

خطة Kaiser Permanente Dual Complete North P2 (HMO D-SNP) المقدمة من
Kaiser Foundation Health Plan, Inc. منطقة كاليفورنيا الشمالية

الإشعار السنوي بالتغيير لعام 2026

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 بالتغيير 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 دليل الأعضاء، الموجود على موقعنا الإلكتروني على kp.org/eocncal. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة للحصول على نسخة عبر البريد. تظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها مرتبة أبجديًا في الفصل الأخير من دليل الأعضاء.

الموارد الإضافية

- هذه الوثيقة متاحة مجانًا باللغات العربية، والصينية، والفارسية، والهامونغية، والروسية، والإسبانية، والتاغالوغية، والفيتنامية.
- يمكنك الحصول على هذا الإشعار السنوي بالتغيير مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة الكبيرة أو طريقة برايل أو ملف صوتي أو قرص مضغوط للبيانات. 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، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع. المكالمات مجانية. لمعرفة المزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare.

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

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 of charge.

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 بدون تكلفة.

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՝ փաստաթղթեր բրայլով 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)。殘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。



إذا كان لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع. المكالمات مجانية. لمعرفة المزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare.

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।

HINDI

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा संबंधी कोई 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 मुफ़्त दी जाती 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、無料で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. ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.



MIEN

CAU FIM JANGX OC: Beiv hnavgv meih qiemx zuqc longc mienh faan benx meih nyei waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Maaih jaa-sic tengx aengx caux tengx nzie weih bun wuaaic fangx mienh, liepc duqv maaih nzangc-pokc bun hluc aengx caux aamx cuotv domh zeiv daan bun longc. mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាបស្ចិម សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

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.

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 лиц с инвалидностью, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Звоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Эти услуги бесплатны.

إذا كان لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع. المكالمات مجانية. لمعرفة المزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare.

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 son gratuitos.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong na nasa inyong wika, tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento na nasa braille at malalaking letra, ay available rin. Tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga serbisyonang ito ay walang bayad.

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 є безкоштовними.

إذا كان لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع. المكالمات مجانية. لمعرفة المزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare



VIETNAMESE

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



إذا كان لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع. المكالمات مجانية. لمعرفة المزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare.

جدول المحتويات

A. إخلاء المسؤولية.....	9
B. مراجعة تغطية Medicare و Medi-Cal للعام المقبل.....	9
B1. معلومات حول خطتنا.....	10
B2. أمور مهمة واجب القيام بها.....	11
C. التغييرات الطارئة على موفري الرعاية التابعين إلى الشبكة والصيدليات.....	12
D. التغييرات الطارئة على المزايا والتكاليف للعام المقبل.....	13
D1. التغييرات الطارئة على المزايا والتكاليف بالنسبة للخدمات الطبية.....	13
D2. التغييرات في تغطية الأدوية.....	14
D3. المرحلة 1: "مرحلة التغطية المبدئية".....	16
D4. المرحلة 2: "مرحلة تغطية الكوارث".....	17
E. التغييرات الإدارية.....	18
F. اختيار خطة.....	18
F1. البقاء ضمن خطتنا.....	18
F2. تغيير الخطط.....	18
G. الحصول على مساعدة.....	23
G1. خطتنا.....	23
G2. برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP).....	23
G3. برنامج Ombudsman.....	23
G4. Medicare.....	24
G5. إدارة الرعاية الصحية المُدارة في كاليفورنيا (California Department of Managed Health Care).....	24
G6. خطة Medicare Prescription Payment.....	25



إذا كان لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع. المكالمات مجانية. لمعرفة المزيد من المعلومات، تفضل بزيارة 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 D لمعرفة المزيد من المعلومات عن تغييرات المزايا الخاصة بك للعام المقبل.

