



L.A. Care Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)
L.A. Care Health Plan مقدمة من شركة

الإشعار السنوي بالتغييرات لعام 2019

المقدمة

أنت الآن مسجل بصفقتك عضو في L.A. Care Cal MediConnect Plan في العام المقبل، ستجرى بعض التغييرات على مزايا الخطة، وقواعدها وتكاليفها. هذا الإشعار السنوي بالتغييرات يطلعك على التغييرات التي ستطراً العام المقبل وأين يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات بشأنها. المصطلحات الهامة وتعريفاتها مرتبة هجائياً تجدها في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بـ L.A. Care Cal MediConnect Plan على الرقم (TTY: 711) 1-888-225-8921، على مدار 24 ساعة يوميًا، و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة www.calmedicconnectla.org



جدول المحتويات

3	A. إخلاء المسؤولية
3	B. مراجعة التغطية الصحية للسنة المقبلة المقدمة إليك من Medicare و Medi-Cal
4	B1. مصادر إضافية
5	B2. معلومات عن L.A. Care Cal MediConnect Plan
6	B3. أمور هامة يجب القيام بها
7	C. التغييرات التي ستطراً على شبكة موفري الرعاية والصيدليات
7	D. التغييرات التي تطراً على المزايا والتكاليفها العام المقبل
7	D1. التغييرات التي تطراً على المزايا الخدمات الطبية
7	D2. التغييرات على تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية
9	D3. المرحلة 1: "مرحلة التغطية المبدئية"
10	D4. المرحلة 2: "مرحلة التغطية الباهظة"
10	E. كيف تختار خطة
10	E1. كيف تظل مدرجاً في خطتنا
10	E2. كيفية تغيير الخطط الصحية
12	F. كيفية الحصول على المساعدة
12	F1. الحصول على المساعدة من L.A. Care Cal MediConnect Plan
13	F2. الحصول على المساعدة من وسيط التسجيل في الولاية
13	F3. الحصول على المساعدة من Cal MediConnect Ombuds Program
13	F4. الحصول على المساعدة من برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم
13	F5. الحصول على المساعدة من Medicare
14	F6. الحصول على المساعدة من إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا



A. إخلاء المسؤولية

- L.A. Care Health Plan هي خطة صحية متعاقدة مع كل من برنامجي Medicare و Medi-Cal لتوفير مزايا كلا البرنامجين للمشاركين.

B. مراجعة التغطية الصحية للسنة المقبلة المقدمة إليك من Medicare و Medi-Cal

من المهم مراجعة التغطية الصحية المقدمة إليك الآن للتأكد من أنها ستظل تلبي احتياجاتك في العام المقبل. إن لم تكن تلبي احتياجاتك، يمكنك الانسحاب من الخطة. انظر قسم F2 لمزيد من المعلومات إن اخترت أن تنسحب من L.A. Care Cal MediConnect Plan، ستنتهي عضويتك في اليوم الأخير من الشهر الذي قدمت خلاله طلب الانسحاب.

إن انسحبت من خطتنا، فستستمر عضويتك في برنامجي Medicare و Medi-Cal ما دمت مؤهلاً لذلك.

- وسيكون لديك الحق في اختبار كيفية الحصول على مزايا Medicare المقدمة إليك (اذهب إلى الصفحة رقم 10 لمعرفة الخيارات المتاحة أمامك).
- وستحصل على مزايا برنامج Medi-Cal من خلال خطة رعاية صحية من اختيارك يديرها برنامج Medi-Cal (اذهب إلى صفحة 12 للحصول على مزيد من المعلومات).

◀ **ملاحظة:** إذا كنت مسجلاً في أحد برامج إدارة الأدوية، لا يمكنك الانضمام إلى خطة مختلفة. انظر فصل 5 من كتيب الأعضاء لمزيد من المعلومات عن برامج إدارة الأدوية.



