Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP) مقدمة من
Kaiser Foundation Health Plan, Inc. منطقة جنوب كاليفورنيا

الإشعار السنوي للتغيير لعام 2027

مقدمة

أنت مسجل حاليًا لدينا كعضو في الخطة. في العام المقبل، ستكون هناك بعض التغييرات التي ستجرَى على المزايا والتغطية والقواعد والتكاليف لدينا. يخبرك هذا *الإشعار السنوي للتغيير* عن التغييرات التي طرأت وكيفية الحصول على المزيد من المعلومات عن هذه التغييرات. للحصول على مزيد من المعلومات حول التكاليف أو المزايا أو القواعد (Member Handbook)، تُرجى مراجعة *دليل الأعضاء*، الموجود على موقعنا الإلكتروني على kp.org/eocscal (in English). اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة للحصول على نسخة بالبريد. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها مرتبةً ترتيبًا أبجديًا في الفصل الأخير من *دليل الأعضاء*.

الموارد الإضافية

- هذه الوثيقة متاحة مجانًا باللغات العربية، والأرمينية، والكمبودية، والصينية، والفارسية، والكورية، والروسية، والإسبانية، والتاغالوغية، والفيتنامية.
- يمكنك الحصول على هذا *الإشعار السنوي للتغيير* مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة الكبيرة أو طريقة برايل أو ملف صوتي أو ملف بيانات. اتصل على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711).
- اتصل على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711) 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.

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 أيضا 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。

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 ਮੁਫ਼ਤ 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: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືນູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່.
ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

MIEN

CAU FIM JANGX OC: Beiv hnangv 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 hluo 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៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក 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.

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 serbisyong ito ay walang bayad.

THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) นอกจากนี้ ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ 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.

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 كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY: 711)، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** تفضل بزيارة (باللغة الإنجليزية) kp.org/medicare.

جدول المحتويات

A. إخلاء المسؤولية 9
B. مراجعة تغطية برنامج Medicare وMedi-Cal للعام المقبل 9
B1. معلومات حول خطتنا 10
B2. أمور مهمة يجب القيام بها 11
C. التغييرات التي تطرأ على الصيدليات وموفري الرعاية التابعين للشبكة لدينا 12
D. التغييرات التي تطرأ على المزايا والتكاليف للعام المقبل 12
D1. التغييرات التي تطرأ على المزايا والتكاليف بالنسبة إلى الخدمات الطبية 12
D2. التغييرات في تغطية الأدوية 16
D3. المرحلة 1: "مرحلة التغطية المبدئية" 17
D4. المرحلة 2: مرحلة تغطية الكوارث: 19
E. اختيار خطة 19
E1. البقاء ضمن خطتنا 19
E2. تغيير الخطط 19
F. الحصول على مساعدة 24
F1. خطتنا 24
F2. برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) 24
F3. برنامج Ombudsman 24
F4. بَرنامج Medicare 25
F5. دائرة الرعاية الصحية المُدارة في كاليفورنيا 25
F6. خطة دفع برنامج دفع ثمن أدوية Medicare 26

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 0815-443-800-1 (TTY: 711)، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** تفضل بزيارة (باللغة الإنجليزية) kp.org/medicare.

A. إخلاء المسؤولية

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

❖ تشكل ميزة الطعام الصحي جزءًا من برنامج تكميلي خاص لأصحاب الأمراض المزمنة. ولكن الشروط لا تنطبق على جميع الأعضاء. إذ يجب أن يكون الأعضاء لديهم حالات مرضية مزمنة محددة، مثل مرض السكري، أو السمنة، أو اضطرابات القلب والأوعية الدموية، أو التهاب المفصل العظمي، أو أمراض الكلى المزمنة، ليكونوا مؤهلين. وتوجد حالات أخرى قد تؤهلك للحصول على هذه الميزة. ولا يمكن ضمان استحقاق هذه الميزة بناءً على حالتك الصحية فقط. ويجب استيفاء جميع شروط الأهلية المنطبقة قبل تقديم الميزة. لمزيد من التفاصيل، يُرجى الاتصال بنا.

B. مراجعة تغطية برنامج 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.

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، فيمكنك الحصول على معلومات حول:

- خيارات برنامج Medicare في الجدول في **القسم E2**.
- خيارات برنامج Medi-Cal وخدماته في **القسم E2**.

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY: 711)، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، تفضل بزيارة (باللغة الإنجليزية) kp.org/medicare.

B1. معلومات حول خطتنا

- خطة Kaiser Permanente Dual Complete South P9 هي خطة صحية تتعاقد مع كل من Medicare وMedi-Cal لتقديم مزايا كلا البرنامجين للأعضاء.
- في *الإشعار السنوي للتغيير*، نشير بالألفاظ "نحن" أو "إننا" أو "الخاص بنا" أو "خطتنا" إلى خطة Medicare Medi-Cal.

