل على تجديد العقد.

ب. مراجعة تغطيتك Medicare and Medi-Cal للعام المقبل

من الضروري أن تراجع الآن التغطية الصحية الخاصة بك للتأكد من أنها ستفي باحتياجاتك في العام المقبل. إذا لم تلبِ احتياجاتك، فقد تتمكن من ترك خطتنا. يرجى الرجوع إلى **القسم د** لمزيد من المعلومات حول التغييرات على مزاياك للعام المقبل.

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

في حالة مغادرتك لخطتنا، فيمكن أن تحصل على معلومات بشأن ما يلي:

- خيارات برنامج Medicare المُدرجة في الجدول في **القسم و2**
- خدمات وخيارات برنامج Medi-Cal الواردة في **القسم و2**.

ب1. معلومات عن Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

- خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) هي إحدى الخطط الصحية التي تتعاقد مع كلٍّ من برنامجي Medicare و Medi-Cal لتوفير مزايا كلا البرنامجين للأعضاء.
- عندما يُذكر في هذا *الإشعار السنوي بالتغييرات* الضمير "نحن" أو "نا" الفاعلين أو "الخاص بنا" أو "خطتنا"، فإنه يشير إلى خطة Medicare Medi-Cal Plan.

ب2. الأشياء التي يتعين عليك القيام بها

- **تحقق مما إذا كانت توجد أي تغييرات متعلقة بالمزايا والتكاليف التي قد تؤثر فيك.**
  - هل توجد أي تغييرات تؤثر في الخدمات التي تنتفع بها؟
  - راجع التغييرات المتعلقة بالمزايا والتكاليف للتأكد من أنك ستنتفع بها في العام المقبل.
  - راجع **القسم د1** للحصول على معلومات عن تغييرات المزايا والتكاليف في خطتنا.
- **تحقق من وجود أي تغييرات تتعلق بتغطية الدواء والتي قد تؤثر فيك.**
  - هل ستخضع أدويتك للتغطية؟ هل تندرج أدويتك ضمن فئة تقاسم التكاليف؟ هل تستطيع الشراء من الصيدليات نفسها؟ هل ستكون هناك أي تغييرات مثل التصريح المسبق أو العلاج التدريجي أو حدود الكمية؟

- ○ راجع التغييرات للتأكد من أن تغطيتنا للأدوية ستناسبك في العام المقبل.
- ○ راجع **القسم د2** للاطلاع على معلومات حول التغييرات المتعلقة بتغطية الأدوية لدينا.
- ○ قد تكون تكاليف أدويتك قد ارتفعت عن السنة الماضية.
  - تحدث إلى طبيبك عن البدائل الأقل تكلفة التي قد تكون متاحة لك؛ فهذا قد يوفر لك تكاليف المصروفات النثرية على مدار السنة.
  - تذكر أن مزايا خطتك تحدد بالضبط مدى التغير الذي قد يلحق بتكاليف الأدوية الخاصة بك.

- **تحقق مما إذا كان مقدمو الرعاية الصحية والصيدليات سيكونون ضمن شبكتنا في العام المقبل.**
  - ○ هل الأطباء المعالجون لك، بما في ذلك الأطباء المختصون، ضمن شبكتنا؟ وماذا عن الصيدلية التي تتعامل معها؟ وماذا عن المستشفيات أو مقدمي الرعاية الآخرين الذي تستعين بهم؟
  - ○ راجع **القسم ج** للاطلاع على معلومات حول *دليل مقدمي الرعاية والصيدليات الخاص بنا*.

- **فكر في تكاليفك الإجمالية في الخطة.**
  - ○ ما المبلغ الذي ستنفقه من جيبك على الخدمات والأدوية التي تستخدمها بانتظام؟

- ○ كم يبلغ إجمالي التكاليف مقارنة بخيارات التغطية الأخرى؟
- **فكر في مدى رضاك عن خطتنا.**

إذا قررت الاستمرار مع خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP):

إذا قررت البقاء معنا السنة المقبلة، فلا تحتاج لأن تفعل أي شئ. وإذا لم تغير أي شيء، فستظل مسجلاً في خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) بصورة تلقائية.

إذا قررت تغيير الخطط:

إذا قررت أن ثمة تغطية أخرى ستلبي احتياجاتك بشكلٍ أفضل، فقد تتمكن من تبديل الخطط (راجع **القسم و2** للاطلاع على مزيد من المعلومات). إذا قمت بالتسجيل في خطة جديدة أو قمت بالتغيير إلى برنامج Original Medicare، فستبدأ تغطيتك الجديدة بدءًا من اليوم الأول من الشهر التالي.

ج. التغييرات المتعلقة بمقدمي الخدمات والصيدليات ضمن شبكتنا

قد تعتمد المبالغ التي تدفعها لأدويتك على الصيدلية التي تستخدمها. تتضمن خطتنا شبكة من الصيدليات. وفي معظم الحالات، لا تكون الأدوية الموصوفة طبيًا مشمولة إلا إذا صرفت من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا.

تتم إجراء تغييرات على شبكاتنا الخاصة بمقدمي الرعاية والصيدليات لعام 2026.

يرجى مراجعة *دليل مقدمي الرعاية والصيدليات لعام 2026* لمعرفة ما إذا كان مقدمو خدماتك الطبية (مقدم الرعاية الأولية والاختصاصيون والمستشفيات وما إلى ذلك) أو الصيدليات ضمن شبكتنا أم لا. كما يتوفر دليل محدث ل*مقدمي الخدمات والصيدليات* عبر موقعنا الإلكتروني MolinaHealthcare.com/Medicare. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة في أسفل الصفحة للحصول على معلومات مقدم الرعاية المحدثة أو لطلب إرسال *دليل مقدمي الرعاية والصيدليات* إليك عبر البريد الإلكتروني.

من المهم معرفة أنه يمكننا أيضًا إجراء تغييرات على شبكتنا خلال العام. إذا ترك مقدم الرعاية الخطة، فإنك تتمتع بحقوق وحماية معينة. لمزيد من المعلومات، راجع **الفصل 3** من كتيب *الأعضاء* أو اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود في أسفل الصفحة للحصول على المساعدة.

د. التغييرات المتعلقة بالمزايا والتكاليف للعام المقبل

د1. التغييرات المتعلقة بمزايا الخدمات الطبية وتكاليفها

نحن بصدد تغيير تغطيتنا لبعض الخدمات الطبية وما تدفعه مقابل هذه الخدمات الطبية المغطاة في العام المقبل. يوضح الجدول التالي هذه التغييرات.

في عام 2025، شاركت Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) في نموذج Value Based Insurance Design (VBID)، ولكن هذا البرنامج لن يكون موجودًا هذا العام. كجزء من نموذج VBID،

توفر Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) إمكانية إلغاء تقاسم تكاليف أدوية الجزء د. ونظرًا لانتهاء هذا البرنامج، قد يتقاسم الأعضاء تكاليف جميع أدوية الجزء د في جميع مراحل التغطية. للتعرف على المزيد من المعلومات، اتصل بخدمات الأعضاء إذا كانت لديك أي أسئلة.