B1 . مصادر إضافية

- **ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-888-522-1298** (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free.
- **ATENCIÓN:** Si usted habla español, los servicios de asistencia con el idioma estarán disponibles para usted sin costo. Llame al **1-888-522-1298** (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.
- **請注意：**如果您說中文，您可免費獲得語言協助服務。請致電 **1-888-522-1298** (TTY: 711)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）。這是免費電話。
- **XIN LƯU Ý:** Nếu quý vị nói tiếng Việt, hiện có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Gọi **1-888-522-1298** (TTY: 711), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Cuộc gọi này miễn phí.
- **알림:** 한국어를 사용하실 경우 언어지원서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 주 7일, 하루 24시간(공휴일 포함) 동안 이용 가능한 **1-888-522-1298** (TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 통화료는 무료입니다.
- **ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝** Եթե խոսում եք հայերեն, լեզվական աջակցության ծառայությունները հասանելի են Ձեզ անվճար: Չանգահարեք **1-888-522-1298** հեռախոսահամարով (TTY: 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոնական օրերը: Հեռախոսազանգն անվճար է:
 - **تنبيه:** إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية، متوفرة لك، مجاناً. اتصل على **1-888-522-1298** (TTY: 711) 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. هذه المكالمات مجانية.
- **ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите по-русски, вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните по телефону **1-888-522-1298** (TTY: 711), круглосуточно, без выходных, включая праздничные дни. Звонок бесплатный.
- **注意事項:** 日本語のサービスを無料でご利用いただけます。1-888-522-1298 (TTY: 711) までお電話ください。このサービスは年中無休(祝祭日を含む)でご利用いただけます。通話料は無料です。
 - **توجه:** اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک در زمینه زبان بطور رایگان در اختیار شما قرار دارد. می توانید در تمام 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، حتی روزهای تعطیل با **1-888-522-1298** (TTY: 711) تماس بگیرید. تماس رایگان می باشد.
- **ध्यान दें:** अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं, आपके लिए उपलब्ध हैं। अवकाश के दिनों समेत, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के 7 दिन **1-888-522-1298** (TTY: 711) पर कॉल करें। कॉल नि:शुल्क है।
- **ចំណាប់អារម្មណ៍:** បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយខាងភាសាឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-888-522-1298** (TTY: 711) បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅគឺឥតចេញថ្លៃឡើយ។



- PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-888-522-1298** (TTY: 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kabilang ang mga piyesta opisyal. Libre ang pagtawag.
- โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาให้คุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรฟรีที่หมายเลข **1-888-522-1298** (TTY: 711) ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวัน ไม่เว้นวันหยุด
- ກະລຸນາຟັງ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ. ໂທສ **1-888-522-1298** (TTY: 711), ໄດ້ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, ລວມເຖິງ ວັນພັກຕ່າງໆ. ເບີໂທສນີ້ແມ່ນບໍ່ເສັຍຄ່າ.
- CEEB TOOM: Yog koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, hu rau **1-888-522-1298** (TTY: 711), 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib asthiv, suav nrog cov hnuv so tib si. Qhov hu no yog hu dawb xwb.
- यिआन दिउ: जे त्रुमी पंजाबी बोलते हे, तां त्रुवाडे लयी मुढत भाभा सहायिता सेवादां उषलघय रन। कुँटी वाले दिनं समेत 24 षंटे, 7 दिन **1-888-522-1298** (TTY: 711) 'ते बाल बरोबाल मुढत री'

- يمكنك الحصول على الإشعار السنوي بالتغييرات مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل أن يكون مطبوعًا بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو مادة سمعية. اتصل على الرقم **1-888-522-1298** (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. هذه المكالمات مجانية.
- إذا رغبت في تلقي المواد التعريفية الآن وفي المستقبل بلغات غير اللغة الإنجليزية أو بتنسيق آخر، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-888-522-1298** (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. هذه المكالمات مجانية.

B2. معلومات عن L.A. Care Cal MediConnect Plan

- إن L.A. Care Health Plan هي خطة صحية متعاقدة مع كل من برنامجي Medicare وMedi-Cal لتقديم مزايا كلا البرنامجين للمُشتركين.
- تعد تغطية L.A. Care Cal MediConnect Plan بمثابة الحد الأدنى للتغطية الأساسية (minimum essential coverage, MEC)، والتي تستوفي متطلبات قانون حماية المريض والرعاية الصحية الميسرة (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) فيما يخص المسؤولية الفردية المشتركة. يرجى زيارة الموقع الإلكتروني الخاص بدائرة الإيرادات الداخلية (Internal Revenue Service, IRS) من خلال الرابط <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> للحصول على مزيد من المعلومات عن متطلبات المسؤولية الفردية المشتركة لـ MEC.
- إن L.A. Care Cal MediConnect Plan متوفرة من قبل L.A. Care Health Plan. وعندما يذكر هذا الإشعار السنوي بالتغييرات كلمات مثل "أننا" أو "نحن" أو "الخاص بنا / التابع لنا"، فيقصد بتلك الضمائر L.A. Care Health Plan. وعندما تُذكر كلمتي "الخطة" أو "خطتنا" فالمقصود هو خطة L.A. Care Cal MediConnect Plan.



