

هذا خطاب تعليمي مُرسَل إلى جميع أعضاء خطة الرعاية الصحية في Kaiser Permanente Medicare. وهو ليس خاصاً بظروف الرعاية الصحية الخاصة بك أو أي علاج قد تتلقاه.

عزيزي العضو،

تتوفر هذه المعلومات لجميع أعضاء خطة الرعاية الصحية في Kaiser Permanente Medicare للأغراض التعليمية فقط حول المسكنات الأفيونية. تعد المسكنات الأفيونية، مثل أوكسيكودون (Percocet®)، وهيدروكودون (Norco®)، وفينتانيل، ومورفين أدوية قوية. وتنطوي هذه المسكنات في استخدامها على آثار خطيرة من الإدمان والجرعة الزائدة. وبصفتك مقدم خطة الرعاية الصحية، نريد أن تكون على علم بالمخاطر المحتملة لاستخدام المسكنات الأفيونية.

#### ما المقصود بمسكنات الألم الأفيونية؟

يمكن استخدام الأدوية الأفيونية للمساعدة في علاج الآلام المتوسطة والشديدة عندما لا تنجح الخيارات الأخرى. ربما لن تشعر بالتحسن في كل ما يصيبك بالألم، وقد تتسبب الأدوية الأفيونية بمرور الوقت في تغيير الطريقة التي يتعامل بها دماغك مع إشارات الألم. قد يؤدي ذلك إلى مزيد من الألم و/أو أعراض صحية أخرى، مثل تغير المزاج أو النوم وضعف القدرة على أداء الأنشطة اليومية. لهذه الأسباب، يجب مراقبة الاستخدام طويل الأمد للمواد الأفيونية عن كثب من قبل الطبيب.

#### ما الآثار الجانبية والمخاطر طويلة المدى لتناول المواد الأفيونية؟

- قوة التحمل بمرور الوقت، تصبح المواد الأفيونية أقل فعالية، حيث يحتاج الأشخاص إلى جرعات أعلى للحصول على نفس المستوى من تسكين الآلام.
- الاعتماد البدني – يمكن أن تحدث أعراض الانسحاب عند التوقف المفاجئ عن تناول الدواء أو خفض الجرعة بمقدار كبير.
- الإدمان – قد لا تكون قادرًا على التحكم في استخدامك للمواد الأفيونية.
- الآثار – الجانبية الجسدية - يمكن أن تسبب المواد الأفيونية الشعور بالغثيان والقيء والإمساك.
- النعاس – يمكن أن تؤثر المواد الأفيونية على إصدار الأحكام واتخاذ القرار. يمكن أن تسبب هذه الآثار الجانبية السقوط وحوادث السيارات مع إصابات خطيرة.
- مشاكل في التفكير بوضوح وانخفاض الطاقة والاكنتاب – يمكن أن تؤثر هذه الآثار الجانبية على قدرة الشخص على العمل والقيام بالأنشطة اليومية.
- توقف التنفس أثناء النوم أو ضيق التنفس أثناء النوم – قد تؤدي المواد الأفيونية إلى حدوث مشاكل في النوم يمكن أن تسبب التعب أثناء النهار، بالإضافة إلى ضعف التفكير، وفي بعض الحالات تتسبب في بطء أو حتى توقف التنفس مع الاستخدام غير المناسب.
- انخفاض مستويات الهرمون – قد يؤدي استخدام المواد الأفيونية على المدى الطويل إلى انخفاض الدافع الجنسي، وانخفاض الطاقة، واكلتباب المزاج وتباطؤ التعافي من إصابات العضلات وترقق العظام.
- الجرعة الزائدة العرضية والوفاة – تزداد هذه المخاطر كلما طالت مدة تناول الشخص للمسكنات الأفيونية.

#### كيف يمكنني تناول المسكنات الأفيونية بأمان؟

- اتبع التعليمات بعناية. اتبع تعليمات طبيبك دائمًا، ولا تشارك الأدوية الخاصة بك مع الآخرين.
- توخي الحذر. لا تتجاوز مقدار الجرعة المقررة لك. تحدث إلى طبيبك أو الصيدلي الذي تتعامل معه قبل تناول أي جرعات إضافية.
- ابتعد عن التفاعلات الدوائية الخطيرة. تحدث إلى طبيبك أو الصيدلي الذي تتعامل معه عن جميع الأدوية التي تتناولها. يمكن أن يؤدي المزج بين المسكنات الأفيونية وأي مما يلي إلى زيادة خطر تناول جرعة زائدة بشكل كبير: الكحول، والحبوب المنومة (مثل الزولبيديم [Ambien®] أو زاليلون [Sonata®])، وأدوية مكافحة القلق (مثل ديازيبام [Valium®] والبرازولام [Xanax®])، ولورازيبام [Ativan®])، ومرخيات العضلات (مثل كاريسوبرودول [Soma®])، وبكلوفين [Lioresal®] وغيرها).
- تحدث إلى طبيبك عن مسكنات الألم البديلة. إذا كان ألمك تحت السيطرة، فاسأل طبيبك عما إذا كان يجب عليك تناولها في كثير من الأحيان أو التغيير إلى خيارات أخرى لتخفيف الآلام.
- نالوكسون: اسأل طبيبك أو الصيدلي الذي تتعامل معه عن مجموعة إنقاذ النالوكسون. يمكن أن تؤدي المواد الأفيونية في بعض الأحيان إلى إبطاء تنفسك أو حتى إيقافه. النالوكسون عبارة عن دواء يمكنه إلغاء تأثير المواد الأفيونية في جسمك. عقار النالوكسون آمن ويمكن أن ينقذ حياتك. تحدث إلى طبيبك أو الصيدلي لمعرفة ما إذا كان ينبغي وصفه لك. يوصى بتناول النالوكسون في متناول اليد لجميع المرضى الذين يتناولون المواد الأفيونية بانتظام.

- **التخزين الآمن للمواد الأفيونية.** احتفظ بالأدوية الأفيونية في عبواتها الأصلية وبملصقاتها الأصلية. قم بتخزينها في مكان بعيد عن متناول الأطفال، ولا يمكن للأخريين الوصول إليه بسهولة (على سبيل المثال، خزانة مقفلة).
- **اتباع إجراءات التخلص الآمن.** لأسباب تتعلق بالسلامة، يجب التخلص من الأدوية غير المستخدمة على الفور عن طريق إيداع الأدوية في كشك التجميع المتوفر في العديد من صيدليات Kaiser Permanente، باستخدام المغلف المعتمد المتعلق بإرسال الأدوية غير المستخدمة، أو في فعالية "استعادة تناول الدواء". تتوفر مغلفات الإرسال بعيداً للأعضاء في صيدليات Kaiser Permanente المحددة.

#### ما الخيارات البديلة لتسكين الألم التي يجب وضعها في الاعتبار؟

- تحدث إلى طبيبك حول طرق تسكين الألم التي لا تحتوي على المواد الأفيونية، والطريقة الأنسب لك. قد تعمل بعض هذه الخيارات بشكل أفضل، ولها مخاطر وآثار جانبية أقل. واعتماداً على نوع الألم الذي تعاني منه، قد تشمل الخيارات ما يلي:
- الأدوية غير المقررة بوصفة طبية، مثل الإيبوبروفين (Motrin®) أو الأسيتامينوفين (Tylenol®) أو النابروكسين (Aleve®)؛ أو الأدوية الموضعية، مثل الكابيسيسين أو جل الديكلوفيناك (Voltaren®) أو ساليسيلات الترولامين (Aspercreme®).
  - الأدوية المضادة للالتهابات القوية المقررة بوصفة طبية، مثل ميلوكسيكام (Mobic®) وديكلوفيناك (Voltaren®) وإيتودولاك (Lodine®). لا ينصح بالاستخدام طويل المدى لكبار السن بسبب مخاطر الآثار الجانبية.
  - بعض الأدوية غير الأفيونية المقررة بوصفة طبية والتي تستهدف الأعصاب المسببة للألم، مثل جابانتين (Neurontin®) وبريجابالين (Lyrica®).
  - خدمات تقويم العمود الفقري، والعلاجات الفيزيائية وغيرها، والكمادات الحرارية أو الباردة، والتمارين الرياضية، والوخز بالإبر، والعلاج السلوكي المعرفي.
- قد يوصي طبيبك بخيارات العلاج التي لا تغطيها خطتك. إذا حدث ذلك، فاتصل بـ "خدمات الأعضاء" على رقم الهاتف الموجود على ظهر بطاقة هويتك، أو تفضل بزيارة صفحة الويب الخاصة بنظام إدارة المحتوى التي تصف التغطية ضمن الجزأين A و B من خطة Medicare لفهم خياراتك (<https://www.medicare.gov/coverage/pain-management>).