	2025 (هذا العام)	2026 (العام القادم)
المزايا التكميلية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة (SSBCI) - الأغذية والمنتجات	تُغطى هذه الميزة ضمن برنامج المزايا التكميلية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة (SSBCI). يحصل المؤهلون على بدل شهري قدره 75$ لشراء الأغذية والمنتجات الصحية. تخصص تغطية برنامج المزايا التكميلية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة (SSBCI) للأعضاء الذين يعانون من حالات مزمنة محددة فقط.	يحصل الأعضاء المؤهلون الذين يعانون من حالات مزمنة مؤهلة على 59$ كل شهر لشراء الأغذية والمنتجات (SSBCI).
العناصر التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC) (تكميلية)	تتلقى بدلاً قدره 100$ شهريًا للحصول على المنتجات التي تُصرف بدون وصفة طبية (OTC).	تتلقى بطاقة خصم MyChoice ممولة مسبقًا بمبلغ إجمالي قدره 35$ شهريًا للعناصر التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC)،

	2025 (هذا العام)	2026 (العام القادم)
		أجهزة المساعدة السمعية التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC)، وكتالوج أعشاب.
خدمات طب الأسنان (ميزة تكميلية)	لقد عقدنا شراكة مع أحد موردي خدمات طب الأسنان لمنحك المزيد من الخيارات لتلبية احتياجاتك الروتينية في مجال طب الأسنان. في حال زيارتك أحد مقدمي خدمات الأسنان التابع للمورد، فستحصل على خدمات طب الأسنان الوقائية والشاملة من خلال هذا المورد. تشمل خدمات طب الأسنان الوقائية فحوصات الفم والتنظيفات والعلاجات بالفلورايد والأشعة السينية مجانًا.	لقد عقدنا شراكة مع أحد موردي خدمات طب الأسنان لمنحك المزيد من الخيارات لتلبية احتياجاتك الروتينية في مجال طب الأسنان. في حال زيارتك أحد مقدمي خدمات الأسنان التابع للمورد، فستحصل على خدمات طب الأسنان الوقائية والشاملة من خلال هذا المورد. تشمل خدمات طب الأسنان الوقائية فحوصات الفم والتنظيفات والعلاجات بالفلورايد والأشعة السينية مجانًا.

	2025 (هذا العام)	2026 (العام القادم)
	بالإضافة إلى ذلك، ستتلقى $1,000 لخدمات طب الأسنان الشاملة التي تختارها، ومنها تركيب أطقم أسنان.	بالإضافة إلى ذلك، ستتلقى $3,600 لخدمات طب الأسنان الشاملة التي تختارها، ومنها تركيب أطقم أسنان.
خدمات النقل للمواقع المعتمدة من الخطة (تكميلية)	ستحصل على 12 رحلة ذهاب فقط سنويًا.	تتضمن مزايا Molina Medi-Cal الخاصة بك نقلًا طبيًا غير طارئ وغير محدود للخدمات المغطاة الضرورية طبيًا. قد يلزم الحصول على معلومات من مقدم الرعاية الخاص بك.
المزايا الإضافية للرعاية الصحية عن بُعد	تدفع مدفوعات مشتركة بقيمة **$0** مقابل بعض خدمات الرعاية الصحية عن بُعد بما في ذلك خدمات طبيب الرعاية الأولية.	مدفوعات مشتركة بقيمة **$0** مقابل بعض خدمات الرعاية الصحية عن بُعد بما في ذلك خدمات إعادة تأهيل القلب،

	2025 (هذا العام)	2026 (العام القادم)
		خدمات 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،

	2025 (هذا العام)	2026 (العام القادم)
		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.

	2025 (هذا العام)	2026 (العام القادم)
ميزة الوجبات - بعد الخروج من المستشفى (التكميلية)	هذه الميزة **غير** مغطاة بصفتها ميزة تكميلية.	يتم تقديم الوجبات فورًا بعد كل عملية جراحية أو دخول المريض إلى المستشفى، أو لتشخيص فيروس كورونا أو عند الاحتجاز في الحجر الصحي المنزلي بسبب التعرض لفيروس كورونا الذي يتطلب منك البقاء في المنزل لفترة من الوقت. سوف تدفع **$0** مدفوعات مشتركة مقابل وجبتين 2 يوميًا لمدة 14 يومًا. يمكن استخدام هذه الميزة حتى مرتين 2 في السنة (بإجمالي 56 وجبة).
ميزة الوجبات - الوجبات للمصابين بحالات مزمنة (تكميلية)	هذه الميزة **غير** مغطاة بصفتها ميزة تكميلية.	

	2025 (هذا العام)	2026 (العام القادم)
		بموجب هذه الميزة، إذا كنت تعاني من حالة مزمنة مؤهلة بما في ذلك مرض السكري، و مرض الفشل القلبي الاحتقاني (CHF)، واضطرابات القلب والأوعية الدموية (تقتصر على عدم انتظام ضربات القلب، وأمراض الشريان التاجي، وأمراض الأوعية الدموية الطرفية، واضطراب الانصمام الخثاري الوريدي المزمن)، والخرف، واضطرابات الرئة المزمنة، وتشارك في برنامج إدارة الرعاية، فستحصل على 14 وجبة كل شهر، لمدة 12 شهرًا في السنة التقويمية. وستعتمد أنواع الوجبات على أي احتياجات غذائية قد تكون لديك.

	2025 (هذا العام)	2026 (العام القادم)
		يبلغ الحد الأقصى لعدد وجبات الخطة ما مجموعه 168 وجبة كحد أقصى.
العلاج بالإبر - الروتيني	هذه الميزة **غير** مغطاة بصفتها ميزة تكميلية.	سوف تحصل على علاجات غير محدودة بالوخز بالإبر كل عام. قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.
أجهزة المساعدة السمعية التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC)	ستحصل على عدد 2 من أجهزة المساعدة السمعية التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC) كل 2 من الأعوام.	تتلقى بطاقة خصم MyChoice ممولة مسبقًا ببدل شهري إجمالي قدره $35 لأجهزة المساعدة في السمع التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC).
خدمات النظر (تكميلية)	لقد عقدنا شراكة مع أحد موردي خدمات البصر لنمنحك قيمة أكبر لاحتياجات البصر الروتينية! تكميلية تشمل خدمات رعاية النظر المشمولة ما يلي:	لقد عقدنا شراكة مع أحد موردي خدمات البصر لنمنحك قيمة أكبر لاحتياجات البصر الروتينية! تشمل خدمات رعاية النظر التكميلية المشمولة ما يلي:

	2025 (هذا العام)	2026 (العام القادم)
	وذلك على سبيل المثال لا الحصر: فحص روتيني واحد على العين كل سنة تقويمية. بدل نظارات بقيمة $200. يمكنك استخدام بدل نظاراتك لشراء: العدسات اللاصقة* النظارات (العدسات والإطارات) عدسات و/ أو إطارات النظارات، الترقيات (مثل العدسات الملونة أو U-V أو المستقطبة أو الضوئية). *إذا اخترت العدسات اللاصقة، فيمكنك أيضًا استخدام بدل النظارات الخاص بك لسداد رسوم تركيب العدسات اللاصقة بالكامل أو جزء منها.	وذلك على سبيل المثال لا الحصر: فحص روتيني واحد على العين كل سنة تقويمية. بدل نظارات بقيمة $250. يمكنك استخدام بدل نظاراتك لشراء: العدسات اللاصقة* النظارات (العدسات والإطارات) ترقيات العدسات اللاصقة و/أو إطارات النظارات (مثل العدسات الملونة أو U-V أو المستقطبة أو الضوئية). *إذا اخترت العدسات اللاصقة، فيمكنك أيضًا استخدام بدل النظارات الخاص بك لسداد رسوم تركيب العدسات اللاصقة بالكامل أو جزء منها.

	2025 (هذا العام)	**2026 (العام القادم)**
	وعليك أن تدفع ثمن أي نظارات تصحيحية تتجاوز الحد المسموح به لبدل نظاراتك في الخطة. سوف تدفع **$0** مقابل ما يصل إلى فحص روتيني واحد للعين (والانكسار) للنظارات لكل سنة تقويمية.	وعليك أن تدفع ثمن أي نظارات تصحيحية تتجاوز الحد المسموح به لبدل نظاراتك في الخطة. سوف تدفع **$0** مقابل ما يصل إلى فحص روتيني واحد للعين (والانكسار) للنظارات لكل سنة تقويمية.
أجهزة المساعدة السمعية	لديك بدل سنوي قدره $3,000.	تغطي خطتنا عدد 2 من أجهزة المساعدة السمعية تم تحديدهما مسبقًا من قبل مقدم خدمات معتمد لدى الخطة للأذنين معًا كل عام.

د2. التغييرات في تغطية الأدوية

التغييرات في *قائمة أدويتنا*

تتوفر قائمة محدثة *بالأدوية المغطاة* عبر موقعنا الإلكتروني MolinaHealthcare.com/Medicare. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الواردة في

أسفل الصفحة للحصول على معلومات محدثة عن الأدوية أو طلب إرسال *قائمة الأدوية المغطاة إليك عبر البريد الإلكتروني*.

كما يطلق على *قائمة الأدوية المغطاة قائمة الأدوية*.

لقد أجرينا تعديلات على *قائمة الأدوية* وتضمن ذلك إزالة أدوية أو إضافتها أو تغيير الأدوية التي نغطيها، والتغييرات في 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.

تطرأ تغييرات جديدة على *قائمة الأدوية* مع بداية كل عام. ومع ذلك، قد نقوم بإجراء تغييرات أخرى مسموح بها من قبل برنامج Medicare و/أو الولاية من شأنها أن تؤثر عليك خلال السنة التقويمية. كما نقوم بتحديث *قائمة أدويتنا* عبر الإنترنت لتوفير أحدث قائمة للأدوية. عند قيامنا بإجراء تغيير من شأنه أن يؤثر على الدواء الذي تتناوله، فسنرسل إليك إشعارًا حول هذا التغيير.

إذا تأثرت بالتغييرات في تغطية الأدوية، فإننا نوصيك بالقيام بما يلي:

- التعاون مع طبيبك (أو واصف آخر) للحصول على دواء مختلف نغطيه.
  - يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة في أسفل الصفحة أو الاتصال بمدير الحالة لطلب *قائمة الأدوية المغطاة* والتي تعالج الحالة نفسها.
  - يمكن لهذه القائمة أن تساعد مقدم الرعاية الخاص بك على العثور على أحد الأدوية المغطاة التي قد تكون فعالة بالنسبة إليك.
- التعاون مع طبيبك (أو واصف آخر) أو طلب الحصول على استثناء لتغطية الدواء.
  - يمكنك طلب وضع استثناء قبل العام المقبل وسنرد عليك في غضون 72 ساعة من تلقينا طلبك (أو البيان الداعم الخاص بالواصف).
  - لمعرفة ما يجب عليك فعله لطلب استثناء، راجع **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* أو اتصل بقسم "خدمات الأعضاء" على الأرقام الموجودة في أسفل الصفحة.
  - إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بشأن طلب استثناء، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء أو مدير الحالة. راجع **الفصلين 2 و3** من *كتيب الأعضاء* لمعرفة المزيد عن كيفية الاتصال بمنسق الرعاية.
- اطلب منا تغطية إمدادات مؤقتة من الدواء.
  - في بعض المواقف، نغطي الإمدادات المؤقتة **بشكل مؤقت** خلال أول 90 يومًا من السنة التقويمية.

- تستمر هذه الإمدادات المؤقتة مدةً تصل إلى 31 يومًا. (لمعرفة المزيد عن الحالات التي تخولك الحصول على الإمدادات المؤقتة من الأدوية وكيفية طلب ذلك، راجع **الفصل 5** من كتيب *الأعضاء*).
- عند حصولك على الإمدادات المؤقتة من الأدوية، تحدث إلى طبيبك عما يجب القيام به عند نفاد الإمداد المؤقت. يمكنك إما التبديل إلى دواء مختلف تغطيه خطتنا أو تقديم طلب استثناء لك ومطالبتنا بتغطية الدواء الذي تتناوله حاليًا.

إذا تمت الموافقة على استثناء الوصفات الخاص بك، فسيتم إخطارك بمدة سريان الموافقة. في معظم الحالات، يتم منح الموافقات لمدة عام واحد. ستحتاج إلى طلب استثناء وصفات جديد بمجرد انتهاء مدة موافقتك.

التغييرات في تكاليف الدواء ثمة مرحلتا دفع لتغطية الأدوية التي تندرج ضمن Medicare Part D بموجب خطتنا. يعتمد المبلغ الذي تدفعه على المرحلة التي تكون فيها عند صرف وصفة طبية أو إعادة صرفها. هاتان هما المرحلتان:

المرحلة 1 **مرحلة التغطية الأولية**	**المرحلة 2** **مرحلة التغطية القصوى**
خلال هذه المرحلة، تدفع خطتنا جزءًا من تكاليف الأدوية، وتدفع أنت حصتك من التكلفة. يطلق على حصتك من التكلفة اسم المدفوعات المشتركة.	خلال هذه المرحلة، تدفع الخطة كل تكاليف الأدوية حتى 31 ديسمبر 2026.

المرحلة 1 **مرحلة التغطية الأولية**	**المرحلة 2** **مرحلة التغطية القصوى**
وتبدأ هذه المرحلة عند صرف أول وصفة طبية لك في العام.	تبدأ هذه المرحلة بعد أن تدفع مبلغًا معينًا من التكاليف التي تدفعها من جيبك.

