

خطة (HMO D-SNP) Kaiser Permanente Dual Complete South P1 المقدمة من Kaiser Foundation  
Health Plan, Inc، منطقة كاليفورنيا الجنوبية

## الإشعار السنوي بالتغييرات لعام 2025

### 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/eocscal](http://kp.org/eocscal). تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها مرتبةً أبجديًا في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

### الموارد الإضافية

- هذه الوثيقة متاحة مجانًا باللغات العربية، والأرمنية، والكمبودية، والصينية، والفارسية، والكورية، والروسية، والإسبانية، والتاغالوغية، والفيتنامية.
- يمكنك الحصول على هذا الإشعار السنوي بالتغييرات مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة الكبيرة أو طريقة برايل أو ملف صوتي أو قرص مضغوط. يمكنك الاتصال على الرقم (TTY 711) 1-800-443-0815، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع. هذا الاتصال مجاني.
- يمكنك الاتصال على الرقم (TTY 711) 1-800-443-0815 من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع، لطلب ما يلي:
  - اللغة المفضلة بخلاف اللغة الإنجليزية و/أو التنسيق البديل.
  - طلب دائم للرسائل البريدية والاتصالات المستقبلية، و
  - تغيير طلب قائم للغة المفضلة و/أو التنسيق.

OMB Approval 0938-1444 (Expires June 30, 2026)



إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء 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).

## جدول المحتويات

3	A. إخلاء المسؤولية
3	B. مراجعة تغطية Medicare و Medi-Cal للعام المقبل
4	B1. معلومات حول خطتنا
5	B2. أمور مهمة واجب القيام بها
6	C. تغييرات على اسم خطتنا
6	D. التغييرات الطارئة على الصيدليات ومقدمي الخدمات بالشبكة
7	E. التغييرات الطارئة على المزايا والتكاليف للعام المقبل
7	E1. التغييرات الطارئة على المزايا والتكاليف بالنسبة للخدمات الطبية
8	E2. التغييرات في تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية
9	E3. المرحلة 1: "مرحلة التغطية المبدئية"
10	E4. المرحلة 2: "مرحلة تغطية الكوارث"
11	F. التغييرات الإدارية
11	G. اختيار خطة
11	G1. البقاء ضمن خطتنا
11	G2. تغيير الخطط
16	H. الحصول على مساعدة
16	H1. خطتنا
16	H2. برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP)
16	H3. برنامج Ombuds
16	H4. Medicare
17	H5. إدارة الرعاية الصحية المُدارة في كاليفورنيا (California Department of Managed Health Care)
17	H6. خطة Medicare Prescription Payment



إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء 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).

## 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.



إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء 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).

## 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 Dual Complete South P1 هي تغطية صحية مؤهلة تسمى "الحد الأدنى من التغطية الأساسية". يفرض متطلبات المسؤولية المشتركة الفردية لقانون حماية المريض والرعاية الميسرة (ACA, Affordable Care Act). تفضل زيارة موقع دائرة الإيرادات الداخلية (IRS, Internal Revenue Service) 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 وMedi-Cal.



إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء 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 زيارة [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

## 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 بوصفة طبية لصرفها والتي قد تؤثر عليك.
  - هل ستتم تغطية الأدوية التي تحتاجها؟ هل هي في مستوى مشاركة التكاليف مختلف؟ هل يمكنك الاستعانة بنفس الصيدليات؟ هل ستكون هناك أي تغييرات مثل الحصول على إذن مسبق؟
  - راجع التغييرات للتأكد من أن تغطيتنا للأدوية ستناسيك 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 خطتك 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 كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء 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).

### 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 الخطة Kaiser Permanente Dual Complete South P1:

إذا كنت تريد البقاء معنا العام المقبل، فالأمر سهل - لست بحاجة إلى فعل أي شيء. إذا لم تقم بإجراء تغيير، فستظل مسجلاً تلقائياً في Kaiser Permanente Dual Complete South P1.

