

Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare – Medicaid Plan)

الإخطار السنوي بالتغييرات الواردة في عام 2018

المقدمة من قبل Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)
Health Net Community Solutions, Inc.

الإخطار السنوي بالتغييرات الواردة في عام 2018

أنت الآن مسجل كعضو في خطة Health Net Cal MediConnect. في العام المقبل، ستُجرى بعض التغييرات على مزايا الخطة وتغطيتها وقوانينها وتكاليفها. يطلعك هذا الإخطار السنوي على التغييرات.

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بخطة Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(TTY: 711) من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع

والعطلات الرسمية، يمكنك أن تترك رسالة. وسيتم معاودة الاتصال بك في يوم العمل التالي. هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة www.healthnet.com/calmediconnect.



جدول المحتويات

3	أ. فكر في التغطية الصحية للسنة المقبلة المقدمة من Cal-Medicare and Medi
9	ب. التغييرات الواردة على شبكة مقدمي الخدمات الصحية والصيدليات
10	ج. التغييرات الطارئة على المزايا والتكاليف للعام التالي
10	التغييرات الطارئة على مزايا وتكاليف الخدمات الطبية
11	التغييرات الواردة على تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية
13	المرحلة 1: "مرحلة التغطية المبدئية"
15	المرحلة 2: "مرحلة التغطية الكارثية"
15	د. تغييرات إدارية
16	هـ. القرار بشأن الخطة المختارة
16	إذا أردت الاستمرار في Health Net Cal MediConnect
16	إذا كنت ترغب في تغيير خطة Cal MediConnect مختلفة
16	إذا كنت ترغب في ترك برنامج Cal MediConnect
20	و. الحصول على المساعدة
20	الحصول على المساعدة من Health Net Cal MediConnect
20	الحصول على مساعدة من وسيط التسجيل بالولاية
20	الحصول على مساعدة من Cal MediConnect Ombuds Program
21	الحصول على مساعدة من برنامج كاليفورنيا للتأمين الصحي والإرشاد
21	الحصول على مساعدة من Medicare
22	الحصول على مساعدة من إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا



أ. فكر في التغطية الصحية للسنة المقبلة المقدمة من Medicare و Medi-Cal

من الضروري أن تراجع الآن التغطية الصحية لك للتأكد من أنها ستفي باحتياجاتك السنة المقبلة. إذا لم تفِ باحتياجاتك، يمكنك ترك الخطة في أي وقت. إذا اخترت ترك خطة Health Net Cal MediConnect، ستنتهي عضويتك بانتهاء الشهر الذي قدمت به هذا الطلب.

وفي حال إلغاء تسجيلك بخطتنا، ستظل مشتركاً في برنامجي Medicare و Medi-Cal ما دمت مؤهلاً لذلك.

- سيكون لديك حرية الاختيار بشأن كيفية الحصول على مزايا Medicare المقدمة لك (انتقل إلى الصفحة رقم 17 للاطلاع على خياراتك).
- سوف تبقى مسجلاً في شركة Health Net Community Solutions, Inc. لتحصل على مزايا خطة Medi-Cal ما لم تختار خطة مختلفة من Medi-Cal فقط (اذهب إلى صفحة 19 لمزيد من المعلومات).



موارد إضافية

- If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

▪ إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. يُرجى الاتصال بالرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، من يوم الاثنين إلى الجمعة، وللاتصال في غير أوقات الدوام الرسمي، أيام الأجازات والعطلات، يمكنك ترك رسالة. سنرد على مكالمتك في يوم العمل التالي. هذه المكالمة مجانية.

- Եթե Հայերեն եք խոսում, անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ են հասնում Ձեզ : Զանգահարեք 1-855-464-3571 (TTY՝ 711): Մի անձ այստեղ է Ձեզ հետ զրուցելու նպատակով երկուշաբթիից ուրբաթ, կ.ա. 8:00-ից կ.հ. 8:00-ը: Աշխատանքային ժամերից անց, հանգստյան օրերին եւ տոներին, կարող եք թողնել հաղորդագրություն: Ձեր զանգը կվերադարձվի հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Հեռախոսազանգն անվճար է:

- បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាភាគតិចថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-855-464-3571 (TTY:711) រវាង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ។ បន្ទាប់ពីម៉ោងធ្វើការ នៅចុងអាទិត្យ និងថ្ងៃ បុណ្យ អ្នកអាចទុកសារសំបុត្របាន។ អ្នកនឹងត្រូវបានទូរស័ព្ទមកវិញ នៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់ទៀត។ ការហៅនេះ គឺឥតចេញថ្លៃ ឡើយ។

- 如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)。週一至週五，上午 8 點到下午 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們會在下一個工作日給您回電。此專線為免付費電話。

▪ اگر به فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشند. با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. این تماس رایگان است.

- 귀하께서 한국어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (TTY: 711)번으로 월요일 - 금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하십시오. 영업시간 이후, 주말 및 공휴일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 다음 영업일에 저희가 귀하께 전화를 드리겠습니다. 안내전화는 무료입니다.