#### ما الخدمات المتوفرة للعلاج بالمسكنات الأفيونية؟

يغطي برنامج Medicare بموجب الجزء B (التأمين الطبي) برامج العلاج بالمواد الأفيونية (OTPs) لعلاج اضطراب استخدام المواد الأفيونية (OUD). للحصول على معلومات حول *مزاي خطتك* المتعلقة بعلاج سوء استخدام الأدوية المقررة بوصفة طبية، بما في ذلك العلاج بمساعدة الأدوية، والصحة العقلية، وخدمات الاستشارة، يرجى الاطلاع على دليل التغطية أو الاتصال بـ "خدمات الأعضاء" على رقم الهاتف الموجود على ظهر بطاقة هويتك.

#### نحن هنا من أجلك

إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذه المعلومات الواردة في هذا الملحق أو كنت ترغب في معرفة المزيد حول طرق تسكين الألم، يرجى الاتصال بـ "خدمات الأعضاء" على رقم الهاتف الموجود على ظهر بطاقة هويتك.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،  
Kaiser Permanente

خطة Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal North P2 (HMO D-SNP) المقدمة من Kaiser Foundation Health Plan, Inc.، منطقة شمال كاليفورنيا

## الإشعار السنوي بالتغييرات لعام 2024

### مقدمة

أنت مسجل حاليًا لدينا كعضو في الخطة. في العام المقبل، ستكون هناك بعض التغييرات التي ستجرى على المزايا والتغطية والقواعد والتكاليف الخاصة بنا. يخبرك هذا الإشعار السنوي بالتغييرات عن التغييرات التي طرأت وكيفية الحصول على المزيد من المعلومات عن هذه التغييرات. للحصول على مزيد من المعلومات حول التكاليف أو المزايا أو القواعد، يُرجى مراجعة كتيب الأعضاء، الموجود على موقعنا الإلكتروني على [kp.org/eocncal](http://kp.org/eocncal). تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها مرتبةً ترتيبًا أبجديًا في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

### الموارد الإضافية

- هذه الوثيقة متاحة مجانًا باللغات العربية، والصينية، والفارسية، والهونغونجية، والروسية، والإسبانية، والفيتنامية.
- يمكنك الحصول على هذا الإشعار السنوي بالتغييرات مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة الكبيرة أو طريقة برايل أو بتنسيق صوتي. يمكنك الاتصال بالرقم **1-800-443-0815 (TTY 711)** من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع. المكالمات مجانية.
- يمكنك الاتصال على **1-800-443-0815 (TTY 711)**، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع:
  - اللغة المفضلة بخلاف اللغة الإنجليزية و/أو التنسيق البديل،
  - طلب دائم للرسائل البريدية والاتصالات المستقبلية، و
  - تغيير طلب قائم للغة المفضلة و/أو التنسيق.
- We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter just call us at **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. Someone that speaks *English* can help you. This is a free service.
- تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك بشأن خطتنا الصحية أو الدوائية. للحصول على مترجم ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000 (الهاتف النصي (TTY) 711)**، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. يستطيع شخص يتحدث *Arabic* مساعدتك. هذه خدمة مجانية.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمات أعضاء Kaiser Permanente على الرقم **1-800-443-0815** (الهاتف النصي (TTY) 711)، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع. المكالمات مجانية. لمعرفة المزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).





- Peb muaj cov kev pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas tej zaum koj yuav muaj ntsig txog peb qhov phiaj xwm kho mob los sis tshuaj. Yog xav tau tus neeg pab txhais lus tsuas yog hu rau peb ntawm tus xov tooj **1-800-464-4000 (TTY 711)**, hu tau 24 xuaj moos hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub lim tiam. Ib tus neeg uas hais *Hmong* yuav pab tau koj. Qhov no yog ib qho kev pab dawb xwb.
- Abbiamo un servizio di interpretariato gratuito per rispondere ad ogni eventuale domanda riguardante il nostro piano sanitario o farmaceutico. Per avere un interprete chiamare il **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Quacuno che parla *Italian* potrà aiutarti. È un servizio gratuito.
- Wir bieten kostenlose Dolmetscherdienste, mit denen wir alle Fragen beantworten können, die bei Ihnen möglicherweise bezüglich unserer Gesundheits- oder Arzneimittelpläne aufkommen. Um die Dienste eines Dolmetschers in Anspruch zu nehmen, rufen Sie uns einfach unter **1-800-464-4000 (TTY 711)** an. Jemand, der *German* spricht, steht rund um die Uhr zur Verfügung, um Ihnen zu helfen. Dieser Dienst ist kostenlos.
- 当社では、健康プランや薬のプランに関するご質問にお答えする無料の通訳サービスをご用意しております。通訳をご依頼頂くには、**1-800-464-4000 (TTY 711)** までお電話ください。24 時間年中無休で対応いたします。*Japanese* を話す担当者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。
- 저희는 건강 또는 약품 플랜에 관한 어떠한 질문에도 답변해 드리는 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역사를 구하려면 **1-800-464-4000(TTY 711)** 번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화해 주십시오. *Korean*를 구사하는 사람이 여러분을 도와드릴 수 있습니다. 서비스는 무료로 제공됩니다.
- ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍແປພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນການສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບນາຍແປພາສາ ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າ *Laotian* ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.
- Yie mbuo mbenc maaih faan waac mienh wang-henh tengx nzie dau waac bun muangx dongh meih maaih waac qiex zuqc naaic gorngv taux yie mbuo goux heng-wangc a'fai ndie-daan wuov. Liouh lorx faan waac mienh, korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000 (TTY 711)**, yietc hnoi koi benx 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz bouc dauh koi longc 7 hnoi. Maaih mienh haih gornv mienh waac tengx faan waac bun meih oc. Naaiv se wangv henh tengx faan waac bun muangx hnavg.



- Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza ustnego, który odpowie na wszelkie pytania dotyczące naszego planu zdrowotnego lub farmaceutycznego. Aby skorzystać z usług tłumacza, wystarczy zadzwonić do nas pod numer **1-800-464-4000** (TTY 711), 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Pomoże Ci osoba mówiąca w języku: *Polish*. Usługa jest bezpłatna.
- Oferecemos serviços gratuitos de interpretação para responder suas dúvidas sobre nosso plano de saúde ou de medicamentos. Para ter acesso ao serviço, ligue para **1-800-464-4000** (TTY 711). O serviço está disponível todos os dias da semana, 24 horas por dia. Alguém que fala *Portuguese brazil* pode ajudar você. Esse serviço é gratuito.
- ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਬਾਸ਼ੀਏ ਨੂੰ ਪੁੱਛ ਕਰਨ ਲਈ ਬੱਸ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ *Punjabi* ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।
- У нас имеется бесплатный сервис устного перевода, чтобы отвечать на любые вопросы, которые могут возникнуть у вас о медицинском или лекарственном плане. Чтобы получить переводчика, просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000** (TTY 711), который доступен 24 часа в сутки 7 дней в неделю. Переводчик, который говорит на *Russian*, сможет помочь вам. Этот сервис бесплатный.
- Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas que tenga sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un servicio de intérprete, simplemente llámenos al **1-800-464-4000** (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Alguien que hable *Spanish US* puede ayudarle. El servicio es gratuito.
- Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para masagot ang anumang tanong na posibleng mayroon kayo tungkol sa aming plano sa kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-800-464-4000** (TTY 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Matutulungan kayo ng isang taong nagsasalita ng *Tagalog*. Isa itong libreng serbisyo.
- เรามีบริการล่ามแปลภาษาเพื่อตอบคำถามที่คุณสงสัยเกี่ยวกับแผนสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการใช้บริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-800-464-4000 (TTY 711) ได้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน เจ้าหน้าที่ที่สามารถพูด *Thai* พร้อมช่วยเหลือคุณ โดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม



- Для того, щоб відповісти на будь-які ваші запитання щодо нашого плану охорони здоров'я чи ліків, у нас є перекладач, який надає безкоштовні послуги. Щоб скористатися послугами перекладача, просто зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000** (TTY **711**) (цілодобово, 7 днів на тиждень). Хтось, хто володіє *Ukrainian*, може вам допомогти. Це безкоштовна послуга.
- Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc thuốc của chúng tôi. Để được thông dịch viên trợ giúp, quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Ai đó nói tiếng *Vietnamese* có thể giúp quý vị. Đây là một dịch vụ miễn phí.



## Language Assistance Services

**English:** Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

**Arabic:** خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق اللغتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم (711).

**Armenian:** Ձեզ կարող է անվճար օգնություն տրամադրվել լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

**Chinese:** 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

**Farsi:** خدمات زبانی در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه مدارک به زبان شما و یا به صورتهای دیگر درخواست کنید. شما همچنین می توانید کمکهای جانبی و وسایل . کمکی برای محل اقامت خود درخواست کنید کفایت در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته (به استثنای روزهای تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران ناشنوا (TTY) با شماره **711** تماس بگیرند.

**Hindi:** बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

**Hmong:** Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntauv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

**Japanese:** 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。TTY ユーザーは **711** にお電話ください。

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمات أعضاء Kaiser Permanente على الرقم **1-800-443-0815** (الهاتف النصي **711 TTY**)، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع. المكالمات مجانية.

لمعرفة المزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).





**Khmer:** ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែប្រែកសារដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំនងជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY សារលេខ 711។

**Korean:** 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오 (공휴일 휴무). TTY 사용자번호 **711**.

**Laotian:** ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໄດ້ຍ່ອຍຮັບຮ່າງ ແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພາຍໃຈແກ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໂທ **711**.

**Mien:** Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun muangx, dorh nyungc horng haa-sic mingh faan benx meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc). TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

**Navajo:** Doo bik'é asinílaágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áą'át'é, t'áá álahjí' jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. Ata' hane' yidíikił, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'í' ashchíigo, éi doodago hane' bee didiíts'ííligíí yidíikił. Hane' bee bik'í' di'díitííligíí dóó bee hane' didiíts'ííligíí bína'idíłkidgo yidíikił. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá álahjí', jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. (Dahodíłzingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal). TTY chodayoof'inígíí kojí dahalne' **711**.

**Punjabi:** ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਬਸ ਸਿਰਫ਼ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

**Russian:** Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика, запросить перевод материалов на свой язык или запросить их в одном из альтернативных форматов. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

**Spanish:** Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o en formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

**Tagalog:** May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

**Thai:** มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง  
7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถขอใช้บริการสาม  
แปลเอกสารเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้  
คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการ  
ให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหาเราที่ **1-800-464-4000**  
ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ)  
ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

**Ukrainian:** Послуги перекладача надаються  
безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви  
можете зробити запит на послуги усного  
перекладача, отримання матеріалів у перекладі  
мовою, якою володієте, або в альтернативних  
форматах. Також ви можете зробити запит на  
отримання допоміжних засобів і пристроїв у  
закладах нашої мережі компаній. Просто  
зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**.  
Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень  
(крім святкових днів). Номер для користувачів  
телетайпа: **711**.

**Vietnamese:** Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn  
phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý  
vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch  
ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình  
thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện  
trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi.  
Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**,  
24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).  
Người dùng TTY xin gọi **711**.



## جدول المحتويات

- A. إخلاء المسؤولية ..... 10
- B. مراجعة تغطية Medicare و Medi-Cal للعام المقبل ..... 10
- B1. معلومات حول خطتنا ..... 11
- B2. أمور مهمة واجب القيام بها ..... 11
- C. تغييرات على اسم خطتنا ..... 12
- D. التغييرات الطارئة على الصيدليات ومقدمي الخدمات بالشبكة ..... 12
- E. التغييرات الطارئة على المزايا والتكاليف للعام المقبل ..... 13
- E1. التغييرات الطارئة على المزايا والتكاليف بالنسبة للخدمات الطبية ..... 13
- E2. التغييرات في تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية ..... 15
- E3. المرحلة 1: "مرحلة التغطية المبدئية" ..... 16
- E4. المرحلة 2: "مرحلة تغطية الكوارث" ..... 17
- F. التغييرات الإدارية ..... 18
- G. اختيار خطة ..... 18
- G1. البقاء ضمن خطتنا ..... 18
- G2. تغيير الخطط ..... 18
- H. الحصول على مساعدة ..... 22
- H1. خطتنا ..... 22
- H2. برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) ..... 22
- H3. برنامج Ombuds ..... 22
- H4. Medicare ..... 23
- H5. إدارة الرعاية الصحية المُدارة في كاليفورنيا (California Department of Managed Health Care) ..... 23



## A. إخلاء المسؤولية

❖ تعبر Kaiser Permanente عن خطة HMO D-SNP مع عقد Medicare وعقد مع برنامج Medi-Cal. يعتمد التسجيل في Kaiser Permanente على تجديد العقد.

## B. مراجعة تغطية Medicare وMedi-Cal للعام المقبل

من المهم مراجعة تغطيتك الآن للتأكد من أنها ستستمر في تلبية احتياجاتك العام المقبل. وإذا كانت لا تفي باحتياجاتك، فقد يمكنك مغادرة خطتنا. ارجع إلى القسم E لمعرفة المزيد من المعلومات عن تغييرات المزايا الخاصة بك للعام المقبل.

إذا اخترت مغادرة خطتنا، فستنتهي عضويتك في اليوم الأخير من الشهر الذي تم فيه تقديم طلبك. وستظل في برامج Medicare وMedi-Cal طالما كنت مؤهلاً.

إذا غادرت خطتنا، يمكنك الحصول على معلومات حول:

- خيارات Medicare في الجدول في القسم G2.
- خيارات Medi-Cal وخدماتها في القسم G2.



## B1. معلومات حول خطتنا

- خطة Kaiser Permanente هي خطة صحية تتعاقد مع كل من Medicare وMedi-Cal لتقديم مزايا كلا البرنامجين للأعضاء.
- التغطية بموجب خطة Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal هي تغطية صحية مؤهلة تسمى "الحد الأدنى من التغطية الأساسية". يفرض متطلبات المسؤولية المشتركة الفردية لقانون حماية المريض والرعاية الميسرة (ACA). تفضل زيارة موقع دائرة الإيرادات الداخلية (IRS) على الويب على [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) للحصول على مزيد من المعلومات حول متطلبات المسؤولية المشتركة الفردية.
- في الإشعار السنوي بالتغييرات ، نشير بالألفاظ "نحن" أو "إننا" أو "الخاص بنا" أو "خطتنا" إلى خطة Medicare Medi-Cal.