## C. تغييرات على اسم خطتنا

في 1 يناير 2025، تغير اسم خطتنا من Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 إلى Kaiser Permanente Dual Complete South P1.

ستتلقى بطاقة هوية جديدة بحلول يناير 2025.

## D. التغييرات الطارئة على الصيدليات ومقدمي الخدمات بالشبكة

قد تعتمد المبالغ التي تدفعها مقابل الحصول على الأدوية الموصوفة لك على الصيدلية التي تستخدمها. لدى خطتنا شبكة من الصيدليات. في معظم الحالات، تتم تغطية وصفاتك الطبية فقط عند صرفها في أي من صيدليات شبكتنا.

شهدت شبكة مقدمي الخدمات والصيدليات بعض التغييرات لعام 2025.

يُرجى مراجعة دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات لعام 2025 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 أيضاً 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 أيضاً إجراء تغييرات على شبكتنا خلال العام. إذا ترك مقدم الخدمة الذي تتعامل معه خطتنا، فإن لديك حقوق و ضمانات معينة. لمزيد من المعلومات، راجع الفصل 3 من كتيب الأعضاء المتوفر لديك.



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

**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 للعام المقبل. يصف الجدول أدناه هذه التغييرات.

2025 (العالم المقبل)	2024 (هذا العام)	
<b>\$0</b> إذا كنت مؤهلاً للحصول على ميزة مشاركة تكلفة Medicare بموجب Medi-Cal. وإلا، فستقوم بدفع <b>\$50</b> لكل رحلة ذهاب فقط.	<b>\$0</b> إذا كنت مؤهلاً للحصول على ميزة مشاركة تكلفة Medicare بموجب Medi-Cal. وإلا، فستقوم بدفع <b>\$150</b> لكل رحلة ذهاب فقط.	<b>خدمات الإسعاف</b>
<b>خارج التغطية.</b> ستستمر في الحصول على خدمات طب الأسنان التي تتم تغطيتها من خلال خطة طب الأسنان من Medi-Cal.	تقوم بدفع <b>\$0</b> .	<b>خدمات رعاية الأسنان</b> خدمات رعاية أسنان وقائية وشاملة تتم تغطيتها من خلال DeltaCare® USA Dental HMO Program.
أنت تدفع <b>\$0</b> لبرنامج One Pass™ للياقة البدنية الذي يشمل إمكانية الوصول إلى صالات الألعاب الرياضية داخل الشبكة ودروس وموارد اللياقة البدنية عبر الإنترنت ومجموعات اللياقة البدنية في المنزل وبرنامج صحة الدماغ عبر الإنترنت.	أنت تدفع <b>\$0</b> لبرنامج Silver&Fit® للشيخوخة الصحية والتمارين الرياضية الذي يشمل عضوية أساسية في صالة الألعاب الرياضية ودروس وموارد اللياقة البدنية عبر الإنترنت ومجموعة اللياقة البدنية في المنزل (تتضمن مجموعة منها أداة تعقب النشاط).	<b>مزايا اللياقة البدنية</b>
يمكنك طلب عناصر OTC بقيمة <b>\$200</b> كحد أقصى بالنسبة للإعانات ربع السنوية.	يمكنك طلب عناصر OTC بقيمة <b>\$250</b> كحد أقصى بالنسبة للإعانات ربع السنوية.	<b>أدوية الصحة والعافية غير المقررة بوصفة طبية (OTC, Over the Counter)</b> نحن نغطي الأدوية غير المقررة بوصفة طبية (OTC) لصرها والمدرجة في كتالوج الأدوية غير المقررة بوصفة طبية (OTC) للتوصيل المجاني إلى المنزل.



إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء 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).

## 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 قائمة الأدوية المشمولة ضمن التغطية إليك.

لقد أجرينا بعض التغييرات على قائمة الأدوية التي نوفرها، والتي يمكن أن تشمل إزالة أدوية أو إضافتها، وتغيير الأدوية التي نغطيها وتغييرات على القيود التي تنطبق على تغطيتنا لبعض الأدوية أو إذا تم نقل الدواء الخاص بك إلى مستوى مشاركة تكاليف مختلف.