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بخطة Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711) من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية، يمكنك أن تترك رسالة. وسيتم معاودة الاتصال بك في يوم العمل التالي. هذه المكالمة مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة www.healthnet.com/calmediconnect



- Если вы говорите по-русски, мы можем предложить вам бесплатные услуги переводчика. Звоните по телефону 1-855-464-3571 (линия ТТУ: 711). Вы можете получить необходимую информацию непосредственно у сотрудника плана с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 8:00 часов вечера. В нерабочее время, а также в выходные и праздничные дни, вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный.
- Si usted habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al 1-855-464-3571 (TTY: 711). Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa inyo ang mga serbisyo ng tulong sa wika, nang walang singil. Tumawag sa 1-855-464-3571 (TTY: 711) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Paglipas ng mga oras ng negosyo, tuwing Sabado at Linggo at sa pista opisyal, maaari kang mag-iwan ng mensahe. Ang iyong tawag ay ibabalik sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Libre ang tawag.
- Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẵn có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi 1-855-464-3571 (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ thứ Hai đến hết thứ Sáu. Sau giờ làm việc, vào các ngày cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Cuộc gọi của quý vị sẽ được hồi đáp vào ngày làm việc hôm sau. Cuộc gọi này miễn phí



- يمكنك الحصول على هذا الإخطار السنوي بالتغييرات مجاناً بتنسيقات أخرى، مثل أن يكون مطبوعاً بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو في هيئة مواد سمعية. اتصل على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711) من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية، يمكنك أن تترك رسالة. وسيتم معاودة الاتصال بك في يوم العمل التالي. هذه المكالمات مجانية.
- إذا رغبت أن ترسل لك Health Net Cal MediConnect مواد العضو بشكل مستمر بتنسيقات أخرى مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو بلغة أخرى غير اللغة الانجليزية، يرجى الاتصال بقسم خدمات العضو. وأخبر قسم خدمات العضو بأنك ترغب في الحصول على مواد عضويتك بتنسيق أو بلغة أخرى.

عن Health Net Cal MediConnect

- تُعد شركة *Health Net Community Solutions, Inc.* إحدى الخطط الصحية التي تتعاقد مع كل من برنامجي Medicare و Medi-Cal لتوفير مزايا كلا البرنامجين للمُسجلين.
- تمثل التغطية الصحية المقيدة تحت خطة Health Net Cal MediConnect الحد الأدنى الضروري للتغطية الصحية، فإنها ترضي متطلبات المسؤولية الجماعية للفرد الخاصة بقانون الرعاية الصحية الأمريكي "أوباما كير". يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني الخاص بدائرة الإيرادات الداخلية (IRS) على <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> من أجل الحصول على مزيد من المعلومات عن متطلبات الأفراد لتقاسم المسؤولية لـ MEC.
- Health Net Cal MediConnect مقدمة من قبل *Health Net Community Solutions, Inc.* عندما يُذكر في هذا الإخطار السنوي للتغييرات "نحن" أو الضمير "نا" أو "الخاص بنا"، فإن المقصود هو *Health Net Community Solutions, Inc.* وعندما تذكر كلمة "الخطة" أو "خطتنا"، فإنها تعني Health Net Cal MediConnect.



التنازلات

يجوز فرض حدود ومبالغ للمشاركة في الدفع وقيود. للحصول على مزيد من المعلومات، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء الخاصة بخطة Health Net Cal MediConnect أو الاطلاع على كتيب الأعضاء الخاص بهذه الخطة. وهذا يعني أنك ملزم بدفع مبالغ مالية مقابل بعض الخدمات ولذلك عليك اتباع قواعد معينة فحتى تتمتع بخطة Health Net Cal MediConnect يجب دفع مقابل هذه الخدمات.

قد تتغير قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية و/أو شبكات الصيدليات ومقدمي الخدمة على مدار العام. سنرسل إليك إشعارًا قبل إجراء أي تغيير يؤثر على خطتك.

قد تتغير المزايا و/أو مبالغ المشاركة في الدفع في 1 من يناير من كل عام.

قد تختلف مبالغ المشاركة في الدفع نظير الأدوية المقررة بوصفة طبية بناءً على مستوى برنامج Extra Help (المساعدات الإضافية) الذي تتلقاه. الرجاء الاتصال بالخطة للحصول على مزيد من التفاصيل.

تعتبر Health Net Community Solutions شركة تابعة لشركة Centene. تعد Health Net علامة خدمة مسجلة لشركة Centene. جميع الحقوق محفوظة.



أمور هامة يجب أن تقوم بها:

- تحقق مما إذا كان هناك أي تغييرات ستطرأ على المزايا والتكاليف الخاصة بنا والتي قد تؤثر عليك. هل توجد أي تغييرات تؤثر على الخدمات التي تنتفع بها؟ من المهم مراجعة التغييرات التي تطرأ على المزايا والتكاليف للتأكد من أنها لا تزال تلبى احتياجاتك في العام المقبل. ابحث في القسم C للحصول على معلومات حول التغييرات التي تطرأ على المزايا والتكاليف الخاصة بخططنا.
- تأكد إذا وجدت أي تغييرات على الدواء المقرر بوصفة طبية والتي قد تؤثر عليك. هل ستخضع أدويةك للتغطية الصحية؟ هل أدويةك ذات مستوى مختلف؟ هل تستطيع مواصلة الشراء من نفس الصيدليات؟ من الضروري مراجعة التغييرات للتأكد من أن تغطيتنا للأدوية ستتناسبك في السنة المقبلة. انظر في القسم ج للحصول على المعلومات عن التغييرات الواردة على تغطيتنا للأدوية.
- افحص لمعرفة إذا كان مقدمي الخدمات الطبية والصيدليات ضمن شبكتنا في السنة المقبلة. هل الأطباء المعالجون لك ضمن شبكتنا؟ وماذا عن الصيدلية التي تتعامل معها؟ وماذا عن المستشفيات أو مقدمي الخدمات الصحية الآخرين الذي تستعين بهم؟ انظر في القسم ب للحصول على معلومات عن دليلنا لمقدمي الخدمات والصيدليات.
- فكر في تكاليفك الإجمالية في الخطة. كم ستتفوق من مالك الخاص على الخدمات والأدوية المقررة بوصفة طبية والتي تتناولها باستمرار؟ كيف تكون التكاليف الإجمالية مقارنة بخيارات التغطية الأخرى؟
- فكر بشأن مدى سعادتك من خططنا.