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY: 711)، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** تفضل بزيارة (باللغة الإنجليزية) kp.org/medicare.

B2. أمور مهمة يجب القيام بها

- **تحقق مما إذا كانت هناك أي تغييرات على مزايانا وتكاليفنا قد تؤثر فيك.**
  - هل هناك أي تغييرات تؤثر في الخدمات التي تستخدمها؟
  - راجع تغييرات المزايا والتكلفة للتأكد من أنها ستكون مفيدة لك في العام المقبل.
  - راجع **القسم D1** للتعرف على المعلومات المتعلقة بالتغييرات التي تطرأ على المزايا والتكلفة في خطتنا.
- **تحقق مما إذا كانت هناك أي تغييرات في تغطية الأدوية التي نقدمها والتي قد تؤثر فيك.**
  - هل ستتم تغطية الأدوية التي تحتاج إليها؟ هل هي في مستوى مختلف من مشاركة التكاليف؟ هل يمكنك الاستعانة بالصيدليات نفسها؟ 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 أدويتك.
- **تحقق من توافر موفري الرعاية الصحية والصيدليات ضمن شبكتنا في العام المقبل.**
  - هل الأطباء الذين تتعامل معهم، بمن فيهم الاختصاصيون، موجودون ضمن شبكتنا؟ ماذا عن الصيدلية التي تتعامل معها؟ ماذا عن المستشفيات أو موفري الرعاية الآخرين الذين تستعين بخدماتهم؟
  - ارجع إلى **القسم C** للحصول على معلومات حول *دليل الصيدليات وموفري الرعاية* لدينا.
- **فكر في التكاليف الإجمالية في الخطة.**
  - كم ستنفق من التكاليف النثرية على الخدمات والأدوية التي تستخدمها بانتظام؟
  - كيف تقارن التكاليف الإجمالية بخيارات التغطية الأخرى؟
- **فكر فيما إذا كنت سعيدًا بخطتنا.**

إذا قررت الاستمرار في الخطة Kaiser Permanente Dual Complete South P9:	إذا قررت تغيير الخطط:
إذا كنت تريد البقاء معنا العام المقبل، فالأمر سهل - لست بحاجة إلى فعل أي شيء. إذا لم تقم بإجراء تغيير، فستظل مسجلاً تلقائيًا في خطة Kaiser Permanente Dual Complete South P9.	إذا قررت أن التغطية الأخرى ستلبي احتياجاتك بشكل أفضل، فقد تتمكن من تبديل الخطط (راجع **القسم E2** لمعرفة المزيد من المعلومات). إذا قمت بالتسجيل في خطة جديدة أو قمت بالتغيير إلى برنامج Original Medicare، فستبدأ تغطيتك الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي.

C. التغييرات التي تطرأ على الصيدليات وموفري الرعاية التابعين للشبكة لدينا

قد تعتمد المبالغ التي تدفعها مقابل الحصول على أدويتك 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 موفري الرعاية والصيدليات بعض التغييرات لعام 2027.

تُرجى مراجعة *دليل الصيدليات وموفري الرعاية* *(Provider and Pharmacy Directory)* لعام 2027 لمعرفة ما إذا كان موفرو الرعاية (موفر الرعاية الأولية، الاختصاصيون، المستشفيات وما إلى ذلك) أو الصيدليات لا يزالون ضمن شبكتنا أم لا. يتوفر *دليل الصيدليات وموفري الرعاية* الذي تم تحديثه على موقعنا الإلكتروني على kp.org/directory. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة في أسفل الصفحة للحصول على معلومات محدثة حول موفر الرعاية، أو لمطالبتنا بإرسال *دليل الصيدليات وموفري الرعاية* إليك.

من المهم أن تعلم أنه يمكننا أيضًا إجراء تغييرات على شبكتنا خلال العام. إذا ترك موفر الرعاية الذي تتعامل معه خطتنا، فإن لديك حقوقًا وضمانات معينة. لمزيد من المعلومات، راجع **الفصل 3** من *دليل الأعضاء* أو اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة للحصول على المساعدة.

D. التغييرات التي تطرأ على المزايا والتكاليف للعام المقبل

D1. التغييرات التي تطرأ على المزايا والتكاليف بالنسبة إلى الخدمات الطبية

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

	2026 (هذا العام)	2027 (العام المقبل)
خدمات الإسعاف	تدفع **$0**. إذا فقدت تغطية Medi-Cal الكاملة، فسوف تدفع **$400** لكل رحلة ذهاب فقط.	تدفع **$0**. إذا فقدت تغطية Medi-Cal الكاملة، فسوف تدفع **$290** لكل رحلة ذهاب فقط.
الأحذية والنعال العلاجية لمرضى السكري	تدفع **$0**. إذا فقدت تغطية Medi-Cal الكاملة، فسوف تدفع **20%** من التأمين المشترك.	تدفع **$0**.