تنتهي مرحلة التغطية الأولية عندما يصل إجمالي التكاليف التي تدفعها من جيبك مقابل الأدوية إلى **$2,100**. وفي هذه اللحظة، تبدأ مرحلة التغطية القصوى. تغطي خطتنا كل تكاليف الأدوية من ذلك الحين وحتى نهاية العام. راجع **الفصل 6** من كتيب *الأعضاء* للاطلاع على مزيد من المعلومات حول المبلغ الذي ستدفعه مقابل الأدوية.

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 مرحلتي التغطية الأولية والتغطية القصوى. لا يتم احتساب الخصومات التي يدفعها المصنعون بموجب برنامج خصم الشركة المصنعة ضمن التكاليف الإضافية.

د3. المرحلة 1: "مرحلة التغطية الأولية"

أثناء مرحلة التغطية الأولية، تدفع خطتنا حصة من تكلفة الأدوية المغطاة، وتدفع أنت حصتك من التكاليف. يطلق على حصتك من التكلفة اسم المدفوعات المشتركة. تعتمد

المدفوعات المشتركة على فئة مشاركة التكاليف التي يندرج تحتها الدواء وعلى المكان الذي تحصل منه على الدواء. في كل مرة تصرف فيها الوصفة الطبية، تدفع مدفوعات مشتركة. إذا كانت تكلفة الدواء المشمول بالتغطية أقل من المدفوعات المشتركة، فإنك تدفع السعر الأقل.

لقد نقلنا بعض الأدوية في *قائمة الأدوية* إلى فئة أقل أو أعلى من الأدوية. إذا تم نقل الأدوية الخاصة بك من فئة إلى أخرى، فقد يؤثر ذلك على قيمة المدفوعات المشتركة. لمعرفة ما إذا كانت الأدوية الخاصة بك تندرج في فئة مختلفة، ابحث عنها في *قائمة الأدوية*.

يوضح الجدول التالي تكاليف صرفية الأدوية التي تحتاجها لمدة شهر واحد التي يتم صرفها عبر إحدى الصيدليات التابعة للشبكة مع مدفوعات مشتركة في كل فئة من فئات الأدوية الستة. **لا** تنطبق هذه المبالغ **إلا** في أثناء وجودك في مرحلة التغطية الأولية.

يغطي الجزء D معظم لقاحات البالغين من دون دفع أي تكاليف.

للحصول على معلومات بشأن تكاليف اللقاحات، أو معلومات، **راجع الفصل 6، القسم د** من *كتيب الأعضاء*.

	2025 (هذا العام)	**2026 (العام القادم)**
الأدوية في الشريحة 1 (الأدوية العامة المفضلة)	ستكون الأدوية المغطاة في الجزء D من كتيب وصفات أدوية الخطة ضمن فئة واحدة.	تبلغ مشاركتك في الدفع مقابل إمداد لمدة شهر واحد (31 يومًا) **$0**.

	2025 (هذا العام)	2026 (العام القادم)
تكلفة صرفية تكفي لشهر واحد من أدوية الفئة 1 من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا الصحية	لأن لديك Medi-Cal، فإنك مسجل بالفعل في المساعدة الإضافية (Extra Help)، أو التي يطلق عليها Low-Income Subsidy. في عام 2025، ستكون تكلفتك لوصفة طبية تم صرفها لدى إحدى صيدليات الشبكة **$0** خلال كافة مراحل Prescription Drug Benefit ضمن الجزء د مع تحسين ميزة Value - Based Insurance Design (VBID).	
الأدوية في الشريحة 2 (الأدوية العامة)	ستكون الأدوية المغطاة في الجزء D من كتيب وصفات أدوية الخطة ضمن فئة واحدة.	تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل إمداد لمدة شهر واحد (31 يومًا) **$0 أو $1.60** أو **$4** لكل الأدوية.

	2025 (هذا العام)	2026 (العام القادم)
تكلفة صرفية تكفي لشهر واحد من أدوية الفئة 2 من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا الصحية	لأن لديك Medi-Cal، فإنك مسجل بالفعل في المساعدة الإضافية (Extra Help)، أو التي يطلق عليها Low-Income Subsidy. في عام 2025، ستكون تكلفتك لوصفة طبية تم صرفها لدى إحدى صيدليات الشبكة **$0** خلال كافة مراحل Prescription Drug Benefit ضمن الجزء د مع تحسين ميزة Value - Based Insurance Design (VBID).	
الأدوية في الشريحة 3 (الأدوية التي تحمل اسم علامات تجارية مفضّلة)	ستكون الأدوية المغطاة في الجزء D من كتيب وصفات أدوية الخطة ضمن فئة واحدة.	

	2025 (هذا العام)	**2026 (العام القادم)**
تكلفة إمداد تكفي لشهر واحد من أدوية الفئة 3 من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا الصحية	لأن لديك Medi-Cal، فإنك مسجل بالفعل في المساعدة الإضافية (Extra Help)، أو التي يطلق عليها Low-Income Subsidy. في عام 2025، ستكون تكلفتك لوصفة طبية تم صرفها لدى إحدى صيدليات الشبكة **$0** خلال كافة مراحل Prescription Drug Benefit ضمن الجزء د مع تحسين ميزة Value - Based Insurance Design (VBID).	مدفوعات مشتركة مقابل الإمداد لمدة شهر واحد (31 يومًا) **$0**، أو **$1.60**، أو **$5.10** للأدوية العامة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية العامة)، مدفوعات مشتركة بمبلغ **$0**، أو **$4.90**، أو **$12.65** لكل الأدوية الموصوفة الأخرى.
الأدوية في الشريحة 4 (الأدوية غير المفضلة)	ستكون الأدوية المغطاة في الجزء D من كتيب وصفات أدوية الخطة ضمن فئة واحدة.	

	2025 (هذا العام)	2026 (العام القادم)
تكلفة إمداد تكفي لشهر واحد من أدوية الفئة 4 من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا الصحية	لأن لديك Medi-Cal، فإنك مسجل بالفعل في المساعدة الإضافية (Extra Help)، أو التي يطلق عليها -Low Income Subsidy. في عام 2025، ستكون تكلفتك لوصفة طبية تم صرفها لدى إحدى صيدليات الشبكة **$0** خلال كافة مراحل Prescription Drug Benefit ضمن الجزء د مع تحسين ميزة Value - Based Insurance Design (VBID).	مدفوعات مشتركة مقابل الإمداد لمدة شهر واحد (31 يومًا) **$0**، **أو** **$1.60**، أو **$5.10** للأدوية العامة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية العامة)، مدفوعات مشتركة بمبلغ **$0**، **أو** **$4.90**، أو **$12.65** لكل الأدوية الموصوفة الأخرى.
الأدوية في الشريحة 5 (الأدوية المتخصصة)	ستكون الأدوية المغطاة في الجزء D من كتيب وصفات أدوية الخطة ضمن فئة واحدة.	