الأعضاء الجدد في خطة Kaiser Permanente Dual Complete: في معظم الحالات، سيتم تسجيلك في خطة Kaiser Permanente Dual Complete للحصول على مزايا برنامج Medicare في اليوم الأول من الشهر بعد أن طلبت التسجيل في خطة Kaiser Permanente Dual Complete. لا يزال بإمكانك تلقي خدمات Medi-Cal من خطة Medi-Cal الصحية السابقة الخاصة بك لمدة شهر إضافي. بعد ذلك، ستتلقى خدمات برنامج Medi-Cal من خلال Kaiser Permanente Dual Complete. لن تكون هناك فجوة في تغطية Medi-Cal الخاصة بك. يُرجى الاتصال بنا على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711) إذا كانت لديك أي استفسارات.

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 F2.
- خيارات Medi-Cal وخدماتها في القسم F2.



إذا كان لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع. المكالمات مجانية. لمعرفة المزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare.

B1. معلومات حول خطتنا

- خطة Kaiser Permanente Dual Complete North P2 هي خطة صحية تتعاقد مع كل من برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal لتقديم مزايا كلا البرنامجين للأعضاء.
- في الإشعار السنوي بالتغيير ، نشير بالألفاظ "نحن" أو "إننا" أو "الخاص بنا" أو "خطتنا" إلى خطة Medicare Medi-Cal.



إذا كان لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع. المكالمات مجانية. لمعرفة المزيد من المعلومات، تفضل بزيارة 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 D1 للتعرف على المعلومات المتعلقة بالتغييرات الطارئة على المزايا والتكلفة في خطتنا.
- تحقق مما إذا كانت هناك أي تغييرات في تغطية الأدوية التي نقدمها 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 ستناسبك العام المقبل.
 - راجع القسم D2 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 النثرية السنوية، 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 C للحصول على معلومات حول دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات.
- فكر في التكاليف الإجمالية في الخطة.
 - كم ستفق من التكاليف النثرية على الخدمات والأدوية التي تستخدمها بانتظام؟
 - كيف تقارن التكاليف الإجمالية بخيارات التغطية الأخرى؟
- فكر فيما إذا كنت سعيدًا بخطتنا.



إذا كان لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع. المكالمات مجانية. لمعرفة المزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare.

إذا قررت تغيير الخطط:

إذا قررت أن التغطية الأخرى ستلبي احتياجاتك بشكل أفضل، فقد تتمكن من تبديل الخطط (راجع القسم F2 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 North P2:

إذا كنت تريد البقاء معنا العام المقبل، فالأمر سهل - لست بحاجة إلى فعل أي شيء. إذا لم نقم بإجراء تغيير، فستظل مسجلاً تلقائياً في Kaiser Permanente Dual Complete North P2.

C. التغييرات الطارئة على موفري الرعاية التابعين إلى الشبكة والصيدليات

قد تعتمد المبالغ التي تدفعها مقابل الحصول على أدويةك 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 2026.

يُرجى مراجعة دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات لعام 2026 لمعرفة ما إذا كان مقدمو الرعاية (مقدم الرعاية الأولية، الاختصاصيون، المستشفيات وما إلى ذلك) أو الصيدليات لا يزالون ضمن شبكتنا أم لا. يتوفر دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات الذي تم تحديثه على موقعنا الإلكتروني على kp.org/directory. يمكنك أيضاً الاتصال بـ "خدمات الأعضاء" على الأرقام الموجودة في أسفل الصفحة للحصول على معلومات محدثة حول مقدم الخدمة، أو لمطابنتنا بإرسال دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات إليك.

من المهم أن تعلم أنه يمكننا أيضاً 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 دليل الأعضاء أو اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة للحصول على المساعدة.



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

D. التغييرات الطارئة على المزايا والتكاليف للعام المقبل

D1. 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.

