

2026
ملخص المزايا

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO DSNP)

California H5649-009-000
الخدمة: Ventura مقاطعة

يسري من 1 يناير حتى 31 ديسمبر، 2026

Central Health Medi-Medi Plan II

نشكرك على اختيار Molina Healthcare! يستحق الجميع رعاية عالية الجودة. منذ عام 1980 وأعضاؤنا يعتمدون على اليوم، كما هي الحال دائمًا، نضع احتياجاتك في المقام الأول.

لا يشتمل هذا المستند على كافة المزايا والخدمات التي نغطيها أو كافة الاستثناءات أو الاستبعادات. للحصول على قائمة كاملة بالخدمات، يرجى الرجوع إلى دليل التغطية (EOC). تتوفر نسخة من EOC عبر موقعنا الإلكتروني على MolinaHealthcare.com/Medicare. يمكنك أيضًا الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 711 TTY (866) 314-2427 أو 711 TTY وسوف نرسل إليك نسخة بالبريد.

للانضمام إلى خطتنا، يجب أن تكون مؤهلاً للحصول على Medicare Part A، وأن تكون مسجلاً في Medicare Part B و Medicaid من California Department of Health Care Services، وأن تعيش في منطقة خدماتنا. تشمل منطقة الخدمات الخاصة بنا المقاطعات التالية في California مقاطعة Ventura.

لدى Molina شبكة من الأطباء والمستشفيات والصيدليات وviders ومقدمي الخدمات غير المدرجين في شبكتنا، فقد لا نسدد مقابل هذه الخدمات، باستثناء في حالات الطوارئ. إذا كنت ترغب في مقارنة خطتنا مع خطط Medicare الأخرى، فاستفسر من الخطط الأخرى عن ملخص المزايا الخاص بهم أو استخدم Medicare Plan Finder عبر الموقع الإلكتروني [.medicare.gov](http://medicare.gov)

لتعرف على تغطية وتكليف Original Medicare، يمكنك البحث في كتيب "Medicare & You". يمكنك مطالعته عبر الإنترنت من خلال medicare.gov أو الحصول على نسخة منه من خلال الاتصال على **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. إذا كانت لديك أية أسئلة، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **711 TTY (866) 314-2427**، على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 a.m. حتى 8 p.m. حسب التوقيت المحلي.

نبذة عن Medicare

Medicare هي شركة تأمين لمن تبلغ أعمارهم 65 عاماً فأكثر أو لمن تقل أعمارهم عن 65 عاماً ممن يعانون من إعاقات محددة. Original Medicare هو أحد برامج التأمين الصحي الفيدرالية. يُسدد البرنامج مقابل حصولك على الرعاية مباشرةً إلى الأطباء والمستشفيات التي تزورها. لا يغطي Original Medicare معظم الرعاية الوقائية ويوفر النفقات التثريية غير المتوقعة.

Medicare Part A (تأمين المستشفى) يغطي الرعاية للمرضى الداخلين في المستشفيات، ومرافق التمريض الماهرة، ورعاية الم توفين، وبعض خدمات الرعاية الصحية المنزلية.



Medicare Part B (التأمين الطبي) يغطي خدمات أطباء محددة، ورعاية المرضى الخارجيين، والمستلزمات الطبية، والخدمات الوقائية.



Original Medicare هو بديل شامل لبرنامج Medicare Advantage. تشمل خطط Medicare Advantage الأجزاء A و B و عادة الجزء D. قد توفر بعض خطط Medicare Advantage تكاليف نثرية أقل من Original Medicare وقد تغطي مزايا إضافية لا تطبيقها Original Medicare - مثل رعاية الأسنان أو البصر أو السمع. تدفع Medicare رسوماً ثابتة للخطة من أجل تقديم الرعاية لك، ثم تدفع الخطة مباشرةً إلى الأطباء والمستشفيات. لدى Medicare Advantage نفقات نثرية متوقعة وتتوفر رعاية وقائية فضلاً عن خدمات تنسيق الرعاية.

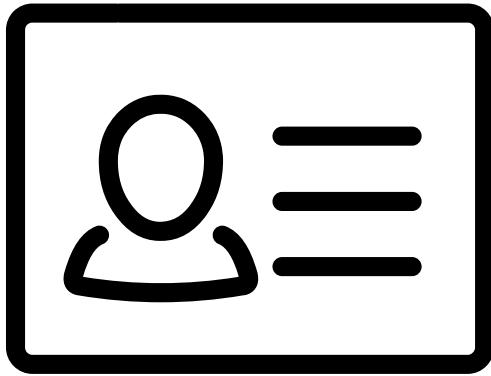


Medicare Part D (تغطية الأدوية الموصوفة) يساعدك على سداد تكلفة الأدوية التي تحصل عليها من صيدلية.



فئات تغطية الأهلية المزدوجة لبرنامج Medicaid

- **Qualified Medicare Beneficiary Plus (QMB+)** : يدفع برنامج Medicaid أقساط Medicare Part A بالإضافة إلى الخصومات، والتأمين المشترك، والمدفوعات المشتركة. تحصل على تغطية Medicare Part B لمنطقة التكفلة في Medicare وستكون مؤهلاً للحصول على مزايا Medicaid الكاملة.
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus (SLMB+)** : تدفع Medicaid قسط الجزء B من برنامج Medicare وتتوفر مزايا Medicaid الكاملة.
- **Full-Benefit Dual Eligible (FBDE)** : في بعض الأوقات، قد يتأهل الأفراد لكل من التغطية المحدودة لمنطقة التكفلة في برنامج Medicaid إلى جانب مزايا Medicare الكاملة.



التغييرات في الأهلية:

من المهم القراءة والرد على كافة الرسائل البريدية القادمة من الضمان الاجتماعي ومكتب Medicaid التابع للولاية حتى يمكنك حماية حسابك من التكفة بقيمة \$0 كمية كاملة ومستفيد مؤهل بشكل مزدوج.