	2025 (هذا العام)	2026 (العام القادم)
تكلفة إمداد تكفي لشهر واحد من أدوية الفئة 5 من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا الصحية	لأن لديك Medi-Cal، فإنك مسجل بالفعل في المساعدة الإضافية (Extra Help)، أو التي يطلق عليها Low-Income Subsidy. في عام 2025، ستكون تكلفتك لوصفة طبية تم صرفها لدى إحدى صيدليات الشبكة **$0** خلال كافة مراحل Prescription Drug Benefit ضمن الجزء د مع تحسين ميزة Value - Based Insurance Design (VBID).	مدفوعات مشتركة مقابل الإمداد لمدة شهر واحد (31 يومًا) **$0**، **أو $1.60**، أو **$5.10** للأدوية العامة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية العامة)، مدفوعات مشتركة بمبلغ **$0**، **أو $4.90**، أو **$12.65** لكل الأدوية الموصوفة الأخرى.
الأدوية في الشريحة 6 (أدوية رعاية محددة)	ستكون الأدوية المغطاة في الجزء D من كتيب وصفات أدوية الخطة ضمن فئة واحدة.	تبلغ مشاركتك في الدفع مقابل إمداد لمدة شهر واحد (31 يومًا) **$0**.

	2025 (هذا العام)	2026 (العام القادم)
تكلفة إمداد تكفي لشهر واحد من أدوية الفئة 6 من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا الصحية	لأن لديك Medi-Cal، فإنك مسجل بالفعل في المساعدة الإضافية (Extra Help)، أو التي يطلق عليها Low-Income Subsidy. في عام 2025، ستكون تكلفتك لوصفة طبية تم صرفها لدى إحدى صيدليات الشبكة **$0** خلال كافة مراحل Prescription Drug Benefit ضمن الجزء د مع تحسين ميزة Value - Based Insurance Design (VBID).	

تنتهي مرحلة التغطية الأولية عندما يصل إجمالي التكاليف التي تدفعها من جيبك إلى **$2,100**. وفي هذه اللحظة، تبدأ مرحلة التغطية القصوى. راجع **الفصل 6** من *كتيب الأعضاء* للاطلاع على مزيد من المعلومات حول المبلغ الذي ستدفعه مقابل الأدوية.

د4. المرحلة 2: "مرحلة التغطية القصوى"

عندما تصل إلى حد التكاليف النثرية البالغ **2,100$** لأدويتك، تبدأ مرحلة التغطية القصوى ولن تدفع أي شيء مقابل أدويتك المغطاة. تظل في مرحلة التغطية القصوى حتى نهاية العام التقويمي.

للحصول على معلومات إضافية بشأن التكاليف في مرحلة التغطية القصوى، راجع **الفصل 6**.

هـ. التغييرات الإدارية

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

	2025 (هذا العام)	2026 (العام القادم)
لقد تغيرت باقة العقد/باقة مزايا الخطة (PBP)	H3038-003-000	H3038-004-001

	2025 (هذا العام)	2026 (العام القادم)
خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare	لا ينطبق	قد تساعدك خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare على إدارة تكاليف الأدوية من خلال توزيعها خلال العام كدفعات شهرية. لمعرفة المزيد عن هذا البرنامج، يرجى الاتصال بنا على الرقم الوارد أسفل الصفحة أو زيارة الموقع www.medicare.gov
المزايا التكميلية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة (SSBCI) ***يتبع في الصفحة التالية***	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:	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:

	2025 (هذا العام)	2026 (العام القادم)
	• الإدمان المزمن للكحول والمواد المخدرة الأخرى • اضطرابات المناعة الذاتية • السرطان • الاضطرابات القلبية الوعائية • فشل القلب المزمن • الخرف • السكري • الفشل الكبدي في مراحله النهائية • الفشل الكلوي في مراحله النهائية (ESRD) • اضطرابات الدم الحادة • فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (HIV/ AIDS)	• الاضطرابات القلبية الوعائية • فشل القلب المزمن • الخرف • مرض السكري • الاضطرابات الرئوية المزمنة • مرض الكلى المزمن (CKD) • اضطراب تعاطي الكحول المزمن واضطرابات تعاطي المخدرات الأخرى (SUDs) • السرطان • اضطرابات المناعة الذاتية • زيادة الوزن والسمنة ومتلازمة التمثيل الغذائي

	2025 (هذا العام)	2026 (العام القادم)
	• الاضطرابات الرئوية المزمنة • أمراض الصحة العقلية المزمنة والمسببة للإعاقة • الاضطرابات العصبية • السكتة الدماغية	• مرض الجهاز الهضمي المزمن • اضطرابات الدم الحادة • فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (HIV/ AIDS) • أمراض الصحة العقلية المزمنة والمسببة للإعاقة • الاضطرابات العصبية • السكتة الدماغية • ما بعد زراعة الأعضاء • نقص المناعة واضطرابات كبت المناعة

	2025 (هذا العام)	2026 (العام القادم)
		• 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

و. اختيار خطة

و1. الاستمرار في خطتنا

نأمل في أن تظل عضوًا في الخطة. ليس عليك القيام بأي شيء للاستمرار في خطتنا. إذا لم تقم بالتسجيل في خطة Medicare مختلفة أو التغيير إلى Original Medicare، فستظل تلقائيًا مسجلاً بصفتك عضوًا في خطتنا لعام 2026.

و2. تغيير الخطط

يمكن أن ينهي معظم الأشخاص المسجلين في Medicare عضويتهم خلال أوقات معينة من العام.

بالإضافة إلى ذلك، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا خلال الفترات التالية:

- **فترة التسجيل المفتوحة**، التي تمتد من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر. إذا اخترت الانتقال إلى خطة جديدة خلال هذه الفترة، فتُلغَى عضويتك في خطتنا في 31 ديسمبر وتسري عضويتك في الخطة الجديدة بدءًا من 1 يناير.
- **فترة التسجيل المفتوح في خطة Medicare Advantage (MA)**، التي تمتد من 1 يناير إلى 31 مارس. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في اليوم الأول من الشهر القادم.
- نظرًا لكونك من الأعضاء في Medi-Cal، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا في أي شهر من العام.

قد توجد حالات أخرى تكون فيها مؤهلاً لإجراء تغيير على تسجيلك. ومن أمثلة ذلك الحالات الآتية:

- انتقالك خارج نطاق خدماتنا،
- تم تغيير أهليتك لبرنامج Medi-Cal أو المساعدة الإضافية (Extra Help) **أو**
- حال انتقلت حديثًا إلى إحدى المؤسسات أو تلقيت الرعاية فيها خلال الوقت الحالي (مثل مرفق رعاية ماهرة أو مستشفى للرعاية طويلة الأجل). إذا انتقلت مؤخرًا من إحدى المؤسسات، فيمكنك تغيير الخطط أو التغيير إلى Original Medicare لمدة شهرين كاملين في أعقاب الشهر الذي خرجت فيه من الخطة.