إذا قررت تغيير الخطط:

إذا قررت أن هناك تغطية أخرى ستفي باحتياجاتك بشكل أفضل، يمكنك تغيير الخطة في أي وقت. إذا انضمت في خطة جديدة، ستبدأ تغطيتك الجديدة بدأ من اليوم الأول من الشهر التالي. انظر في القسم هـ، صفحة 16 لمعرفة مزيد من المعلومات عن خياراتك.

إذا قررت الاستمرار مع خطة Health Net Cal MediConnect:

إذا قررت البقاء معنا السنة المقبلة، فلا تحتاج أن تفعل أي شيء. وإذا لم تغير أي شيء، فإنك ستظل مقيداً تلقائياً في خططنا.

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بخطة Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(TTY: 711) من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية، يمكنك أن تترك رسالة. وسيتم معاودة الاتصال بك في يوم العمل التالي. هذه المكالمة مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة www.healthnet.com/calmediconnect.

ب. التغييرات الواردة على شبكة مقدمي الخدمات الصحية والصيدليات

قد تغيرت شبكات مقدمي الرعاية والصيدليات التابعة لنا لعام 2018.

نشجعك بقوة على مراجعة دليلنا لمقدمي الخدمات والصيدليات الحالي، لمعرفة إذا كان مقدمي الخدمات والصيدليات الذين تتعامل معهم مازالوا ضمن شبكاتنا. يوجد دليل لمقدمي الرعاية والصيدليات محدث على موقعنا الإلكتروني www.healthnet.com/calmediconnect. ويمكنك أيضاً الاتصال بقسم خدمات العضو على الرقم 1-855-464-3571 لمستخدمي (TTY)، يُرجى الاتصال بالرقم: 711 من الساعة 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً من الإثنين إلى الجمعة للحصول على أحدث معلومات عن مقدمي الرعاية أو لطلب إرسال نسخة من دليل مقدمي الرعاية والصيدليات عن طريق البريد.

من الضروري معرفة أنه يمكننا أيضاً تغيير شبكتنا خلال السنة. إذا ترك مقدمي الخدمة الخطة، فإنك تتمتع بحقوق وحماية معينة. للحصول على مزيد من المعلومات، انظر الفصل 3 من كتيب الأعضاء.

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بخطة Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711) من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية، يمكنك أن تترك رسالة. وسيتم معاودة الاتصال بك في يوم العمل التالي. هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة www.healthnet.com/calmediconnect.

ج. التغييرات الطارئة على المزايا والتكاليف للعام التالي

التغييرات الطارئة على مزايا وتكاليف الخدمات الطبية

سوف نغير تغطيتنا لخدمات طبية بعينها وما تدفعه مقابل تلك الخدمات الخاضعة للتغطية في العام التالي. يوضح الجدول التالي تلك التغييرات.

2018 (العام المقبل)	2017 (هذا العام)	
<p>تدفع \$0 كمبلغ مشاركة في الدفع مقابل الأغراض التي تُباع بدون وصفة الخاضعة للتغطية والمتوفرة عبر خدمة الطلب بالبريد التابعة لنا.</p> <p>تغطي الخطة ما يصل إلى \$25 لكل ربع سنة تقويمية.</p> <p>ستتم مصادرة الأرصدة غير المستخدمة في نهاية كل ربع سنة.</p>	<p>الأغراض التي تُباع بدون وصفة (OTC) غير خاضعة للتغطية.</p>	<p>أغراض تُباع بدون وصفة (OTC)</p>
<p>خدمات المساعدة في المنزل (IHSS) ليست خاضعة للتغطية من قبل خطة Health Net Cal MediConnect Plan.</p> <p>ما يصل إلى 283 ساعة من خدمات المساعدة في المنزل (IHSS) خاضعة للتغطية كل شهر بواسطة إدارة الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة في حال وافق الإحصائي الاجتماعي في المقاطعة.</p>	<p>تدفع \$0 كمبلغ مشاركة في الدفع مقابل خدمات المساعدة في المنزل (IHSS)</p>	<p>خدمات المساعدة في المنزل (In-Home Supportive Services, IHSS)</p>

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بخطة Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711) من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية، يمكنك أن تترك رسالة. وسيتم معاودة الاتصال بك في يوم العمل التالي. هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة www.healthnet.com/calmediconnect.