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
تقوم بدفع \$0. إذا فقدت تغطية Medi-Cal، فسوف تدفع \$400 لكل رحلة في اتجاه واحد.	تقوم بدفع \$0. إذا فقدت تغطية Medi-Cal، فسوف تدفع \$325 لكل رحلة في اتجاه واحد.	خدمات الإسعاف
تقوم بدفع \$0. إذا فقدت تغطية Medi-Cal، فسوف تأميناً مشتركاً بنسبة 20%.	تقوم بدفع \$0.	الأحذية والنعال العلاجية لمرضى السكري
تقوم بدفع \$0. إذا فقدت تغطية برنامج Medi-Cal، فسوف تدفع \$115 لكل زيارة.	تقوم بدفع \$0. إذا فقدت تغطية برنامج Medi-Cal، فسوف تدفع \$110 لكل زيارة.	قسم الطوارئ
تقوم بدفع \$0. إذا فقدت تغطية برنامج Medi-Cal، فسوف تدفع \$475 يومياً للأيام من 1 إلى 5 (\$0 لبقية إقامتك) لكل دخول.	تقوم بدفع \$0.	الرعاية المركزة للمرضى الداخليين
تقوم بدفع \$0. إذا فقدت تغطية برنامج Medi-Cal، فسوف تدفع \$405 يومياً للأيام من 1 إلى 5 (\$0 لبقية إقامتك) لكل دخول.	تقوم بدفع \$0.	رعاية الصحة العقلية للمرضى الداخليين
تقوم بدفع \$0. إذا فقدت تغطية برنامج Medi-Cal، فسوف تدفع 0% أو 20% تأميناً مشتركاً، اعتماداً على العنصر.	تقوم بدفع \$0.	اللوازم الطبية
تقوم بدفع \$0. إذا فقدت تغطية Medi-Cal، فسوف تدفع \$500 لكل إجراء.	تقوم بدفع \$0.	التصوير بالرنين المغناطيسي والتصوير المقطعي المحوسب والتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني



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

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
تقوم بدفع \$0. إذا فقدت تغطية Medi-Cal، ستدفع \$0 عندما يتم نقلك للمراقبة من قسم طوارئ أو بعد جراحة العيادات الخارجية أو \$115 لكل زيارة عند دخولك مباشرة إلى المستشفى للمراقبة كمريض خارجي.	تقوم بدفع \$0. إذا فقدت تغطية Medi-Cal، ستدفع \$0 عندما يتم نقلك للمراقبة من قسم طوارئ أو بعد جراحة العيادات الخارجية أو \$110 لكل زيارة عند دخولك مباشرة إلى المستشفى للمراقبة كمريض خارجي.	خدمات المراقبة
سوف تتلقى بطاقة الإضافات الصحية مسبقاً الدفع بحد أقصى ربع سنوي قدره \$50 لشراء العناصر المؤهلة دون وصفة طبية عبر الإنترنت وفي متاجر التجزئة المشاركة، سيتم إعادة شحن بطاقتك في 1 يناير، و 1 أبريل، و 1 يوليو، و 1 أكتوبر. لا يتم ترحيل أي جزء غير مستخدم من حد المزايا ربع السنوية إلى الربع التالي.	نحن نغطي العناصر المتاحة دون وصفة طبية (OTC) والمدرجة في كتالوج العناصر المتاحة دون وصفة طبية (OTC) للتوصيل المجاني إلى المنزل. يمكنك طلب عناصر الأدوية المتاحة دون وصفة طبية (OTC) بقيمة \$140 كحد أقصى بالنسبة للمزايا ربع السنوية.	العناصر المتاحة دون وصفة طبية (OTC)
تقوم بدفع \$0. إذا فقدت تغطية Medi-Cal، فسوف تأميناً مشتركاً بنسبة 20%.	تقوم بدفع \$0.	الأجهزة التعويضية
تقوم بدفع \$0. إذا فقدت تغطية برنامج Medi-Cal، فسوف تدفع \$100 لكل زيارة.	تقوم بدفع \$0.	اضطراب تعاطي المواد الإدمانية السكانية وعلاج الصحة العقلية
تقوم بدفع \$0. إذا فقدت تغطية برنامج Medi-Cal، فسوف تدفع \$0 للأيام 1-20، \$214 في اليوم للأيام 21-100 لكل فترة استحقاق.	تقوم بدفع \$0.	رعاية مرفق التمريض الماهر (SNF)

D2. التغييرات في تغطية الأدوية

التغييرات في قائمة الأدوية لدينا

تتوفر قائمة محدثة بالأدوية المشمولة ضمن التغطية على موقعنا الإلكتروني على kp.org/seniorrx. يمكنك أيضاً 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.