## B2. أمور مهمة واجب القيام بها

- تحقق مما إذا كانت هناك أي تغييرات على مزايانا وتكاليفنا التي قد تؤثر عليك.
  - هل هناك أي تغييرات تؤثر على الخدمات التي تستخدمها؟
  - راجع تغييرات المزايا والتكلفة للتأكد من أنها ستكون مفيدة لك في العام المقبل.
  - راجع القسم E1 للتعرف على المعلومات المتعلقة بالتغييرات الطارئة على المزايا والتكلفة في خطتنا.
- تحقق مما إذا كانت هناك أي تغييرات في تغطية الأدوية المقررة بوصفها طبية لصرفها والتي قد تؤثر عليك.
  - هل ستتم تغطية الأدوية التي تحتاجها؟ هل هي في مستوى مشاركة التكاليف مختلف؟ هل يمكنك الاستعانة بنفس الصيدليات؟
  - راجع التغييرات للتأكد من أن تغطيتنا للأدوية ستناسبك العام المقبل.
  - راجع القسم E2 لمعرفة المعلومات المتعلقة بالتغييرات في تغطية الأدوية التي نقدمها.
  - قد تكون تكاليف الأدوية الخاصة بك قد ارتفعت منذ العام الماضي.
- تحدث إلى طبيبك حول البدائل الأقل تكلفة التي قد تكون متاحة لك؛ قد يؤدي ذلك إلى توفير التكاليف السنوية خارج الجيب، والتي تتكبدها على مدار العام.
- ضع في اعتبارك أن مزايا خطتنا تحدد بالضبط مقدار تغيير تكاليف أدويةك.
- تحقق من توافر مقدمي خدمات الرعاية الصحية والصيدليات ضمن شبكتنا العام المقبل من عدمه.
  - هل الأطباء الذين تتعامل معهم، بمن فيهم الاختصاصيون، موجودون ضمن شبكتنا؟ ماذا عن الصيدلية التي تتعامل معها؟ ماذا عن المستشفيات أو مقدمي الخدمات الآخرين الذين تستعين بخدماتهم؟
  - ارجع إلى القسم D للحصول على معلومات حول دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات.



• فكر في التكاليف الإجمالية في الخطة.

- كم ستفق من تكاليف خارج الجيب على الخدمات والأدوية التي تستخدمها بانتظام؟
- كيف تقارن التكاليف الإجمالية بخيارات التغطية الأخرى؟

• فكر فيما إذا كنت سعيدًا بخطتنا.

إذا قررت تغيير الخطط:

إذا قررت أن التغطية الأخرى ستلبي احتياجاتك بشكل أفضل، فقد تتمكن من تبديل الخطط (راجع القسم G2 لمعرفة المزيد من المعلومات). إذا قمت بالتسجيل في خطة جديدة أو قمت بالتغيير إلى برنامج Medicare الأصلي، فستبدأ تغطيتك الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي.

إذا قررت الاستمرار في Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal:

إذا كنت تريد البقاء معنا العام المقبل، فالأمر سهل - لست بحاجة إلى فعل أي شيء. إذا لم تقم بإجراء تغيير، فستظل مسجلًا تلقائيًا في Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal.

C. تغييرات على اسم خطتنا

في 1 يناير 2024، تغير اسم خطتنا من خطة Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal إلى خطة Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal North P2. ستلقى بطاقة هوية جديدة بحلول يناير 2024.

D. التغييرات الطارئة على الصيدليات ومقدمي الخدمات بالشبكة

شهدت شبكة مقدمي الخدمات والصيدليات بعض التغييرات لعام 2024.

يرجى مراجعة دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات لعام 2024 لمعرفة ما إذا كان مقدمو الخدمات أو الصيدليات لا يزالون ضمن شبكتنا أم لا. يتوفر دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات الذي تم تحديثه على [kp.org/directory](http://kp.org/directory). يمكنك أيضًا الاتصال بـ "خدمات الأعضاء" على الأرقام الموجودة في أسفل الصفحة للحصول على معلومات محدثة حول مقدم الخدمة، أو لمطالبتنا بإرسال دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات إليك.

من المهم أن تعلم أنه يمكننا أيضًا إجراء تغييرات على شبكتنا خلال العام. إذا ترك مقدم الخدمة الذي نتعامل معه خطتنا، فإن لديك حقوق وضمانات معينة. لمزيد من المعلومات، راجع الفصل 3 من كتيب الأعضاء المتوفر لديك.



## E. التغييرات الطارئة على المزايا والتكاليف للعام المقبل

### E1. التغييرات الطارئة على المزايا والتكاليف بالنسبة للخدمات الطبية

نحن بصدد تغيير تغطيتنا لبعض الخدمات الطبية وما تدفعه مقابل هذه الخدمات الطبية المغطاة العام المقبل. يصف الجدول أدناه هذه التغييرات.

2024 (العام المقبل)	2023 (هذا العام)
خارج التغطية.	تتم تغطية حتى وجبتين يوميًا في فترة أربعة أسابيع متتالية، مرة واحدة في السنة التقويمية. يلزم الحصول على إحالة.
	<p><b>الوجبات المنزلية بموجب تغطية Medicare الخاصة بك</b></p> <p>الوجبات التي يتم توصيلها إلى منزلك فور الخروج من مستشفى تابع للشبكة كمريض مقيم بسبب الإصابة بفشل قلبي احتقاني.</p> <p>ملاحظة: لا ينطبق هذا التغيير على تغطيتك بموجب Medi-Cal.</p>



2024 (العام المقبل)	2023 (هذا العام)	
نحن نغطي الإقامة غير المحدودة.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• نحن نغطي ما يصل إلى 190 يوماً مرة واحدة في العمر لإقامات المرضى الداخليين في مستشفى للأمراض النفسية معتمدة من Medicare.</li> <li>• لا ينطبق الحد الأقصى البالغ 190 يوماً على إقامات مرضى الصحة العقلية في وحدة الطب النفسي في مستشفى عام. كما أنه لا ينطبق على الإقامة في مستشفى للأمراض النفسية المرتبطة بشروط معينة.</li> </ul>	<p><b>رعاية الصحة النفسية للمرضى الداخليين</b></p>
<p>يمكنك طلب هذه الأدوية غير المقررة بوصفة طبية (OTC) بقيمة \$140 كحد أقصى بالنسبة للمزايا ربع السنوية.</p>	<p>يمكنك طلب هذه الأدوية غير المقررة بوصفة طبية (OTC) بقيمة \$100 كحد أقصى بالنسبة للمزايا ربع السنوية.</p>	<p><b>أدوية الصحة والعافية غير المقررة بوصفة طبية (OTC)</b></p> <p>نحن نغطي الأدوية غير المقررة بوصفة طبية (OTC) لصرفها والمدرجة في كتالوج الأدوية غير المقررة بوصفة طبية (OTC) للتوصيل المجاني إلى المنزل. يجب أن يكون كل طلب بقيمة \$25 على الأقل. لا يجوز أن يتجاوز طلبك حد المزايا ربع السنوية الخاص بك. لا يتم ترحيل أي جزء غير مستخدم من حد المزايا ربع السنوية إلى الربع التالي. (تتم إعادة تعيين حد المزايا الخاص بك في 1 يناير و1 أبريل و1 يوليو و1 أكتوبر).</p> <p>لعرض الكتالوج الخاص بنا وتقديم طلب عبر الإنترنت، يُرجى زيارة <a href="http://kp.org/otc/ca">kp.org/otc/ca</a>. يمكنك تقديم طلب عبر الهاتف أو طلب إرسال كتالوج مطبوع إليك بالبريد عن طريق الاتصال على الرقم التالي 1-833-569-2360 (TTY 711)، من الساعة 7 صباحاً وحتى الساعة 6 مساءً بتوقيت المحيط الهادي (PST)، من الإثنين إلى الجمعة.</p>

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمات أعضاء Kaiser Permanente على الرقم 1-800-443-0815 (الهاتف النصي (TTY 711))، من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع. المكالمات مجانية.