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY: 711)، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، تفضل بزيارة (باللغة الإنجليزية) kp.org/medicare.

	2026 (هذا العام)	2027 (العام المقبل)
المعدات الطبية المعمرة (Durable Medical Equipment, DME) راجع الفصل 12 من *دليل الأعضاء* للحصول على تعريف "المعدات الطبية المعمرة (DME)."	تدفع **$0**. إذا فقدت تغطية Medi-Cal الكاملة، فسوف تدفع **0%** أو **20%** تأمينًا مشتركًا، اعتمادًا على العنصر.	تدفع **$0**.
قسم الطوارئ	تدفع **$0**. إذا فقدت تغطية Medi-Cal الكاملة، فسوف تدفع **$115** في كل زيارة.	تدفع **$0**.
الرعاية المركزة للمرضى الداخليين	تدفع **$0**. إذا فقدت تغطية Medi-Cal الكاملة، فسوف تدفع **$355** يوميًا للأيام من **1 إلى 5** (**$0** لبقية إقامتك) لكل دخول.	تدفع **$0**.
اللوازم الطبية	تدفع **$0**. إذا فقدت تغطية Medi-Cal الكاملة، فسوف تدفع **0%** أو **20%** تأمينًا مشتركًا، اعتمادًا على العنصر.	تدفع **$0**.
التصوير بالرنين المغناطيسي (Magnetic Resonance Imaging, MRI) والتصوير المقطعي المحوسب (Computed Tomography, CT) والتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (Positron Emission Tomography, PET)	تدفع **$0**.	تدفع **$0**. إذا فقدت تغطية Medi-Cal الكاملة، فسوف تدفع **$50** لكل إجراء.
خدمات المراقبة	تدفع **$0**. إذا فقدت تغطية Medi-Cal الكاملة، فسوف تدفع **$0** عندما يتم نقلك للمراقبة من قسم طوارئ أو بعد جراحة العيادات الخارجية أو **$115** لكل زيارة عند دخولك مباشرةً إلى المستشفى للمراقبة كمريض خارجي.	تدفع **$0**.

	2026 (هذا العام)	2027 (العام المقبل)
العناصر المتاحة من دون وصفة طبية (Over the Counter, OTC)	تتلقى بدلاً ربع سنوي قدره **$200** على **بطاقة إضافات صحية مسبقة الدفع** لشراء العناصر المؤهلة من دون وصفة طبية عبر الإنترنت وفي متاجر التجزئة المشاركة بما في ذلك صيدليات Kaiser Permanente للبيع بالتجزئة.	تتلقى بدلاً ربع سنوي قدره **$170** على **بطاقة إضافات صحية مسبقة الدفع** لشراء العناصر المؤهلة من دون وصفة طبية عبر الإنترنت وفي متاجر التجزئة المشاركة بما في ذلك صيدليات Kaiser Permanente للبيع بالتجزئة. إذا كنت مؤهلاً للحصول على برنامج المزايا التكميلية الخاصة للمرضى المزمنين (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)، فيمكنك أيضًا استخدام مخصصاتك لشراء الأطعمة الصحية (انظر صف "المزايا التكميلية الخاصة للمرضى المزمنين"). ستتم إعادة شحن بطاقتك في 1 يناير، و1 أبريل، و1 يوليو، و1 أكتوبر. لا يتم ترحيل أي جزء غير مستخدم من حد المزايا ربع السنوية إلى الربع التالي. ملاحظة: لا يمكن استخدام هذا المبلغ المخصص للإكراميات أو الرسوم (مثل أتعاب التوصيل أو الشحن).
الأجهزة التعويضية	تدفع **$0**. إذا فقدت تغطية Medi-Cal الكاملة، فسوف تدفع **20%** من التأمين المشترك.	تدفع **$0**.
اضطراب تعاطي المواد الإدمانية السكنية وعلاج الصحة العقلية	**مشمول ضمن خطة Dual Complete الخاصة بك كميزة من مزايا برنامج Medicare.** تدفع **$0**.	**لا يغطيها برنامج Dual Complete الخاص بك كميزة من مزايا Medicare.** **تتم تغطية علاج اضطراب تعاطي المواد الإدمانية السكنية وعلاج الصحة العقلية في إطار خطة التأمين Dual Complete الخاصة بك كميزة من مزايا برنامج Medi-Cal** التي تقدمها وكالة الصحة السلوكية التابعة لمقاطعتك.
رعاية مرفق التمريض الماهر (Skilled Nursing Facility, SNF)	تدفع **$0**.	تدفع **$0**. إذا فقدت تغطية Medi-Cal الكاملة، فسوف تدفع **$0** للأيام من **1-20**، و**$221** عن كل يوم للأيام من **21-100** في كل فترة مزايا.