راجع قائمة الأدوية للتأكد من أنه سيتم تغطية أدويةك في العام المقبل ولمعرفة ما إذا كانت هناك أي قيود من عدمه أو إذا تم نقل الدواء الخاص بك إلى مستوى مشاركة تكاليف مختلف.

تكون معظم التغييرات في قائمة الأدوية جديدة في بداية كل عام. ومع ذلك، قد تجري تغييرات أخرى يسمح بها برنامج Medicare و/أو الولاية والتي ستؤثر عليك خلال سنة الخطة. نقوم بتحديث قائمة الأدوية الخاصة بنا عبر الإنترنت على الأقل شهريًا لتوفير أحدث قائمة للأدوية. إذا أجرينا تغييرًا من شأنه أن يؤثر على دواء تتناوله، فسنرسل لك إشعارًا بالتغيير.

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

- التعاون مع طبيبك (أو غيره من الوافدين) للعثور على دواء مختلف نغطيه.
  - يمكنك الاتصال بـ "خدمات الأعضاء" على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة لطلب قائمة بالأدوية المشمولة ضمن التغطية 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.

يمكننا حاليًا أن نقوم على الفور بإزالة أحد الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية من قائمة الأدوية الخاصة بنا إذا كنا نستبدله بدواء جنيس جديد في نفس مستوى عيار العلامة التجارية الذي يحل محله أو في مستوى مشاركة تكلفة أقل منه وبنفس قواعده أو أقل منه. أيضًا، عند إضافة الدواء الجنيس الجديد، قد نقرر الاحتفاظ بالعقار الذي يحمل اسم العلامة التجارية في قائمة الأدوية الخاصة بنا، ولكننا ننقله على الفور إلى مستوى مشاركة تكاليف مختلف أو نضيف قواعد جديدة أو كليهما.



إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء 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).



اعتبارًا من 2025، يمكننا على الفور استبدال المنتجات البيولوجية الأصلية ببدائل حيوية معينة. هذا يعني، على سبيل المثال، إذا كنت تتناول منتجًا بيولوجيًا أصليًا يتم استبداله ببديل حيوي، فقد لا تتلقى إشعارًا بالتغيير قبل 30 يومًا من إجرائه أو الحصول على إمدادات شهرية من منتجك البيولوجي الأصلي في صيدلية الشبكة. إذا كنت تتناول المنتج البيولوجي الأصلي في الوقت الذي تجري فيه التغيير، فستظل تحصل على معلومات عن التغيير المحدد الذي أجريناه، ولكنها قد تصل إليك بعد إجراء التغيير.

بعض أنواع الأدوية هذه قد تكون جديدة بالنسبة لك. للحصول على تعريفات لأنواع الأدوية، يُرجى الاطلاع على **الفصل 12** من كتيب الأعضاء الخاص بك. توفر إدارة الغذاء والدواء (Food and Drug Administration, FDA) أيضًا معلومات للمستهلكين عن الأدوية. راجع الموقع الإلكتروني لإدارة الغذاء والدواء: [www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients](http://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients). يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود في أسفل الصفحة أو طلب المزيد من المعلومات من مقدم الرعاية الصحية أو الطبيب أو الصيدلي.

### 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 1 مرحلة التغطية المبدئية	المرحلة 2 مرحلة تغطية الكوارث
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.	خلال هذه المرحلة، تدفع الخطة جميع تكاليف أدويةك حتى 31 ديسمبر 2025. تبدأ هذه المرحلة بعد أن تدفع مبلغًا معينًا من التكاليف خارج الجيب.

تنتهي مرحلة التغطية المبدئية عندما يصل إجمالي التكاليف خارج الجيب للأدوية المقررة بوصفة طبية إلى **\$2,000**. 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.