وسوف تقوم دورياً من وقت لآخر، بحسب ما تطلبه CMS، بفحص حالة أهليتك لبرنامج Medicaid إلى جانب فئة أهليتك المزدوجة. في حال خسارتك لتغطية Medicaid كلية، فسوف تحصل على مهلة بحيث يمكنك إعادة التقدم بطلب لبرنامج Medicaid.

إذا لم تعد مؤهلاً للحصول على الميزة كاملة وكمستفيد مؤهل بشكل مزدوج، فقد يتم إلغاء تسجيلك طواعية من الخطة بعد فترة السماح. سوف ترسل وكالة Medicaid التابعة للولاية إخطاراً بخسارة برنامج Medicaid أو بحدوث تغيير في فئة Medicaid. يمكنك كذلك الاتصال بك لتنذيرك بإعادة التقدم للحصول على خدمات Medicaid للحصول على الميزة كاملة وكمستفيد مؤهل بشكل مزدوج. ولهذا السبب، من المهم إخبارنا متى تغير عنوان المراسلات البريدية و/أو رقمك الهاتفي.

Central Health Medi-Medi Plan II

\$0 شهرياً

القسط الشهري

إذا حصلت على "مساعدة إضافية" (Extra Help) من Medicare، فسيكون قسط الخطة الشهري أقل أو قد لا تدفع شيئاً.



تدفع مستقطعات طبية بقيمة \$0 كل سنة.

المستقطعات الطبية



\$9,250 سنوياً نظير الخدمات التي تحصل عليها من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة. (لا تشمل على الأدوية الموصوفة)

الحد الأقصى للمسؤولية عن
النفقات النثرية



هل لديك استفسارات؟ يرجى الاتصال بخطة Central Health Plan على الرقم 314-2427، (866)، ولمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711.

Central Health Medi-Medi Plan II

مستشفي المرضى الداخليين

تدفع \$0 للأيام 1-90 من الإقامة في المستشفى لكل فترة مizza. تغطي خطتنا أيضًا 60 يومًا احتياطًا مدى الحياة. هذه أيام “إضافية” تغطيها. إذا كانت إقامتك في المستشفى أطول من 90 يومًا لكل فترة فائدة، فيمكنك استخدام هذه الأيام الإضافية. ولكن بمجرد استنفاد هذه الـ 60 يومًا الإضافية، ستقتصر تغطية المستشفى للمرضى الداخليين على 90 يومًا لكل فترة فائدة.



قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.

مستشفي المرضى الخارجيين

\$0 مدفوعات مشتركة لكل زيارة

قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.



مركز الجراحة الإسعافية

\$0 مدفوعات مشتركة لكل زيارة

قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.



زيارات الطبيب

الرعاية الأولية

\$0 لكل زيارة



الأخصائيون

\$0 لكل زيارة

الرعاية الوقائية

\$0 مدفوعات مشتركة

انظر إلى الصفوف التي تتضمن رمز التقاحة في الفصل 4 “مخطط المزايا الطبية” في دليل التغطية. وسوف تكون أي خدمات وقائية إضافية معتمدة من Medicare خلال سنة الخطة مشمولة بالتغطية.



Central Health Medi-Medi Plan II

الرعاية في حالات الطوارئ \$0 مدفوعات مشتركة



الخدمات العاجلة \$0 مدفوعات مشتركة



التصوير / الاختبارات والإجراءات التشخيصية \$0 مدفوعات مشتركة



الخدمات المعملية \$0 مدفوعات مشتركة

خدمات التشخيص بالأشعة (مثل التصوير بالرنين المغناطيسي [MRI]، والتصوير المقطعي المحوسب [CT]) \$0 مدفوعات مشتركة

الأشعة السينية للمرضى الخارجيين \$0 مدفوعات مشتركة

علم الأشعة العلاجية \$0 مدفوعات مشتركة

قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة للحصول على بعض الخدمات.

لا يلزم الحصول على موافقة للحصول على خدمات المختبرات وخدمات الأشعة السينية لمرضى العيادات الخارجية. يتطلب الاختبار الجيني المعملي الحصول على موافقة مسبقة.

Central Health Medi-Medi Plan II

خدمات السمع

Medicare فحوصات السمع والتوازن التشخيصية الخاصة لتغطية
\$0 مدفوعات مشتركة لمرة 1 كل عام



الفحص الروتيني للعين

\$0 مدفوعات مشتركة لمرة 1 كل عام

تركيب/تقييم أجهزة المساعدة السمعية
\$0 مدفوعات مشتركة لمرة 1 كل عام

أجهزة المساعدة على السمع

\$0 مدفوعات مشتركة

تغطي خطتنا ما يصل إلى 2 من أجهزة المساعدة السمعية من مقدم خدمات معتمد من الخطة كل عامين.

خدمات طب الأسنان

Medicare خدمات طب الأسنان المغطاة ببرنامج

\$0 مدفوعات مشتركة



Central Health Medi-Medi Plan II

خدمات رعاية النظر الخاصة لتنعفية Medicare

خدمات رعاية النظر

٦٥

- فحص النظر لتشخيص/علاج أمراض العين (بما في ذلك فحص الجلوكوما السنوي): \$٥٠ مدفوعات مشتركة
- النظارات أو العدسات اللاصقة بعد جراحة الساد: \$٥٠ مدفوعات مشتركة

لقد عقدنا شراكة مع أحد موفري خدمات النظر لنمنحك قيمة أكبر لاحتياجات النظر الروتينية!

تشمل خدمات رعاية النظر التكميلية المشمولة بالتنعفية ما يلي وذلك على سبيل المثال لا الحصر:

وتتضمن التغطية:

- فحص روتيني واحد على العين كل عام؛
- بدل النظارات

يمكنك استخدام بدل النظارات الخاص بك الذي يبلغ \$٣٠٠ لشراء:

- العدسات اللاصقة*
- النظارات (العدسات والإطارات)
- النظارات - العدسات و/أو الإطارات
- الترقيات (مثل العدسات الملونة، U-L أو المستقطبة أو الضوئية).