يُطلق على قائمة الأدوية المشمولة ضمن التغطية أيضاً اسم "قائمة الأدوية".



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

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 نقلها 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 تقويمية. نقوم بتحديث قائمة الأدوية الخاصة بنا عبر الإنترنت على الأقل شهرياً لتوفير أحدث قائمة للأدوية. إذا أجرينا تغييراً من شأنه أن يؤثر على دواء تتناوله، فسنرسل لك إشعاراً بالتغيير.

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

- التعاون مع طبيبك (أو غيره من الواصفين) 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 نفعاً مع حالتك.
- اطلب منا تغطية الإمداد المؤقت للدواء.
 - في بعض الحالات، نغطي إمداداً مؤقتاً بالدواء خلال أول 90 يوماً من السنة التقويمية.
 - هذا الإمداد المؤقت يصل إلى 30 يوماً. (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 ينفذ الإمداد المؤقت لديك. يمكنك إما التبديل إلى دواء مختلف تغطيه خطتنا، أو أن نطلب منا إجراء استثناء لك وتغطية دوائك الحالي.
 - تنتهي صلاحية جميع استثناءات الوصفات المعتمدة حالياً في نهاية كل سنة تقويمية ويجب إعادة تقديمها للموافقة عليها في بداية العام الجديد.

التغييرات في تكاليف الأدوية

هناك مرحلتان للدفع لتغطية الأدوية 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 جزءاً من تكاليف أدويةك، وأنت تدفع حصتك. تسمى حصتك باسم "الدفع المشترك". تبدأ هذه المرحلة عندما تملأ أول وصفة طبية لك في العام.	وخلال هذه المرحلة، تدفع الخطة جميع تكاليف أدويةك حتى 31 ديسمبر 2026. تبدأ هذه المرحلة بعد أن تدفع مبلغاً معيناً من التكاليف خارج الجيب.



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

تنتهي مرحلة التغطية المبدئية عندما يصل إجمالي التكاليف النثرية للأدوية إلى **\$2,100**. 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 دليل الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات حول مقدار المبلغ الذي ستدفعه مقابل الأدوية.

بموجب برنامج **Manufacturer Discount Program**، تدفع الشركات المصنعة للأدوية جزءًا من التكلفة الكاملة لخطتنا مقابل الأدوية والمستحضرات البيولوجية التي تحمل العلامة التجارية الجزء **D** خلال مرحلة التغطية الأولية ومرحلة تغطية الكوارث. لا يتم احتساب الخصومات التي تدفعها الشركات المصنعة بموجب برنامج **Manufacturer Discount Program** ضمن التكاليف النثرية.

D3. المرحلة 1: "مرحلة التغطية المبدئية"

خلال مرحلة التغطية المبدئية، تدفع خطتنا حصة من تكلفة أدويةك المشمولة ضمن التغطية، 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 التكاليف الخاصة بك لإمداد مخزون شهر واحد من الأدوية المعبأة في صيدلية تابعة للشبكة مع الدفعات المشتركة القياسية في كل فئة من فئات الأدوية الستة. تسري هذه المبالغ فقط خلال الوقت الذي تكون فيه ضمن "مرحلة التغطية المبدئية".

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

للحصول على معلومات حول تكاليف اللقاحات، أو معلومات حول الإمدادات طويلة الأجل، انتقل إلى **الفصل 6**، القسم **D** من دليل الأعضاء الخاص بك.