اعتبارًا من 2025، وبموجب برنامج **Manufacturer Discount Program**، تدفع الشركات المصنعة للأدوية جزءًا من التكلفة الكاملة للخطة مقابل الأدوية والمستحضرات البيولوجية التي تحمل العلامة التجارية الجزء D خلال مرحلة التغطية الأولية. لا يتم احتساب الخصومات التي تدفعها الشركات المصنعة بموجب برنامج **Manufacturer Discount Program** ضمن التكاليف التي يتم دفعها من الجيب.

### 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.

للحصول على معلومات حول تكاليف الإمداد طويل الأجل، انظر **الفصل 6**، **القسم D** من كتيب الأعضاء الخاص بك.

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. يتم تغطية معظم لقاحات البالغين من القسم D دون أي تكلفة عليك.



إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء 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).

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

2025 (العام المقبل)	2024 (هذا العام)	
يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على إمداد لمدة شهر واحد (30 يوماً) \$0 إلى \$4.90 لكل وصفة طبية، حسب مستوى "المساعدة الإضافية" الخاص بك.	يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على إمداد لمدة شهر واحد (30 يوماً) \$0 إلى \$4.50 لكل وصفة طبية، حسب مستوى "المساعدة الإضافية" الخاص بك.	الأدوية في الفئات 1-2 (يشمل الأدوية الجنيسة) تكلفة إمداد دواء لمدة شهر واحد في الفئتين 1 و2 والذي تتم تعبئته في صيدلية تابعة للشبكة
يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على إمداد لمدة شهر واحد (30 يوماً) \$0 إلى \$12.15 لكل وصفة طبية، حسب مستوى "المساعدة الإضافية" الخاص بك.	يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على إمداد لمدة شهر واحد (30 يوماً) \$0 إلى \$11.20 لكل وصفة طبية، حسب مستوى "المساعدة الإضافية" الخاص بك.	الأدوية في الفئات 3-5 (يشمل الأدوية التي تحمل علامات تجارية والأدوية المتخصصة) تكلفة إمداد دواء لمدة شهر واحد في الفئات 3 إلى 5 والذي تتم تعبئته في صيدلية تابعة للشبكة

تنتهي مرحلة التغطية المبدئية عندما يصل إجمالي التكاليف خارج الجيب إلى \$2,000. 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"

اعتبارًا من 2025، تدفع الشركات المصنعة للأدوية جزءًا من التكلفة الكاملة للخطة مقابل الأدوية والمستحضرات البيولوجية التي تحمل العلامة التجارية الجزء D خلال مرحلة تغطية الكوارث. لا يتم احتساب الخصومات التي تدفعها الشركات المصنعة بموجب برنامج Manufacturer Discount Program ضمن التكاليف التي يتم دفعها من الجيب.

عندما تصل إلى حد التكلفة من الجيب البالغ \$2,000 للأدوية المقررة بوصفة طبية، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث ولا تدفع شيئاً مقابل الأدوية الخاضعة للتغطية. تظل في مرحلة تغطية الكوارث حتى نهاية السنة التقويمية.

لمزيد من المعلومات حول تكاليفك في مرحلة تغطية الكوارث، راجع الفصل 6 من كتيب الأعضاء.



إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء 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).

**F. التغييرات الإدارية**

بالإضافة إلى ذلك، هناك تغيير إداري في العام القادم. يصف الجدول أدناه التغيير.

2025 (العام المقبل)	2024 (هذا العام)	
<p>قد تساعدك خطة Medicare Prescription Payment على إدارة تكاليف الأدوية الخاصة بك عن طريق توزيعها على مدار العام كدفوعات شهرية. لمعرفة المزيد عن هذا البرنامج، يُرجى الاتصال بنا على رقم الهاتف الموجود أسفل الصفحة أو زيارة <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>.</p>	لا ينطبق	<b>خطة Medicare Prescription Payment</b>

**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 Medicare الأصلية، فستظل مسجلاً تلقائيًا كعضو ضمن خطتنا لعام 2025.