*إذا اخترت العدسات اللاصقة، فيمكنك أيضًا استخدام بدل النظارات الخاص بك لسداد رسوم تركيب العدسات اللاصقة بالكامل أو جزء منها.

وعليك أن تدفع ثمن أي نظارات تصحيحية تتجاوز الحد المسموح به لبدل نظاراتك في الخطة.

\$٥٠ مدفوعات مشتركة لإجراء عدد ١ فحص روتيني للعين (وانكسار الضوء) للنظارات كل سنة تقويمية.

خدمات الصحة النفسية



زيارة المريض الداخلي

تدفع \$0 للأيام 1 - 90 لإقامة المرضى الداخليين في المستشفى.

هناك حد لمنحة 190 يوماً على مدار الحياة لرعاية المرضى النفسيين في المستشفى. ولا يسري حد رعاية المرضى الداخليين في المستشفيات هذا على الخدمات العقلية للمرضى الداخليين المقدمة في مستشفى عام.

تعطي خطتنا أيضاً 60 "يوماً احتياطياً مدى الحياة". هذه أيام "إضافية" نعطيها. إذا كانت إقامتك في المستشفى تزيد عن 90 يوماً، فيمكنك استخدام هذه الأيام الإضافية. ولكن بمجرد استنفاد هذه الأيام الـ 60 الإضافية، ستفتقر تغطية المرضى الداخليين في المستشفى على 90 يوماً.

قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

الزيارة العلاجية لفرد/مجموعة من المرضى الخارجيين

\$0 مدفوعات مشتركة

مرفق الرعاية الماهرة



تدفع \$0 للأيام 1-100 من الإقامة في مرافق الرعاية التمريضية الماهرة.

لا تلزم الإقامة المسبقة في المستشفى.

قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.

العلاج الطبيعي



العلاج الطبيعي وعلاج التخاطب

\$0 مدفوعات مشتركة

قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

إعادة التأهيل القلبي والرئوي

\$0 مدفوعات مشتركة

قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

الخدمات العلاجية المهنية

\$0 مدفوعات مشتركة

قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

الإسعاف



\$0 مدفوعات مشتركة

ويلزم الحصول على موافقة مسبقة لطلب الإسعاف في الحالات غير الطارئة فقط.

Central Health Medi-Medi Plan II

الانتقال



\$0 مدفوعات مشتركة

48 رحلة في اتجاه واحد كل سنة للأماكن المعتمدة من الخطة

قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

Medicare Part B أدوية

أدوية العلاج الكيميائي/
الإشعاعي وأدوية الجزء B
الأخرى

واعتماداً على مستوى تغطية Medicaid لديك، سوف تدفع \$0 مدفوعات مشتركة أو 20% من التكلفة.

قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

قد يلزم الحصول على العلاج التدريجي لأدوية معينة.

هل لديك استفسارات؟ يرجى الاتصال بخطة Central Health Plan على الرقم 314-2427 (866)، ولمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711.

صيدلية بيع بالتجزئة قياسية وصيدلية الطلب البريدي

اعتماداً على دخلك ووضعك المؤسسي، فإنك تدفع ما يلي:

بالنسبة للأدوية العامة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية التي يتم التعامل معها على أنها أدوية عامة):

- \$0 مدفوعات مشتركة؛ \$1.60 مدفوعات مشتركة؛ \$4.00 مدفوعات مشتركة؛ \$5.10 مدفوعات مشتركة

لكلة الأدوية الأخرى:

- \$0 مدفوعات مشتركة؛ \$4.90 مدفوعات مشتركة؛ \$12.65 مدفوعات مشتركة

قد تختلف مبالغ المشاركة في الدفع الخاصة بالأدوية بناءً على مستوى المساعدة الإضافية (Extra Help) التي تحصل عليها. يرجى الاتصال بالخطة للتعرف على المزيد من التفاصيل.

مراحل التغطية

المرحلة 1: المستقطعات

يبلغ مقدار المبلغ المستقطع \$250. أثناء هذه المرحلة، ستدفع \$0 تفاصيل تكاليف عن الأدوية ضمن المستويات 1 و 6، والتكلفة المعمول بها للأدوية من المستويات 2، 3، 4، 5 وصولاً إلى مبلغ الاستقطاع السنوي.

المرحلة 2: التغطية الأولية

تبدأ هذه المرحلة عند صرف الوصفة الطبية الأولى للعام. خلال هذه المرحلة، تدفع الخطبة حصتها من تكلفة أدوينك وتدفع أنت حصتك من التكالفة. تظل في هذه المرحلة حتى يصل إجمالي التكاليف السنوية المدفوعة إلى \$2,100.

إذا كنت تقيم في مرفق للرعاية طويلة الأمد، فإنك تدفع نفس ما تدفعه في صيدلية البيع بالتجزئة. قد تحصل على الأدوية من صيدلية غير تابعة للشبكة بنفس تكالفة حصولك عليها من صيدلية داخل الشبكة.

المرحلة 3: التغطية القصوى

بعد أن يصل إجمالي التكاليف السنوية المدفوعة (بما في ذلك الأدوية التي يتم شراؤها من خلال صيدلية و/أو من خلال خدمة الطلب عبر البريد) إلى \$2,100، تدفع الخطبة كافة تكاليف الأدوية.

Central Health Medi-Medi Plan II

العلاج بالإبر الخاضع للتغطية Medicare

العلاج بالإبر
\$0 مدفوعات مشتركة

يخضع ما يصل إلى 12 زيارة خلال 90 يوماً للتغطية لعلاج الألم المزمن أسفل الظهر. يخضع ما يصل إلى ثمانى جلسات إضافية للتغطية خلال نفس العام للمرضى الذين تظهر عليهم تحسينات.