لمعرفة المزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).





## E2. التغييرات في تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية

### التغييرات في قائمة الأدوية لدينا

تتوفر قائمة محدثة بالأدوية المشمولة ضمن التغطية على موقعنا الإلكتروني على [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx). يمكنك أيضًا الاتصال بـ "خدمات الأعضاء" على الأرقام الموجودة في أسفل الصفحة للحصول على معلومات محدثة حول الأدوية، أو لمطالبتنا بإرسال دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات إليك.

لقد أجرينا بعض التغييرات على قائمة الأدوية التي نوفرها، بما في ذلك التغييرات على الأدوية التي نغطيها والتغييرات على القيود التي تنطبق على تغطيتنا لبعض الأدوية.

راجع قائمة الأدوية للتأكد من أنه ستتم تغطية أدويةك في العام المقبل ولمعرفة ما إذا كانت هناك أي قيود من عدمه.

إذا تأثرت بتغيير في تغطية الأدوية، فنحن نشجعك على القيام بما يلي:

- التعاون مع طبيبك (أو غيره من الواسفين) للعثور على دواء مختلف نغطيه.
  - يمكنك الاتصال بـ "خدمات الأعضاء" على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة لطلب قائمة بالأدوية المغطاة التي تعالج نفس الحالة.
  - يمكن أن تساعد هذه القائمة مقدم الخدمة الخاص بك في العثور على دواء ضمن التغطية قد يجدي نفعًا مع حالتك.
- اطلب منا تغطية الإمداد المؤقت للدواء.
  - في بعض الحالات، نغطي إمدادًا مؤقتًا بالدواء خلال أول 90 يومًا من السنة التقويمية.
  - هذا الإمداد المؤقت يصل إلى 30 يومًا. (لمعرفة المزيد حول متى يمكنك الحصول على إمداد مؤقت وكيفية طلب ذلك، راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء المتوفر لديك.)
  - عندما تحصل على إمداد مؤقت من الدواء، تحدث إلى طبيبك حول ما يجب القيام به عندما ينفد الإمداد المؤقت لديك. يمكنك إما التبديل إلى دواء مختلف تغطيه خطتنا، أو أن تطلب منا إجراء استثناء لك وتغطية دوائك الحالي.
  - تنتهي صلاحية جميع استثناءات الوصفات المعتمدة حاليًا في نهاية كل سنة تقويمية ويجب إعادة تقديمها للموافقة عليها في بداية العام الجديد.



### التغييرات في تكاليف الأدوية المقررة بوصفة طبية

هناك مرحلتان للدفع لتغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية من الجزء "D" من برنامج Medicare بموجب الخطة. يعتمد المبلغ الذي تدفعه على المرحلة التي تكون فيها عند تعبئة الوصفة الطبية أو إعادة تعبئتها. فيما يلي المرحلتان:

المرحلة 2 مرحلة تغطية الكوارث	المرحلة 1 مرحلة التغطية المبدئية
وخلال هذه المرحلة، تدفع الخطة جميع تكاليف أدويةك حتى 31 ديسمبر 2024. تبدأ هذه المرحلة بعد أن تدفع مبلغًا معينًا من التكاليف خارج الجيب.	خلال هذه المرحلة، تدفع خطتنا جزءًا من تكاليف أدويةك، وأنت تدفع حصتك. تسمى حصتك باسم "الدفع المشترك". تبدأ هذه المرحلة عندما تملأ أول وصفة طبية لك في العام.

تنتهي مرحلة التغطية المبدئية عندما يصل إجمالي التكاليف خارج الجيب للأدوية المقررة بوصفة طبية إلى \$8,000. عند هذه النقطة، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث. تغطي خطتنا جميع تكاليف أدويةك بدايةً من ذلك الحين وحتى نهاية العام. يمكنك الرجوع إلى الفصل 6 من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات حول المبلغ الذي ستدفعه مقابل الأدوية المقررة بوصفة طبية.

### E3. المرحلة 1: "مرحلة التغطية المبدئية"

خلال مرحلة التغطية المبدئية، تدفع الخطة حصة من تكلفة الأدوية المقررة بوصفة طبية التي تتناولها، وتدفع أنت حصتك. تسمى حصتك باسم "الدفع المشترك". يعتمد الدفع المشترك على مستوى مشاركة التكاليف الذي يقع فيه الدواء ومكان الحصول عليه. تقدم بسداد قيمة الدفع المشترك في كل مرة تقوم فيها بملء وصفة طبية. إذا كانت تكلفة الدواء المشمول ضمن التغطية أقل من مبلغ الدفع المشترك، فإنك تدفع السعر الأقل.

لقد نقلنا بعض الأدوية الموجودة في قائمة الأدوية لدينا إلى فئة أدوية أقل أو أعلى. إذا انتقلت الأدوية الخاصة بك من فئة إلى أخرى، فقد يؤثر ذلك على مبلغ الدفع المشترك الخاص بك. لمعرفة ما إذا كانت الأدوية الخاصة بك في فئة مختلفة، ابحث عنها في قائمة الأدوية الخاصة بنا.



يوضح الجدول التالي تكاليف أدويةك في فنتين من فئات الأدوية لدينا. تسري هذه المبالغ فقط خلال الوقت الذي تكون فيه ضمن "مرحلة التغطية المبدئية".

2024 (العام المقبل)	2023 (هذا العام)	
<p>يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا) <b>0\$ إلى 4.50\$ لكل وصفة طبية</b>، حسب مستوى "المساعدة الإضافية" الخاص بك.</p>	<p>يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا) <b>0\$ إلى 4.15\$ لكل وصفة طبية</b>، حسب مستوى "المساعدة الإضافية" الخاص بك.</p>	<p><b>الأدوية في الفئات 1-2</b> (يشمل الأدوية الجينية) تكلفة إمداد دواء لمدة شهر واحد في الفئة 1 و 2 والذي تتم تعبئته في صيدلية تابعة للشبكة</p>
<p>يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا) <b>0\$ إلى 11.20\$ لكل وصفة طبية</b>، حسب مستوى "المساعدة الإضافية" الخاص بك.</p>	<p>يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا) <b>0\$ إلى 10.35\$ لكل وصفة طبية</b>، حسب مستوى "المساعدة الإضافية" الخاص بك.</p>	<p><b>الأدوية في الفئات 3-5</b> (يشمل الأدوية التي تحمل علامات تجارية والأدوية المتخصصة) تكلفة إمداد دواء لمدة شهر واحد في الفئة 3 إلى 5 والذي تتم تعبئته في صيدلية تابعة للشبكة</p>

تنتهي مرحلة التغطية المبدئية عندما يصل إجمالي التكاليف خارج الجيب إلى **8,000\$**. عند هذه النقطة، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث. تغطي الخطة جميع تكاليف أدويةك بدايةً من ذلك الحين وحتى نهاية العام. يمكنك الرجوع إلى **الفصل 6** من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات حول مقدار المبلغ الذي ستدفعه مقابل الأدوية المقررة بوصفة طبية.

#### E4. المرحلة 2: "مرحلة تغطية الكوارث"

عندما تصل إلى حد التكلفة خارج الجيب البالغ **8,000\$** للأدوية المقررة بوصفة طبية، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث. تظل في مرحلة تغطية الكوارث حتى نهاية السنة التقويمية.

- للعثور على مزيد من المعلومات حول الوصفات الطبية الخاصة بك التي تغطيها Medicare و Medi-Cal، راجع قائمة الأدوية المشمولة ضمن التغطية.



## F. التغييرات الإدارية

2024 (العام المقبل)	2023 (هذا العام)	أرقام العقد وبقاها مزايها الخطة (PBP)
خطتك الجديدة، خطة Senior Advantage Medicare Medi-Cal North P2، تُعرف أيضًا باسم Contract H8794، رقم PBP 002.	خطتك الحالية، خطة Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal، تُعرف أيضًا باسم Contract H0524، رقم 030.	

## G. اختيار خطة

### G1. البقاء ضمن خطتنا

نأمل أن نحافظ على وجودك كعضو في الخطة. لا يتعين عليك فعل أي شيء للبقاء في خطتنا. إذا لم تقم بالتغيير إلى خطة Medicare أخرى أو قمت بالتغيير إلى خطة Original الأصلية، فستظل مسجلًا تلقائيًا كعضو ضمن خطتنا لعام 2024.

### G2. تغيير الخطط

يمكن لمعظم الأشخاص ضمن برنامج Medicare إنهاء عضويتهم خلال أوقات معينة من العام. نظرًا لأن لديك Medi-Cal، فقد تتمكن من إنهاء عضويتك في خطتنا أو التبديل إلى خطة مختلفة مرة واحدة خلال كل فترة من فترات التسجيل الخاصة التالية:

- يناير إلى مارس
- إبريل إلى يونيو
- يوليو إلى سبتمبر

بالإضافة إلى فترات التسجيل الخاصة الثلاث، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا خلال الفترات التالية:

- فترة التسجيل السنوية، والتي تستمر من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستنتهي عضويتك في خطتنا في 31 ديسمبر، وستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في 1 يناير.
- فترة التسجيل المفتوحة لبرنامج Medicare Advantage (MA)، والتي تستمر من 1 يناير إلى 31 مارس. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي.

قد تكون هناك مواقف أخرى تكون فيها مؤهلاً لإجراء تغيير على تسجيلك. على سبيل المثال، عندما:

- لقد خرجت من منطقة خدمتنا،
- تم تغيير أهليتك للحصول على Medi-Cal أو "مساعدة إضافية"، أو
- إذا انتقلت مؤخرًا إلى مرفق ترميز أو مستشفى للرعاية طويلة الأجل، أو كنت تتلقى حاليًا الرعاية فيها أو خرجت للتو منها.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمات أعضاء Kaiser Permanente على الرقم 1-800-443-0815 (الهاتف النصي (TTY 711))، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع. المكالمات مجانية.

لمعرفة المزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).



## خدمات Medicare التي تتلقاها

تتوفر لديك ثلاثة خيارات للحصول على خدمات Medicare. من خلال اختيار أحد هذه الخيارات، فإنك تنهي عضويتك تلقائيًا في خطتنا.

<p><b>إليك ما يجب القيام به:</b></p> <p>اتصل بخدمة Medicare على <b>1-800-MEDICARE</b> (1-800-633-4227)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم <b>1-877-486-2048</b>.</p> <p>للاستفسارات عن برنامج All-inclusive Care for the Elderly (PACE)، اتصل على الرقم <b>1-855-921-PACE (7223)</b>.</p> <p>إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم <b>1-800-434-0222</b>، من الإثنين إلى الجمعة بدايةً من 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. (TTY 711). لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>.</li></ul> <p>أو</p> <p>التسجيل في خطة Medicare الجديدة.</p> <p>سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من الخطة لدينا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة. قد تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك.</p>	<p><b>1. يمكنك التغيير إلى:</b></p> <p>خطة رعاية صحية أخرى تابعة لـ Medicare، تشمل خطة Medicare Medi-Cal أخرى</p>
---	---



<p>إليك ما يجب القيام به:</p> <p>اتصل بخدمة Medicare على <b>1-800-MEDICARE</b> (1-800-633-4227)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم <b>1-877-486-2048</b>.</p> <p>إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم <b>1-800-434-0222</b>، من الإثنين إلى الجمعة بدايةً من 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. (TTY 711). لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>.</li></ul> <p>أو</p> <p>التسجيل في خطة الأدوية الجديدة المقررة بوصفة طبية من Medicare.</p> <p>سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية خطة Medicare الأصلية لديك.</p> <p>لن تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك.</p>	<p>2. يمكنك التغيير إلى:</p> <p>برنامج Medicare الأصلي مع خطة أدوية منفصلة مقررة بوصفة طبية من Medicare</p>
--	---



<p><b>إليك ما يجب القيام به:</b></p> <p>اتصل بخدمة Medicare على <b>1-800-MEDICARE</b> (1-800-633-4227)، 24 ساعة في اليوم 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم <b>1-877-486-2048</b>.</p> <p>إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم <b>1-800-434-0222</b>، من الإثنين إلى الجمعة بدايةً من 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. (TTY 711). لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>.</li> </ul> <p>سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية خطة Medicare الأصلية لديك.</p> <p>لن تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك.</p>	<p><b>3. يمكنك التغيير إلى:</b></p> <p>برنامج Medicare الأصلي مع خطة أدوية منفصلة مقررة بوصفة طبية من Medicare</p> <p><b>ملاحظة:</b> إذا قمت بالتبديل إلى برنامج Medicare الأصلي ولم تسجل في خطة أدوية منفصلة مقررة بوصفة طبية من Medicare، فقد يسجلك برنامج Medicare في خطة الأدوية، ما لم تخبر Medicare أنك لا تريد الانضمام.</p> <p>يجب ألا تتخلى عن تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية إلا إذا كانت لديك تغطية دوائية من مصدر آخر، مثل صاحب عمل أو نقابة. إذا كانت لديك أسئلة حول ما إذا كنت بحاجة إلى تغطية للأدوية، فاتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في كاليفورنيا (HICAP) على الرقم <b>1-800-434-0222</b>، من الإثنين إلى الجمعة بدايةً من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 5:00 مساءً. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>.</p>
--	--

### خدمات Medi-Cal الخاصة بك

لأسئلة حول كيفية اختيار خطة Medi-Cal أو الحصول على خدمات Medi-Cal الخاصة بك بعد مغادرة خطتنا، اتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم **1-800-430-4263**، من الإثنين إلى الجمعة بدايةً من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 6:00 مساءً. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم **1-800-430-7077**. اسأل كيف يؤثر الانضمام إلى خطة أخرى أو العودة إلى برنامج Medicare الأصلي على كيفية حصولك على تغطية Medi-Cal.



## H. الحصول على مساعدة

### H1. خطتنا

نحن هنا لمساعدتك إذا كان لديك أي أسئلة. اتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة خلال أيام وساعات العمل المذكورة. هذه المكالمات مجانية.

#### اقرأ كتيب الأعضاء الخاص بك

يعد كتيب الأعضاء الخاص بك بمثابة وصف قانوني ومفصل لمزايا خطتنا. يحتوي على تفاصيل حول المزايا والتكاليف لعام 2024. وهو يبين الحقوق والقواعد التي يجب اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية المقررة بوصفها طبية التي نغطيها.

سيكون كتيب الأعضاء لعام 2024 متاحًا بحلول 15 أكتوبر. تتوفر نسخة محدثة من كتيب الأعضاء على موقعنا الإلكتروني على [kp.org/eocncal](http://kp.org/eocncal). يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة لتطلب منا إرسال كتيب الأعضاء إليك بالبريد لعام 2024.

#### موقعنا الإلكتروني على الويب

يمكنك زيارة موقعنا الإلكتروني على الإنترنت على [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare). للتذكير، يضم موقعنا الإلكتروني أحدث المعلومات المتعلقة بشبكة الصيدليات ومقدمي الخدمات لدينا (نليل الصيدليات ومقدمي الخدمات) وقائمة الأدوية الخاصة بنا (قائمة الأدوية المشمولة ضمن التغطية).