**G2. تغيير الخطط**

يمكن لمعظم الأشخاص ضمن برنامج Medicare إنهاء عضويتهم خلال أوقات معينة من العام. نظرًا لأن لديك Medi-Cal، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا في أي شهر من السنة.

بالإضافة إلى ذلك، 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 انتقلت من منطقة خدمتنا،
- تم تغيير أهليتك للحصول على Medi-Cal أو "مزيد من المساعدة"، أو
- إذا انتقلت مؤخرًا إلى مؤسسة أو كنت تتلقى حاليًا الرعاية فيها (مثل مرفق ترميز ماهر أو مستشفى للرعاية طويلة الأجل). إذا كنت قد انتقلت مؤخرًا من إحدى المؤسسات، فيمكنك تغيير الخطط أو التغيير إلى Original Medicare لمدة شهرين كاملين بعد الشهر الذي تنتقل فيه من المؤسسة.



إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء 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).

## خدمات Medicare التي تتلقاها

تتوفر لديك ثلاثة خيارات للحصول على خدمات Medicare مدرجة أدناه في أي شهر من العام. لديك خيار إضافي مدرج أدناه خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك فترة التسجيل السنوية وفترة التسجيل المفتوحة لبرنامج Medicare Advantage أو المواقف الأخرى الموضحة في القسم G2. 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 الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.</p> <p>للاستفسارات عن برنامج All-inclusive Care for the Elderly (PACE)، اتصل على الرقم 1-855-921-PACE (7223).</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 1-800-434-0222، 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_Service/s/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs and Service/s/Medicare Counseling/</a></li> </ul> <p>أو</p> <p>التسجيل في خطة Medi-Medi الجديدة.</p> <p>سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من الخطة لدينا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة. سيتم تغيير خطة Medi-Cal الخاصة بك لتتوافق مع خطة Medi-Medi الخاصة بك.</p>	<p><b>1. يمكنك التغيير إلى:</b></p> <p><b>خطة Medicare Medi-Cal (خطة Medi-Medi)</b> هي أحد أنواع خطة Medicare Advantage. وهي مخصصة للأشخاص الذين لديهم كل من Medicare و Medi-Cal، وتجمع بين مزايا Medicare و Medi-Cal في خطة واحدة. تتسق خطط Medi-Medi و Medi-Cal جميع المزايا والخدمات عبر كلا البرنامجين، بما في ذلك جميع الخدمات المغطاة من Medicare و Medi-Cal. ملاحظة: مصطلح خطة Medi-Medi هو الاسم الذي يطلق على خطط ذوي الاحتياجات الخاصة المتكاملة مزدوجة التأهيل (Dual eligible special needs plan, D-SNPs) في كاليفورنيا.</p>
--	---



إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء 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).

<p><b>إليك ما يجب القيام به:</b></p> <p>اتصل بخدمة Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.</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 1-800-434-0222، 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_Service/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs and Service/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 إلا إذا طلبت تغيير.</p>	<p><b>2. يمكنك التغيير إلى:</b></p> <p>برنامج Medicare الأصلي مع خطة أدوية منفصلة مقررة بوصفة طبية من Medicare</p>
--	--



إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء 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).

<p><b>إليك ما يجب القيام به:</b></p> <p>اتصل بخدمة Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.</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 1-800-434-0222، 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_Service/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs and Service/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 إلا إذا طلبت تغيير.</p>	<p><b>3. يمكنك التغيير إلى:</b></p> <p><b>برنامج Medicare الأصلي مع خطة أدوية منفصلة مقررة بوصفة طبية من Medicare</b></p> <p><b>ملاحظة:</b> إذا قمت بالتبديل إلى برنامج Medicare الأصلي ولم تسجل في خطة أدوية منفصلة مقررة بوصفة طبية من Medicare، فقد يسجل 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 1-800-434-0222، 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>
--	--



إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء 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).