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	الأدوية في الفئات 1-2 (تشمل الأدوية الجنيسة)
يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0 إلى \$5.10 لكل وصفة طبية ، حسب مستوى "المساعدة الإضافية" الخاص بك.	يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0 إلى \$4.90 لكل وصفة طبية ، حسب مستوى "المساعدة الإضافية" الخاص بك.	تكلفة إمداد دواء لمدة شهر واحد في الفئة 1 و2 والذي تتم تعبئته في صيدلية تابعة للشبكة
يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا) لكل منتج أنسولين مشمول بالتغطية \$0 إلى \$5.10 لكل وصفة طبية ، حسب مستوى "المساعدة الإضافية" الخاص بك.	يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا) لكل منتج أنسولين مشمول بالتغطية \$0 إلى \$4.90 لكل وصفة طبية ، حسب مستوى "المساعدة الإضافية" الخاص بك.	
يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على الوصفة الطبية عن طريق البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0 إلى \$5.10 لكل وصفة طبية ، حسب مستوى "المساعدة الإضافية" الخاص بك.	يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على الوصفة الطبية عن طريق البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0 إلى \$4.90 لكل وصفة طبية ، حسب مستوى "المساعدة الإضافية" الخاص بك.	



إذا كان لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع. المكالمات مجانية. لمعرفة المزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare.

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0 إلى \$12.65 لكل وصفة طبية، حسب مستوى "المساعدة الإضافية" الخاص بك. يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا) لكل منتج أنسولين مشمول بالتغطية \$0 إلى \$12.65 لكل وصفة طبية، حسب مستوى "المساعدة الإضافية" الخاص بك. يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على الوصفة الطبية عن طريق البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0 إلى \$12.65 لكل وصفة طبية، حسب مستوى "المساعدة الإضافية" الخاص بك.	يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$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 يومًا) لكل منتج أنسولين مشمول بالتغطية \$0 إلى \$12.15 لكل وصفة طبية، حسب مستوى "المساعدة الإضافية" الخاص بك. يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على الوصفة الطبية عن طريق البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0 إلى \$12.15 لكل وصفة طبية، حسب مستوى "المساعدة الإضافية" الخاص بك.	الأدوية في الفئات 3-5 (تشمل 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
تقوم بدفع \$0 .	تقوم بدفع \$0 .	الأدوية في الفئة 6 (تشمل لقاحات الجزء D القابلة للحقن)

تنتهي مرحلة التغطية المبدئية عندما يصل إجمالي التكاليف خارج الجيب إلى **\$2,100**. 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 دليل الأعضاء** للحصول على مزيد من المعلومات حول مقدار المبلغ الذي ستدفعه مقابل الأدوية.

D4. المرحلة 2: "مرحلة تغطية الكوارث"

عندما تصل إلى حد التكلفة النثرية بقيمة **\$2,100** للأدوية التي تتناولها، 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 دليل الأعضاء**.



إذا كان لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع. المكالمات مجانية. لمعرفة المزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare.

E. التغييرات الإدارية

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

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	خطة Medicare Prescription Payment
إذا كنت مشاركًا في خطة Medicare Prescription Payment وتظل في نفس الخطة، فلن تحتاج إلى القيام بأي شيء للبقاء في خطة Medicare Prescription Payment.	خطة Medicare Prescription Payment هي خيار دفع بدأ هذا العام ويمكن أن يساعدك في إدارة تكاليفك النثرية الخاصة بالأدوية التي تغطيها خطتنا من خلال توزيعها على مدار السنة التقويمية (يناير - ديسمبر).	

F. اختيار خطة

F1. البقاء ضمن خطتنا

نأمل أن نحافظ على وجودك كعضو في الخطة. لا يتعين عليك فعل أي شيء للبقاء في خطتنا. إذا لم تقم بالتسجيل في خطة Medicare أخرى أو إذا قمت بالتغيير إلى خطة Medicare الأصلية، فستظل مسجلًا تلقائيًا كعضو ضمن خطتنا لعام 2026.

F2. تغيير الخطط

يمكن لمعظم الأشخاص ضمن برنامج Medicare إنهاء عضويتهم خلال أوقات معينة من العام.

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

- **فترة التسجيل المفتوحة**، 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.
- نظرًا لأن لديك برنامج Medi-Cal، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا في أي شهر من السنة. 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 كان لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع. المكالمات مجانية. لمعرفة المزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare.