B3. أمور هامة يجب القيام بها:

- تحقق مما إذا كان هناك أي تغييرات ستطرأ على المزايا التي نقدمها وتكاليفها قد تؤثر عليك.
 - هل توجد أي تغييرات تؤثر على الخدمات التي تنتفع بها؟
 - من المهم مراجعة التغييرات التي تطرأ على المزايا وتكاليفها للتأكد من أنها لا تزال تلبى احتياجاتك في العام المقبل.
 - ابحث في القسم رقم D للحصول على معلومات عن التغييرات التي تطرأ على مزايا خطتنا وتكاليفها.
- تحقق مما إذا كان هناك أي تغييرات ستطرأ على تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية والتي قد تؤثر عليك.
 - هل ستخضع أدويةك للتغطية؟ هل ستختلف فئة المشاركة في التكلفة التي تتضمن أدويةك؟ هل يمكنك الاستمرار في التعامل مع الصيدليات نفسها؟
 - من المهم مراجعة التغييرات للتأكد من أن تغطيتنا للأدوية ستظل تلبى احتياجاتك في العام المقبل.
 - يحتمل أن تكاليف دوائك قد زادت عن العام الماضي. لذلك تحدث إلى طبيبك لمعرفة البدائل الأقل تكلفة التي قد تكون متاحة لك؛ فهذا قد يوفر لك في النفقات التي تتفقهها من مالك الخاص سنويًا. للحصول على معلومات إضافية بشأن أسعار الأدوية، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني <https://go.medicare.gov/drugprices>. حيث تسلط لوحات المتابعة الضوء على الشركات المصنعة التي زادت أسعارها، وتعرض أيضًا معلومات أخرى عن أسعار الأدوية من عام لآخر. ضع في اعتبارك أن مزايا الخطة ستحدد مقدار التغير الذي قد يحدث في نفقات دوائك بالضبط.
 - راجع القسم رقم D2 للحصول على المعلومات عن التغييرات التي طرأت على تغطيتنا للأدوية.
- تحقق لمعرفة إذا كان موفرو الرعاية الطبية والصيدليات الذين تتعامل معهم ضمن شبكتنا في العام المقبل.
 - هل الأطباء المعالجون لك ضمن شبكتنا؟ ماذا عن الصيدلية التي تتعامل معها؟ ماذا عن المستشفيات أو موفرو الرعاية الآخرين الذين تتعامل معهم؟
 - راجع القسم رقم C للحصول على معلومات عن دليلنا ل موفري الرعاية والصيدليات.
- فكر في تكاليفك الإجمالية الواردة في الخطة.
 - كم ستفوق من مالك الخاص على الخدمات والأدوية المقررة بوصفة طبية التي تتناولها بانتظام؟
 - كيف ستكون نتيجة مقارنة التكاليف الإجمالية بخيارات التغطية الأخرى؟
- فكر بشأن مدى سعادتك من خطتنا.

إذا قررت تغيير الخطط:	إذا قررت الاستمرار مع L.A. Care Cal MediConnect Plan:
<p>أما إذا قررت أن هناك نوعًا آخر من التغطية الصحية يوفي باحتياجاتك على نحو أفضل، فيمكنك تغيير الخطط (انظر قسم G2 للمزيد من المعلومات) إذا انضمت إلى خطة جديدة، فستبدأ تقديم التغطية الصحية الجديدة إليك في اليوم الأول من الشهر التالي. راجع القسم رقم E2، صفحة 10 لمعرفة المزيد عن الخيارات المتاحة أمامك.</p>	<p>إذا قررت البقاء معنا العام المقبل، فالأمر سهل – إذ أنك لا تحتاج إلى القيام بأي شيء. إذا لم تقم بأي تغيير، فستبقى مسجلًا في خطتنا تلقائيًا.</p>

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بـ L.A. Care Cal MediConnect Plan على الرقم (TTY: 711) 1-888-225-8921 على مدار 24 ساعة يوميًا، و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة www.calmedicconnectla.org



C. التغييرات التي ستطراً على شبكة موفري الرعاية والصيدليات

تغيرت شبكات موفري الرعاية والصيدليات التابعة لنا لعام 2019.