<p><b>إليك ما يجب القيام به:</b></p> <p>اتصل بخدمة Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.</p> <p>للاستفسارات عن برنامج All-inclusive Care for the Elderly (PACE)، اتصل على الرقم 1-855-921-PACE (7223).</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 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة بدايةً من 8:00 صباحاً 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 تلقائياً من خطة Medicare لدينا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة.</p> <p>قد تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك.</p>	<p><b>4. يمكنك التغيير إلى:</b></p> <p>أي خطة صحية لبرنامج Medicare خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك فترة التسجيل السنوية وفترة التسجيل المفتوحة لبرنامج Medicare Advantage أو الموافف الأخرى الموضحة في القسم 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 صباحاً 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.



إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (الهاتف النصي 711 TTY)، 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).

## 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 2025. ويشرح حقوقك والقواعد التي يجب اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية المقررة بوصفها طبية التي نغطيها.

سيكون كتيب الأعضاء لعام 2025 متاحًا بحلول 15 أكتوبر. تتوفر نسخة محدثة من كتيب الأعضاء على موقعنا الإلكتروني على [kp.org/eocscal](http://kp.org/eocscal). يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة لتطلب منا إرسال كتيب الأعضاء إليك بالبريد لعام 2025.

#### موقعنا الإلكتروني على الويب

يمكنك زيارة موقعنا الإلكتروني على الإنترنت على [kp.org](http://kp.org). 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.aqing.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](http://www.aqing.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 Ombuds Medicare Medi-Cal هو 1-855-501-3077.

### H4. Medicare

للحصول على المعلومات مباشرة من Medicare، اتصل على الرقم 1-800-MEDICARE (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.



إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء 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).



**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).

**Medicare & You لعام 2025**

يمكنك قراءة كتيب Medicare & You لعام 2025. 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 شيوعًا حول Medicare. ويتوفر هذا الكتيب أيضًا 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 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

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

تتولى إدارة الرعاية الصحية المُدارة في كاليفورنيا مسؤولية تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. 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 يومًا، فيمكنك الاتصال بالإدارة للحصول على المساعدة. قد تكون أيضاً مؤهلاً للحصول على مراجعة طبية مستقلة (IMR). إذا كنت مؤهلاً للحصول على خدمة IMR، فستجري عملية IMR مراجعة غير متحيزة للقرارات الطبية التي اتخذتها الخطة الصحية بخصوص الضرورة الطبية للحصول على خدمة أو علاج مقترح أو قرارات بشأن تغطية تكاليف العلاج التجريبي أو الاستقصائي بطبيعته والمشكلات المتعلقة بالدفع مقابل تلقي خدمات الطوارئ أو الخدمات الطبية العاجلة. يتوفر لدى الإدارة أيضاً رقم هاتف مجاني (1-888-466-2219)، وخط للسمع 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. راجع الفصل 9، القسم F4 من كتيب الأعضاء لمزيد من المعلومات.

**H6. خطة Medicare Prescription Payment**

قد تساعدك خطة Medicare Prescription Payment على إدارة تكاليف الأدوية الخاصة بك عن طريق توزيعها على مدار العام كدفعات شهرية. لا يقلل هذا البرنامج من إجمالي التكاليف التي تدفعها من جيبك الخاص. تعد "المساعدة الإضافية" من برنامج Medicare والمساعدة من State Pharmaceutical Assistance Program (برنامج الولاية للمساعدات الدوائية) في ولايتك وبرنامج AIDS (ADAP, Drug Assistance program)، بالنسبة لأولئك المؤهلين، أكثر فائدة من المشاركة في خطة سداد الوصفات الطبية لبرنامج 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 الموجود أسفل هذه الصفحة أو زيارة [Medicare.gov](http://Medicare.gov).



إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء 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).