	2026 (هذا العام)	2027 (العام المقبل)
المزايا التكميلية الخاصة للمرضى المزمنين (SSBCI) – الطعام الصحي تشكل ميزة الطعام الصحي جزءًا من برنامج تكميلي خاص لأصحاب الأمراض المزمنة. ولكن الشروط لا تنطبق على جميع الأعضاء. إذ يجب أن يكون الأعضاء لديهم حالات مرضية مزمنة محددة، مثل مرض السكري، أو السمنة، أو اضطرابات القلب والأوعية الدموية، أو التهاب المفصل العظمي، أو أمراض الكلى المزمنة، ليكونوا مؤهلين. وتوجد حالات أخرى قد تؤهلك للحصول على هذه الميزة. ولا يمكن ضمان استحقاق هذه الميزة بناءً على حالتك الصحية فقط. ويجب استيفاء جميع شروط الأهلية المنطبقة قبل تقديم الميزة. لمزيد من التفاصيل، يُرجى الاتصال بنا.	**ما لم** تشمله التغطية.	**مشمول بالتغطية، إذا كنت مؤهلاً للحصول على SSBCI.** يمكن للأعضاء المحددين في الخطة والذين يستوفون معايير هذه الميزة استخدام **بطاقة الإضافات الصحية المحملة مسبقًا** والموضحة في صف الأدوية دون وصفة طبية لشراء الأطعمة الصحية، مثل المنتجات الطازجة، بالإضافة إلى سلع الأدوية التي تُصرف من دون وصفة طبية سواء عبر الإنترنت أو في متاجر البيع بالتجزئة المشاركة. ستتم إعادة شحن بطاقتك في 1 يناير، و1 أبريل، و1 يوليو، و1 أكتوبر. لا يتم ترحيل أي جزء غير مستخدم من حد المزايا ربع السنوية إلى الربع التالي. ملاحظة: لا يمكن استخدام هذا المبلغ المخصص للإكراميات أو الرسوم (مثل أتعاب التوصيل أو الشحن). تُرجى مراجعة *دليل الأعضاء* الخاص بك لمعرفة مزيد من التفاصيل.
خدمات النقل - النقل الطبي غير الطارئ غير مشمول في برنامج Medicare عند طلبها من موفر رعاية تابع للشبكة، نقوم بتغطية النقل الضروري طبيًا وغير الطارئ في سيارة نقل مرخصة مزودة بنقالة/عربة نقل أو سيارة نقل للكراسي المتحركة إلى المنزل (في نطاق 100 ميل)، أو إلى منشأة تمريض ماهرة (SNF)، أو إلى مستوى أعلى آخر من الرعاية مباشرة بعد دخول المستشفى أو حالات الطوارئ أو الرعاية العاجلة أو زيارات العيادات الخارجية في المستشفى.	**ما لم** تشمله التغطية.	مشمول بالتغطية. تدفع **$0**.

D2. التغييرات في تغطية الأدوية

التغييرات في *قائمة الأدوية* لدينا

يُطلق على قائمة الأدوية المشمولة ضمن التغطية أيضًا اسم قائمة الوصفات أو قائمة الأدوية. تتوفر نسخة من قائمة الأدوية الخاصة بنا على الإنترنت على الرابط التالي (باللغة الإنجليزية) kp.org/seniorrx. لقد أجرينا بعض التغييرات على ق*ائمة 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 **ستتم تغطية أدويتك في العام المقبل** ولمعرفة ما إذا كانت هناك أي قيود أو إذا تم نقل دوائك إلى مستوى مشاركة تكاليف مختلف.

تكون معظم التغييرات في *قائمة الأدوية* الجديدة في بداية كل عام. ومع ذلك، قد نجري تغييرات أخرى يسمح بها برنامج Medicare و/أو الولاية والتي ستؤثر فيك خلال السنة التقويمية. نقوم بتحديث *قائمة الأدوية* الخاصة بنا عبر الإنترنت على الأقل شهريًا لتوفير أحدث قائمة للأدوية. إذا أجرينا تغييرًا من شأنه أن يؤثر في دواء تتناوله، فسنرسل إليك إشعارًا 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 بقسم "خدمات الأعضاء" على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة لطلب *قائمة بالأدوية المشمولة ضمن التغطية* التي تعالج الحالة نفسها.
  - يمكن أن تساعد هذه القائمة موفر الرعاية لك 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 *دليل 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 وتجب إعادة تقديمها للموافقة عليها في بداية العام الجديد.

التغييرات في تكاليف الأدوية

نظرًا إلى أنك مؤهل للحصول على برنامج Medi-Cal، فإنك تحصل على "Extra Help" من بَرنامج Medicare للمساعدة في دفع ثمن الأدوية بموجب الجزء D من بَرنامج Medicare. سنرسل إليك وثيقة منفصلة تُسمى "ملحق إثبات التغطية للأشخاص الذين يحصلون على دفع Extra Help مقابل الأدوية المقررة بوصفة طبية" (يُسمى أيضًا "ملحق إعانة الدخل المنخفض" [Low Income Subsidy Rider, LIS Rider])، والذي يخبرك عن تغطية أدويتك. إذا لم يكن لديك هذا الملحق، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء واطلب "LIS Rider".