خدمات Medicare الخاصة بك

أمامك ثلاثة خيارات للحصول على خدمات برنامج Medicare المُدرَجة أدناه خلال أي شهر من العام. لديك خيار إضافي مدرج أدناه خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك **فترة التسجيل المفتوحة** و**فترة التسجيل المفتوحة لبرنامج Medicare Advantage** أو الحالات الأخرى الموضحة في **القسم 2**. باختيار أحد هذه الخيارات، تنتهي عضويتك في خطتنا تلقائيًا.

1. يمكنك التغيير إلى:	**إليك ما يجب عليك فعله:**
خطة Medi-Medi هي نوع من خطة Medicare Advantage. وهي مخصصة للأشخاص المشتركين في كل من Medicare وMedi-Cal، وتجمع بين مزايا Medicare و Medi-Cal في خطة واحدة. تنسق خطط Medi-Medi جميع المزايا والخدمات عبر كلا البرنامجين، بما في ذلك جميع الخدمات الخاضعة لتغطية Medicare وMedi-Cal أو خطة Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)، إذا كنت مؤهلاً. **ملحوظة:** يشير مصطلح Medi-Medi Plan إلى اسم خطط الاحتياجات الخاصة المزدوجة المؤهلة والمتكاملة (D-SNPs) في California.	اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، ينبغي على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. لأي استفسارات متعلقة ببرنامج All-inclusive Care for the Elderly (PACE)، يرجى الاتصال على 1-855-921-PACE (7223). إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو الحصول على مزيد من المعلومات: • اتصل على California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 a.m. إلى 5 p.m. وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: 711. للاطلاع على مزيد من المعلومات أو العثور على مكتب HICAP المحلي في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **أو**

	التسجيل في خطة Medi-Medi الجديدة. بمجرد بدء تغطية الخطة الجديدة التي اخترتها، سيُلغى تسجيلك في خطتنا تلقائيًا. ستتغير خطة Medi-Cal لديك لتتوافق مع خطة Medi-Medi الخاصة بك.
2. يمكنك التغيير إلى: **خطة Original Medicare مع خطة أدوية منفصلة من Medicare**	**إليك ما يجب عليك فعله:** اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، ينبغي على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو الحصول على مزيد من المعلومات: • اتصل على California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 a.m. إلى 5 p.m. وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711. للاطلاع على مزيد من المعلومات أو العثور على مكتب HICAP المحلي في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

	أو سجِّل في خطة جديدة للأدوية المقررة بوصفة طبية من Medicare. بمجرد بدء تغطية Original Medicare، سيُلغى تسجيلك في خطتنا تلقائيًا. لن تطرأ أي تغييرات على خطة Medi-Cal لديك إلا في حال مطالبتك بالتغيير.
3. يمكنك التغيير إلى: **خطة Original Medicare بدون خطة أدوية منفصلة من Medicare** **ملاحظة:** إذا قمت بالتغيير إلى Original Medicare ولم تسجل في خطة أدوية مستقلة، فإن Medicare قد تسجلك في خطة أدوية ما لم تبلغ Medicare برغبتك في عدم الالتحاق. يجب ألا تسقط تغطية الأدوية إلا إذا حصلت على تغطية الأدوية من موظف، أو اتحاد، أو أي مصدر آخر.	**إليك ما يجب عليك فعله:** اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، ينبغي على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو الحصول على مزيد من المعلومات: • اتصل على California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 a.m. حتى 5 p.m. وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: 711. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي لبرنامج HICAP في منطقتك،

إذا كانت لديك أسئلة عما إذا كنت تحتاج إلى تغطية أدوية أم لا، يمكنك الاتصال ببرنامج (HICAP، California Health Insurance Counseling and Advocacy Program) على الرقم 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 a.m. حتى 5 p.m. وللحصول على المزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي تابع لبرنامج HICAP في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.	يرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. بمجرد بدء تغطية Original Medicare، سيُلغى تسجيلك في خطتنا تلقائيًا. لن تطرأ أي تغييرات على خطة Medi-Cal لديك إلا في حال مطالبتك بالتغيير.
4. يمكنك التغيير إلى: **أي خطة صحية لبرنامج Medicare** خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك **فترة التسجيل المفتوحة** بالإضافة إلى **فترة التسجيل المفتوحة لبرنامج Medicare Advantage** أو الحالات الأخرى الموضحة في القسم أ.	**إليك ما يجب عليك فعله:** اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، ينبغي على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو الحصول على مزيد من المعلومات:

• اتصل على California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 a.m. إلى 5 p.m.. وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: 711. للاطلاع على مزيد من المعلومات أو العثور على مكتب HICAP المحلي في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **أو** سجِّل في خطة جديدة من خطط برنامج Medicare. يُلغَى تسجيلك تلقائيًا في خطتنا التابعة لبرنامج Medicare عندما تبدأ فترة التغطية التي توفّرها لك الخطة الجديدة. وقد يطرأ تغيير في خطة برنامج Medi-Cal التي تكون فيها.	

خدمات Medi-Cal

للاستفسارات حول كيفية اختيار إحدى خطط Medi-Cal أو للحصول على خدمات Medi-Cal بعد مغادرة الخطة، يرجى الاتصال بـ Health Care Options على 1-800-430-4263، من الإثنين إلى الجمعة، من 8 a.m. إلى 6 p.m. وبالنسبة لمستخدمي TTY، يرجى الاتصال على 1-800-430-7077. اسأل عن مدى تأثير الانضمام إلى خطة أخرى أو العودة إلى Original Medicare في كيفية حصولك على تغطية Medi-Cal الخاصة بك.

ز. الحصول على المساعدة

ز1. خطتنا

نحن هنا لمساعدتك إذا كانت لديك أي أسئلة. اتصل بقسم "خدمات الأعضاء" على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة خلال أيام العمل وساعاته المدرجة. هذه المكالمات مجانية.

اقرأ دليل الأعضاء الخاص بك

يعد *دليل الأعضاء* وصفًا قانونيًا مفصلاً عن مزايا خطتنا. حيث يتضمن تفاصيل عن المزايا في عام 2026. ويوضح حقوقك والقواعد التي عليك اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية التي نغطيها.

سيتوفر *دليل الأعضاء* لعام 2026 بحلول 15 أكتوبر. تتوفّر نسخةً محدَّثةً من كتيب *الأعضاء* على موقعنا الإلكتروني التالي MolinaHealthcare.com/Medicare. يمكنك أيضًا الاتصال بقسم "خدمات الأعضاء" على الأرقام الموجودة في أسفل الصفحة لمطالبتنا بإرسال كتيب *الأعضاء* لعام 2026 إليك عبر البريد.

موقعنا الإلكتروني

يمكنك زيارة موقعنا التالي MolinaHealthcare.com/Medicare. وللتذكير، يحتوي موقعنا على معلومات محدثة عن شبكة مقدمي الرعاية الصحية والصيدليات ضمن شبكتنا (*دليل مقدمي الرعاية الصحية والصيدليات*) و*قائمة الأدوية* الخاصة بنا (*قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية*).