## إشعار عدم التمييز

التمييز مخالف للقانون. تتبع Kaiser Permanente<sup>1</sup> قوانين الحقوق المدنية الفدرالية 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 شفوئين مؤهلين
  - ◆ معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى تلك الخدمات، فاتصل بمركز اتصال خدمة الأعضاء لدينا، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع (العطلات مغلق). المكالمات مجانية:

• Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711)

• الآخرين جميعاً: 1-800-464-4000 (TTY 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 لدينا 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. يمكنك تقديم تظلم بواسطة الهاتف أو بواسطة البريد أو شخصياً أو عبر الإنترنت. يرجى الرجوع إلى إثبات التغطية (Evidence of Coverage) أو شهادة التأمين (Certificate of Insurance) للتفاصيل. يمكنك الاتصال مع مركز اتصال خدمة الأعضاء للحصول على المزيد من المعلومات حول الخيارات التي تنطبق على حالتك أو للحصول على المساعدة في تقديم تظلم. يمكنك التقدم بتظلم بخصوص التمييز من خلال إحدى الطرق التالية:

- هاتفياً: يمكن لأعضاء Medi-Cal الاتصال على الرقم 1-855-839-7613 (TTY 711). يمكن لجميع الأعضاء الآخرين الاتصال على الرقم 1-800-464-4000 (TTY 711). تتوفر المساعدة على مدار 24 ساعة في اليوم، و 7 أيام في الأسبوع (العطلات مغلق).
- بالبريد: نزل نموذج من أو اتصل مع [kp.org](http://kp.org) خدمات الأعضاء واطلب منهم إرسال نموذج إليك بحيث يمكنك إعادته.
- شخصياً: املاً نموذج شكوى أو نموذج طلب/مطالبة مزايا لدى مكتب خدمات الأعضاء في أحد مرافق الشبكة (انتقل إلى دليل المزودين 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)

<sup>1</sup> إن Kaiser Permanente تتضمن Kaiser Foundation Health Plan, Inc و Kaiser Foundation Hospitals و Southern California Medical Group و The Permanente Medical Group

ويمكنك أيضًا 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 أيضًا 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 بريدًا إلكترونيًا 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 كتابيًا 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:

<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

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

# Notice of Availability

ATTENTION: If you need help in your language, call **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-443-0815 (TTY 711)**. These services are free.

## ARABIC

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-443-0815 (TTY 711)**. وتتوفر لدينا أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص الذين يعانون إعاقات، مثل مستندات بلغة برايل والطباعة بخط كبير. اتصل بالرقم **1-800-443-0815 (TTY 711)**. هذه الخدمات مجانية.

## ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-800-443-0815 (TTY` 711)**: Հասանելի են նաև աջակցություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպես օրինակ՝ բրեյլով փաստաթղթեր կամ մեծ տառատեսակով: Զանգահարեք **1-800-443-0815 (TTY` 711)**: Այս ծառայություններն անվճար են:

## CHINESE

請注意：如果您需要語言協助，請致電**1-800-443-0815 (TTY 711)**。身障人士亦有提供協助和服務，例如點字和大字體的文件。請致電**1-800-443-0815 (TTY 711)**。以上服務為免費提供。

## HINDI

ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता चाहिए, तो

**1-800-443-0815 (TTY 711)** पर कॉल करें। विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायताएँ और सेवाएँ, जैसे कि ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। **1-800-443-0815 (TTY 711)** पर कॉल करें। ये सेवाएँ मुफ्त हैं।

## HMONG

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj yam lus, hu rau **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Kuj muaj cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv xuas rau cov dig muag thiab cov ntawv luam loj. Hu

**1-800-443-0815 (TTY 711)**. Cov kev pab cuam no yog muab pab dawb.

## JAPANESE

注意：言語でのサポートをご希望の場合は、**1-800-443-0815 (TTY 711)**までご連絡ください。点字を用いた資料や大きな文字で書かれた資料など、障害を持つお客様向けの支援とサービスをご利用いただけます。**1-800-443-0815 (TTY 711)**までご連絡ください。これらのサービスは、無料をご利用いただけます。

## KOREAN

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 **1-800-443-0815 (TTY 711)**번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

## LAOTIAN

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ **1-800-443-0815 (TTY 711)**. ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນມີໃຫ້ສໍາລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນໍາ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືພູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ກະລຸນາໂທຫາ **1-800-443-0815 (TTY 711)**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ.