هناك مرحلتان للدفع لتغطية أدوية الجزء D من برنامج Medicare بموجب الخطة. يعتمد المبلغ الذي تدفعه على مستوى Extra Help التي تحصل عليها والمرحلة التي تكون فيها عند تعبئة الوصفة الطبية أو إعادة تعبئتها. فيما يلي المرحلتان:

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 0815-443-800-1 (TTY: 711)، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، تفضل بزيارة (باللغة الإنجليزية) kp.org/medicare.

المرحلة 1 مرحلة التغطية المبدئية	المرحلة 2 مرحلة تغطية الكوارث
خلال هذه المرحلة، تدفع خطتنا جزءًا من تكاليف أدويتك، وأنت تدفع حصتك. تُسمى حصتك باسم "الدفع المشترك". تبدأ هذه المرحلة عندما تملأ أول وصفة طبية لك في العام.	وخلال هذه المرحلة، تدفع الخطة جميع تكاليف أدويتك حتى 31 ديسمبر 2027. تبدأ هذه المرحلة بعد أن تدفع مبلغًا معينًا من التكاليف خارج الجيب.

تنتهي مرحلة التغطية المبدئية عندما يصل إجمالي التكاليف النثرية للأدوية إلى **$2,400**. عند هذه النقطة، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث. تغطي خطتنا جميع تكاليف أدويتك بداية 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.

D3. المرحلة 1: "مرحلة التغطية المبدئية"

خلال مرحلة التغطية المبدئية، تدفع خطتنا حصة من تكلفة أدويتك المشمولة ضمن التغطية، وتدفع أنت حصتك. تُسمى حصتك باسم "الدفع المشترك". يعتمد الدفع المشترك على مستوى مشاركة التكاليف الذي يقع فيه الدواء ومكان الحصول عليه. تقوم 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 في مبلغ الدفع المشترك الخاص بك. لمعرفة ما إذا كانت أدويتنا في فئة مختلفة، ابحث عنها في *قائمة الأدوية* لدينا.

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.

تتم تغطية معظم لقاحات البالغين من القسم D دون أي تكلفة عليك. للحصول على معلومات حول تكاليف الإمداد طويل الأجل، انتقل إلى **الفصل 6، القسم D** من *دليل الأعضاء* الخاص بك.

	2026 (هذا العام)	2027 (العام المقبل)
الأدوية في الفئات 1-2 (تشمل الأدوية الجنسية) 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) **$0 إلى $5.10 لكل وصفة طبية**، حسب مستوى "Extra Help" الخاص بك. 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 "Extra Help" 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 "Extra Help" الخاص بك.	يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا) **$0 إلى $5.80 لكل وصفة طبية**، حسب مستوى "Extra Help" الخاص بك. يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا) لكل منتج أنسولين مشمول بالتغطية **$0 إلى $5.80 لكل وصفة طبية**، حسب مستوى "Extra Help" الخاص بك. يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على الوصفة الطبية عن طريق البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) من **$0 إلى $5.80 لكل وصفة طبية**، حسب مستوى "Extra Help" 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 أو في صيدلية للطلب عبر البريد	يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا) **$0 إلى $12.65 لكل وصفة طبية**، حسب مستوى "Extra Help" الخاص بك. يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا) لكل منتج أنسولين مشمول بالتغطية من **$0 إلى $12.65 لكل وصفة طبية**، حسب مستوى "Extra Help" 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 "Extra Help" الخاص بك.	يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا) **$0 إلى $14.40 لكل وصفة طبية**، حسب مستوى "Extra Help" الخاص بك. يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا) لكل منتج أنسولين مشمول بالتغطية **$0 إلى $14.40 لكل وصفة طبية**، حسب مستوى "Extra Help" الخاص بك. يبلغ الدفع المشترك الخاص بك للحصول على الوصفة الطبية عن طريق البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) **$0 إلى $14.40 لكل وصفة طبية**، حسب مستوى "Extra Help" الخاص بك.
الأدوية في الفئة 6 (تشمل الأمصال الواردة في الجزء D)	تدفع **$0**.	تدفع **$0**.

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY: 711)، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، تفضل بزيارة (باللغة الإنجليزية) kp.org/medicare.

تنتهي مرحلة التغطية المبدئية عندما يصل إجمالي التكاليف النثرية إلى **$2,400**. عند هذه النقطة، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث. تغطي الخطة جميع تكاليف أدويتك 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 **$2,400** للأدوية التي تتناولها، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث ولا تدفع شيئًا 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**، **القسم E** من *دليل الأعضاء* الخاص بك.

E. اختيار خطة

E1. 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 Original Medicare، فستظل مسجلاً تلقائيًا كعضو ضمن خطتنا لعام 2027.