- 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.

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 المفتوحة وفترة التسجيل المفتوحة لبرنامج Medicare Advantage أو المواقف الأخرى الموضحة في القسم F2. من خلال اختيار أحد هذه الخيارات، فإنك تنهي عضويتك تلقائيًا في خطتنا.

إليك ما يجب القيام به: اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. للاستفسارات عن برنامج All-inclusive Care for the Elderly (PACE)، اتصل على الرقم 1-855-921-PACE (7223). إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: • 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 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ أو التسجيل في خطة Medi-Medi الجديدة. 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.	1. يمكنك التغيير إلى: خطة Medi-Medi هي أحد أنواع خطة Medicare Advantage وهي مخصصة للأشخاص الذين لديهم كل من Medicare وMedi-Cal، وتجمع بين مزايا Medicare وMedi-Cal في خطة واحدة. تنسق خطط Medi-Medi جميع المزايا والخدمات عبر كلا البرنامجين، بما في ذلك جميع الخدمات المشمولة بالتغطية ببرنامج Medicare وMedi-Cal أو خطة Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)، إذا كنت مؤهلاً. 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.
---	---



إذا كان لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع. المكالمات مجانية. لمعرفة المزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare.

إليك ما يجب القيام به: اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: • 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 www.aging.ca.gov/Programs_and_Service/s/Medicare_Counseling/ أو التسجيل في خطة الأدوية الجديدة المقررة بوصفة طبية من Medicare. سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية خطة Medicare الأصلية لديك. لن تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك إلا إذا طلبت تغيير.	2. يمكنك التغيير إلى: برنامج Medicare الأصلي مع خطة أدوية منفصلة من Medicare
--	--



إذا كان لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع. المكالمات مجانية. لمعرفة المزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare.

إليك ما يجب القيام به: اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: • 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 www.aging.ca.gov/Programs_and_Service/s/Medicare_Counseling/ سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية خطة برنامج Medicare الأصلية لديك. لن تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك إلا إذا طلبت تغيير.	3. يمكنك التغيير إلى: برنامج Medicare الأصلي بدون خطة أدوية منفصلة من Medicare ملاحظة: إذا قمت بالتبديل إلى برنامج Medicare الأصلي ولم تسجل في خطة أدوية منفصلة من برنامج Medicare، فقد يسجلك برنامج Medicare في خطة الأدوية، ما لم تخبر برنامج Medicare أنك لا تريد الانضمام. يجب ألا تتخلى عن تغطية الأدوية إلا إذا كانت لديك تغطية أدوية 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 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/
---	---



إذا كان لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع. المكالمات مجانية. لمعرفة المزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare.

إليك ما يجب القيام به: اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. للاستفسارات عن برنامج All-inclusive Care for the Elderly (PACE)، اتصل على الرقم 1-855-921-PACE (7223). إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: • 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 www.aging.ca.gov/Programs and Service s/Medicare Counseling/ أو التسجيل في خطة Medicare الجديدة. سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خطة Medicare لدينا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة. قد تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك.	4. يمكنك التغيير إلى: أي خطة صحية لبرنامج Medicare خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك فترة التسجيل المفتوحة وفترة التسجيل المفتوحة لبرنامج Medicare Advantage أو المواقف الأخرى الموضحة في القسم F.
---	--

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.



إذا كان لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع. المكالمات مجانية. لمعرفة المزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare.

G. الحصول على مساعدة

G1. 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 2026. ويشرح حقوقك والقواعد التي يجب اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية المشمولة بالتغطية.

سيكون دليل الأعضاء لعام 2026 متاحًا بحلول 15 أكتوبر. تتوفر نسخة محدثة من دليل الأعضاء على موقعنا الإلكتروني على kp.org/eocncal. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة لتطلب منا إرسال كتيب الأعضاء إليك بالبريد لعام 2026.