ز2. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

يمكنك كذلك الاتصال ببرنامج State Health Insurance Assistance (SHIP). في ولاية California، يُطلق على برنامج SHIP اسمHealth Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). يمكن أن يساعدك استشاريو HICAP على فهم اختياراتك للخطة والإجابة عن الأسئلة حول تبديل الخطط. يعد برنامج HICAP غير مرتبط بنا أو بأي شركة تأمين أخرى أو خطة صحية. وقد درّب برنامج HICAP مرشدين داخل كل مقاطعة، وكانت الخدمات مجانية. ورقم هاتف برنامج HICAP هو 1-800-434-0222. لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY: 711. للاطلاع على مزيد من المعلومات أو العثور على مكتب HICAP المحلي في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

ز3. Ombudsman Program

يمكن أن يساعدك برنامج Medicare Medi-Cal Ombudsman إذا واجهت مشكلة في خطتنا. تعد خدمات الشكاوى والتظلمات خدمات مجانية ومتاحة بكل اللغات. برنامج Medicare Medi-Cal Ombudsman:

- يمكنهم الإجابة على أسئلتك إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى ويمكنهم مساعدتك على معرفة ما يجب فعله.
- يتأكد من أن لديك معلومات تتعلق بحقوقك وحمايتك وكيف يمكنك حل مشكلاتك.
- غير متصل بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. رقم هاتف برنامج Medicare Medi-Cal Ombudsman هو 1-855-501-3077.

ز4. Medicare

للحصول على معلومات مباشرة من Medicare؛

- اتصل بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ينبغي على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.
- يمكنك الدردشة مباشرة من خلال www.Medicare.gov/talk-to-someone
- يمكنك مراسلة Medicare عبر PO Box 1270، Lawrence، KS 66044

الموقع الإلكتروني الخاص ببرنامج Medicare

يمكنك زيارة موقع Medicare الإلكتروني على الرابط (www.medicare.gov). إذا اخترت إلغاء تسجيلك من خطتنا والتسجيل في خطة Medicare أخرى، يحتوي موقع Medicare الإلكتروني على معلومات عن التكاليف والتغطية ومعدلات الجودة لمساعدتك على المقارنة بين الخطط.

يمكنك الحصول على معلومات عن خطط Medicare المتوفرة في منطقتك، وذلك باستخدام Medicare Plan Finder على موقع Medicare الإلكتروني.

(للحصول على معلومات عن الخطط، تفضل بزيارة www.medicare.gov، ثم انقر فوق "Find plans" [العثور على الخطط]).

Medicare & You 2026

يمكنك قراءة كتيب *Medicare & You 2026*. يُرسل هذا المستند في فصل الخريف من كل عام إلى المشتركين في Medicare. إذ أنه يحتوي ملخصاً لما يقدم من مزايا Medicare والحقوق والحماية، وعلى إجابات للأسئلة الأكثر شيوعًا حول الرعاية الطبية. يتوفر هذا الدليل أيضًا باللغات الإسبانية والصينية والفيتنامية.

إذا لم تكن لديك نسخة من هذا الكتيب، يمكنك الحصول عليه من خلال موقع Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) أو من خلال الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ينبغي على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.

ز5. إدارة الرعاية الصحية المدارة في ولاية كاليفورنيا

إدارة California للرعاية الصحية المدارة (The California Department of Managed Health Care) هي المسؤولة عن تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. وإذا كانت لديك شكوى ضد الخطة الصحية الخاصة بك، يجب عليك أولاً الاتصال بالخطة الصحية الخاصة بك على الرقم **(855) 687-7860**، **TTY**: يمكنهم الاتصال على الرقم **711** واستخدم إجراءات الاستئناف بالخطة الصحية لديك قبل الاتصال بالإدارة. ولا يمنع إجراء الشكاوى هذه أي حقوق أو تعويضات قانونية محتملة قد تكون متاحة لك. إذا احتجت إلى مساعدة تتعلق بشكوى Medi-

Cal تتعلق بحالة طوارئ، أو بشكوى Medi-Cal لم يتم حلها بشكل مُرضٍ من جانب خطة الرعاية الصحية الخاصة بك، أو بشكوى Medi-Cal ظلت بدون حل لمدة تزيد عن 30 يومًا، فيمكنك الاتصال بالإدارة لطلب المساعدة. وربما تكون مؤهلًا للخضوع لمراجعة طبية مستقلة (IMR) أو مزايا Medi-Cal. فإذا كنت مؤهلاً للخضوع للمراجعة الطبية المستقلة، فإنك ستحصل على مراجعة موضوعية للقرارات الطبية التي قدمتها خطة الرعاية الصحية فيما يتعلق بالضرورة الطبية للحصول على خدمة مقترحة أو علاج مقترح، أو قرارات التغطية للعلاجات ذات الطبيعة التجريبية أو البحثية، أو النزاعات المتعلقة بدفع التكلفة لحالات الطوارئ أو الخدمات الطبية العاجلة. توفر الإدارة أيضًا رقم هاتف مجاني **(1-888-466-2219)** بالإضافة إلى خط هاتفي لمستخدمي أجهزة الاتصال للصُم والبُكم TDD على الرقم **(1-877-688-9891)** لتقديم المساعدة إلى الصُم والبُكم. الموقع الإلكتروني للإدارة .www.dmhc.ca.gov

راجِع **الفصل 9**، **القسم و4** من كتيب *الأعضاء* للاطّلاع على مزيد من المعلومات.

ز6. خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare

تمثل خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare خيار دفع قد يساعدك على إدارة التكاليف التي تدفعها للأدوية التي تغطيها خطتنا من خلال توزيعها على مدار السنة التقويمية (يناير – ديسمبر) كمدفوعات شهرية. لا يوفر لك هذا البرنامج المال أو يخفض تكاليف الأدوية.

تتسم المساعدة الإضافية (Extra Help) من Medicare والمساعدة من برنامج المساعدة الصيدلانية التابع للولاية (SPAP) وAIDS Drug Assistance

Program (ADAP)، بالنسبة للأفراد المؤهلين، بكونها أكثر فائدة من المشاركة في خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare وحدها. جميع المسجلين مؤهلون للمشاركة في هذا البرنامج، بغض النظر عن مستوى الدخل. لمعرفة المزيد عن هذا البرنامج، يرجى الاتصال بنا على رقم الهاتف الوارد أسفل الصفحة أو زيارة الموقع الإلكتروني www.medicare.gov.

معلومات إضافية مهمة عن الرعاية الصحية وموارد الأعضاء

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

كيفية الحصول على
المستندات المهمة للخطة

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

تعرّف 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 الخدمات/الصيدليات:** قائمة بالأطباء والأخصائيين والصيدليات التابعين للشبكة إلى جانب أرقام هواتفهم وعناوينهم. يمكنك العثور على موفر رعاية أو صيدلية ضمن الشبكة باستخدام دليلنا عبر الإنترنت على MolinaHealthcare.com/ProviderSearch.
- **إشعار ممارسة الخصوصية (Notice of Privacy Practice):** يبين هذا الإشعار كيفية استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها وحصولك عليها. يتوفر عبر موقعنا الإلكتروني https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/terms_privacy.aspx.