E2. 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 تمتد 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 إلى أن لديك Medi-Cal، فلديك بعض الخيارات لإنهاء عضويتك في خطتنا في أي شهر من العام.

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

- تنتقل من منطقة خدمتنا،
- تتغير أهليتك للحصول على برنامج Medi-Cal أو Extra Help، **أو**
- تنتقل مؤخرًا إلى مؤسسة أو كنت تتلقى حاليًا الرعاية فيها (مثل مرفق تمريض 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 كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY: 711)، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، تفضل بزيارة (باللغة الإنجليزية) kp.org/medicare.

خدمات بَرنامج 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 E2**. من خلال اختيار أحد هذه الخيارات، فإنك تنهي عضويتك تلقائيًا في خطتنا.

1. يمكنك التغيير إلى: **خطة Medi-Medi هي أحد أنواع خطة Medicare Advantage. وهي مخصصة للأشخاص الذين لديهم كل من بَرنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal، وتجمع بين مزايا بَرنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal في خطة واحدة. تنسق خطط Medi-Medi جميع المزايا والخدمات عبر كلا البرنامجين، بما في ذلك جميع الخدمات المشمولة ببرنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal أو خطة برنامج الرعاية الشاملة لكبار السن (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 (D-SNP) في كاليفورنيا.	**إليك ما يجب القيام به:** اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي TTY الاتصال على 1-877-486-2048. للاستفسارات عن برنامج المساعدة الشاملة لكبار السن (PACE)، اتصل على الرقم 1-855-921-PACE (7223). إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم California Health Insurance Counseling) (and Advocacy Program, HICAP في كاليفورنيا على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا إلى 5 مساءً. (TTY 711). لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، تُرجى 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 لديك لتتوافق مع خطة Medi-Medi.

2. يمكنك التغيير إلى: **برنامج Original Medicare مع خطة أدوية منفصلة من Medicare**	**إليك ما يجب القيام به:** اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي TTY الاتصال على 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا إلى 5 مساءً. (TTY 711). لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، تُرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **أو** التسجيل في خطة الأدوية الجديدة المقررة بوصفة طبية من Medicare. سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية خطة بَرنامج Original Medicare لديك. لن تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك إلا إذا طلبت التغيير.

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY: 711)، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، تفضل بزيارة (باللغة الإنجليزية) kp.org/medicare.

3. يمكنك التغيير إلى:

برنامج Original Medicare من دون خطة أدوية منفصلة إذا كان لديك سبب وجيه لإلغاء التسجيل

ملاحظة: إذا قمت بالتبديل إلى بَرنامج Original Medicare ولم تسجل في خطة أدوية منفصلة من بَرنامج Medicare، فقد يسجلك بَرنامج Medicare في خطة الأدوية، ما لم تخبر بَرنامج 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 الاثنين إلى الجمعة بدايةً من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 5 مساءً. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، تُرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

إليك ما يجب القيام به:

اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي 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 الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا إلى 5 مساءً. (TTY 711). لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، تُرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية خطة بَرنامج Original Medicare لديك.

لن تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك إلا إذا طلبت التغيير.

4. يمكنك التغيير إلى: أي **خطة صحية لبرنامج Medicare** خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك **فترة التسجيل المفتوحة** و**فترة التسجيل المفتوحة لبرنامج Medicare Advantage** أو المواقف الأخرى الموضحة في **القسم E**.	**إليك ما يجب القيام به:** اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي TTY الاتصال على 1-877-486-2048. للاستفسارات عن برنامج المساعدة الشاملة لكبار السن (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 الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا إلى 5 مساءً. (TTY 711). لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، تُرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/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.

خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك

للأسئلة 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 الاثنين إلى الجمعة بدايةً من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 6 مساءً. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-430-7077. اسأل كيف يؤثر الانضمام إلى خطة أخرى أو العودة إلى برنامج Original Medicare في كيفية حصولك على تغطية برنامج Medi-Cal.

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY: 711)، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، تفضل بزيارة (باللغة الإنجليزية) kp.org/medicare.

F. الحصول على مساعدة

F1. خطتنا

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

اقرأ *دليل الأعضاء* الخاص بك

يُعد *دليل الأعضاء* الخاص بك بمنزلة وصف قانوني ومفصل لمزايا خطتنا. ويحتوي على تفاصيل حول المزايا والتكاليف لعام 2027. ويبين الحقوق والقواعد التي يجب اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية التي نغطيها.

سيكون *دليل الأعضاء* لعام 2027 متاحًا بحلول 15 أكتوبر. تتوفر دائمًا نسخة محدثة من *دليل الأعضاء* على موقعنا الإلكتروني kp.org/eocscal. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة لتطلب منا إرسال *دليل الأعضاء* إليك بالبريد لعام 2027.