موقعنا الإلكتروني على الويب

يمكنك زيارة موقعنا الإلكتروني على الإنترنت على kp.org. للتذكير، يضم موقعنا الإلكتروني أحدث المعلومات المتعلقة بشبكة الصيدليات ومقدمي الخدمات لدينا (دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات) وقائمة الأدوية الخاصة بنا (قائمة الأدوية المشمولة ضمن التغطية).

G2. 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 (711 TTY). 1-800-434-0222. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

G3. برنامج Ombudsman

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

- 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 Ombudsman هو 1-855-501-3077.



إذا كان لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع. المكالمات مجانية. لمعرفة المزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare.

Medicare .G4

للحصول على معلومات مباشرة من Medicare؛

- اتصل على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

- الدردشة المباشرة على www.Medicare.gov/talk-to-someone

- يمكنك مراسلة Medicare على صندوق بريد 1270، Lawrence، KS 66044.

موقع Medicare الإلكتروني

يمكنك زيارة موقع Medicare الإلكتروني (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 والنقر على "Find plans" (البحث عن خطط)).

Medicare & You لعام 2026

يمكنك قراءة كتيب Medicare & You لعام 2026. 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) أو عن طريق الاتصال بالرقم

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

G5. 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 بالشكوى إلى منع الحصول على أي حقوق أو إجراءات علاجية قانونية محتملة قد تكون متاحة لك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم شكوى من Medi-Cal بخصوص حالة طارئة، أو بشأن شكوى من Medi-Cal لم تقم خطتك الصحية بالتعامل معها بشكل مرضٍ، أو بشأن شكوى من Medi-Cal ظلت بدون حل لأكثر من 30 يوماً، فيمكنك الاتصال بالإدارة للحصول على المساعدة. قد تكون أيضاً مؤهلاً للحصول على مراجعة طبية مستقلة ("IMR") لمزايا Medi-Cal. 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 TDD (1-877-688-9891) للسمم وضعاف السمع وذوي صعوبات الكلام. الموقع الإلكتروني للإدارة www.dmhc.ca.gov.

راجع الفصل 9، القسم F4 من دليل الأعضاء لمزيد من المعلومات.



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

G6. خطة Medicare Prescription Payment

تعد خطة Medicare Prescription Payment خيارًا للدفع قد يساعدك على إدارة التكاليف النثرية للأدوية الخاصة بك المشمولة بالتغطية من قبل خطتنا عن طريق توزيعها على مدار السنة التقويمية (يناير - ديسمبر) كدفعات شهرية. هذا البرنامج لا يوفر لك المال أو يقلل من تكاليف الأدوية الخاصة بك.

تعد "المساعدة الإضافية" من برنامج Medicare والمساعدة من State Pharmaceutical Assistance Program (برنامج الولاية للمساعدات الدوائية) في ولايتك وبرنامج AIDS Drug Assistance Program (ADAP)، 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 يُرجى الاتصال بنا على رقم الهاتف الموجود أسفل هذه الصفحة أو زيارة www.medicare.gov.



إذا كان لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع. المكالمات مجانية. لمعرفة المزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare.

إشعار عدم التمييز

في هذه الوثيقة، تدل "نحن" أو "نا" أو "لدينا" على Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Southern California Medical و Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc. Group). يتوفر هذا الإشعار على موقعنا الإلكتروني على kp.org.

التمييز مخالف للقانون. نحن نتبع قوانين الحقوق المدنية الفدرالية والولائية.

لا نميز 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 مع قسم خدمات الأعضاء لدينا على الأرقام أدناه. المكالمات مجانية. قسم خدمات الأعضاء مغلق أيام العطلات الرئيسية.

- Medicare، بما في ذلك D-SNP: على 1-800-443-0815 (TTY 711)، 8 صباحاً إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع
- Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.
- الآخرين جميعاً: 1-800-464-4000 (TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.

عند الطلب، يمكن توفير هذا المستند لك بطريقة برايل، بخط كبير، ملف صوتي، أو بصيغ إلكترونية. للحصول على نسخة بأحد هذه التنسيقات البديلة، أو تنسيق آخر، اتصل مع قسم خدمات الأعضاء لدينا واطلب التنسيق الذي تحتاجه.