## MIEN

Tov Doqc Mv Deix Jienv Nyei Waac Tengx Meih Mbuo Oc: Hnaangv meih aqv zuqc longc tengx yiem meih haaih gorngv nyei waac nor, heuc **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Meih nyei sin zaangc yaac maaih baengc zoux aaqc bun meih, aeqv meih aqv zuqc longc dieh nyungc ga'naaiv tengx nor heuc **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yie mbuo yaac maaih camv-nyungc tengx nyei jauv nyei. Hnaangv beiv taux meih zing mbuov aqv zuqc longc zing mbuov mienh nyei sou, faai sou maaih nzangc-maac hlo nyei bun mienh duqv buaatc njang deix. Naaiv tengx nyei jauv naaic mv zuqc cuotv nyaanh oc.

## MON-KHMER/CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)**។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)**។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

## PERSIAN/FARSI

توجه: در صورت نیاز به کمک به زبان خود، با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دچار معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

## PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਕਲਾਂਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

## RUSSIAN

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Также доступны вспомогательные средства и услуги для людей с инвалидностью, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Звоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Эти услуги бесплатны.

## SPANISH

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Estos servicios no tienen costo.

## TAGALOG

PAUNAWA: Kung kinakailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking letra. Tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Libre ang mga serbisyong ito

## THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข **1-800-443-0815** (TTY **711**) นอกจากนี้ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่อีกด้วย ติดต่อที่หมายเลข **1-800-443-0815** (TTY **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

## UKRAINIAN

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером **1-800-443-0815** (TTY **711**). Також доступні допоміжні засоби й послуги для людей з інвалідністю, наприклад документи, надруковані шрифтом Брайля чи великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-443-0815** (TTY **711**). Ці послуги безкоштовні.

## VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần sự trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**). Phương tiện trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, ví dụ như văn bản bằng chữ nổi Braille hoặc chữ cỡ lớn cũng được cung cấp. Xin gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**). Những dịch vụ này được cung cấp miễn phí.



## 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.

## أدلة موفري الرعاية

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على موفر رعاية أو صيدلية ضمن الشبكة، يرجى زيارة [kp.org/directory](http://kp.org/directory) للبحث في دليلنا على الإنترنت (ملحوظة: أدلة 2025 متاحة على الإنترنت اعتبارًا من 10/15/2024 وفقًا لمتطلبات Medicare).

للحصول على دليل موفري الخدمات، دليل موفري خدمات طب الأسنان أو دليل الصيدليات (إذا كان ذلك ينطبق)، بالبريد الإلكتروني، يمكنك الاتصال بـ Kaiser Permanente على **1-800-443-0815 (711 TTY)** 7 أيام في الأسبوع، من 8 صباحًا حتى 8 مساءً.

## كتيب وصفات أدوية الوصفات الطبية الجزء D في برنامج Medicare

يسرد كتيب الوصفات لدينا أدوية الجزء D 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) (ملحوظة: كتيب الوصفات 2025 متاح عبر الإنترنت اعتبارًا من 10/15/2024 وفقًا لمتطلبات Medicare).

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

## دليل التغطية (EOC)

يشرح دليل التغطية EOC كيفية الحصول على الرعاية الطبية وأدوية الوصفات الطبية 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/eocncal](http://kp.org/eocncal) أو [kp.org/eocscal](http://kp.org/eocscal) لعرض دليل التغطية الخاص بك EOC على الإنترنت (ملحوظة: دليل التغطية لعام 2025 EOC سيكون متاح عبر الإنترنت بدءًا من 10/15/2024 وفقًا لمتطلبات Medicare).

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