### H2. برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP)

يمكنك أيضًا الاتصال ببرنامج الولاية للتأمين الصحي (SHIP). في كاليفورنيا، يعرف برنامج الولاية للتأمين الصحي (SHIP) باسم برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP). يمكن لمستشاري برنامج HICAP مساعدتك في فهم خيارات خطتك والإجابة على الأسئلة المتعلقة بتبديل الخطط. ولا يرتبط برنامج HICAP بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. يضم برنامج HICAP مستشارين مدربين في كل مقاطعة، وتقدم الخدمات بالمجان. رقم هاتف برنامج HICAP هو **1-800-434-0222** (TTY 711) لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة [www.aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/).

### H3. برنامج Ombuds

يمكن أن يساعدك برنامج Medicare Medi-Cal Ombuds إذا كانت لديك مشكلة في خطتنا. تتوفر خدمات أمين المظالم بالمجان، وهي متاحة بجميع اللغات. برنامج Medicare Medi-Cal Ombuds:

- يدعمك ويؤيدك ويعمل نيابةً عنك. يمكنهم الإجابة على الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى، ويمكنهم تقديم العون في فهم ما يجب القيام به.
- تأكد من أن لديك معلومات تتعلق بحقوقك وإجراءات الحماية الخاصة بك، وكيف يمكنك حل مخاوفك.
- لا يرتبط البرنامج بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. رقم الهاتف الخاص ببرنامج Medicare Medi-Cal Ombuds هو **1-888-804-3536**.





## Medicare. H4

للحصول على المعلومات مباشرة من Medicare، اتصل على الرقم **MEDICARE-1-800 (1-800-633-4227)**، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم **1-877-486-2048**.

### موقع Medicare الإلكتروني

يمكنك زيارة موقع Medicare الإلكتروني ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). إذا اخترت إلغاء التسجيل من خطتنا والتسجيل في خطة Medicare أخرى، فإن موقع Medicare الإلكتروني يحتوي على معلومات حول التكاليف والتغطية وتقييمات الجودة لمساعدتك في مقارنة الخطط.

يمكنك العثور على معلومات حول خطط Medicare المتوفرة في منطقتك باستخدام Medicare Plan Finder على موقع Medicare على الويب. (للحصول على معلومات حول الخطط، يمكنك الرجوع إلى [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) والنقر على "Find plans" (البحث عن خطط)).

### 2024 Medicare & You

يمكنك قراءة كتاب *Medicare & You لعام 2024*. في كل عام في الخريف، يتم إرسال هذا الكتيب بالبريد إلى الأشخاص الذين لديهم برنامج Medicare. ويحتوي على ملخص لمزايا Medicare والحقوق وسبل الحماية التي يقدمها، وإجابات على الأسئلة الأكثر شيوعاً حول Medicare. ويتوفر هذا الكتيب أيضاً باللغات الإسبانية والصينية والفيتنامية.

إذا لم يكن لديك نسخة من هذا الكتيب، يمكنك الحصول عليه من موقع Medicare الإلكتروني ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)) أو عن طريق الاتصال بالرقم **MEDICARE-1-800 (1-800-633-4227)** على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم **1-877-486-2048**.

## H5. إدارة الرعاية الصحية المُدارة في كاليفورنيا (California Department of Managed Health Care)

تتحمل إدارة كاليفورنيا لإدارة الرعاية الصحية (DMHC) مسؤولية تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. يمكن أن يساعدك مركز مساعدة إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC) في الالتماسات والشكاوى المتعلقة بخدمات Medi-Cal. إذا كانت لديك شكوى بخصوص خطتك الصحية، يجب عليك أولاً القيام بالاتصال بخطتك الصحية على الرقم **1-800-443-0815** واستخدام آلية التظلم الخاصة بخطتك الصحية قبل الاتصال بالإدارة. لا يؤدي استخدام هذا الإجراء الخاص بالتظلمات إلى منع الحصول على أي حقوق أو إجراءات علاجية قانونية محتملة قد تكون متاحة لك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم تظلم بخصوص حالة طارئة، أو بشأن تظلم لم تقم خطتك الصحية بالتعامل معه بشكل مرضٍ، أو بشأن تظلم ظل بدون حل لأكثر من 30 يوماً، فيمكنك الاتصال بالوزارة للحصول على المساعدة. قد تكون أيضاً مؤهلاً للحصول على مراجعة طبية مستقلة (IMR). إذا كنت مؤهلاً للحصول على IMR، فإن عملية IMR ستقوم بإجراء مراجعة غير متحيزة للقرارات الطبية التي اتخذتها الخطة الصحية بخصوص الضرورة الطبية لخدمة أو معالجة مقترحة أو قرارات تغطية تكاليف العلاجات التجريبية أو الاستقصائية بطبيعتها ونزاعات الدفع الخاصة بخدمات الطوارئ أو الخدمات الطبية العاجلة. يتوفر لدى الإدارة أيضاً رقم هاتف مجاني (**1-888-466-2219**)، وخط للصم وضعاف السمع (TDD) وذوي صعوبات الكلام (**1-877-688-9891**). يحتوي الموقع الإلكتروني للإدارة [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) على نماذج شكوى ونماذج طلب المراجعة الطبية المستقلة (IMR) وتعليمات عبر الإنترنت.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمات أعضاء Kaiser Permanente على الرقم **1-800-443-0815** (الهاتف النصي (TTY 711))، من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع. المكالمات مجانية.

لمعرفة المزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).



## إشعار عدم التمييز

تمتثل Kaiser Permanente لقوانين الحقوق المدنية الفدرالية المطبقة، ولا تمارس التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. لا تستثني Kaiser Permanente الأشخاص ولا تعاملهم بشكل مختلف بسبب العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. كما أننا أيضاً:

• نوفر مساعدات وخدمات مجانية لذوي الإعاقة للتواصل معنا بفعالية، مثل:

- مترجمي لغة إشارة مؤهلين
- معلومات مكتوبة بتنسيقات مختلفة، مثل الطباعة بخط كبير والملفات الصوتية والتنسيقات الإلكترونية التي يمكن الوصول إليها.

• نوفر خدمات لغوية مجانية للأشخاص المتحدثين غير الإنجليزية، مثل:

- مترجمين فوريين مؤهلين.
- معلومات مكتوبة بلغات أخرى.

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-800-443-0815 (TTY 711)**، من الساعة 8 صباحاً حتى الساعة 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع.

إذا كنت تعتقد أن Kaiser Permanente قد فشلت في تقديم هذه الخدمات أو ميزت بطريقة أخرى على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس فيمكنك تقديم شكوى إلى منسق الحقوق المدنية لدينا عن طريق الكتابة إلى **One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612** أو الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم المذكور أعلاه. يمكنك تقديم شكوى عن طريق البريد أو الهاتف. إذا كنت بحاجة للمساعدة في التقدم بشكوى، فإن منسق الحقوق المدنية لدينا متاح لمساعدتك. يمكنك أيضاً تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية إلكترونياً من خلال بوابة شكاوى مكتب الحقوق المدنية، المتاحة على <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ، أو عن طريق البريد أو الهاتف على:

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F,  
HHH Building, Washington, DC 20201 ، **1-800-368-1019** ، **1-800-537-7697 (TDD)**. نماذج الشكاوى متوفرة على <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



## إشعار عدم التمييز

التمييز مخالف للقانون. تتبع Kaiser Permanente قوانين الحقوق المدنية الفدرالية والولاية والولاية.