2018 (العام المقبل)	2017 (هذا العام)	
<p>سندفع مقابل الخدمات التالية: * ما يصل إلى \$250 للنظارات الطبية (الإطارات وعدسات النظارات الطبية الأساسية الأحادية أو عدسات ثنائية البؤرة أو عدسات ثلاثية البؤرة أو عدسات عدسية) كل سنتين؛ أو * ما يصل إلى \$250 للعدسات اللاصقة الاختيارية والتركيب والتقييم كل سنتين</p> <p>أنت مسئول 100% عن تسديد أي رصيد متبق يتعدى الخصم المسموح به وقيمهته \$250.</p>	<p>سندفع مقابل الخدمات التالية: * عدسات النظارات الطبية الأساسية الأحادية أو ثنائية البؤرة أو ثلاثية البؤرة أو عدسات عدسية كل سنتين؛ و * ما يصل إلى \$250 لإطارات النظارات كل سنتين، أو * ما يصل إلى \$250 للعدسات اللاصقة الاختيارية والتركيب والتقييم كل سنتين</p> <p>تحصل على خصم بنسبة 20% من أي رصيد يتعدى البديل الخاص بالإطارات وقيمهته \$250 وأنت مسئول عن تسديد 100% عن أي رصيد متبق يتعدى البديل الخاص بالعدسات اللاصقة وقيمهته \$250.</p>	<p>رعاية العيون (النظارات/العدسات غير الخاضعة للتغطية من برنامج Medicare)</p>

التغييرات الواردة على تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية

التغييرات الواردة على قائمة أدويتنا

أرسلنا إليك نسخة من قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية لعام 2018 الخاصة بنا في هذا المظروف.

وتسمى أيضاً قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية بـ "قائمة الأدوية"

وأجرينا تغييرات على قائمة الأدوية الخاصة بنا، بما في ذلك التغييرات الواردة على الأدوية التي نغطيها والتغييرات الواردة بشأن القيود التي تطبق على تغطيتنا لأدوية معينة.

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بخطة Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(TTY: 711) من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع

والعطلات الرسمية، يمكنك أن تترك رسالة. وسيتم معاودة الاتصال بك في يوم العمل التالي. هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة www.healthnet.com/calmediconnect.



راجع قائمة الأدوية للتأكد من أن أدويةك التي تتناولها ستخضع للتغطية السنة المقبلة ولمعرفة إذا كان هناك أي قيود.

إذا تأثرت بالتغييرات الواردة في تغطية الأدوية، فإننا نشجعك على التالي:

- **العمل مع الطبيب المعالج لك (أو أي مقدم وصفات آخر) لإيجاد دواء آخر يخضع لتغطيتنا.** يمكنك الاتصال بقسم خدمات العضو على الرقم 1-855-464-3571 (وبالنسبة لمستخدمي TTY، يُرجى الاتصال بالرقم: 711) من الساعة 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً من الإثنين إلى الجمعة لطلب قائمة من الأدوية الخاضعة للتغطية والتي تعالج نفس الحالة. يمكن لهذه القائمة أن تساعد مقدم الخدمة على إيجاد دواء مناسب لك.
- **اطلب أن تغطي الخطة صرفية مؤقتة للدواء.** في بعض الأحيان، سنغطي الدواء لمرة واحدة، صرفية مؤقتة للدواء خلال 90 يوماً من بداية السنة الميلادية. وستكون هذه الصرفية المؤقتة لمدة لا تزيد عن 30 يوماً. (لمعرفة المزيد عن متى يمكنك الحصول على الصرفية المؤقتة للدواء وكيف تطلبه، انظر الفصل 5 من كتيب العضو) عندما تحصل على صرفية مؤقتة للدواء، يجب عليك التحدث مع طبيبك المعالج لاتخاذ قرار بشأن ما تفعله عند انقضاء الصرفية المؤقتة. يمكنك إما أن تغير إلى دواء مختلف يخضع للتغطية أو أن تطلب تطبيق الخطة استثناءً لك وتغطي أدويةك الحالية.
- إذا دخلت ضمن الخطة للأكثر من 90 يوماً وتعيش في منشأة رعاية صحية لمدة طويلة، فسنعطي الدواء لمدة 31 يوماً لمرة واحدة أو أقل في حالة أن تكتب الوصفة الطبية لمدة أقل. هذا بالإضافة إلى صرف الدواء لعملية الرعاية لمدة طويلة.
- في حال انتقالك من العيش في منشأة رعاية صحية أو مستشفى لمدة طويلة إلى العيش في المنزل، فإننا سنغطي الدواء لمدة 30 يوماً لمرة واحدة أو أقل في حالة أن تكتب الوصفة الطبية لمدة أقل (في مثل هذه الأحوال، سنسمح باستمارات متعددة لتقديم الأدوية تكفي لمدة 30 يوماً).
- في حال انتقالك من العيش في المنزل إلى العيش في منشأة رعاية صحية أو مستشفى لمدة طويلة، فإننا سنغطي الدواء لمدة 31 يوماً لمرة واحدة أو أقل في حالة أن تكتب الوصفة الطبية لمدة أقل (في مثل هذه الأحوال، سنسمح باستمارات متعددة لتقديم الأدوية تكفي لمدة 31 يوماً). يجب أن تصرف الوصفة الطبية من صيدلية تابعة لشبكتنا الصحية.

سنظل معظم استثناءات قائمة الأدوية خاضعة للتغطية العام المقبل.



التغييرات الواردة على تكاليف الأدوية المقررة بوصفة طبية

توجد مرحلتان للدفع للقسم د من برنامج Medicare لتغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية وفق خطة Health Net Cal MediConnect. يتحدد المبلغ المالي الذي ستدفعه بناءً على المرحلة التي وصلت إليها عندما تحصل على وصفة طبية مكتوبة أو معاد كتابتها. وها هما المرحلتان:

المرحلة 2 مرحلة التغطية الكارثية	المرحلة 1 مرحلة التغطية المبدئية
في هذه المرحلة، تدفع الخطة جميع تكاليف الأدوية الخاصة بك حتى 31 ديسمبر عام 2018. تبدأ في هذه المرحلة عندما تدفع مبلغ مالي معين من مالك الخاص.	خلال هذه المرحلة، تدفع الخطة جزء من تكاليف أدويةك، وتدفع أنت حصتك. تسمى حصتك بمبلغ المشاركة في الدفع. وتبدأ هذه المرحلة عندما تملأ أول وصفة طبية في العام.

المرحلة 1: "مرحلة التغطية المبدئية"

خلال هذه المرحلة، تدفع الخطة حصة من تكاليف الأدوية المقررة بوصفة طبية والتي تخضع للتغطية، وتدفع أنت حصتك. تسمى حصتك بمبلغ المشاركة في الدفع. يعتمد مبلغ المشاركة في الدفع على مستوى مشاركة تكاليف الدواء ومن أين تحصل عليها. وستدفع مبلغ المشاركة في الدفع في كل مرة تملأ وصفة طبية. إذا كانت تكاليف الأدوية الخاضعة للتأمين أقل من مبلغ المشاركة في الدفع، ستدفع السعر الأقل.

نقلنا بعض الأدوية من قائمة الأدوية لمستوى أقل أو أعلى. إذا انتقلت أدويةك من مستوى إلى آخر، فإن هذا سيؤثر على مبلغ المشاركة في الدفع الخاص بك. ولمعرفة إذا نُقلت أدويةك لمستوى مختلف، ابحث عنها في قائمة الأدوية.

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بخطة Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(TTY: 711) من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع

والعطلات الرسمية، يمكنك أن تترك رسالة. وسيتم معاودة الاتصال بك في يوم العمل التالي. هذه المكالمة مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة www.healthnet.com/calmediconnect.

يعرض الجدول الموضح أدناه تكاليف أدويةك على مستويات الأدوية الثلاثة. لا تصرف هذه الأموال إلا عندما تكون في مرحلة التغطية المبدئية.

2018 (العام المقبل)	2017 (هذا العام)	
مبلغ المشاركة في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يوماً) يتراوح من \$0 إلى \$3.35 نظير وصفة طبية واحدة.	مبلغ المشاركة في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يوماً) يتراوح من \$0 إلى \$3.30 نظير وصفة طبية واحدة.	الأدوية في المستوى الأول (أدوية المستوى الأول لها مبلغ مشاركة في الدفع أقل. وهي الأدوية غير مسجلة الملكية) تكلفة صرفية تكفي لشهر واحد من أدوية المستوى الأول من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا الصحية
مبلغ المشاركة في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يوماً) يتراوح من \$0 إلى \$8.35 نظير وصفة طبية واحدة.	مبلغ المشاركة في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يوماً) يتراوح من \$0 إلى \$8.25 نظير وصفة طبية واحدة.	الأدوية في المستوى الثاني (أدوية المستوى الثاني لها مبلغ مشاركة في الدفع أعلى. وهي الأدوية التي تحمل علامة تجارية.) تكلفة صرفية تكفي لشهر واحد من أدوية المستوى الثاني من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا الصحية
مبلغ المشاركة في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يوماً) يبلغ \$0 نظير وصفة طبية واحدة.	مبلغ المشاركة في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يوماً) يبلغ \$0 نظير وصفة طبية واحدة.	الأدوية في المستوى الثالث أدوية المستوى الثالث هي أدوية تصرف بوصفة طبية أو بدونها وتخضع لتغطية Medi-Cal. تكلفة صرفية تكفي لشهر واحد من أدوية المستوى الثالث من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا الصحية

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بخطة Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711) من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية، يمكنك أن تترك رسالة. وسيتم معاودة الاتصال بك في يوم العمل التالي. هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة www.healthnet.com/calmediconnect.



تنتهي مرحلة التغطية المبدئية عندما يصل إجمالي تكاليفك الثرية إلى \$5,000. وفي هذه المرحلة تبدأ مرحلة التغطية الكارثية وتغطي الخطة تكاليف جميع أدويةك من وقتها وحتى نهاية السنة.

المرحلة 2: "مرحلة التغطية الكارثية"

عندما تصل إلى حد المبلغ الذي تدفعه من مالك الخاص للحصول على الأدوية المقررة بوصفة طبية، تبدأ مرحلة التغطية الكارثية. وستظل في مرحلة التغطية الكارثية حتى نهاية العام الميلادي.

د. تغييرات إدارية

2018 (العام المقبل)	2017 (هذا العام)	رعاية العيون
<p>يتعين عليك التحدث مع مقدم الرعاية والحصول على إحالة من أجل فحوصات الرؤية الخاضعة للتغطية من برنامج Medicare.</p> <p>لا يتعين عليك الحصول على إحالة من أجل النظارات والعدسات الخاضعة للتغطية من برنامج Medicare.</p> <p>لا يلزم الحصول على إذن مسبق (موافقة مقدما) من أجل فحوصات الرؤية الخاضعة للتغطية من برنامج Medicare والنظارات والعدسات الخاضعة للتغطية من برنامج Medicare.</p>	<p>يتعين عليك التحدث مع مقدم الرعاية والحصول على إحالة من أجل فحوصات الرؤية الخاضعة للتغطية من برنامج Medicare والنظارات والعدسات الخاضعة للتغطية من برنامج Medicare.</p> <p>قد يلزم الحصول على إذن مسبق (موافقة مسبقة) من أجل فحوصات الرؤية الخاضعة للتغطية من برنامج Medicare والنظارات والعدسات الخاضعة للتغطية من برنامج Medicare، ما عدا حالات الطوارئ.</p>	

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بخطة Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711) من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية، يمكنك أن تترك رسالة. وسيتم معاودة الاتصال بك في يوم العمل التالي. هذه المكالمة مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة www.healthnet.com/calmediconnect.



هـ. القرار بشأن الخطة المختارة

إذا أردت الاستمرار في Health Net Cal MediConnect

نأمل بأن تظل عضواً لدينا في العام القادم.

لتستمر في خطتنا ليس عليك فعل شيء. إذا لم تسجل في خطة Cal MediConnect plan مختلفة، أو غيرت إلى Medicare Advantage Plan، أو غيرت إلى Original Medicare، فستظل تلقائياً مسجلاً كعضو في خطتنا لعام 2018.

إذا كنت ترغب في تغيير خطة Cal MediConnect مختلفة

إذا رغبت في الاستمرار في الحصول على مزايا خطة Medicare وMedi-Cal معاً في خطة واحدة، يمكنك الانضمام لخطة Cal MediConnect مختلفة.

للتسجيل في خطة Cal MediConnect مختلفة، يُرجى الاتصال بخيارات الرعاية الصحية على رقم 1-844-580-7272، من يوم الاثنين إلى يوم الجمعة، من الساعة 8:00 صباحاً إلى الساعة 5:00 مساءً. ينبغي لمستخدمي (TTY) الاتصال على الرقم 1-800-430-7077.

إذا كنت ترغب في ترك برنامج Cal MediConnect

إذا لم ترغب في الانضمام في خطة Cal MediConnect مختلفة بعد أن تترك Health Net Cal MediConnect، يمكنك الحصول على خدمات Medicare وMedi-Cal بشكل منفصل.



إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بخطة Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711) من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية، يمكنك أن تترك رسالة. وسيتم معاودة الاتصال بك في يوم العمل التالي. هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة www.healthnet.com/calmediconnect.

كيف ستحصل على خدمات Medicare

سيكون لديك ثلاثة خيارات للحصول على خدمات Medicare. باختيار أحد هذه الخيارات، ستنتهي عضويتك اتوماتيكياً في خطة Cal MediConnect.

<p>ها هو ما يجب عليك فعله:</p> <p>الاتصال بالرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE على مدار 24 ساعة يومياً، وسبعة أيام في الأسبوع. وبالنسبة لمستخدمي TTY، يُرجى الاتصال بالرقم 1-877-486-2048 للانضمام إلى خطة Medicare-only الصحية الجديدة.</p> <p>إذا احتجت إلى مساعدة أو لمزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none">اتصل ببرنامج كاليفورنيا للتأمين الصحي والإرشاد (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) على رقم 1-800-434-0222، من يوم الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 5 مساءً. وللحصول على مزيد من المعلومات أو لإيجاد مكتب برنامج كاليفورنيا للتأمين الصحي والإرشاد في منطقتك، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني التالي: http://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>سيُلقى تسجيلك اتوماتيكياً من Health Net Cal MediConnect عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة.</p>	<p>1. يمكنك التغيير إلى:</p> <p>خطة Medicare الصحية، مثل خطة Medicare Advantage Plan، أو إذا استوفيت شروط الأهلية، يمكنك التغيير إلى برامج الرعاية الشاملة للمسنين.</p>
---	---



<p>إليك ما ينبغي لك فعله:</p> <p>الاتصال بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار 24 ساعة يوميًا، وسبعة أيام في الأسبوع. ينبغي لمستخدمي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.</p> <p>إذا احتجت إلى مساعدة أو لمزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> اتصل ببرنامج كاليفورنيا للتأمين الصحي والإرشاد (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) على رقم 1-800-434-0222، من يوم الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 5 مساءً. وللحصول على مزيد من المعلومات أو لإيجاد مكتب برنامج كاليفورنيا للتأمين الصحي والإرشاد في منطقتك، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني التالي: http://www.aging.ca.gov/HICAP/ <p>سُيُلغى تسجيلك أوتوماتيكيًا من Health Net Cal MediConnect عندما تبدأ تغطية برنامج Original Medicare.</p>	<p>2. يمكنك التغيير إلى:</p> <p>برنامج Original Medicare مع خطة منفصلة للأدوية المقررة بوصفة طبية تابعة لبرنامج Medicare</p>
--	--

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بخطة Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711) من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية، يمكنك أن تترك رسالة. وسيتم معاودة الاتصال بك في يوم العمل التالي. هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة www.healthnet.com/calmediconnect.



<p>ها هو ما يجب عليك فعله:</p> <p>الاتصال بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار 24 ساعة يوميًا، وسبعة أيام في الأسبوع. ينبغي لمستخدمي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.</p> <p>إذا احتجت إلى مساعدة أو لمزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none">اتصل ببرنامج كاليفورنيا للتأمين الصحي والإرشاد (HICAP) على رقم 1-800-434-0222، من يوم الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 5 مساءً. وللحصول على مزيد من المعلومات أو لإيجاد مكتب برنامج كاليفورنيا للتأمين الصحي والإرشاد في منطقتك، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني التالي: http://www.aging.ca.gov/HICAP/ <p>سيُلقى تسجيلك أو توماتيكياً من Health Net Cal MediConnect عندما تبدأ تغطية برنامج Original Medicare.</p>	<p>3. يمكنك التغيير إلى:</p> <p>Original Medicare بدون خطة أدوية مقررة بوصفات طبية منفصلة لـ Medicare</p> <p>ملحوظة: إذا غيرت إلى Original Medicare ولم تنضم إلى خطة Medicare منفصلة والخاصة بالدواء المقرر بوصفة طبية، قد تُسجل Medicare اسمك في خطة الأدوية، ما لم تخبر Medicare إنك لا ترغب في الانضمام.</p> <p>يجب ألا تسقط تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية إلا إذا حصلت على تغطية الأدوية من موظف، أو اتحاد، أو أي مصدر لآخر. اتصل ببرنامج كاليفورنيا للتأمين الصحي والإرشاد (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) على رقم 1-800-434-0222، من يوم الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 5 مساءً. وللحصول على مزيد من المعلومات أو لإيجاد مكتب برنامج كاليفورنيا للتأمين الصحي والإرشاد في منطقتك، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني التالي: http://www.aging.ca.gov/HICAP/</p>
---	--

كيف ستحصل على خدمات Medicare

في حال إلغاء تسجيلك بخطة Cal MediConnect الخاصة بنا، فستظل مسجلاً في خطة رعاية مُدارة ببرنامج Medi-Cal من اختيارك. وتشمل خدماتك المقدمة من Medi-Cal معظم خدمات ودعم ورعاية صحية سلوكية طويلة الأمد.

عند طلبك إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect الخاصة بنا، فستحتاج إلى إخبار Health Care Options عن خطة الرعاية المُدارة ببرنامج Medi-Cal التي تريد الانضمام إليها. يمكنك الاتصال بـ Health Care Options على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا وحتى الساعة 5:00 مساءً. وينبغي لمستخدمي (TTY) الاتصال على الرقم 1-800-430-7077.



و. الحصول على المساعدة

الحصول على المساعدة من Health Net Cal MediConnect

هل لديك استفسارات؟ نحن هنا لمساعدتك. يرجى الاتصال بقسم خدمات العضو على الرقم 1-855-464-3571 (أما لمستخدمي TTY فقط، يرجى الاتصال على الرقم 711) نحن متواجدون لتلقي المكالمات الهاتفية من 8 صباحاً – 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية، يمكنك أن تترك رسالة. وسيتم معاودة الاتصال بك في يوم العمل التالي. المكالمات لتلك الأرقام مجانية.

أقرأ كتيب العضو لعام 2018

يعد كتيب العضو لعام 2018 هو الوصف القانوني المفصل عن مزايا خطتك، حيث أنه يحتوي على المزايا والتكاليف الخاصة بالعام المقبل. ويوضح حقوقك والقواعد التي عليك اتباعها للحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية والأدوية المقررة بوصفها طبية.

تتاح دائماً نسخة محدثة من كتيب العضو لعام 2018 على موقعنا الإلكتروني التالي www.healthnet.com/calmediconnect كما يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711) من الساعة 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً من الإثنين إلى الجمعة لطلب إرسال نسخة من كتيب الأعضاء لعام 2018 عن طريق البريد.

رُز موقعنا الإلكتروني

يمكنك أيضاً زيارة موقعنا التالي www.healthnet.com/calmediconnect يحتوي موقعنا الإلكتروني على معلومات محدثة عن شبكة مقدمي الخدمات الصحية والصيدليات ضمن شبكتنا (دليل مقدمي الخدمات الصحية والصيدليات) وقائمة الأدوية (قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية)، وذلك للتذكير.

الحصول على مساعدة من وسيط التسجيل بالولاية

يمكن لوسيط التسجيل بالولاية أن يساعدك في إيجاد أجوبة عن استفسارات التسجيل التي لديك. يمكنك الاتصال بقسم Health Care Options على الرقم 1-844-580-7272 من يوم الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحاً إلى الساعة 5:00 مساءً، ويجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-430-7077.

الحصول على مساعدة من Cal MediConnect Ombuds Program

يمكن لبرنامج Cal MediConnect Ombuds Program أن يساعدك إذا واجهتك مشكلة مع Health Net Cal MediConnect. ويعتبر برنامج Cal MediConnect Ombuds Program غير تابع لنا أو لأي شركة تأمين أو خطة صحية أخرى. رقم هاتف برنامج Cal MediConnect Ombuds Program هو 1-855-501-3077، الخدمات مجانية.

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بخطة Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711) من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية، يمكنك أن تترك رسالة. وسيتم معاودة الاتصال بك في يوم العمل التالي. هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة www.healthnet.com/calmediconnect.

الحصول على مساعدة من برنامج كاليفورنيا للتأمين الصحي والإرشاد

يمكنك الاتصال أيضاً ببرنامج كاليفورنيا للتأمين الصحي والإرشاد (HICAP). يمكن لمستشاري برنامج كاليفورنيا للتأمين الصحي والإرشاد (HICAP) على مساعدتك في فهم خياراتك المتعلقة بـ Cal MediConnect plan والإجابة على الاستفسارات المتعلقة بالخطط المعدلة. ويعتبر برنامج كاليفورنيا للتأمين الصحي والإرشاد (HICAP) غير تابع لنا أو لأي شركة تأمين أو خطة صحية أخرى. درّب برنامج كاليفورنيا للتأمين الصحي والإرشاد (HICAP) مستشارين في كل مقاطعة، وتقدم الخدمات مجاناً. رقم تليفون برنامج كاليفورنيا للتأمين الصحي والإرشاد (HICAP) هو 1-800-434-0222. للحصول على مزيد من المعلومات أو لإيجاد مكتب برنامج كاليفورنيا للتأمين الصحي والإرشاد (HICAP) في منطقتك، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني التالي:
<http://www.aging.ca.gov/HICAP/>

الحصول على مساعدة من Medicare

للحصول على معلومات مباشرة من Medicare:

اتصل بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

يمكنك الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار 24 ساعة، وسبعة أيام في الأسبوع.

ينبغي لمستخدمي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

زُر الموقع الإلكتروني Medicare

يمكنك زيارة موقع Medicare الإلكتروني (<http://www.medicare.gov>). إذا اخترت إلغاء تسجيلك من خطة Cal MediConnect والتسجيل في خطة Medicare Advantage، يحتوي موقع Medicare معلومات عن التكاليف، والتغطية الصحية، ومعدلات الجودة لمساعدتك على المقارنة بين خطط Medicare Advantage. يمكنك إيجاد معلومات عن خطط Medicare Advantage المتوفرة في منطقتك وذلك باستخدام Medicare Plan Finder على موقع Medicare الإلكتروني. (لعرض معلومات عن الخطط، انتقل إلى <http://www.medicare.gov> ثم انقر فوق "Find health & drug plans").

اقرأ Medicare & You لعام 2018

يمكنك قراءة كتيب Medicare & You لعام 2018. ترسل هذه النشرة كل عام في فصل الخريف للمشاركين في Medicare. ويحتوي على ملخص هن مزايا خطة Medicare، وحقوقها وتغطيتها وأجوبة لمعظم الأسئلة المتكررة عن Medicare. إذا لم يكن لديك نسخة من هذا الكتيب، يمكنك الحصول عليها من الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare على الرابط (<http://www.medicare.gov>) أو الاتصال على 1-800-MEDICARE على الرقم (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة يومياً وسبعة أيام في الأسبوع. يتعين على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.

الحصول على مساعدة من إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا

تتولى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا مسؤولية تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. إذا كان لديك تظلم ضد الخطة الصحية التي تشترك بها، يجب عليك أولاً الاتصال بالجهة المعنية بالخطة هاتفياً على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711) من الساعة 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً من الإثنين إلى الجمعة وتتبع إجراء التظلم الخاص بالخطة الصحية التي تشترك بها قبل الاتصال بالإدارة. ولا يحرمك استخدام تلك الإجراءات لتقديم تظلم من أي حقوق أو تعويضات قانونية محتملة مستحقة لك. إذا كنت بحاجة إلى تقديم تظلم يتعلق بخدمة طارئة، أو تظلم لم تعالجه خطة الرعاية الصحية الخاصة بك على نحو مرضٍ، أو تظلم لم تتم معالجته لمدة تزيد عن 30 يوماً، يمكنك الاتصال بالإدارة للحصول على المساعدة.

قد تصبح مؤهلاً أيضاً للحصول على إجراء مراجعة طبية مستقلة (Independent Medical Review, IMR) إذا كنت مؤهلاً للحصول على مراجعة طبية مستقلة (IMR)، فسوف يوفر إجراء المراجعة الطبية المستقلة (IMR) مراجعة حيادية للقرارات الطبية المتخذة من قبل خطة الرعاية الطبية فيما يتعلق بالضرورة الطبية للخدمة أو العلاج المقترحين، وقرارات التغطية للعلاجات التجريبية أو الخاضعة للدراسة وخلافات السداد في حالات الطوارئ، أو الخدمات الطبية العاجلة.

يوجد بالإدارة أيضاً رقم هاتف مجاني (1-888-HMO-2219) وخط (TDD) (1-877-688-9891) للذين يعانون من صعوبات في السمع والتحدث. يحتوي الموقع الإلكتروني للإدارة <http://www.hmohelp.ca.gov> على نماذج للشكاوى ونماذج لطلب المراجعة الطبية المستقلة (IMR) وإرشادات عبر الإنترنت.

تمثل شركة Health Net Community Solutions, Inc. شركة فرعية تابعة لشركة Health Net, Inc. وتعد Health Net علامة خدمة مسجلة لشركة Health Net, Inc.، جميع الحقوق محفوظة.

ANC014714AP00 (17/7)

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بخطة Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711) من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية، يمكنك أن تترك رسالة. وسيتم معاودة الاتصال بك في يوم العمل التالي. هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة www.healthnet.com/calmediconnect.



Health Net Cal MediConnect Nondiscrimination Notice

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net Cal MediConnect does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Net Cal MediConnect:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center at 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Health Net Cal MediConnect has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Thai: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Armenian: ՈւՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակազմակերպչական ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).