نحثك بشدة على مراجعة الدليل الحالي لموفري الرعاية والصيدليات لمعرفة ما إذا كان موفرو الرعاية والصيدليات الذين تتعامل معهم لا يزالون يعملون ضمن شبكتنا أم لا. يتوفر الدليل المحدث لموفري الرعاية والصيدليات على موقعنا الإلكتروني www.calmedicconnectla.org. كما يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على رقم (TTY: 711) 1-888-522-1298، على مدار 24 ساعة يومياً، و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات، للحصول على معلومات محدثة عن مقدمي الرعاية الصحية أو لطلب إرسال دليل موفري الرعاية والصيدليات عبر البريد.

من الضروري أن تعلم أننا قد نجري أيضاً بعض التغييرات في شبكتنا خلال العام. إذا انسحب موفر الرعاية الذي تتعامل معه، أنت تتمتع بمجموعة من الحقوق وأوجه الحماية. لمزيد من المعلومات، انظر الفصل 3 من كتيب الأعضاء الخاص بك.

D. التغييرات التي تطراً على المزايا والتكاليفها العام المقبل

D1. التغييرات التي تطراً على المزايا الخدمات الطبية

نجري بعض التغييرات على التغطية الخاصة بنا لبعض الخدمات الطبية العام المقبل. يوضح الجدول أدناه هذه التغييرات.

2019 (العام القادم)	2018 (العام الحالي)
ستدفع \$0 ك مبلغ مشاركة في الدفع مقابل عضوية النادي الصحي المتعاقد وجلسات اللياقة البدنية. لا تشمل أي خدمة رعاية صحية ضمن الخدمات المقدمة من خلال نادي اللياقة والتي تتطلب رسوم إضافية أي خدمات تقدم داخل نادي اللياقة البدنية وتتطلب بشكل أساسي رسوماً إضافية هي خدمات غير مشمولة	مزايا النادي الصحي وصفوف اللياقة البدنية غير خاضعة للتغطية.

D2. التغييرات على تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية

التغييرات التي تطراً على قائمة الأدوية

تتوفر قائمة الأدوية المغطاة المحدثّة على موقعنا الإلكتروني www.calmedicconnectla.org. كما يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على رقم (TTY: 711) 1-888-522-1298، على مدار 24 ساعة يومياً و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات، للحصول على معلومات محدثة عن قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية أو لطلب إرسال القائمة عبر البريد.

أيضاً يشار إلى قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية باسم "قائمة الأدوية."

لقد قمنا بإجراء تغييرات على قائمة الأدوية، بما في ذلك تغييرات على الأدوية التي نغطيها وتغييرات على القيود التي تُطبق عند تغطيتنا لمجموعة من الأدوية.

يُرجى مراجعة قائمة الأدوية لكي تتأكد من أن أدويةك التي تتناولها ستخضع للتغطية في العام المقبل ولمعرفة إذا ما كان هناك أي قيود.



إذا تأثرت بأي تغيير فيما يخص تغطية الأدوية، فحنك على:

- التعاون مع طبيبك المعالج (أو طبيب آخر) للعثور على دواء آخر يخضع للتغطية.
 - o يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على رقم **1-888-522-1298** (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة يوميًا و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات، لطلب قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية والتي تعالج الحالة نفسها.
 - o يمكن لهذه القائمة أن تساعد موفر الرعاية على إيجاد دواء مناسب لك وفي الوقت ذاته يخضع للتغطية.
- اطلب من الخطة تغطية صرفية مؤقتة من الدواء.
 - o في بعض الأحيان، صرفية مؤقتة من الدواء خلال الـ 90 يومًا الأولى من السنة الميلادية.
 - o الصرفية المؤقتة ستكون كمية كافية حتى 30 يومًا. (لمعرفة المزيد عن كيفية طلب صرفية مؤقتة ومتى يمكنك الحصول عليها، انظر الفصل 5 من كتيب الأعضاء).
 - o بعد حصولك على صرفية مؤقتة، يجب عليك التحدث مع طبيبك لتحديد ما يجب عليك القيام به عند نفاذ الصرفية المؤقتة. يمكنك استبدال الدواء بأخر خاضع لتغطية الخطة أو اطلب أن تمنحك الخطة استثناءً وتدرج دوائك الحالي ضمن التغطية.
- تستمر استثناءات كتيب الوصفات طوال الفترة المتبقية من العام المغطى بالخطة. يُرجى الرجوع إلى إشعار الموافقة على استثناء كتيب الوصفات الخاص بك للاطلاع على تاريخ انتهاء الصلاحية المحدد لك.
- إذا أوشكت صلاحية الموافقة على الانتهاء وتريد طلب تمديد الفترة، فإنه يتعين عليك إعادة تقديم طلب استثناء كتيب الوصفات.

التغيرات التي تطرأ على تكاليف الأدوية المقررة بوصفة طبية

هناك مرحلتين للسداد لتغطية أدويةك المقررة بالوصفة الطبية بالقسم D من Medicare بموجب L.A. Care Cal MediConnect Plan. يعتمد المبلغ الذي ستسده على المرحلة التي تكون فيها عندما تقوم بصرف الوصفة الطبية أو إعادة صرفها، وإليك تفاصيل المرحلتين:

المرحلة 2 مرحلة تغطية الكارثية	المرحلة 1 مرحلة التغطية المبدئية
في هذه المرحلة، تدفع الخطة جميع تكاليف الأدوية المقررة لك حتى 31 من ديسمبر 2019. تبدأ في هذه المرحلة عندما تقوم بسداد مبلغ معين من النفقات غير المستردة.	خلال هذه المرحلة، تسد الخطة جزء من تكاليف الأدوية المقررة لك، بينما تسد أنت حصتك. ويُشار إلى حصتك باسم مبلغ المشاركة في السداد. وتبدأ هذه المرحلة عندما تصرف الوصفة الطبية المقررة لك للمرة الأولى في العام.



مرحلة التغطية المبدئية وتنتهي عندما يصل إجمالي النفقات التي تنفقها من مالك الخاص على الأدوية المقررة بوصفة طبية إلى \$5,100، وحينها، تبدأ مرحلة التغطية الباهظة. تغطي الخطة جميع تكاليف أدويةك منذ ذلك الحين وحتى نهاية العام. انظر الفصل 6 من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات عن المبلغ الذي ستتكبده لشراء الأدوية المقررة بوصفة طبية.

D3. المرحلة 1: "مرحلة التغطية المبدئية"

خلال مرحلة التغطية المبدئية، تسد الخطة جزء من تكاليف الأدوية المقررة لك، بينما تسد أنت حصتك. ويُشار إلى حصتك باسم مبلغ المشاركة في السداد. يعتمد مبلغ المشاركة في السداد على مستوى مشاركة تكاليف الأدوية ومكان الحصول عليها. سوف تدفع مبلغ المشاركة في السداد في كل مرة تصرف فيها وصفة طبية. إذا كانت تكاليف الدواء الخاضع للتغطية أقل من مبلغ المشاركة في السداد، فستدفع السعر الأقل.

علمًا بأننا نقلنا بعض الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية إلى مستوى أقل أو أعلى. إذا نقلت الأدوية المقررة لك من مستوى إلى مستوى، فقد يؤثر ذلك على مبلغ المشاركة في السداد. لمعرفة ما إذا كانت الأدوية المقررة لك ستدرج في مستوى مختلف عما كانت عليه مسبقًا، يُرجى البحث عنها في قائمة الأدوية.

يوضح الجدول المذكور أدناه النفقات التي تتكبدها من أجل الأدوية في المستويات الأربعة (4). لا تسري هذه المبالغ إلا خلال مرحلة التغطية المبدئية.