العلاج بالإبر الروتيني

العلاج بالإبر الروتيني
\$0 مدفوعات مشتركة

تغطي خطتنا خدمات العلاج بالإبر (التمكيلية) الروتينية غير المحدودة كل عام.

ستدفع \$0 مدفوعات مشتركة مقابل بعض خدمات الرعاية الصحية عن بعد بما في ذلك:

خدمات الرعاية الصحية الإضافية عن بعد



- خدمات إعادة تأهيل القلب
- خدمات طبيب الرعاية الأولية
- خدمات تقويم العمود الفقري
- خدمات العلاج الوظيفي
- خدمات الطبيب الأخصائي
- جلسات فردية لخدمات الصحة النفسية المتخصصة
- جلسات جماعية لخدمات الصحة النفسية المتخصصة
- خدمات طب الأقدام
- أصحابي الرعاية الصحية الآخرون
- جلسات فردية لخدمات الطب النفسي
- جلسات جماعية لخدمات الطب النفسي
- خدمات العلاج الطبيعي وأمراض النطق واللغة
- خدمات برامج العلاج من تعاطي المواد الأفيونية
- جلسات فردية للمرضى الخارجيين لعلاج تعاطي المخدرات
- جلسات جماعية للمرضى الخارجيين لعلاج تعاطي المخدرات

الفحص البدني السنوي



رعاية تقويم العمود الفقري

خدمات تقويم العمود الفقري الخاضعة للتغطية Medicare

\$0 مدفوعات مشتركة

علاج العمود الفقري لتصحيح الخلع الجزئي (عندما تتحرك عظمة واحدة أو أكثر من العمود الفقري خارج موضعها).



Central Health Medi-Medi Plan II

غضيل الكلى \$0 مدفوعات مشتركة

غضيل الكلى



مizza اللياقة البدنية \$0 مدفوعات مشتركة



نتيج Silver&Fit للأعضاء الوصول إلى مراقب اللياقة ومجموعات اللياقة المنزلية الخاضعة للتعاقد للأعضاء الذين يفضلون ممارسة التمارين في المنزل أو أثناء السفر.

رعاية الأقدام
(طب الأقدام) \$0 مدفوعات مشتركة



فحوصات وعلاج الأقدام إذا كنت تعاني من انهيار عصبي مرتبط بالسكري و/أو عند استيفاء حالات محددة.

قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

التنقيف الصحي \$0 مدفوعات مشتركة



برامج تساعدك في تعلم كيفية إدارة ظروفك الصحية، بما في ذلك التنقيف الصحي ومواد التعلم والنصائح الصحية ونصائح الرعاية.

الرعاية الصحية المنزلية \$0 مدفوعات مشتركة



قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

مizza الوجبات \$0 مدفوعات مشتركة



يتم تقديم الوجبات فوراً بعد كل عملية جراحية أو دخول المريض إلى المستشفى، أو لتشخيص COVID أو عند الاحتجاز في الحجر الصحي المنزلي بسبب التعرض لـ COVID الذي يتطلب منك البقاء في المنزل لفترة من الوقت. سوف تدفع \$0 مدفوعات مشتركة مقابل 2 وجبات يومياً لمدة 14 يوماً. يمكن استخدام هذه المizza حتى 4 في السنة (بإجمالي 112 وجبة).

قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

ملخص المزايا الأخرى (تتمة)

Central Health Medi-Medi Plan II

المستلزمات والمعدات الطبية المعدات الطبية المعمرة (مثل الكراسي المتحركة، والأوكسجين)

٠\$ مدفوعات مشتركة



الأطراف الاصطناعية/المستلزمات الطبية

٠\$ مدفوعات مشتركة

إمدادات وخدمات مرض السكري

٠\$ مدفوعات مشتركة

قد يتلزم الحصول على بعض الأجهزة الطبية المعمرة والأطراف الاصطناعية/المستلزمات الطبية ومستلزمات داء السكري وجود موافقة مسبقة.

يلزم الحصول على موافقة مسبقة لأحذية مرضي السكري والتركيبات.

لا يلزم الحصول على موافقة مسبقة من الشركة المصنعة المفضلة.

خط استشارات الممرضات
على مدار 24 ساعة



متاح على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.

Opioid Treatment Program



٠\$ مدفوعات مشتركة

يشترط الحصول على موافقة مسبقة للتقطية الدواء.

خدمات الدم للمرضى الخارجيين*



٠\$ مدفوعات مشتركة

تم التنازل عن الاستقطاعات بقيمة 3 بنتات

٠\$ مدفوعات مشتركة

زيارات العلاج الفردية أو الجماعية

المرضى الخارجيون الذين يتعاطون المخدرات



قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

Central Health Medi-Medi Plan II

البنود التي تصرف بدون
وصفة طبية



\$0 مدفوعات مشتركة
سوف تحصل على بطاقة خصم MyChoice الممولة مسبقاً مع بدل ربع سنوي قدره \$320 للعناصر
التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC).

تم تغطية أجهزة المساعدة السمعية التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC) وإدراجها في بدل الأدوية التي
تصرف بدون وصفة طبية (OTC) المجمع.

يرجى الاطلاع على قسم بطاقة الخصم الممولة مسبقاً (بطاقة MyChoice) للحصول على قائمة كاملة
بالمزايا والخدمات المدرجة في البدل المجمع.

نظام الاستجابة للطوارئ
(PERS) الشخصية



سوف توفر لك استشارات داخل المنزل لإخبار الأشخاص المعنيين في حالة الطوارئ (مثل السقوط) متى
كان ذلك معتمداً.

يلزم مراجعة إدارة الحالات (Case Management).
قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.