كيفية تقديم تظلم إلى Kaiser Permanente

يمكنك تقديم تظلم ضد التمييز إلينا إذا كنت تعتقد أننا قد أخفنا 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: اتصل مع قسم خدمات الأعضاء لدينا. أرقام الهاتف مدرجة أعلاه.
- بالبريد: نزل نموذج من أو اتصل مع 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 للاطلاع على العناوين)

- عبر الإنترنت: استخدم النموذج الإلكتروني المتاح على موقعنا الإلكتروني kp.org ويمكنك أيضًا التواصل مع منسقي الحقوق المدنية في مؤسسة Kaiser Permanente مباشرة على العنوان 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 إدارة خدمات الرعاية الصحية (Department of Health Care Services, DHCS) للحقوق المدنية على الرقم **916-440-7370 (TTY 711)**
- عن طريق البريد: املأ نموذج شكوى أو أرسل رسالة إلى:

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

نماذج الشكوى متاحة على: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- عبر الإنترنت: أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى 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 رسالة 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/office/file/index.html>

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

معلومات الخطة

بصفتك عضوًا في هذه الخطة، قد نتواصل معك أحيانًا لإبلاغك بخطط أو منتجات أخرى من Kaiser Permanente قد تكون متاحة لك. إذا كنت ترغب في إيقاف تلقي هذه الأنواع من المكالمات، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود على ظهر بطاقة العضوية الخاصة بك.

دلائل الموفرين

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في العثور على موفر رعاية تابع إلى الشبكة أو صيدلية، فالرجاء زيارة kp.org/directory للبحث في دليلنا عبر الإنترنت (ملاحظة: ستكون أدلة عام 2026 متاحة على الإنترنت اعتبارًا من 15 أكتوبر 2025، وذلك تماشيًا مع متطلبات برنامج Medicare).

لطلب إرسال نسخة من دليل موفري الرعاية أو دليل موفري خدمات طب الأسنان أو دليل الصيدليات (إن وُجد) بالبريد إليك، يمكنك الاتصال بـ Kaiser Permanente على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، خلال 7 أيام في الأسبوع من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً.

كتيب الوصفات الخاص بالأدوية الموصوفة طبيًا ضمن برنامج Medicare الجزء D

يسرد كتيب الوصفات لدينا أدوية وصفات Medicare الجزء D التي نغطيها. قد يتغير كتيب الوصفات في أي وقت. سوف يتم إخطارك عند الضرورة. إذا كان لديك سؤال حول الأدوية المشمولة بالتغطية، راجع كتيب الوصفات الإلكتروني الخاص بنا على kp.org/seniorrx (ملاحظة: كتيب وصفات عام 2026 متاح إلكترونيًا اعتبارًا من 15 أكتوبر 2025 وفقًا لمتطلبات Medicare).

لطلب إرسال كتيب وصفات إليك بالبريد، يمكنك الاتصال بـ Kaiser Permanente على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، متاح خلال 7 أيام في الأسبوع من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً.

إثبات التغطية (EOC)

يوضح إثبات التغطية (Evidence of Coverage, EOC) كيفية الحصول على الرعاية الطبية والأدوية الموصوفة طبيًا المشمولة بتغطية خطتك. يشرح حقوقك ومسؤولياتك، وما يتم تغطيته، وما تدفعه بصفتك عضوًا في Kaiser Permanente. إذا كان لديك سؤال بشأن تغطيتك، فيرجى زيارة kp.org/eocncal أو kp.org/eocscal للاطلاع على EOC الخاص بك عبر الإنترنت. (ملاحظة: سيكون EOC لعام 2026 متاح على الإنترنت ابتداءً من 15 أكتوبر 2025، وذلك وفقًا لمتطلبات برنامج Medicare).

لطلب إرسال EOC إليك بالبريد، يمكنك الاتصال بـ Kaiser Permanente على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، متاح خلال 7 أيام في الأسبوع من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً.