

2026
خلاصه مزایا

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO DSNP)

California H5649-009-000

خدمات رسانی در: شهرستان Ventura

قابل اجرا از تاریخ 1 ژانویه تا 31 دسامبر 2026

مقدمه‌ای بر خلاصه مزایا

Central Health Medi-Medi Plan II

از اینکه عضو Molina Healthcare شده‌اید از شما تشکر می‌کنیم! همه شایسته مراقبت باکیفیت هستند. از سال 1980، اعضای ما توانسته‌اند به Molina تکیه کنند. زیرا امروز، مثل همیشه، نیازهای شما را در اولویت قرار می‌دهیم.

این سند تمام مزایا و خدماتی که ما پوشش می‌دهیم یا تمام محدودیت‌ها یا استثنائات را شامل نمی‌شود. برای دریافت لیست کامل خدمات، لطفاً به "مدارک بیمه" (EOC) مراجعه کنید. یک نسخه از EOC در وبسایت ما به نشانی MolinaHealthcare.com/Medicare قرار دارد. همچنین می‌توانید با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866)، 711 TTY تماس بگیرید و ما یک نسخه برایتان پست می‌کنیم.

برای پیوستن به طرح ما، باید واجد شرایط Medicare Part A باشید، توسط California Department of Health Care Services در Medicare Part B و Medicaid ثبت‌نام شده باشید و در منطقه خدمات‌رسانی ما زندگی کنید. منطقه خدمات‌رسانی ما شامل این شهرستان‌ها در ایالت California است: شهرستان Ventura.

Molina شبکه‌ای از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها و سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی دارد. به جز در موارد اضطراری، اگر از ارائه‌دهندگانی استفاده کنید که در شبکه ما نیستند، ممکن است هزینه آن خدمات را پرداخت نکنیم. اگر می‌خواهید طرح ما را با سایر طرح‌های درمانی Medicare مقایسه کنید، از سایر طرح‌ها خلاصه مزایای آنها را بخواهید یا از جستجوگر طرح Medicare (Medicare Plan Finder) در [medicare.gov](https://www.medicare.gov) استفاده کنید.

برای پوشش و هزینه‌های Original Medicare، به دفترچه راهنمای "Medicare & You" فعلی خود مراجعه کنید. آن را به‌صورت آنلاین در [medicare.gov](https://www.medicare.gov) مشاهده کنید یا با تماس با شماره **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** یک نسخه از آن را دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر سؤالی دارید، لطفاً در 7 روز هفته از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی، با تیم "خدمات اعضا" ما به شماره **(866) 314-2427, TTY 711** تماس بگیرید.

Medicare، بیمه درمانی برای افراد 65 سال یا بیشتر یا افراد زیر 65 سال با معلولیت‌های خاص است.

Original Medicare یک برنامه بیمه فدرال است. این برنامه هزینه مراقبت شما را مستقیماً به پزشکان و بیمارستان‌هایی که به آنها مراجعه می‌کنید، پرداخت می‌کند. Original Medicare اکثر مراقبت پیشگیرانه را پوشش نمی‌دهد و هزینه‌های قابل پرداخت از جیب غیرقابل پیش‌بینی دارد.

Medicare Part A (بیمه بیمارستان) مراقبت‌های بستری در بیمارستان‌ها، مراکز نگهداری تخصصی، مراقبت در آسایشگاه بیماران لاعلاج و برخی از خدمات مراقبت درمانی در خانه را پوشش می‌دهد.



Medicare Part B (بیمه پزشکی) خدمات پزشکان خاص، مراقبت‌های سرپایی، لوازم پزشکی و خدمات پیشگیرانه را پوشش می‌دهد.



Medicare Part C (Medicare Advantage) یک جایگزین همه‌جانبه برای Original Medicare است. طرح‌های Medicare Advantage شامل بخش‌های A، B و معمولاً بخش D هستند. برخی از طرح‌های Medicare Advantage ممکن است هزینه‌های قابل پرداخت از جیب کمتری نسبت به Original Medicare داشته باشند و ممکن است مزایای اضافی را که Original Medicare ندارد - مانند دندانپزشکی، چشم‌پزشکی یا شنوایی - پوشش دهند. Medicare هزینه ثابتی را برای مراقبت شما به طرح پرداخت می‌کند و سپس طرح مستقیماً به پزشکان و بیمارستان‌ها پرداخت می‌کند. Medicare Advantage هزینه‌های قابل پرداخت از جیب پیش‌بینی شده‌ای دارد و مراقبت پیشگیرانه و هماهنگی مراقبت را ارائه می‌دهد.

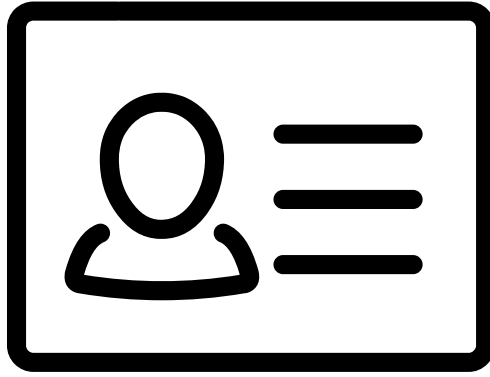


Medicare Part D (پوشش داروهای نسخه‌ای) به شما کمک می‌کند تا هزینه داروهایی که از داروخانه دریافت می‌کنید را پرداخت کنید.



دسته‌بندی‌های پوشش واجد شرایط دوگانه Medicaid

- **Qualified Medicare Beneficiary Plus (QMB+)**: Medicaid مبالغ حق بیمه، فرانشیز، بیمه مشترک و پرداخت مشترک Medicare Part A و Medicare Part B شما را پرداخت می‌کند. شما پوشش Medicaid از تسهیم هزینه Medicare را دریافت می‌کنید و واجد شرایط دریافت مزایای کامل Medicaid هستید.
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus (SLMB+)**: Medicaid حق بیمه Medicare Part B شما را پرداخت می‌کند و مزایای کامل Medicaid را ارائه می‌دهد.
- **Full-Benefit Dual Eligible (FBDE)**: گاهی اوقات، افراد ممکن است واجد شرایط پوشش محدود تسهیم هزینه Medicare و همچنین مزایای کامل Medicaid باشند.



تغییرات در وضعیت واجد شرایط بودن:

خواندن و پاسخ دادن به تمام نامه‌هایی که از "تأمین اجتماعی" یا دفتر Medicaid ایالت شما می‌رسد بسیار مهم است تا بتوانید وضعیت سهم هزینه \$0 خود را به عنوان یک ذینفع واجد شرایط دوگانه با مزایای کامل حفظ کنید.

طبق الزامات CMS، ما به صورت دوره‌ای وضعیت واجد شرایط بودن شما برای Medicaid و همچنین دسته واجد شرایط دوگانه شما را بررسی خواهیم کرد. اگر پوشش Medicaid خود را به طور کامل از دست بدهید، به شما یک مهلت داده می‌شود تا بتوانید دوباره برای Medicaid درخواست دهید.

اگر دیگر واجد شرایط دریافت مزایای کامل نباشید، ممکن است پس از یک مهلت، عضویت شما به طور غیرارادی از "طرح" لغو شود. سازمان Medicaid ایالت شما، اطلاعیه‌ای مبنی بر لغو Medicaid یا تغییر دسته Medicaid برای شما ارسال خواهد کرد. همچنین ممکن است با شما تماس بگیریم که یادآوری کنیم، به عنوان یک ذینفع واجد شرایط دوگانه با مزایای کامل، مجدداً برای Medicaid درخواست دهید. به همین دلیل، مهم است که هر زمان آدرس پستی و/یا شماره تلفن شما تغییر کرد، به ما اطلاع دهید.

Central Health Medi-Medi Plan II

حق بیمه ماهانه	\$0 در ماه
①	اگر Extra Help را از Medicare دریافت کنید، حق بیمه ماهانه طرح شما کمتر خواهد بود یا ممکن است هیچ هزینه‌ای پرداخت نکنید.
فرانشیز پزشکی	\$0 فرانشیز پزشکی پرداخت می‌کنید.
\$	
حداکثر مسئولیت پرداخت از جیب	سالی \$9,250 برای خدماتی که از ارائه‌دهندگان درون شبکه دریافت می‌کنید. (شامل داروهای نسخه‌ای نمی‌شود)
\$	

سوالی دارید؟ از طریق شماره 314-2427 (866) با Central Health Plan «طرح درمانی مرکزی» تماس بگیرید، شماره 711: TTY.

بستری شدن در بیمارستان



شما برای روزهای 1 تا 90 بستری در بیمارستان در هر دوره مزایا \$0 پرداخت می‌کنید.

طرح ما همچنین 60 "روز ذخیره مادام‌العمر" را پوشش می‌دهد. این روزها همان روزهای "اضافه" هستند که ما پوشش می‌دهیم. در صورتیکه بیش از 90 روز در هر دوره مزایا بیمارستان بستری شوید، می‌توانید از این روزهای اضافی استفاده کنید. اما پس از استفاده از این 60 روز اضافی، پوشش بستری در بیمارستان شما به 90 روز در هر دوره مزایا محدود خواهد شد.

ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

خدمات سرپایی در بیمارستان



\$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت

ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

مرکز جراحی

سرپایی



\$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت

ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

ویزیت پزشک



مراقبت اولیه:

\$0 برای هر ویزیت

پزشکان متخصص

\$0 برای هر ویزیت

مراقبت پیشگیرانه



\$0 پرداخت مشترک

در جدول مزایای پزشکی فصل 4 در بخش "مدارک بیمه" به دنبال ردیف‌هایی با علامت سیب باشید. هرگونه خدمات پیشگیرانه اضافی که در طول سال طرح توسط Medicare تأیید شود، تحت پوشش قرار خواهد گرفت.

Central Health Medi-Medi Plan II

مراقبت اورژانسی

\$0 پرداخت مشترک



مراقبت‌های مورد نیاز فوری

\$0 پرداخت مشترک



خدمات تشخیصی/

آزمایش‌ها و جراحی‌های تشخیصی

آزمایشگاه‌ها/عکسبرداری

\$0 پرداخت مشترک



خدمات آزمایشگاهی

\$0 پرداخت مشترک

خدمات رادیولوژی تشخیصی (مانند MRI، CT اسکن)

\$0 پرداخت مشترک

عکسبرداری سرپایی

\$0 پرداخت مشترک

رادیولوژی درمانی

\$0 پرداخت مشترک

ممکن است اجازه قبلی برای خدمات مورد نیاز باشد.

برای خدمات آزمایشگاهی سرپایی و خدمات رادیولوژی سرپایی به اجازه قبلی نیازی نیست. تست‌های آزمایشگاهی در زمینه ژنتیک به اجازه قبلی نیاز دارند.

خدمات شنوایی



معاینات تشخیصی شنوایی و تعادل تحت پوشش Medicare

\$0 پرداخت مشترک، 1 بار در هر سال

شنوایی سنجی روتین

\$0 پرداخت مشترک، 1 بار در هر سال

مناسب بودن برای سمعک/ارزیابی

\$0 پرداخت مشترک، 1 بار در هر سال

وسایل کمک شنوایی

\$0 پرداخت مشترک

طرح ما حداکثر 2 سمعک از پیش انتخاب شده از سوی یک ارائه‌دهنده مورد تأیید طرح را هر 2 سال یکبار پوشش می‌دهد.

خدمات دندانپزشکی



خدمات دندانپزشکی تحت پوشش Medicare

\$0 پرداخت مشترک

Central Health Medi-Medi Plan II

خدمات چشم‌پزشکی



خدمات چشم‌پزشکی تحت پوشش Medicare

- معاینه چشم‌پزشکی برای تشخیص/درمان بیماری‌های چشم (از جمله غربالگری سالانه گلوکوم): \$0 پرداخت مشترک
- عینک یا لنز تماسی بعد از جراحی آب مروارید: \$0 پرداخت مشترک

برای اینکه گزینه‌های بیشتری را جهت برآورده کردن نیازهای چشم‌پزشکی روتین شما در اختیارتان قرار دهیم با یک "تأمین کننده چشم‌پزشکی" وارد همکاری شده‌ایم!

خدمات بینایی مکمل تحت پوشش شامل موارد زیر هستند، اما به این موارد محدود نمی‌شوند:

موارد تحت پوشش شامل این موارد هستند:

- یک معاینه چشم روتین در هر سال تقویمی
- یک کمک هزینه خرید لوازم بینایی

از کمک هزینه خرید لوازم بینایی‌تان \$300 می‌توانید برای خرید این موارد استفاده کنید:

- لنزهای تماسی*
- عینک (عدسی و فریم)
- عدسی و / یا فریم عینک
- ارتقاء (مثل لنزهای دودی، ضد ماوراء بنفش، (U-V) پلاریزه یا فوتوکروماتیک).

*در صورتی که لنزهای تماسی را انتخاب کنید، از هزینه خرید لوازم بینایی‌تان می‌توانید برای پرداخت همه یا بخشی از دستمزد فیتینگ لنز تماسی استفاده کنید.

مسئولیت هزینه هرگونه لوازم بینایی اصلاحی که از محدودیت کمک هزینه لوازم بینایی طرح فراتر رود با شماست.

\$0 پرداخت مشترک برای حداکثر 1 معاینه معمول چشم (و انکسار) برای عینک در هر سال تقویمی

خدمات سلامت روان



ویزیت بستری

برای روزهای 1 تا 90 بستری در بیمارستان، شما \$0 پرداخت می‌کنید.

یک محدودیت 190 روزه برای مراقبت بستری در بیمارستان روانپزشکی وجود دارد. محدودیت مراقبت‌های بستری در بیمارستان در مورد خدمات سلامت روان ارائه شده به بیمار بستری در یک بیمارستان عمومی اعمال نمی‌شود.

طرح ما همچنین 60 "روز ذخیره مادام‌العمر" را پوشش می‌دهد. این روزها همان روزهای "اضافه" هستند که ما پوشش می‌دهیم. در صورتیکه بیش از 90 روز در بیمارستان بستری شوید، می‌توانید از این روزهای اضافی استفاده کنید. اما پس از استفاده از این 60 روز اضافی، پوشش بستری در بیمارستان شما به 90 روز محدود خواهد شد.

ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

ویزیت سرپایی درمان فردی/گروهی

\$0 پرداخت مشترک

مرکز نگهداری تخصصی



\$0 برای بستری 1-100 روزه در یک مرکز نگهداری تخصصی. نیازی به بستری شدن از قبل در بیمارستان وجود ندارد. ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

فیزیوتراپی



فیزیوتراپی و گفتار درمانی

\$0 پرداخت مشترک

ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

توانبخشی قلبی و ریوی

\$0 پرداخت مشترک

ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

خدمات کار درمانی

\$0 پرداخت مشترک

ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

آمبولانس



\$0 پرداخت مشترک

اجازه قبلی تنها برای استفاده از آمبولانس در موارد غیراورژانسی لازم است.

Central Health Medi-Medi Plan II

حمل‌ونقل

\$0 پرداخت مشترک



48 سفر یک‌طرفه در هر سال به مکان‌های موردتأیید طرح

ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

Medicare Part B داروهای

داروهای شیمی درمانی/

پرتودرمانی و سایر داروهای

بخش B

بسته به سطح پوشش Medicaid شما، \$0 پرداخت مشترک یا 20% از هزینه را پرداخت می‌کنید.

ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

ممکن است برای داروهای خاصی به درمان مرحله‌ای نیاز باشد.

داروخانه خرده‌فروشی استاندارد و داروخانه سفارش پستی

بسته به درآمد و وضعیت سازمانی شما، موارد زیر را پرداخت می‌کنید:

برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارک‌داری که به عنوان ژنریک در نظر گرفته می‌شوند):

- \$0 پرداخت مشترک؛ \$1.60 پرداخت مشترک؛ \$4.00 پرداخت مشترک؛ \$5.10 پرداخت مشترک

برای سایر داروها:

- \$0 پرداخت مشترک؛ \$4.90 پرداخت مشترک؛ \$12.65 پرداخت مشترک

پرداخت مشترک برای داروهای نسخه‌ای ممکن است بر اساس سطح برنامه Extra Help که دریافت می‌کنید متفاوت باشد. جهت دریافت جزئیات بیشتر لطفاً با مسئولین طرح تماس بگیرید.

مراحل پوشش

مرحله 1: فرانشیز

فرانشیز \$250 است. در این مرحله، شما \$0 تسهیم هزینه برای داروهای رده 1 و رده 6 و هزینه مربوط به داروهای رده 2، رده 3، رده 4 و ردیف 5 پرداخت می‌کنید تا زمانی که به فرانشیز سالانه برسید.

مرحله 2: پوشش اولیه

شما این مرحله را زمانی شروع می‌کنید که اولین داروی تجویزی خود را در سال دریافت می‌کنید. در این مرحله، طرح سهم خود از هزینه داروهای شما را پرداخت می‌کند و شما سهم هزینه خود را پرداخت می‌کنید. تا زمانی که هزینه‌های پرداختی از جیب سالانه شما به \$2,100 برسد، در این مرحله باقی می‌مانید.

اگر در یک مرکز مراقبت بلندمدت اقامت دارید، همان مبلغی را پرداخت خواهید کرد که در یک داروخانه خرده‌فروشی پرداخت می‌کنید. شما می‌توانید داروها را از یک داروخانه خارج از شبکه با همان هزینه داروخانه داخل شبکه دریافت کنید.

مرحله 3: پوشش در زمان فاجعه

پس از اینکه هزینه‌های داروی سالانه از جیب شما (شامل داروهایی که از طریق داروخانه خرده‌فروشی خود و/یا از طریق سفارش پستی خریداری می‌کنید) به \$2,100 برسد، طرح تمام هزینه‌های داروهای شما را پرداخت خواهد کرد.

Central Health Medi-Medi Plan II

طب سوزنی



طب سوزنی تحت پوشش Medicare

\$0 پرداخت مشترک

برای کمردرد مزمن، تا 12 جلسه ویزیت ظرف 90 روز تحت پوشش است. تا هشت جلسه اضافی در همان سال برای بیمارانی که بهبودی نشان می‌دهند، تحت پوشش قرار می‌گیرد.

طب سوزنی روتین

\$0 پرداخت مشترک

«طرح» ما درمان‌های طب سوزنی روتین (تکمیلی) نامحدود را هر ساله پوشش می‌دهد.

خدمات تکمیلی پزشکی از راه دور



شما \$0 پرداخت مشترک برای برخی خدمات سلامت از راه دور می‌پردازید، شامل:

- خدمات توانبخشی قلب
- خدمات پزشک مراقبت اولیه
- خدمات کایروپراکتیک
- خدمات کار درمانی
- خدمات پزشک متخصص
- جلسات انفرادی برای خدمات تخصصی سلامت روان
- جلسات گروهی برای خدمات تخصصی سلامت روان
- خدمات پاپزشکی
- سایر خدمات حرفه‌ای مراقبت از سلامت
- جلسات انفرادی برای خدمات روان‌درمانی
- جلسات گروهی برای خدمات روان‌درمانی
- خدمات فیزیوتراپی و گفتار درمانی
- خدمات برنامه درمان اعتیاد به مواد مخدر
- جلسات انفرادی برای خدمات سرپایی سوء مصرف مواد
- جلسات گروهی برای خدمات سرپایی سوء مصرف مواد

معاینه جسمی سالانه



\$0 پرداخت مشترک

مراقبت کایروپراکتیک



خدمات کایروپراکتیک تحت پوشش Medicare

\$0 پرداخت مشترک

دستکاری ستون فقرات برای اصلاح نیمه دررفتگی (زمانی که یک یا چند مهره ستون فقرات شما از محل خود خارج می‌شوند).

Central Health Medi-Medi Plan II

\$0 پرداخت مشترک

دیالیز



\$0 پرداخت مشترک

مزایای تناسب اندام



Silver&Fit دسترسی اعضا به امکانات تناسب اندام قراردادی و کیت‌های تناسب اندام خانگی برای اعضایی که ترجیح می‌دهند در خانه یا در سفر ورزش کنند، ارائه می‌دهد.

معاینه و درمان پا تحت پوشش Medicare

\$0 پرداخت مشترک

مراقبت از پا

(پاپزشکی)



معاینه و درمان پا در صورت آسیب عصبی مرتبط با دیابت و/یا ابتلا به برخی بیماری‌ها.

ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

\$0 پرداخت مشترک

آموزش سلامت



برنامه‌هایی که به شما کمک می‌کنند تا مدیریت بیماری خود را یاد بگیرید، از جمله آموزش بهداشت، منابع آموزشی، توصیه‌های بهداشتی، و نکات مراقبتی.

\$0 پرداخت مشترک

مراقبت درمانی در خانه



ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

\$0 پرداخت مشترک

مزایای وعده‌های غذایی



بلافاصله پس از هر عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان، وعده‌های غذایی ارائه می‌شود. یا برای تشخیص COVID یا قرنطینه خانگی به دلیل قرار گرفتن در معرض COVID که مستلزم ماندن شما در خانه برای مدتی است. شما برای 2 وعده غذایی در روز و در مجموع 14 روز \$0 پرداخت مشترک می‌پردازید. این مزایا را می‌توان تا 4 بار در سال (در مجموع 112 وعده غذایی) استفاده کرد.

ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

Central Health Medi-Medi Plan II

تجهیزات و لوازم پزشکی



تجهیزات پزشکی ماندگار (مانند ویلچر، اکسیژن)

\$0 پرداخت مشترک

پروتز/لوازم پزشکی

\$0 پرداخت مشترک

خدمات و وسایل مربوط به بیماری دیابت

\$0 پرداخت مشترک

ممکن است برای تجهیزات پزشکی ماندگار، پروتز/لوازم پزشکی و لوازم دیابت نیاز به اجازه قبلی باشد.

برای کفش‌های افراد مبتلا به دیابت، و کفی کفش ممکن است نیاز به اجازه قبلی باشد.

برای سازنده دلخواه، اجازه قبلی لازم نیست.

خط مشاوره پرستاری 24

ساعته



\$0 پرداخت مشترک

در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته موجود است.

خدمات Opioid

Treatment Program



\$0 پرداخت مشترک

اجازه قبلی برای درمان نیاز است.

خدمات انتقال خون سرپایی



\$0 پرداخت مشترک

معافیت از پرداخت 3 پینت فرانشیز

خدمات سرپایی سوء مصرف

مواد



\$0 پرداخت مشترک

ویزیت‌های فرد یا گروه درمانی

ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

اقدام بدون نسخه



\$0 پرداخت مشترک

شما یک کارت نقدی پیش‌پرداخت (کارت MyChoice) با کمک هزینه سه ماهه ترکیبی \$320 برای اقدام OTC دریافت می‌کنید.

سمعک‌های OTC تحت پوشش هستند و شامل کمک‌هزینه OTC ترکیبی می‌شوند.

برای مشاهده فهرست کامل مزایا و خدماتی که شامل کمک‌هزینه ترکیبی می‌شود، لطفاً به بخش "کارت نقدی پیش‌پرداخت (کارت MyChoice)" مراجعه کنید.

سیستم پاسخگویی اضطراری
شخصی (PERS)



\$0 پرداخت مشترک

در صورت تأیید، دستگاهی را در خانه ارائه می‌دهیم تا در صورت بروز شرایط اورژانسی (مثلاً سقوط) به پرسنل مربوطه اطلاع دهد.

بررسی "مدیریت پرونده" الزامی است.

ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

خدمات اورژانسی و مراقبت
فوری در سراسر جهان



\$0 پرداخت مشترک

شما تا سقف \$10,000 برای خدمات مراقبت اورژانسی و فوری در سراسر جهان تحت پوشش هستید.

کارت نقدی پیش‌پرداخت
(کارت MyChoice)



\$0 پرداخت مشترک

شما ماهانه مبلغ \$320 به‌عنوان کمک‌هزینه از طریق یک کارت نقدی پیش‌پرداخت دریافت می‌کنید که می‌توانید از آن برای مزایای منتخب طرح تکمیلی مانند موارد زیر استفاده کنید:

• اقدام بدون نسخه

شما ماهانه \$200 به‌عنوان کمک‌هزینه جداگانه‌ای برای "غذا و محصولات غذایی" دریافت می‌کنید

کارت هر ماه شارژ می‌شود. در پایان هر ماه، هرگونه بودجه اختصاص داده شده‌ای که استفاده نشده باشد به ماه یا سال بعد منتقل نمی‌شود.

*الزامات واجد شرایط بودن اعمال می‌شود

Central Health Medi-Medi Plan II

\$0 پرداخت مشترک

مزایای تکمیلی ویژه برای
بیماری‌های مزمن



شما ماهانه مبلغ \$200 به عنوان کمک هزینه از طریق یک کارت نقدی پیش پرداخت (کارت MyChoice) دریافت می‌کنید که می‌توانید از آن برای مزایای منتخب طرح تکمیلی مانند موارد زیر استفاده کنید:

- غذا و محصولات غذایی

برای مشاهده فهرست کامل مزایا و خدماتی که شامل کمک هزینه ترکیبی می‌شود، لطفاً به بخش "کارت نقدی پیش پرداخت (کارت MyChoice)" مراجعه کنید. کمک هزینه استفاده نشده به ماه بعد منتقل نمی‌شود. ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

اعضا باید معیارهای ذکر شده در فصل 4 مدارک بیمه را داشته باشند.

خلاصه مزایای تحت پوشش Medicaid

چه خدماتی تحت پوشش هستند

جدول زیر نشان می‌دهد که چه خدماتی تحت پوشش Medicare و Medicaid هستند. اگر Medicaid خدماتی را پوشش دهد که تحت پوشش Central Health Medi-Medi Plan II نیز است، کلمه "تحت پوشش" را در زیر ستون Medicaid مشاهده خواهید کرد. این جدول فقط در صورتی اعمال می‌شود که شما واجد شرایط مزایای تحت برنامه Medicaid ایالت خود باشید. بسته به دستبندی Medicaid شما، سهم هزینه‌تان متفاوت است.

مزایا	Central Health Medi-Medi Plan II	Medi-Cal
اطلاعات مهم		
حق بیمه و سایر اطلاعات مهم اگر Extra Help را از Medicare دریافت می‌کنید، حق بیمه ماهانه طرح شما کمتر خواهد بود یا ممکن است هیچ هزینه‌ای پرداخت نکنید.	عمومی \$0 حق بیمه ماهانه طرح	کمک‌های Medicaid شامل پرداخت‌های حق بیمه و سهم هزینه ممکن است بسته به سطح واجد شرایط بودن شما برای Medicaid متفاوت باشد.
	درون شبکه سقف پرداختی از جیب \$9,250 برای خدمات تحت پوشش Medicare.	
	با این حال، در این طرح، شما هیچ مسئولیتی در قبال تسهیم هزینه برای خدمات تحت پوشش Medicare، بر اساس سطح واجد شرایط بودن Medicaid خود، نخواهید داشت.	
انتخاب پزشک و بیمارستان (برای کسب اطلاعات بیشتر، به بخش "شرایط اورژانسی و مراقبت‌های مورد نیاز فوری" مراجعه کنید.)	درون شبکه باید به پزشکان، متخصصان و بیمارستان‌های عضو شبکه مراجعه کنید.	شما باید به پزشکان، متخصصان و بیمارستان‌هایی که Medicaid را می‌پذیرند، مراجعه کنید. برای متخصصان شبکه (برای برخی مزایا) ارجاع الزامی است.
خدمات مراقبت سرپایی		
طب سوزنی	پوشش محدود	تحت پوشش است ممکن است محدودیت‌هایی اعمال شود
خدمات آمبولانس (باید از نظر پزشکی ضروری باشد)	تحت پوشش است	تحت پوشش است

سوالی دارید؟ از طریق شماره 314-2427 (866) با Central Health Plan «طرح درمانی مرکزی» تماس بگیرید، شماره 711: TTY.

مزایا	Central Health Medi-Medi Plan II	Medi-Cal
خدمات مراقبت سرپایی (ادامه)		
خدمات توانبخشی قلبی و ریوی	تحت پوشش است	تحت پوشش است
خدمات کایروپراکتیک	پوشش محدود	تحت پوشش است ممکن است محدودیت‌هایی اعمال شود
خدمات دندانپزشکی	تحت پوشش است	تحت پوشش است ممکن است محدودیت‌هایی اعمال شود
برنامه‌ها و لوازم دیابت	تحت پوشش است	تحت پوشش است
آزمایش‌های تشخیصی، تصاویر رادیولوژی، خدمات آزمایشگاهی و خدمات رادیولوژی	تحت پوشش است	تحت پوشش است ممکن است محدودیت‌هایی اعمال شود
خدمات دیالیز	تحت پوشش است	تحت پوشش است ممکن است محدودیت‌هایی اعمال شود
ویزیت‌های مطب پزشک	تحت پوشش است	تحت پوشش است
تجهیزات پزشکی ماندگار (شامل ویلچر، اکسیژن و غیره)	تحت پوشش است	تحت پوشش است ممکن است محدودیت‌هایی اعمال شود
مراقبت اورژانسی	تحت پوشش است	تحت پوشش است
خدمات شنوایی	تحت پوشش است	تحت پوشش است ممکن است محدودیت‌هایی اعمال شود

خلاصه مزایای تحت پوشش Medicaid (ادامه)

مزایا	Central Health Medi-Medi Plan II	Medi-Cal
خدمات مراقبت سرپایی (ادامه)		
مراقبت درمانی در خانه (شامل مراقبت‌های پرستاری ماهر متناوب، خدمات کمکی مراقبت درمانی در خانه، خدمات توانبخشی و غیره است که از نظر پزشکی ضروری هستند.)	تحت پوشش است	تحت پوشش است
خدمات سلامت روان سرپایی	تحت پوشش است	تحت پوشش است ممکن است محدودیت‌هایی اعمال شود
خدمات توانبخشی سرپایی (کاردرمانی، فیزیوتراپی، گفتار و زبان درمانی)	تحت پوشش است	تحت پوشش است ممکن است محدودیت‌هایی اعمال شود
خدمات سرپایی	تحت پوشش است	تحت پوشش است
مراقبت‌های سرپایی سوءمصرف مواد	تحت پوشش است	تحت پوشش است
اقدام بدون نسخه	تحت پوشش است	تحت پوشش نیست
خدمات پاپزشکی	تحت پوشش است	تحت پوشش است ممکن است محدودیت‌هایی اعمال شود
وسایل پروتز (شامل بریس، اندام‌ها و چشم مصنوعی و غیره می‌شود)	تحت پوشش است	تحت پوشش نیست
خدمات حمل‌ونقل پزشکی (روتین)	تحت پوشش است	تحت پوشش است

سوالی دارید؟ از طریق شماره 314-2427 (866) با Central Health Plan «طرح درمانی مرکزی» تماس بگیرید، شماره 711: TTY.

مزایا	Central Health Medi-Medi Plan II	Medi-Cal
خدمات مراقبت سرپایی (ادامه)		
مراقبت‌های مورد نیاز فوری (این شرایط اورژانسی نیست و در بیشتر موارد، خارج از منطقه خدمات‌رسانی است.)	تحت پوشش است	تحت پوشش نیست
خدمات چشم‌پزشکی	تحت پوشش است	تحت پوشش است ممکن است محدودیت‌هایی اعمال شود
برنامه‌های تندرستی/آموزشی و سایر برنامه‌های مزایای تکمیلی	تحت پوشش است	تحت پوشش نیست
مراقبت‌های بستری		
مراقبت‌های بستری در بیمارستان (شامل خدمات سوء مصرف مواد و توانبخشی می‌شود)	تحت پوشش است	تحت پوشش است ممکن است محدودیت‌هایی اعمال شود
خدمات بستری سلامت روان	تحت پوشش است	تحت پوشش نیست
مرکز نگهداری تخصصی (SNF) (در یک مرکز نگهداری تخصصی دارای مجوز Medicare)	تحت پوشش است	تحت پوشش است ممکن است محدودیت‌هایی اعمال شود
خدمات پیشگیرانه		
آموزش سلامت/تندرستی	تحت پوشش است	تحت پوشش است
بیماری و مشکلات کلیوی	تحت پوشش است	تحت پوشش است ممکن است محدودیت‌هایی اعمال شود
خدمات پیشگیرانه	تحت پوشش است	تحت پوشش است

خلاصه مزایای تحت پوشش Medicaid (ادامه)

مزایا	Central Health Medi-Medi Plan II	Medi-Cal
آسایشگاه	تحت پوشش است	تحت پوشش است
آسایشگاه	تحت پوشش است	تحت پوشش است
مزایای داروهای نسخه‌ای	تحت پوشش است	تحت پوشش است
داروهای نسخه‌ای غیربستری	تحت پوشش است	تحت پوشش است ممکن است محدودیت‌هایی اعمال شود

سوالی دارید؟ از طریق شماره 314-2427 (866) با Central Health Plan «طرح درمانی مرکزی» تماس بگیرید، شماره 711: TTY.

برای اعضای که واجد شرایط دریافت مزایای کامل تحت Medicaid هستند، مزایای اضافی که ممکن است واجد شرایط دریافت آنها باشند، در زیر ذکر شده است. اینها مزایای اضافی Medicaid هستند که توسط برنامه Medicaid ایالتی شما پوشش داده می‌شوند اما ممکن است تحت پوشش Central Health Medi-Medi II Plan نباشند:

مزایای اضافی MEDICAID	
مزایا	پوشش MEDI-CAL
AIDS Waiver Program	تحت پوشش است ممکن است محدودیت‌هایی اعمال شود
خون و فرآورده‌های خونی	تحت پوشش است
خدمات دیالیز مزمن	تحت پوشش است ممکن است محدودیت‌هایی اعمال شود
خدمات جامعه محور بزرگسالان (CBAS)	تحت پوشش است
Comprehensive Perinatal Services Program (برنامه خدمات پیشگیرانه)	تحت پوشش است
خدمات غربالگری، تشخیص و درمان دوره‌ای و زود هنگام (EPSDT)	تحت پوشش است
تغذیه وریدی	تحت پوشش است
پرستار تخصصی خانواده	تحت پوشش است
خدمات و لوازم تنظیم خانواده	تحت پوشش است
خدمات مرکز سلامت مورد تأیید فدرال (FQHC)	تحت پوشش است
مراقبت در خانه و جامعه برای سالمندان دارای معلولیت عملکردی (صرفاً معافیت)	تحت پوشش است
مرکز مراقبت متوسط	تحت پوشش است
خدمات مامایی مجاز	تحت پوشش است

خلاصه مزایای تحت پوشش Medicaid (ادامه)

مزایای اضافی Medicaid	
مزایا	پوشش MEDI-CAL
خدمات پرستار بیهوشی	تحت پوشش است
پرستار مامایی	تحت پوشش است
خدمات درمانی شخصی	تحت پوشش است ممکن است محدودیت‌هایی اعمال شود
خدمات روانشناسی	تحت پوشش است ممکن است محدودیت‌هایی اعمال شود
مراکز توانبخشی	تحت پوشش است
مراقبت‌های تنفسی برای بیماران وابسته به ونتیلاتور	تحت پوشش است
خدمات کلینیک سلامت روستایی (RHC)	تحت پوشش است
خدمات پرستاری ویژه	تحت پوشش است
خدمات مترجم زبان اشاره	تحت پوشش است
پیوند اعضا	تحت پوشش است

سؤالی دارید؟ از طریق شماره 314-2427 (866) با Central Health Plan «طرح درمانی مرکزی» تماس بگیرید، شماره 711: TTY.

****قانون اخیراً تصویب شده، بخش 14131.10 از Code W&I را اضافه کرده است تا چندین دسته از مزایای اختیاری را از پوشش تحت برنامه Medi-Cal که از 1 ژوئیه 2009 اجرا می شود، حذف کند. مزایای اختیاری ذکر شده از پوشش تحت برنامه Medi-Cal، که از 1 ژوئیه 2009 لازم الاجراست، خارج شده اند. سیاست حذف مزایای اختیاری شامل ذینفعان زیر نمی شود: (1) ذینفعان زیر 21 سال برای خدمات ارائه شده طبق برنامه EPSDT؛ (2) ذینفعان ساکن در یک مرکز نگهداری تخصصی (مراکز نگهداری تخصصی سطح A و سطح B، شامل مراکز مراقبت های نیمه حاد؛ (3) ذینفعان باردار (مزایا و خدمات مرتبط با بارداری؛ سایر مزایا و خدمات برای درمان بیماری هایی که در صورت عدم درمان، ممکن است برای بارداری مشکلاتی ایجاد کنند)؛ (4) ذینفعان California Children's Services "خدمات کودکان کالیفرنیا"؛ و (5) ذینفعان عضو Program of All-Inclusive Care for the Elderly "مراقبت فراگیر برای سالمندان". بیشتر دعاوی مربوط به خدمات مزایای اختیاری حذف شده که صورتحساب آن توسط پزشک یا گروه پزشکان صادر شده، از 1 ژوئیه 2009 یا پس از آن قابل بازپرداخت هستند. با این حال، اگر ارائه دهنده خدمات یک پزشک نباشد، بلکه یکی از ارائه دهندگان مزایای اختیاری باشد، این دعاوی رد خواهند شد. اطلاعات بیشتر در مورد مزایا و خدمات کاهش یافته تحت این قانون جدید، در وبسایت California Department of Health Care Services "اداره خدمات مراقبت سلامت کالیفرنیا" به نشانی www.dhcs.ca.gov موجود است.**

بیمه مشترک

درصدی که شما به عنوان سهم خود از هزینه خدمات پزشکی یا داروهای نسخه‌ای پرداخت می‌کنید. به عنوان مثال، اگر 20 درصد بیمه مشترک دارید، 20 درصد از هزینه صورتحساب پزشکی خود را پرداخت می‌کنید.

پرداخت مشترک

مبلغ ثابتی که شما به عنوان سهم خود از هزینه خدمات یا لوازم پزشکی پرداخت می‌کنید. برای مثال، ممکن است هر بار که به پزشک مراقبت اولیه خود مراجعه می‌کنید، \$20 پرداخت مشترک داشته باشید.

فرانشیز

مبلغی که قبل از شروع پرداخت هزینه توسط بیمه‌تان، برای خدمات مراقبت سلامت یا داروهای نسخه‌ای پرداخت می‌کنید.

“Extra Help”

یکی از برنامه‌های Medicare برای کمک به افراد با درآمد و منابع محدود در پرداخت هزینه‌های برنامه داروهای نسخه‌ای، مانند پرداخت مشترک، فرانشیز و بیمه مشترک.

مراقبت بلندمدت

خدمات و پشتیبانی برای افرادی که نمی‌توانند فعالیت‌های اساسی زندگی روزمره، مانند لباس پوشیدن و حمام کردن را انجام دهند. Medicare و اکثر طرح‌های بیمه درمانی هزینه‌های مراقبت‌های بلندمدت را پرداخت نمی‌کنند.

Medicaid

یک برنامه ایالتی و فدرال که پوشش درمانی را برای افراد کم‌درآمد فراهم می‌کند.

Medicare Advantage

همچنین به عنوان بخش C شناخته می‌شود. نوعی طرح Medicare که توسط یک شرکت خصوصی مورد تأیید Medicare ارائه می‌شود. طرح Medicare Advantage جایگزینی برای Original Medicare است. تمام مزایای “بخش A” و “بخش B” شما را ارائه می‌دهد و اغلب مزایای اضافی مانند مراقبت‌های دندانپزشکی و بینایی را نیز ارائه می‌دهد.

Original Medicare

Medicare Part A (بیمه بیمارستان) و Medicare Part B (بیمه پزشکی). بیشتر افراد وقتی به 65 سالگی می‌رسند آن را دریافت می‌کنند. دولت فدرال Original Medicare را مدیریت می‌کند.

حداکثر مبلغ پرداختی از جیب

حداکثر مبلغی که باید در یک سال برای خدمات تحت پوشش بپردازید. زمانی که به این مبلغ برسید، بیمه شما 100 درصد از مراقبت‌های پزشکی ضروری شما را برای بقیه سال پوشش می‌دهد.

حق بیمه

پولی که ماهانه به Medicare یا یک طرح مراقبت سلامت برای پوشش پرداخت می‌کنید.

خدمات پیشگیرانه

مراقبت سلامت برای پیشگیری یا تشخیص بیماری در مراحل اولیه. اکثر طرح‌های درمانی باید برخی از خدمات پیشگیرانه مهم، مانند واکسن آنفولانزا و غربالگری فشار خون، را بدون هیچ هزینه‌ای برای شما پوشش دهند.

طرح Central Health Medicare نوعی طرح HMO/ HMO SNP است که با Medicare قرارداد دارد. ثبت‌نام به تمدید قرارداد بستگی دارد.

[illegible]

[illegible]

تبعیض خلاف قانون است. Central Health Plan از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال پیروی می‌کند. Central Health Plan برخلاف قوانین و مقررات هیچکس را مورد تبعیض قرار نمی‌دهد و یا براساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، دین، تبار، ملیت، اقلیت قومی، سن، ناتوانی ذهنی، از کارافتادگی جسمانی، شرایط پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسیتی یا تمایلات جنسی افراد را مستثنی نکرده و یا رفتار متفاوت با آنها ندارد.

Central Health Plan ارائه می‌دهد:

- ابزارها و خدمات رایگان در زمان مناسب به افراد دارای معلولیت برای کمک به ارتباط بهتر، مانند:
- مترجمان واجد شرایط زبان اشاره
- اطلاعات کتبی به قالب‌های دیگر (چاپ با حروف درشت، فایل صوتی، قالب‌های الکترونیکی قابل دسترسی، سایر قالب‌ها)
- خدمات زبان رایگان در زمان مناسب به افرادی که زبان اصلی آن‌ها انگلیسی نیست، مانند:
- مترجمان شفاهی واجد شرایط
- اطلاعات مکتوب به زبان‌های دیگر

اگر به این خدمات نیاز دارید، بین ساعت 8 a.m. تا 8 p.m. از طریق شماره 1-866-314-2427 با Central Health Plan تماس بگیرید. در صورتی که در شنوایی و تکلم مشکل دارید لطفاً با شماره 711 تماس بگیرید. در صورت درخواست، این سند می‌تواند به صورت بریل، چاپ با حروف بزرگ، نوار صوتی یا فرمت الکترونیکی در دسترس شما قرار گیرد. برای دریافت نسخه‌ای از این فرمت‌های جایگزین، لطفاً تماس بگیرید یا نامه‌ای به آدرس زیر ارسال کنید:

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

از طریق تلفن: 1-866-606-3889. در صورتی که در شنوایی و تکلم مشکل دارید لطفاً با شماره 711 تماس بگیرید.

نحوه ثبت شکایت

اگر تصور می‌کنید Central Health Plan در ارائه این خدمات قصور ورزیده یا به هر ترتیب دیگری بر پایه جنسیت، نژاد، رنگ پوست، دین، تبار، اصلیت ملی، اقلیت قومی، سن، ناتوانی ذهنی، از کارافتادگی جسمانی، شرایط پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسیتی یا تمایلات جنسی برخلاف قوانین و مقررات تبعیض قائل شده است می‌توانید نزد "مسئول هماهنگی حقوق مدنی Central Health Plan" شکایت کنید. شما می‌توانید شکایت خود را تلفنی، کتبی، یا به صورت الکترونیکی ثبت کنید:

- از طریق تلفن: با "مسئول هماهنگی حقوق مدنی Central Health Plan" به شماره 1-866-606-3889 از ساعت 8:30 a.m. تا 5:30 p.m. تماس بگیرید. یا در صورتی که در شنوایی و تکلم مشکل دارید لطفاً با شماره 711 تماس بگیرید.

- به صورت کتبی: یک فرم شکایت پر کنید، یا نامه‌ای بنویسید و آن را به نشانی زیر ارسال کنید:

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

- به صورت حضوری: به مطب پزشک خود یا به دفتر Central Health Plan مراجعه و اعلام کنید که می‌خواهید شکایت رسمی ثبت کنید.

- به صورت الکترونیکی: به این نشانی ایمیل بفرستید: **Civil.Rights@MolinaHealthcare.com**. همچنین می‌توانید به وبسایت Central Health Plan به آدرس **MolinaHealthcare.Alertline.com** مراجعه کنید.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

همچنین می‌توانید شکایت حقوق مدنی را از طریق تلفن، به صورت کتبی یا الکترونیکی به California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights ارائه دهید:

- از طریق تلفن: با شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. یا، اگر مشکلات شنوایی یا تکلم دارید، لطفاً با شماره 711 تماس بگیرید (خدمات رله مخابراتی).

- به صورت کتبی: یک فرم شکایت پر کنید، یا نامه‌ای را به نشانی زیر ارسال کنید:

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

فرم‌های شکایت در [DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx](https://dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx) در دسترس است.

- به صورت الکترونیکی: به این نشانی ایمیل بفرستید: CivilRights@dhcs.ca.gov.

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

اگر معتقدید که بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، معلولیت یا جنسیت مورد تبعیض قرار گرفته‌اید، می‌توانید شکایت حقوق مدنی (شکایت) خود را به صورت تلفنی، کتبی یا الکترونیکی نزد وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (U.S. Department of Health and Human Services)، دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights) ثبت کنید:

- از طریق تلفن: با شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. در صورتی که در تکلم و شنوایی مشکل دارید لطفاً با TTY/TDD تماس بگیرید: 1-800-537-7697.

- به صورت کتبی: یک فرم شکایت پر کنید، یا نامه‌ای را به نشانی زیر ارسال کنید:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

فرم‌های شکایت در HHS.gov/ocr/office/file/index.html در دسترس است.

- به صورت الکترونیکی: به “پورتال شکایت دفتر حقوق مدنی” (Office for Civil Rights Complaint Portal) به آدرس OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf مراجعه کنید

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 hlou 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**