الرعاية في حالات الطوارئ
والرعاية العاجلة على مستوى
العالم



\$0 مدفوعات مشتركة
سوف تحصل على بدل شهري قدره \$320 على بطاقة الخصم الممولة مسبقاً التي يمكن استخدامها
للحصول على مزايا الخطة التكميلية مثل:

- البنود التي تصرف بدون وصفة طبية



بطاقة الخصم الممولة مسبقاً
(بطاقة MyChoice)

لديك بدل شهري منفصل قدره \$200 للأغذية والمنتجات*
يتم تحويل الأموال إلى البطاقة بشكل شهري. في نهاية كل شهر، لن يتم ترحيل الأموال المخصصة غير
المستخدمة إلى الشهر التالي أو سنة الخطة التالية.

*تسري متطلبات الأهلية

Central Health Medi-Medi Plan II

\$0 مدفوعات مشتركة

المزايا الإضافية الخاصة
للأمراض المزمنة

سوف تحصل على بدل شهري قدره \$200 على بطاقة الخصم الممولة مسبقاً (بطاقة MyChoice) التي يمكن استخدامها للحصول على مزايا الخطة التكميلية مثل:



- الأغذية والمنتجات

يرجى الاطلاع على قسم بطاقة الخصم الممولة مسبقاً (بطاقة MyChoice) للحصول على قائمة كاملة بالمزايا والخدمات المدرجة في البدل المجمع. لا ينتقل البدل غير المستخدم إلى الشهر التالي.

قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

يجب على الأعضاء الوفاء بالمعايير الموضحة في الفصل 4 من دليل التغطية.

ملخص مزايا Medicaid المغطاة

ما هي الخدمات المشمولة
يوضح الرسم البياني أدناه الخدمات التي يغطيها Medicaid وMedicare. سترى كلمة "مغطاة" أسفل عمود Medicaid إذا كان Medicaid يغطي كذلك خدمة مشمولة بالتجطية ضمن خطة Central Health Medi-Medi Plan II Plan. لا يسري هذا المخطط إلا إذا كان لك الحق في الحصول على مزايا بمحج برنامح Medicaid التابع للولاية. تتبادر حصة التكلفة استناداً إلى فئة Medicaid.

Medi-Cal	Central Health Medi-Medi Plan II	الميزة
معلومات هامة		

قد تتبادر مساعدة Medicaid مع مدفوعات الأقساط ومشاركة التكاليف استناداً إلى مستوى أهليتك لبرنامج Medicaid.

معلومات عامة
٥٠ قسط شهري للخطة
داخل الشبكة
٩,٢٥٠ حد أقصى لتكاليف الخدمات المغطاة من قبل Medicare.

الأقساط ومعلومات هامة أخرى
إذا حصلت على مساعدة إضافية (Extra) من Medicare، فسوف يكون قسط الخطة الشهري أقل أو قد لا تدفع شيئاً.

غير أنه في هذه الخطة، لن تتحمل مسؤولية عن أي مشاركة في التكاليف نظير الخدمات المغطاة بتغطية Medicare استناداً إلى مستوى أهليتك لبرنامج Medicaid.

يجب أن تتوجه إلى الأطباء والأخصائيين والمستشفيات التي تتعاون مع Medicaid الإحالة مطلوبة للأخصائيين في الشبكة (بعض المزايا المحددة).

داخل الشبكة
يجب أن تتوجه إلى الأطباء والأخصائيين والمستشفيات داخل الشبكة.

اختيار الأطباء والمستشفيات
(لمزيد من المعلومات، يرجى مطالعة الرعاية في حالات الطوارئ والرعاية الضرورية العاجلة).

خدمات رعاية المرضى الخارجيين

العلاج بالإبر	تغطية محدودة	داخل الشبكة	يجب أن تتوجه إلى الأطباء والأخصائيين والمستشفيات داخل الشبكة.	خدمات رعاية المرضى الخارجيين
مغطاة قد تسرى القبود	مغطاة مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية (يجب أن تكون ضرورية من الناحية الطبية)
خدمات الإسعاف (يجب أن تكون ضرورية من الناحية الطبية)				

هل لديك استفسارات؟ يرجى الاتصال بخطة Central Health Plan على الرقم 314-2427، (866)، ولمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711.

Medi-Cal	Central Health Medi-Medi Plan II	الميزة
خدمات رعاية المرضى الخارجيين (تممة)		
مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية	خدمات إعادة تأهيل القلب والرئة
مشمولة في التغطية قد تسرى القиود	تغطية محدودة	خدمات تقويم العمود الفقري
مشمولة في التغطية قد تسرى القيود	مغطاة	خدمات طب الأسنان
مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية	برامج ومستلزمات داء السكري
مشمولة في التغطية قد تسرى القيود	مشمولة في التغطية	الاختبارات التشخيصية، والأشعة السينية، والخدمات العملية، وخدمات الأشعة
مشمولة في التغطية قد تسرى القيود	مشمولة في التغطية	خدمات غسيل الكلى
مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية	الزيارات لعيادات الأطباء
مشمولة في التغطية قد تسرى القيود	مشمولة في التغطية	الأجهزة الطبية المعمرة (تشمل الكراسي المتحركة والأكسجين وما إلى ذلك)
مشمولة في التغطية	مغطاة	الرعاية في حالات الطوارئ
مشمولة في التغطية قد تسرى القيود	مشمولة في التغطية	خدمات السمع

ملخص المزايا المغطاة بـMedicaid (تمهـة)

Medi-Cal	Central Health Medi-Medi Plan II	الميزة
خدمات رعاية المرضى الخارجيين (تمهـة)		
مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية	خدمة الصحة المنزلية (تشمل الرعاية الماهرة المتقطعة الضرورية من الناحية الطبية، وخدمات المساعدات الصحية المنزلية، وخدمات إعادة التأهيل، إلخ)
مشمولة في التغطية قد تسرى القيد	مشمولة في التغطية	الرعاية الصحية العقلية للمرضى الخارجيين
مشمولة في التغطية قد تسرى القيد	مشمولة في التغطية	خدمات إعادة التأهيل لمرضى العيادات الخارجية (العلاج الوظيفي والعلاج الطبيعي وعلاج التخاطب واللغة)
مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية	خدمات المرضى الخارجيين
مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية	الرعاية في حالات تعاطي المخدرات للمرضى الخارجيين
غير مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية	البنود التي تصرف بدون وصفة طبية
مشمولة في التغطية قد تسرى القيد	مشمولة في التغطية	خدمات طب الأقدام
غير مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية	الأجهزة التعويضية (بما في ذلك الدعامات، والأطراف الصناعية، والعيون، إلخ)
مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية	خدمات النقل الطبية (الروتينية)

هل لديك استفسارات؟ يرجى الاتصال بخطة Central Health Plan على الرقم 314-2427، (866)، ولمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711.