موقعنا الإلكتروني

يمكنك زيارة موقعنا الإلكتروني على kp.org. للتذكير، يضم موقعنا الإلكتروني أحدث المعلومات المتعلقة بشبكة الصيدليات وموفري الرعاية لدينا *(دليل الصيدليات وموفري الرعاية)* و*قائمة الأدوية* الخاصة بنا *(قائمة الأدوية المشمولة ضمن التغطية)*.

F2. برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP)

يمكنك أيضًا الاتصال ببرنامج الولاية للتأمين الصحي (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). في كاليفورنيا، SHIP باسم برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP). يمكن لمستشاري برنامج HICAP مساعدتك في فهم خيارات خطتك والإجابة عن 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، تُرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

F3. 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 عن 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.

F4. بَرنامج Medicare

للحصول على معلومات مباشرة من Medicare:

- اتصل على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على 1-877-486-2048.
- الدردشة المباشرة على الموقع www.Medicare.gov/talk-to-someone
- يمكنك مراسلة Medicare PO Box 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 الإلكتروني. للحصول على معلومات حول الخطط، يمكنك الرجوع إلى www.medicare.gov والنقر على "Find plans" (البحث عن خطط).

أنت و Medicare لعام 2027

يمكنك قراءة كتيب *أنت و Medicare لعام 2027*. 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 عن الأسئلة الأكثر شيوعًا حول Medicare. ويتوفر هذا الكتيب أيضًا باللغات الإسبانية والصينية والفيتنامية.

إذا لم تكن لديك نسخة من هذا الكتيب، فيمكنك 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 TTY الاتصال على 1-877-486-2048.

F5. دائرة الرعاية الصحية المُدارة في كاليفورنيا

تعتبر دائرة الرعاية الصحية المدارة في كاليفورنيا مسؤولة عن 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 يحظر استخدام إجراء الشكوى أي حقوق قانونية أو تعويضات محتملة قد تكون متاحة لك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في شكوى تتعلق بحالة طارئة أو شكوى لم تقم خطتك الصحية بتسويتها بشكل يرضيك، أو شكوى ظلت من دون حل لأكثر من 30 يومًا، فيمكنك الاتصال بالإدارة طلبًا للمساعدة. قد تكون أيضًا مؤهلاً لإجراء مراجعة طبية مستقلة (Independent Medical Review, IMR). إذا كنت مؤهلاً للحصول على IMR، فإن عملية IMR ستقوم بإجراء مراجعة غير متحيزة للقرارات الطبية التي اتخذتها الخطة الصحية بخصوص الضرورة الطبية لخدمة أو معالجة مقترحة أو قرارات تغطية تكاليف المعالجات التجريبية أو الاستقصائية بطبيعتها وخلافات الدفع مقابل خدمات الطوارئ أو الخدمات العاجلة. يتوفر لدى القسم أيضًا رقم هاتف مجاني (**1-888-466-2219**) وخط TDD (**1-877-688-9891**) للصم والبكم. يحتوي الموقع الإلكتروني للإدارة **www.dmhc.ca.gov** على نماذج شكوى ونماذج IMR وتعليمات عبر الإنترنت.

راجع **الفصل 9**، **القسم F4** من *دليل الأعضاء* للحصول على مزيد من المعلومات.

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY: 711)، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، تفضل بزيارة (باللغة الإنجليزية) kp.org/medicare.

F6. خطة دفع برنامج دفع ثمن أدوية Medicare

تعد خطة دفع ثمن أدوية Medicare خيارًا للدفع قد يساعدك على إدارة التكاليف النثرية للأدوية الخاصة بك المشمولة بالتغطية من قِبل خطتنا عن طريق توزيعها على مدار السنة التقويمية (يناير - ديسمبر) كدفعات شهرية. يمكن لكل شخص لديه خطة أدوية من بَرنامج Medicare أو خطة صحية من بَرنامج Medicare مزودة بتغطية للأدوية (مثل خطة Medicare Advantage مع تغطية الأدوية) استخدام خيار الدفع هذا. إذا كنت مشاركًا في خطة دفع ثمن أدوية Medicare وتظل في الخطة D نفسها، فلن تحتاج إلى القيام بأي شيء لمتابعة المشاركة في 2027. قد يساعدك خيار الدفع هذا على إدارة نفقاتك، لكنه لا يوفر لك المال أو يقلل من إجمالي تكاليف الأدوية النثرية.

تعد "Extra Help" من برنامج Medicare والمساعدة من برنامج الولاية للمساعدات الدوائية (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) في ولايتك وبرنامج المساعدة في الحصول على أدوية الإيدز (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)، بالنسبة إلى أولئك المؤهلين، أكثر فائدة من المشاركة في خطة سداد الوصفات الطبية لبرنامج Medicare وحدها. لمعرفة المزيد عن هذا البرنامج يُرجى الاتصال بنا على رقم الهاتف الموجود أسفل هذه الصفحة أو زيارة الموقع www.medicare.gov.

***بيان الإفصاح عن قانون خفض الأعمال الورقية (Paperwork Reduction Act, PRA)**: بمقتضى قانون خفض الأعمال الورقية لعام 1995، لا يُلزم أي شخص بالرد على جمع المعلومات ما لم تعرض رقم تحكم صالحًا صادرًا عن مكتب شؤون الميزانية والتنظيم (Office of Management and Budget, OMB). رقم التحكم الصادر عن OMB الصالح لجمع هذه المعلومات هو 0938-1444. إذا كانت لديك تعليقات أو مقترحات لتحسين هذا النموذج، فراسلنا على العنوان التالي: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY: 711)، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، تفضل بزيارة (باللغة الإنجليزية) kp.org/medicare.

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، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود على ظهر بطاقة العضوية الخاصة بك.

تقدم مؤسسة Kaiser Permanente الآن طرقًا جديدة لمشاركة معلوماتك الصحية بشكل آمن. تفضل بزيارة ***kp.org/datasharing*** *للتعرف على واجهة برمجة التطبيقات (Application Programming Interface, API) الخاصة بجهات الدفع وواجهة برمجة تطبيقات الوصول للمزودين، بما في ذلك كيفية عملها وكيفية الاشتراك فيها.*

أدلة موفري الرعاية لدى Kaiser Permanente

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 2027 متاحة على الإنترنت اعتبارًا من 15 أكتوبر 2026، وذلك تماشيًا مع متطلبات برنامج Medicare).

للحصول على الدليل عبر البريد، يمكنك الاتصال بنا على الرقم **1-800-443-0815** (TTY **711**)، 7 أيام في الأسبوع، *من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً*

كتيب الأدوية الشامل للجزء "د" من برنامج Medicare لدى Kaiser Permanente (قائمة الأدوية المشمولة)

يسرد كتيب الأدوية لدينا أدوية وصفات الجزء "د" من برنامج Medicare التي نغطيها. يمكن تغيير كتيب الأدوية في أي وقت. سوف يتم إخطارك عند الضرورة. إذا كان لديك سؤال حول الأدوية المشمولة بالتغطية، راجع كتيب الأدوية الإلكتروني الخاص بنا على **kp.org/seniorrx** (ملاحظة: كتيب الأدوية عام 2027 متاح إلكترونيًا اعتبارًا من 15 أكتوبر 2026 وفقًا لمتطلبات برنامج Medicare).

للحصول على كتيب الأدوية عبر البريد، يمكنك الاتصال بنا على الرقم **1-800-443-0815** (TTY **711**)، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً

إثبات التغطية (EOC) لدى Kaiser Permanente

يوضح **إثبات التغطية (Evidence of Coverage, EOC)** كيفية الحصول على الرعاية الصحية والأدوية المشمولة بتغطية خطتنا. يشرح حقوقك ومسؤولياتك، وما يتم تغطيته، وما تدفعه بصفتك عضوًا في Kaiser Permanente. إذا كان لديك سؤال بشأن تغطيتك، يُرجى زيارة **kp.org/eocncal** أو **kp.org/eocscal** للاطلاع على **إثبات التغطية** الخاص بك عبر الإنترنت (ملاحظة: سيكون **إثبات التغطية** لعام 2027 متاحًا على الإنترنت ابتداءً من 15 أكتوبر 2026، وذلك وفقًا لمتطلبات برنامج Medicare).

للحصول على **إثبات تغطية** عبر البريد، يمكنك الاتصال بنا على الرقم **1-800-443-0815** (TTY **711**)، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً

H0524_H8794_00044581AR_C
4383715500_CA_AR
July 2026

KAISER PERMANENTE®

إشعار عدم التمييز

في هذه الوثيقة، تعني كلمة "نحن" أو "لنا" أو "لدينا" شركة Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc.، Kaiser Foundation Hospitals، The Permanente Medical Group, Inc. و Southern California Medical Group). يتوفر هذا الإشعار على موقعنا لإلكتروني 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 في الوقت المناسب:

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

إذا كنت بحاجة إلى تلك الخدمات، فاتصل مع قسم خدمات الأعضاء لدينا على الأرقام أدناه. المكالمة 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 تظلُّم إلى Kaiser Permanente

يمكنك تقديم تظلم ضد التمييز إلينا 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 *دليل التغطية (Evidence of Coverage) أو شهادة التأمين* للحصول على التفاصيل. 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:** املأ 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 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 إدارة خدمات الرعاية الصحية (Department of Health Care Services, DHCS) للحقوق المدنية على الرقم **916-440-7370** (**711** TTY)
- **عن طريق البريد:** املأ نموذج شكوى أو أرسل رسالةً إلى:

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

تتوفر نماذج الشكاوى الخاصة بمكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا 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** (**711** TTY 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

تتوفر نماذج الشكاوى الخاصة بمكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية 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