

# 2026 ملخص المزاي

## Central Health Medi-Medi Plan II (HMO DSNP)

California H5649-009-000

الخدمة: مقاطعة Ventura

يسري من 1 يناير حتى 31 ديسمبر، 2026

## التعريف بملخص المزايا

### Central Health Medi-Medi Plan II

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

لا يشمل 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](https://MolinaHealthcare.com/Medicare). يمكنك أيضاً الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) 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: Ventura مقاطعة.

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

للتعرف على تغطية وتكاليف Original Medicare، يمكنك البحث في كتيب "Medicare & You". يمكنك مطالعته عبر الإنترنت من خلال [medicare.gov](https://medicare.gov) أو الحصول على نسخة منه من خلال الاتصال على **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. إذا كانت لديك أية أسئلة، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **314-2427 (866)**، **TTY 711**، على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 a.m. حتى 8 p.m.، حسب التوقيت المحلي.

Medicare هي شركة تأمين لمن تبلغ أعمارهم 65 عامًا فأكثر أو لمن تقل أعمارهم عن 65 عامًا 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 النثرية غير المتوقعة.

**Medicare Part A (تأمين المستشفى)** يغطي الرعاية للمرضى الداخليين في المستشفيات، ومرافق التمريض الماهرة، ورعاية المتوفين، وبعض خدمات الرعاية الصحية المنزلية.



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



**Medicare Part C (Medicare Advantage)** هو بديل شامل لبرنامج Original Medicare. تشمل خطط Medicare Advantage الأجزاء A و B وعادة الجزء D. قد توفر بعض خطط Medicare Advantage تكاليف نثرية أقل من Original Medicare وقد تغطي مزايا إضافية لا تغطيها Original Medicare – مثل رعاية الأسنان أو البصر أو السمع. تدفع Medicare رسومًا ثابتة للخطوة من أجل تقديم الرعاية لك، ثم تدفع الخطوة مباشرة إلى الأطباء والمستشفيات. لدى Medicare Advantage نفقات نثرية متوقعة وتوفر رعاية وقائية فضلاً عن خدمات تنسيق الرعاية.

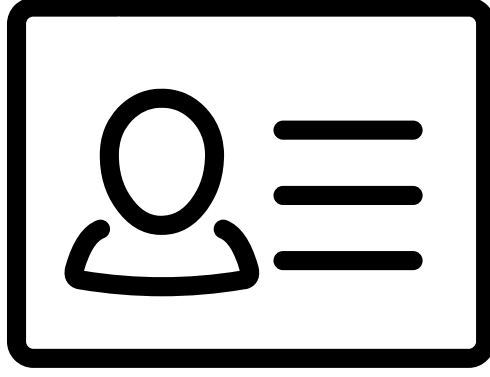


**Medicare Part D (تغطية الأدوية الموصوفة)** يساعدك على سداد تكلفة الأدوية التي تحصل عليها من صيدلية.



## فئات تغطية الأهلية المزدوجة لبرنامج Medicaid

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



#### التغييرات في الأهلية:

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

وسوف نقوم دوريًا 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 ومستفيد مؤهل بشكل مزدوج، فقد يتم إلغاء تسجيلك طوعية من الخطة بعد فترة السماح. سوف ترسل وكالة Medicaid التابعة للولاية إخطارًا بخسارة برنامج Medicaid أو بحدوث تغيير في فئة Medicaid. يمكننا كذلك الاتصال بك لتذكيرك بإعادة التقدم للحصول على خدمات Medicaid للحصول على الميزة كاملة ومستفيد مؤهل بشكل مزدوج. ولهذا السبب، من المهم إخبارنا متى تغير عنوان المراسلات البريدية و/أو رقمك الهاتفي.



## Central Health Medi-Medi Plan II

\$0 شهريًا

القسط الشهري

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



تدفع مستقطعات طبية بقيمة \$0 كل سنة.

المستقطعات الطبية



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

الحد الأقصى للمسؤولية عن النفقات النثرية



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

## Central Health Medi-Medi Plan II

### مستشفى المرضى الداخليين

تدفع \$0 للأيام 1-90 من الإقامة في المستشفى لكل فترة ميزة.



تغطي خططنا أيضاً 60 "يوماً احتياطياً مدى الحياة". هذه أيام "إضافية" نغطيها. إذا كانت إقامتك في المستشفى أطول من 90 يوماً لكل فترة فائدة، فيمكنك استخدام هذه الأيام الإضافية. ولكن بمجرد استنفاد هذه الـ 60 يوماً الإضافية، ستقتصر تغطية المستشفى للمرضى الداخليين على 90 يوماً لكل فترة فائدة.

قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.

### مستشفى 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 التفاحة 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



الخدمات التشخيصية/المعامل / الاختبارات والإجراءات التشخيصية  
التصوير \$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 المعمل الحصول على موافقة مسبقة.

### خدمات السمع



فحوصات السمع والتوازن التشخيصية الخاضعة لتغطية Medicare  
\$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



خدمات طب الأسنان المغطاة ببرنامج Medicare  
\$0 مدفوعات مشتركة

## Central Health Medi-Medi Plan II

### خدمات رعاية النظر



### خدمات رعاية النظر الخاضعة لتغطية Medicare

- فحص النظر لتشخيص/علاج أمراض العين (بما في ذلك فحص الجلوكوما السنوي): \$0 مدفوعات مشتركة
- النظارات أو العدسات اللاصقة بعد جراحة الساد: \$0 مدفوعات مشتركة

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

تشمل خدمات رعاية النظر التكميلية المشمولة بالتغطية 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 \$300 لشراء:

- العدسات اللاصقة\*
- النظارات (العدسات والإطارات)
- النظارات - العدسات و/أو الإطارات
- الترقيات (مثل العدسات الملونة، U-V 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 لبديل نظاراتك في الخطة.

\$0 مدفوعات مشتركة لإجراء عدد 1 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 لمدة 190 يومًا 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.

تغطي خططنا أيضًا 60 "يومًا احتياطيًا مدى الحياة". هذه أيام "إضافية" نغطيها. إذا كانت إقامتك في المستشفى تزيد عن 90 يومًا، فيمكنك استخدام هذه الأيام الإضافية. ولكن بمجرد استنفاد هذه الأيام الـ 60 الإضافية، ستقتصر تغطية المرضى الداخليين في المستشفى على 90 يومًا.

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 مرفق 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.

## أدوية Medicare Part B

أدوية العلاج الكيميائي/  
الإشعاعي وأدوية الجزء B  
الأخرى

واعتمادًا 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.



## صيدلية بيع بالتجزئة قياسية وصيدلية الطلب البريدي

اعتمادًا 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

لكافة 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 تقاسم 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 الخطة حصتها من تكلفة أدويةك وتدفع أنت حصتك من التكلفة. 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 تكلفة 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 الخطة كافة تكاليف الأدوية.





## Central Health Medi-Medi Plan II

## العلاج بالإبر

العلاج بالإبر الخاضع لتغطية Medicare  
\$0 مدفوعات مشتركة



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

## العلاج بالإبر الروتيني

\$0 مدفوعات مشتركة

تغطي خططنا خدمات العلاج بالإبر (التكميلية) الروتينية غير المحدودة كل عام.

خدمات الرعاية الصحية  
الإضافية عن بُعد

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

- 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
- أخصائيو 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

\$0 مدفوعات مشتركة



## خدمات تقويم العمود الفقري الخاضعة لتغطية 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

\$0 مدفوعات مشتركة

غسيل الكلى



\$0 مدفوعات مشتركة

ميزة اللياقة البدنية



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

**فحص وعلاج الأقدام الخاضعان لتغطية Medicare**

\$0 مدفوعات مشتركة

رعاية الأقدام  
(طب الأقدام)



فحوصات وعلاج الأقدام إذا كنت تعاني من انهيار عصبي مرتبط بالسكري و/أو عند استيفاء حالات محددة. قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

\$0 مدفوعات مشتركة

التثقيف الصحي



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

\$0 مدفوعات مشتركة

الرعاية الصحية المنزلية



قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

\$0 مدفوعات مشتركة

ميزة الوجبات



يتم تقديم الوجبات فورًا 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 يوميًا لمدة 14 يومًا. يمكن استخدام هذه الميزة حتى 4 في السنة (بإجمالي 112 وجبة).

قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

## Central Health Medi-Medi Plan II

المستلزمات والمعدات الطبية

المعدات الطبية المعمرة (مثل الكراسي المتحركة، والأوكسجين)

\$0 مدفوعات مشتركة



الأطراف الاصطناعية/المستلزمات الطبية

\$0 مدفوعات مشتركة

إمدادات وخدمات مرض السكري

\$0 مدفوعات مشتركة

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

يلزم الحصول على موافقة مسبقة لأحذية مرضى السكري والتركيبات.

لا يلزم الحصول على موافقة مسبقة من الشركة المصنعة المفضلة.

خط استشارات الممرضات

على مدار 24 ساعة

\$0 مدفوعات مشتركة

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



خدمات Opioid

Treatment Program

\$0 مدفوعات مشتركة

يشترط الحصول على موافقة مسبقة لتغطية الدواء.



خدمات الدم للمرضى

الخارجيين\*

\$0 مدفوعات مشتركة

تم التنازل عن الاستقطاعات بقيمة 3 بنات



المرضى الخارجيون الذين

يتعاطون المخدرات

\$0 مدفوعات مشتركة

زيارات العلاج الفردية أو الجماعية

قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.



## Central Health Medi-Medi Plan II

### البنود التي تُصرف بدون وصفة طبية



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

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

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

### نظام الاستجابة للطوارئ الشخصية (PERS)



\$0 مدفوعات مشتركة  
سوف توفر لك استشارات داخل المنزل لإخطار 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  
تخضع لتغطية خدمات الطوارئ والرعاية العاجلة على مستوى العالم بما يصل إلى \$10,000.

### بطاقة الخصم الممولة مسبقاً (MyChoice)



\$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 تُصرف بدون وصفة طبية

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 مسبقًا (بطاقة MyChoice) التي يمكن استخدامها للحصول على مزايا الخطة التكميلية مثل:



• الأغذية والمنتجات

يرجى الاطلاع على قسم بطاقة الخصم الممولة مسبقًا (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 Medicare و Medicaid. ستري كلمة "مغطاة" أسفل عمود Medicaid إذا كان Medicaid يغطي كذلك خدمة مشمولة بالتغطية ضمن خطة Central Health Medi-Medi Plan II. لا يسري هذا المخطط إلا إذا كان لك الحق في الحصول على مزايا بموجب برنامج Medicaid التابع للولاية. تتباين حصة التكلفة استنادًا إلى فئة Medicaid.

الميزة	Central Health Medi-Medi Plan II	Medi-Cal
معلومات هامة		
الأقساط ومعلومات هامة أخرى إذا حصلت على مساعدة إضافية (Extra Help) من Medicare، فسوف يكون قسط الخطة الشهري أقل أو قد لا تدفع شيئًا.	معلومات عامة \$0 قسط شهري للخطة داخل الشبكة \$9,250 حد أقصى لتكاليف الخدمات المغطاة من قبل Medicare. غير أنه في هذه الخطة، لن تتحمل مسؤولية عن أي مشاركة في التكاليف نظير الخدمات المغطاة بتغطية Medicare استنادًا إلى مستوى أهليتك لبرنامج Medicaid.	قد تتباين مساعدة Medicaid مع مدفوعات الأقساط ومشاركة التكاليف استنادًا إلى مستوى أهليتك لبرنامج Medicaid.
اختيار الأطباء والمستشفيات (لمزيد من المعلومات، يرجى مطالعة الرعاية في حالات الطوارئ والرعاية الضرورية العاجلة).	داخل الشبكة يجب أن تتوجه إلى الأطباء والأخصائيين والمستشفيات داخل الشبكة.	يجب أن تتوجه إلى الأطباء والأخصائيين والمستشفيات التي تتعاون مع Medicaid. الإحالة مطلوبة للأخصائيين في الشبكة (لبعض المزايا المحددة).
خدمات رعاية المرضى الخارجيين		
العلاج بالإبر	تغطية محدودة	مغطاة قد تسري القيود
خدمات الإسعاف (يجب أن تكون ضرورية من الناحية الطبية)	مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية

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

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



## ملخص المزايا المغطاة بتغطية Medicaid (تتمة)

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

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

الميزة	Central Health Medi-Medi Plan II	Medi-Cal
خدمات رعاية المرضى الخارجيين (تتمة)		
الخدمات العاجلة (هذه ليست رعاية في حالات الطوارئ، وتكون في معظم الحالات خارج منطقة الخدمة).	مشمولة في التغطية	غير مشمولة في التغطية
خدمات رعاية النظر	مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية قد تسري القيود
برامج الرفاهية/التثقيف والمزايا التكميلية الأخرى	مشمولة في التغطية	غير مشمولة في التغطية
رعاية المرضى الداخليين		
رعاية المرضى الداخليين في المستشفى (بما في ذلك خدمات تعاطي المخدرات وخدمات إعادة التأهيل)	مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية قد تسري القيود
الرعاية الصحية النفسية للمرضى الداخليين	مشمولة في التغطية	غير مشمولة في التغطية
مرفق رعاية ماهرة (SNF) (في مرفق رعاية ماهرة معتمد من Medicare)	مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية قد تسري القيود
الخدمات الوقائية		
التثقيف الصحي/الرفاهية	مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية
أمراض وحالات الكلى	مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية قد تسري القيود
الخدمات الوقائية	مشمولة في التغطية	مشمولة في التغطية

## ملخص المزايا التي يغطيها برنامج Medicaid (يتبع)

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

هل لديك استفسارات؟ يُرجى 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	
المزايا	تغطية MEDI-CAL
<b>AIDS Waiver Program</b>	مشمولة في التغطية قد تسري القيود
الدم ومشتقات الدم	مغطاة
خدمات غسيل الكلى	مشمولة في التغطية قد تسري القيود
خدمات البالغين المجتمعية (CBAS)	مغطاة
<b>Comprehensive Perinatal Services Program</b> (الخدمات الوقائية)	مغطاة
الفحص والتشخيص والعلاج المبكر والدوري (EPSDT)	مغطاة
الحليب الصناعي	مغطاة
ممارس تمرير الأسرة	مغطاة
خدمات ومستلزمات تنظيم الأسرة	مغطاة
خدمات المركز الطبي المؤهل فيدرالياً (FQHC)	مغطاة
الرعاية المنزلية والمجتمعية لكبار السن ذوي الإعاقة الحركية (للإعفاء فقط)	مغطاة
مرفق رعاية متوسطة	مغطاة
خدمات القابلة المرخصة	مغطاة

## ملخص المزايا التي يغطيها برنامج Medicaid (يتبع)

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

هل لديك استفسارات؟ يُرجى 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 Medi-Cal، اعتبارًا من 1 يوليو 2009. لا تنطبق سياسة استبعاد المزايا الاختيارية على المستفيدين التاليين: (1) المستفيدون ممن تقل أعمارهم عن 21 عامًا فيما يتعلق بالخدمات المقدمة بموجب برنامج EPSDT؛ (2) المستفيدون المقيمون في مرفق للرعاية الماهرة (مرافق الرعاية من المستوى A والمستوى B، بما في ذلك مرافق 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؛ و(5) المستفيدون المسجلون في Program of All-Inclusive Care for the Elderly. تظل معظم المطالبات المتعلقة بخدمات المزايا الاختيارية المستبعدة التي تتم فوترتها من قبل طبيب أو مجموعة أطباء قابلة للسداد في 1 يوليو 2009 أو بعد ذلك. ومع ذلك، سيتم رفض هذه المطالبات إذا لم يكن مقدم الخدمة طبيًا، ولكنه أحد مقدمي الخدمات الاختياريين. تتوفر المزيد من المعلومات حول المزايا والخدمات المخفضة المتأثرة بهذا التشريع الجديد عبر موقع California Department of Health Care Services الإلكتروني [www.dhcs.ca.gov](http://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

المبلغ 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 تابع للولاية 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 Medicare Advantage هي بديل لـ Original Medicare. وهي توفر كافة مزايا الجزء A والجزء B وتقدم غالبًا 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 عامًا. 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 شهريًا 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.

[illegible]



[illegible]

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.

تتص 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 بتنسيقات أخرى (مثل الطباعة بخطوط كبيرة أو إصدارات صوتية أو تنسيقات إلكترونية سهلة الوصول أو تنسيقات 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 بين الساعة 8 a.m. و 8 p.m. عن طريق الاتصال بالرقم 1-866-314-2427. في حال كنت من غير القادرين على السمع أو التحدث بصورة جيدة، فيُرجى 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 التنسيقات 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، فيُرجى 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 الساعة 8:30 a.m. و 5:30 p.m. عن طريق الاتصال على 1-866-606-3889. في حال كنت من غير القادرين على السمع أو التحدث بصورة جيدة، فيُرجى الاتصال على 711.
- **كتابياً:** املاً 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 تريد تقديم شكوى.
- إلكترونيًا: أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى العنوان [Civil.Rights@MolinaHealthcare.com](mailto:Civil.Rights@MolinaHealthcare.com). يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني لخطه Central Health Plan على [MolinaHealthcare.Alertline.com](http://MolinaHealthcare.Alertline.com).

## 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 كتابيًا أو إلكترونيًا:

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

- كتابيًا: املأ نموذج شكوى أو أرسل خطابًا إلى:

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

تتاح نماذج الشكاوى على الموقع الإلكتروني [DHCS.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- إلكترونيًا: أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى العنوان [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto: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 العمر أو الإعاقة أو الجنس، فيمكنك أيضاً تقديم شكوى (تظلم) بخصوص الحقوق المدنية إلى U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights عبر الهاتف أو كتابيًا أو إلكترونيًا:

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

- كتابيًا: املأ نموذج شكوى أو أرسل خطابًا 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](http://HHS.gov/ocr/office/file/index.html).

- إلكترونيًا: قم بزيارة Office for Civil Rights Complaint Portal على [OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://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 أيضًا 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)**

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

### **ខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណាំ: បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាបស្ចឹម សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-314-2427(TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ 1-866-314-2427(TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

### **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。

### **فارسی (Farsi)**

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

## **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.

### **ພາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-866-314-2427(TTY: 711). ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນພູມແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-866-314-2427(TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ.

### **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 ਮੁਫਤ 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 serbisyonang 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**