Medi-Cal	Central Health Medi-Medi Plan II	الميزة
----------	-------------------------------------	--------

خدمات رعاية المرضى الخارجيين (تنمية)

غير مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية	الخدمات العاجلة (هذه ليست رعاية في حالات الطوارئ، وتكون في معظم الحالات خارج منطقة الخدمة).
مشمولة في التغطية قد تسرى القيد	مشمولة في التغطية	خدمات رعاية النظر
غير مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية	برامج الرفاهية/التنقيف والمزايا التكميلية الأخرى

رعاية المرضى الداخليين

مشمولة في التغطية قد تسرى القيد	مشمولة في التغطية	رعاية المرضى الداخليين في المستشفى (بما في ذلك خدمات تعاطي المخدرات وخدمات إعادة التأهيل)
غير مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية	الرعاية الصحية النفسية للمرضى الداخليين
مشمولة في التغطية قد تسرى القيد	مشمولة في التغطية	مرفق رعاية ماهرة (SNF) (في مرفق رعاية ماهرة معتمد من (Medicare

الخدمات الوقائية

مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية	التنقيف الصحي/الرفاهية
مشمولة في التغطية قد تسرى القيد	مشمولة في التغطية	أمراض وحالات الكلى
مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية	الخدمات الوقائية

ملخص المزايا التي يغطيها برنامج Medicaid (يتبع)

Medi-Cal	Central Health Medi-Medi Plan II	الميزة
مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية	رعاية المحتضرين
مشمولة في التغطية قد تسرى القيود	مشمولة في التغطية	رعاية المحتضرين
مزايا الأدوية الموصوفة		
مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية	الأدوية الموصوفة للمرضى الخارجيين

هل لديك استفسارات؟ يرجى الاتصال بخطة Central Health Plan على الرقم 314-2427 (866)، ولمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711.

بالنسبة للأعضاء الذين يحق لهم الحصول على المزايا الكاملة بموجب برنامج Medicaid، يرد فيما يلي مزايا إضافية قد يكون العضو مستحقاً لها. وهذه عبارة عن مزايا Medicaid إضافية مشمولة بتغطية برنامج Medicaid التابع للولاية لكنها قد لا تكون مشمولة بتغطية خطة :Central Health Medi-Medi Plan II Plan

مزايا MEDICAID إضافية	
MEDI-CAL	المزايا
مشمولة في التغطية قد تسرى القيود	AIDS Waiver Program
مغطاة	الدم ومشتقات الدم
مشمولة في التغطية قد تسرى القيود	خدمات غسيل الكلى
مغطاة	خدمات البالغين المجتمعية (CBAS)
مغطاة	Comprehensive Perinatal Services Program (الخدمات الوقائية)
مغطاة	الفحص والتشخيص والعلاج المبكر والدوري (EPSDT)
مغطاة	الحليب الصناعي
مغطاة	ممارس تمريض الأسرة
مغطاة	خدمات ومستلزمات تنظيم الأسرة
مغطاة	خدمات المركز الطبي المؤهل فيدرالي (FQHC)
مغطاة	الرعاية المنزلية والمجتمعية لكبر السن ذوي الإعاقة الحركية (للإعفاء فقط)
مغطاة	مرفق رعاية متوسطة
مغطاة	خدمات القابلة المرخصة

ملخص المزايا التي يغطيها برنامج Medicaid (يتبع)

مزايا MEDICAID إضافية		المزايا
MEDI-CAL	تغطية	المزايا
مغطاة		خدمات ممرضة التخدير
مغطاة		ممرضة قابلة
مشمولة في التغطية قد تسرى القيود		خدمات الرعاية الشخصية
مشمولة في التغطية قد تسرى القيود		الخدمات النفسية
مغطاة		مرافق إعادة التأهيل
مشمولة في التغطية		الرعاية التنفسية للمرضى المعتمدين على أجهزة التنفس الصناعي
مغطاة		خدمات العيادة الصحية الريفية (RHC)
مغطاة		خدمات التمريض ذات المهام الخاصة
مغطاة		خدمات مترجم لغة الإشارة
مغطاة		زرع الأعضاء

هل لديك استفسارات؟ يرجى الاتصال بخطة Central Health Plan على الرقم 314-2427 (866)، ولمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711.