كيفية عرض مستند من الخطة وطلب نسخة منه

على الإنترنت على 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/الصيدليات 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.**

إشعار بعدم التمييز
القسم 1557
Molina Healthcare - Medicare

التمييز مخالف للقانون. تلتزم شركة Molina Healthcare بقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية وقوانين الولاية السارية، ولا تمارس Molina Healthcare التمييز أو استبعاد الأفراد أو معاملتهم بشكل مختلف على أساس النوع أو الجنس أو اللون أو الدين أو العرق أو الأصل القومي المجموعة الإثنية أو العمر أو الإعاقة الجسدية أو العقلية أو الحالة الطبية أو المعلومات الوراثية أو الحالة الاجتماعية أو الهوية أو التوجه الجنسي.

توفر Molina Healthcare:

- 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 Molina Healthcare بين الساعة 7 a.m. و 7 p.m. عن طريق الاتصال بالرقم 1-855 687-7860. 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:

Molina Healthcare

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 مؤسسة Molina Healthcare امتنعت عن توفير هذه الخدمات أو مارست التمييز بأي شكل من الأشكال على أساس النوع أو الجنس أو اللون أو الدين أو العرق أو الأصل القومي المجموعة الإثنية أو العمر أو الإعاقة الجسدية أو العقلية أو الحالة الطبية أو المعلومات الوراثية أو الحالة الاجتماعية أو الهوية أو التوجه الجنسي، فيمكنك تقديم تظلم إلى منسق الحقوق المدنية في مؤسسة Molina Healthcare. يمكنك تقديم شكوى عبر الهاتف، أو كتابيًا، أو بطريقة شخصية أو إلكترونيًا:

- **عبر الهاتف:** يمكنك الاتصال بمنسق الحقوق المدنية لدى Molina Healthcare من الساعة 8:30 a.m. إلى الساعة 5:30 p.m. على رقم 1-866-606-3889. في حال كنت من غير القادرين على السمع أو التحدث بصورة جيدة، فيُرجى الاتصال على 711.
- **كتابيًا:** املأ نموذج شكوى أو اكتب خطابًا وأرسله إلى:
  Molina Healthcare
  Civil Rights Coordinator

200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

- بصورة شخصية: قم بزيارة عيادة الطبيب أو Molina Healthcare وأخبرهم أنك تريد تقديم شكوى.
- إلكترونيًا: أرسِل بريدًا إلكترونيًا إلى العنوان Civil.Rights@MolinaHealthcare.com. كما يمكنك زيارة موقع Molina Healthcare الإلكتروني 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 (DHCS) 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:** املأ نموذج شكوى أو أرسِل 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

  تتاح نماذج الشكاوى على الموقع الإلكتروني DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- **إلكترونياً:** أرسِل 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 كتابيًا أو إلكترونيًا:

- **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.
- **كتابيًا:** املأ نموذج شكوى أو أرسِل خطابًا إلى:
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

  تتوفر نماذج الشكاوى عبر HHS.gov/ocr/office/file/index.html.
- **إلكترونياً:** قم بزيارة بوابة شكاوى مكتب الحقوق المدنية على OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.

Notice of Availability/
Taglines – Section 1557
Molina Healthcare - Medicare

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

English

ATTENTION: If you need help in your language call 1-855-687-7860 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-855-687-7860 (TTY: 711). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-855-687-7860، (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير، اتصل بـ 1-855-687-7860 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. եթե ձեզ հարկավոր է աջակցություն ձեր լեզվով, ապա զանգահարեք 1-855-687-7860 (711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար գործում են նաև օժանդակ միջոցներ ու

ծառայություններ, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշոր տպատառով տրամադրվող նյութեր։ Այս դեպքում զանգահարեք 1-855-687-7860 (711) հեռախոսահամարով։ Ծառայությունները գործում են անվճար։

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-687-7860 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ 1-855-687-7860 (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 1-855-687-7860 (711)。另外还提供针对残疾人士的辅助工具和服务，例如盲文文件和大字体文件。请致电 1-855-687-7860 (711)。这些服务均免费提供。

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با 1-855-687-7860 (711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌هایی با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با 1-855-687-7860 (711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-855-687-7860 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बडे प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-855-687-7860 (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 1-855-687-7860 (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 1-855-687-7860 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

<u>日本語 (Japanese)</u>

注記：日本語での対応が必要な場合は
1-855-687-7860 (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。
1-855-687-7860 (711)までお電話ください。これらのサービスは無料です

<u>한국어 (Korean)</u>

알림: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면
1-855-687-7860 (711)번으로 전화하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 지원 및 서비스도 이용하실 수 있습니다.
1-855-687-7860 (711)번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

<u>ພາສາລາວ (Laotian)</u>

ປະກາດ:
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-855-687-7860 (711).
ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-855-687-7860 (711).
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

<u>Mien</u>

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-855-687-7860 (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 1-855-687-7860 (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 1-855-687-7860 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-855-687-7860 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian)
ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-855-687-7860 (TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-855-687-7860 (TTY: 711). Такие услуги бесплатны.

Español (Spanish)
ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-855-687-7860 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-855-687-7860 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-855-687-7860 (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 1-855-687-7860 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-855-687-7860 (711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-855-687-7860 (711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)
УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-855-687-7860 (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 1-855-687-7860 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)
CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-855-687-7860 (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 1-855-687-7860 (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

الإحالات 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 زياراتك 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 ويُلزمها - باستخدام ومشاركة معلوماتك الصحية المحمية لعدة أغراض أخرى بما فيها ما يلي:

حسبما يتطلب القانون

يجوز لنا استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية طبقًا لما يُلزمنا به القانون. سوف نقوم باستخدام ومشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) متى كان ذلك إلزامًا 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 إلزامًا 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 يطال 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 ضحيةً 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 تدابية 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 برنامجًا 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 مصحوبًا 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 منحتنا إياها سابقًا. ولن يسري ذلك الإلغاء على الإجراءات التي خولتنا باتخاذها بموجب موافقتك التي منحتنا 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 تخبرنا

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.*

- **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 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 تشتمل 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 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 راسلنا على:

Molina Healthcare
Attn: Appeals and Grievances
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)؛
- إخطارك في حالة وقوع أي انتهاك بشأن معلوماتك الصحية المحمية (PHI) غير الخاضعة للتأمين؛

- عدم استخدام معلوماتك الوراثية أو الإفصاح عنها لأغراض كتابية؛
- الالتزام ببنود 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 مجانًا، 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. المكالمة مجانية.

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

معلومات هامة عن Molina Healthcare

MOLINA®
HEALTHCARE

CAACAR26L00339