لا تميز Kaiser Permanente بشكل مخالف للقانون ولا تستثني الناس ولا تعاملهم بشكل مختلف بسبب العمر أو العرق أو الانتماء إلى مجموعة إثنية أو اللون أو الأصل القومي أو الخلفية الثقافية أو النسب أو الدين أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التعبير عن الجنس أو التوجه الجنسي أو الحالة الاجتماعية أو الإعاقة الجسدية أو العقلية أو الحالة الطبية أو مصدر الدفع أو المعلومات الجينية أو المواطنة أو اللغة الأساسية أو حالة الهجرة.

تقدم Kaiser Permanente الخدمات التالية:

- مساعدات وخدمات مجانية لذوي الإعاقة للتواصل معنا بفعالية، مثل:
  - ◆ مترجمي لغة إشارة مؤهلين
  - ◆ معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (برايل، خط كبير، تنسيق صوتي، تنسيقات إلكترونية سهل التعامل معها، وغيرها من التنسيقات)
- تقدم خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين تكون لغتهم الأساسية غير الإنجليزية، مثل:
  - ◆ مترجمين شفويين مؤهلين
  - ◆ معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى تلك الخدمات، فاتصل بمركز اتصال خدمة الأعضاء لدينا على الرقم **1-800-464-4000 (TTY 711)**، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات مغلقة). إذا لا يمكنك التحدث أو السماع بشكل جيد، يُرجى الاتصال على الرقم **711**.

عند الطلب، يمكن توفير هذا المستند لك بطريقة برايل، بخط كبير، كاسيت صوتي، أو إلكتروني. للحصول على نسخة بأحد هذه التنسيقات البديلة، أو تنسيق آخر، اتصل بمركز اتصال خدمة الأعضاء واطلب التنسيق الذي تحتاجه.

## كيفية تقديم تظلم إلى Kaiser Permanente

يمكنك تقديم تظلم ضد التمييز إلى Kaiser Permanente إذا كنت تعتقد أننا قد أخفقنا في تقديم هذه الخدمات أو قامت بالتمييز بشكل غير قانوني بطريقة أخرى. يرجى الرجوع إلى إثبات التغطية (*Evidence of Coverage*) أو شهادة التأمين (*Certificate of Insurance*) للتفاصيل. يمكنك أيضاً التحدث مع أحد ممثلي خدمات الأعضاء حول الخيارات التي تنطبق عليك. يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في تقديم تظلم.

يمكنك التقدم بتظلم من خلال إحدى الطرق التالية:

- **هاتفياً:** اتصل مع خدمات الأعضاء على الرقم **1 800-464-4000 (TTY 711)** على مدار 24 ساعة في اليوم، و 7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات مغلقة).
- **بالبريد:** اتصل بنا على الرقم **1 800-464-4000 (TTY 711)** واطلب إرسال نموذج إليك
- **شخصياً:** املاً نموذج شكوى أو نموذج طلب/مطالبة مزايا (*Complaint or Benefit Claim/Request*) لدى مكتب خدمات الأعضاء في أحد مرافق الشبكة (انتقل إلى دليل المزودين (*Provider Directory*) الخاص بك على الموقع [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) للاطلاع على العناوين)
- **عبر الإنترنت:** استخدم النموذج الإلكتروني المتاح على موقعنا الإلكتروني [kp.org](http://kp.org)

ويمكنك أيضاً التواصل مع منسقي الحقوق المدنية في مؤسسة Kaiser Permanente مباشرة على العناوين أدناه:

**Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator**  
Member Relations Grievance Operations  
P.O. Box 939001  
San Diego CA 92193

كيفية تقديم تظلم إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا (للمستفيدين من *Medi-Cal* فقط)  
يمكنك أيضاً تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية في ولاية كاليفورنيا كتابةً أو عبر الهاتف أو عبر البريد الإلكتروني:

- عبر الهاتف : اتصل بمكتب DHCS للحقوق المدنية على الرقم **916-440-7370 (TTY 711)**
- عن طريق البريد: املأ نموذج شكوى أو أرسل رسالةً إلى:

Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413

نماذج الشكوى متاحة على: [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- عبر الإنترنت: أرسل بريداً إلكترونياً إلى [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

كيفية تقديم تظلم إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية  
يمكنك تقديم شكوى ضد التمييز إلى وزارة الصحة الأمريكية ومكتب الخدمات الإنسانية للحقوق المدنية. يمكنك تقديم طعن عبر الهاتف أو كتابياً أو عبر الإنترنت:

- عبر الهاتف: اتصل بالرقم **1-800-368-1019 (TTY 711)** أو **1-800-537-7697**
- عن طريق البريد: املأ نموذج شكوى أو أرسل رسالةً إلى:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

توجد نماذج الشكاوى على:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- عبر الإنترنت: قم بزيارة بوابة شكاوى مكتب الحقوق المدنية على:  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

## Multi-Language Insert Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-443-0815 (TTY 711)**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-800-443-0815 (TTY 711)**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-443-0815 (TTY 711)** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-443-0815 (TTY 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-443-0815 (TTY 711)** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-443-0815 (TTY 711)** にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

## معلومات الخطة

بصفتك عضوًا في هذه الخطة، قد نتصل بك من حين لآخر لإبلاغك بخطط أو منتجات Kaiser Permanente الأخرى التي قد تكون متاحة لك. إذا كنت ترغب في إلغاء الاشتراك في هذه الأنواع من المكالمات، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على رقم الهاتف الموجود خلف بطاقة هوية العضو الخاصة بك.

## دلائل الموفر

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على مزود شبكة أو صيدلية، يرجى زيارة [kp.org/directory](http://kp.org/directory) للبحث في دليلنا على الإنترنت (ملاحظة: دلائل 2024 متاحة على الإنترنت اعتبارًا من 10/15/2023 وفقًا لمتطلبات Medicare).

للحصول على دليل موفري الخدمات، دليل موفري خدمات طب الأسنان or دليل الصيدليات (إن أمكن)، بالبريد الإلكتروني، يمكنك الاتصال بـ Kaiser Permanente على **1-800-443-0815** (مستخدمي الهاتف النصي 711) 7 أيام في الأسبوع، من 8 صباحًا حتى 8 مساءً.

## وصفات الأدوية الموصوفة طبيًا الجزء د في برنامج Medicare

يسرد كتيب الوصفات لدينا أدوية الجزء د من برنامج Medicare التي نغطيها. يمكن تغيير كتيب الوصفات في أي وقت. سوف يتم إخطارك عند الضرورة. إذا كان لديك سؤال حول الأدوية المشمولة، فراجع كتيب الوصفات على الإنترنت على [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx) (ملاحظة: كتيب الوصفات 2024 متاح عبر الإنترنت اعتبارًا من 10/15/2023 وفقًا لمتطلبات Medicare).

لإرسال كتيب الوصفات إليك بالبريد، يمكنك الاتصال بـ Kaiser Permanente على **1-800-443-0815** (مستخدمي الهاتف النصي 711 TTY) 7 أيام في الأسبوع، من 8 صباحًا حتى 8 مساءً.

## دليل التغطية (EOC)

يشرح دليل التغطية EOC كيفية الحصول على الرعاية الطبية والأدوية الموصوفة من خلال خطتك. يشرح حقوقك ومسؤولياتك، وما يتم تغطيته، وما تدفعه بصفتك عضوًا في Kaiser Permanente. إذا كان لديك سؤال حول تغطيتك، قم بزيارة [kp.org/eocscal](http://kp.org/eocscal) لعرض دليل التغطية الخاص بك EOC على الإنترنت (ملاحظة: دليل التغطية لعام 2024 EOC لشمال كاليفورنيا سيكون متاح عبر الإنترنت بدءًا من 10/15/2023 وفقًا لمتطلبات Medicare).

لإرسال كتيب الوصفات إليك بالبريد EOC يمكنك الاتصال بـ Kaiser Permanente على **1-800-443-0815** (مستخدمي الهاتف النصي 711)، 7 أيام في الأسبوع، من 8 صباحًا حتى 8 مساءً.