**أضاف التشريع الذي تم إقراره مؤخرًا القسم 14131.10 من قانون الرعاية والمؤسسات (W&I Code) لاستبعاد العديد من فئات المزايا الاختيارية من التغطية بموجب برنامج Medi-Cal الذي بدأ سريانه في 1 يوليو 2009. يتم استبعاد المزايا الاختيارية المشار إليها من التغطية بموجب برنامج Cal-Medi-Cal، اعتبارًا من 1 يوليو 2009. لا تتطبق سياسة استبعاد المزايا الاختيارية على المستفيدين التاليين: (1) المستفيدين من تقل أعمارهم عن 21 عامًا فيما يتعلق بالخدمات المقدمة بموجب برنامج EPSDT؛ (2) المستفيدين المقيمين في مرفق للرعاية الماهرة (مرافق الرعاية من المستوى A والمستوى B، بما في ذلك مراقب الرعاية شبه الحادة؛ (3) المستفيدات من الحوامل (المزايا والخدمات المتعلقة بالحمل؛ والمزايا والخدمات الأخرى لعلاج الحالات التي قد تسبب صعوبات في الحمل حال تركها دون علاج)؛ (4) المستفيدون من California Children's Services Program of All-Inclusive Care for the Elderly. تظل معظم المطالبات المتعلقة بخدمات المزايا الاختيارية المستباعدة التي تتم فوترة من قبل طبيب أو مجموعة أطباء قبلة للسداد في 1 يوليو 2009 أو بعد ذلك ومع ذلك، سيتم رفض هذه المطالبات إذا لم يكن مقدم الخدمة طبيباً، ولكنه أحد مقدمي الخدمات الاختياريين. تتوفر المزيد من المعلومات حول المزايا والخدمات المحفوظة المتأثرة بهذا التشريع الجديد عبر موقع California Department of Health Care Services الإلكتروني www.dhcs.ca.gov

مسرد المصطلحات

التأمين المشترك

النسبة المئوية التي تدفعها باعتبارها حصتك من التكلفة نظير الخدمات الطبية للأدوية الموصوفة. على سبيل المثال، إذا كان لديك تأمين مشترك بنسبة 20 بالمائة، فإنك تدفع 20 بالمائة من تكلفة فاتورتك الطبية.

المدفوعات المشتركة

البلغ الثابت الذي تدفعه باعتباره يمثل حصتك من تكلفة خدمات أو مستلزمات طبية. على سبيل المثال، قد تكون لديك نسبة مشاركة في الدفع تبلغ \$20 في كل مرة تزور فيها طبيب الرعاية الأولية.

المستقطعات

المبلغ الذي تدفعه لخدمات الرعاية الصحية أو الوصفات الطبية قبل أن يبدأ التأمين في الدفع.

Extra Help

هو أحد برامج Medicare لمساعدة الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على دفع تكاليف برنامج الأدوية الموصوفة، مثل الأقساط والمستقطعات والتأمين المشترك.

الرعاية طويلة الأمد

الخدمات والدعم للأشخاص الذين لا يستطيعون القيام بالأنشطة الأساسية للحياة اليومية، مثل ارتداء الملابس والاستحمام. لا تدفع Medicare ومعظم خطط التأمين الصحي مقابل الرعاية طويلة الأمد.

Medicaid

برنامج تبع الولاية أو فيدرالي يقدم التغطية الصحية لأصحاب الدخل المنخفض.

Medicare Advantage

يُعرف كذلك باسم الجزء C. وهو نوع من خطط Medicare التي توفرها شركة خاصة معتمدة من Medicare. خطة Advantage هي بديل لـ Original Medicare. وهي توفر كافة مزايا الجزء A والجزء B وتقدم غالباً مزايا إضافية، مثل رعاية الأسنان ورعاية النظر.

Original Medicare

Medicare Part A (تأمين المستشفى) و Part B (التأمين الطبي). يحصل معظم الناس على هذا التأمين لدى بلوغهم سن 65 عاماً. تدير الحكومة الفيدرالية Original Medicare.

الحد الأقصى للنفقات النثرية

أقصى ما تدفعه للخدمات المغطاة خلال سنة واحدة. بمجرد وصولك إلى هذا المبلغ، يغطي تأمينك 100 في المائة من الرعاية الطبية الضرورية لبقية العام.

القسط

الأموال التي تدفعها شهرياً إلى Medicare أو خطة رعاية صحية للتغطية.

الخدمات الوقائية

الرعاية الصحية لمنع الإصابة بالمرض أو اكتشافه في مرحلة مبكرة. يجب على كافة الخطط الصحية تغطية بعض الخدمات الوقائية الهامة، مثل حقن الأنفلونزا وفحص ضغط الدم، بدون أي تكلفة عليك.

خطة Central Health Medicare هي إحدى خطط HMO/HMO SNP المتعاقدة مع Medicare. يعتمد التسجيل على تجديد العقد.

التمييز مخالف للقانون. تتبع خطة Central Health Plan قوانين الولاية والحقوق المدنية الفيدرالية. لا تميز Central Health Plan بشكل غير قانوني أو تستبعد الأشخاص أو تعاملهم بشكل مختلف بسبب الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو الأصل أو الأصل القومي أو الهوية العرقية أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو الحالة الاجتماعية أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي.

تنص Central Health Plan على ما يلي:

- مساعدات وخدمات مجانية في الوقت المناسب للأشخاص ذوي الإعاقة لمساعدتهم على التواصل بشكل أفضل، مثل:
 - مترجمو لغة الإشارة من المؤهلين
 - معلومات مكتوبة بتقنيات أخرى (مثلاً الطباعة بخطوط كبيرة أو إصدارات صوتية أو تنسيرات إلكترونية سهلة الوصول أو تنسيرات أخرى)
 - خدمات لغوية مجانية في الوقت المناسب للأشخاص غير المتحدثين باللغة الإنجليزية كلغة أساسية، مثل:
 - مترجمون مؤهلون
 - معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل بـ Central Health Plan عن طريق الاتصال بالرقم 1-866-314-2427. في حال كنت من غير القادرين على السمع أو التحدث بصورة جيدة، فيرجى الاتصال على 711 عند الطلب، يمكن توفير هذا المستند لك بطريقة برايل أو الطباعة بأحرف كبيرة أو على شريط صوتي أو في شكل إلكتروني. للحصول على نسخة بأحد هذه التقنيات البديلة، يرجى الاتصال أو الكتابة إلى:

Central Health Plan
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

هاتفياً: 1-866-606-3889. في حال كنت من غير القادرين على السمع أو التحدث بصورة جيدة، فيرجى الاتصال على 711.

كيفية تقديم تظلم

إذا كنت تعتقد أن Central Health Plan قد فشلت في تقديم هذه الخدمات أو أنها قد مارست تمييزاً غير قانوني بطريقة أخرى على أساس الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو الأصل أو الأصل القومي أو الهوية الإثنية أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو الحالة الاجتماعية أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي، فيمكنك تقديم شكوى إلى منسق الحقوق المدنية في Central Health Plan. يمكنك تقديم شكوى عبر الهاتف، أو كتابياً، أو بطريقة شخصية أو إلكترونياً:

- **عبر الهاتف:** اتصل بمنسق الحقوق المدنية في Central Health Plan بين الساعتين 8:30 a.m. و 5:30 p.m. على 1-866-606-3889. في حال كنت من غير القادرين على السمع أو التحدث بصورة جيدة، فيرجى الاتصال على 711.
- **كتابياً:** املأ نموذج شكوى أو اكتب خطاباً وأرسله إلى:

Central Health Plan
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

- بصورة شخصية: قم بزيارة عيادة الطبيب أو Central Health Plan وأخبرهم أنك تزيد تقديم شكوى.
- إلكترونياً: أرسل بريداً إلكترونياً إلى العنوان Civil.Rights@MolinaHealthcare.com. يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني لخطة MolinaHealthcare.Alertline.com على Central Health Plan

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

يمكنك كذلك تقديم شكوى بخصوص الحقوق المدنية إلى California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights عبر الهاتف أو كتابياً أو إلكترونياً:

- **عبر الهاتف:** يمكنك الاتصال على الرقم 916-440-7370. إذا كنت غير قادر على التحدث أو السمع جيداً، فيرجى الاتصال على الرقم 711 (خدمة ترحيل الاتصالات).

كتابياً: املأ نموذج شكوى أو أرسل خطاباً إلى:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413

- **الكترونياً:** أرسل بريداً إلكترونياً إلى العنوان CivilRights@dhcs.ca.gov

OFFICE OF CIVIL RIGHTS - U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو الإعاقة أو الجنس، يمكنك أيضاً تقديم شكوى (نظم) بخصوص الحقوق المدنية إلى U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights عبر الهاتف أو كتابياً أو إلكترونياً:

- **عبر الهاتف:** اتصل بالرقم 1019-368-800-1. في حال كنت من غير القادرين على التحدث أو السمع بصورة جيدة، فيرجى الاتصال بـ 1-800-537-7697: TTY/TDD.

كتابياً: املأ نموذج شكوى أو أرسل خطاباً إلى:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

- **تتوفر نماذج الشكاوى عبر** HHS.gov/ocr/office/file/index.html **الكترونياً:** قم بزيارة Office for Civil Rights Complaint Portal على OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

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

English

ATTENTION: If you need help in your language call 1-866-314-2427(TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-866-314-2427(TTY: 711). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يرجى الانتباه، إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-866-314-2427، (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على 711). تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير، اتصل بـ 1-866-314-2427 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒԾԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեզ հարկավոր է աջակցություն ձեր լեզվով, ապա զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար գործումեն նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատար տպատառով տրամադրվող նյութեր: Տվյալ դեպքում զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Ծառայությունները գործում են անվճար:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាតាកាសាបស់អ្នក ស្មបទូសព្យាខ័ណែល 1-866-314-2427(TTY: 711)។ ជំនួយ និងសៀវភៅអ្នកស្មបច្បាប់ជនពិការ ដូចជាកសារសាស្ត្រជាអក្សរជុំសស្មបច្បាប់ជនពិការត្រូវក្នុង ប្រព័ន្ធសាស្ត្រជាអក្សរពុម្ពជំនួយ ទូរសព្ទមកលើល 1-866-314-2427(TTY: 711)។ សៀវភៅអ្នកចាប់នៅពេលចិត្តដែលបានបង្កើតឡើយ។

简体中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的语言提供帮助，请致电 1-866-314-2427(TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的辅助工具和服务，例如盲文文件和大字体文件。请致电 1-866-314-2427(TTY: 711)。这些服务均免费提供。

فارسي (Farsi)

توجه: اگر می خواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با (TTY: 711) 1-866-314-2427 تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه هایی به خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با (TTY: 711) 1-866-314-2427 تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شوند.

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-866-314-2427(TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-866-314-2427(TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निशुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-866-314-2427 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-866-314-2427(TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注記：日本語での対応が必要な場合は 1-866-314-2427(TTY: 711) までお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスもご用意しております。 1-866-314-2427(TTY: 711)までお電話ください。これらのサービスは無料です。

한국어 (Korean)

알림: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-866-314-2427(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 지원 및 서비스도 이용하실 수 있습니다. 1-866-314-2427(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ທີ່ທ່ານຕົ້ນຕ່າງໆການຄວາມຈຸ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໄທຫາເປີ 1-866-314-2427(TTY: 711). ນອກນີ້ທີ່ມີຄວາມຈຸ່ວຍເຫຼືອ ດະວະ ການປໍ່ວິການສໍານັບຄົນຜິການ ເຊັ່ນ: ເອກະນານທີ່ເປັນອັກສອນນຸ່ມດະວະມີໄຕຜົມໃຫ້ລ່ວມໃຫ້ໄທຫາເປີ 1-866-314-2427(TTY: 711). ການປໍ່ວິການທີ່ນີ້ແມ່ນຝົດ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-866-314-2427(TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-866-314-2427(TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ 1-866-314-2427(TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-866-314-2427(TTY: 711)'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-866-314-2427(TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-866-314-2427(TTY: 711). Такие услуги = бесплатны.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-866-314-2427(TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-866-314-2427(TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-866-314-2427(TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-866-314-2427(TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-314-2427(TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-314-2427(TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-866-314-2427(TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-866-314-2427(TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-866-314-2427 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-866-314-2427 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.



**CENTRAL HEALTH
MEDICARE PLAN**