2019 (العام القادم)	2018 (العام الحالي)	
مبلغ المشاركة في السداد لكمية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) يبلغ \$0 لكل وصفة طبية.	مبلغ المشاركة في السداد لكمية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) يبلغ \$0 لكل وصفة طبية.	الأدوية في المستوى 1 (الأدوية البديلة (المماثلة)) تكلفة أحد الأدوية المدرجة في المستوى 1 لكمية تكفي لمدة شهر واحد والذي يُصرف من صيدلية تابعة للشبكة
مبلغ المشاركة في السداد لكمية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) يتراوح من \$0 إلى \$8.50 لكل وصفة طبية.	مبلغ المشاركة في السداد لكمية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) يتراوح من \$0 إلى \$8.35 نظير وصفة طبية واحدة.	الأدوية في المستوى 2 (الأدوية ذات علامات تجارية) تكلفة أحد الأدوية المدرجة في المستوى 2 لكمية تكفي لمدة شهر واحد والذي يُصرف من صيدلية تابعة للشبكة
مبلغ المشاركة في السداد لكمية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) يبلغ \$0 لكل وصفة طبية.	مبلغ المشاركة في السداد لكمية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) يبلغ \$0 لكل وصفة طبية.	الأدوية في المستوى 3 (الأدوية المقررة بوصفة طبية غير التابعة لبرنامج Medicare) تكلفة أحد الأدوية المدرجة في المستوى 3 لكمية تكفي لمدة شهر واحد والذي يُصرف من صيدلية تابعة للشبكة
مبلغ المشاركة في السداد لكمية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) يبلغ \$0 لكل وصفة طبية.	مبلغ المشاركة في السداد لكمية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) يبلغ \$0 لكل وصفة طبية.	الأدوية في المستوى 4 (الأدوية غير المقررة بوصفة طبية وغير التابعة لبرنامج Medicare) تكلفة أحد الأدوية المدرجة في المستوى 4 لكمية تكفي لمدة شهر واحد والذي يُصرف من صيدلية تابعة للشبكة



تنتهي مرحلة التغطية المبدئية عندما يصل إجمالي النفقات غير المستردة والتي تتكبدها على الأدوية المقررة بوصفة طبية إلى \$5,100. وحينها تبدأ مرحلة التغطية الباهظة. تغطي الخطة جميع تكاليف أدويةك منذ ذلك الحين وحتى نهاية العام. انظر الفصل 6 من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات عن المبلغ الذي ستكبده لشراء الأدوية المقررة بوصفة طبية.

D4. المرحلة 2: "مرحلة التغطية الباهظة"

عندما تصل النفقات التي تدفعها من مالك الخاص على الأدوية المقررة لك بوصفة طبية إلى الحد المقدر بـ \$5,100، تبدأ مرحلة التغطية الباهظة. ستظل مدرجًا في مرحلة التغطية الباهظة حتى نهاية العام الميلادي.

E. كيف تختار خطة

E1. كيف تظل مدرجًا في خطتنا

نتطلع إلي أن تستمر عضويتك معنا في العام المقبل.

أنت غير مطالب بالقيام بأي شيء لكي تظل مدرجًا في خطتك الصحية إذا لم تشترك في خطة مختلفة من خطط Cal MediConnect، أو لم تنتقل إلى Medicare Advantage Plan، أو لم تغير إلى خطة Original Medicare، فستظل مسجلًا تلقائيًا بصفقتك عضوًا في خطتنا لعام 2019.

E2. كيفية تغيير الخطط الصحية

يمكنك إنهاء عضويتك في أي وقت خلال العام عن طريق التسجيل في خطة أخرى من Medicare Advantage Plan، أو عن طريق التسجيل في خطة أخرى لـ Cal MediConnect، أو عن طريق الانتقال إلى Original Medicare.

ملاحظة: اعتبارًا من 1 يناير 2019، إذا كنت مسجلًا في أحد برامج إدارة الأدوية، قد لا يمكنك تغيير الخطط. انظر فصل 5 من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات عن برامج إدارة الأدوية.

كيف تحصل على خدمات Medicare

سيكون لديك ثلاثة خيارات لحصولك على خدمات Medicare. وباختيارك لأحد هذه الخيارات الثلاثة، فإنك تنهي تلقائيًا عضويتك في خطة Cal MediConnect:



إليك ما يجب عليك القيام به:	يمكنك الانتقال إلى:
<p>يرجى الاتصال على الرقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE)، على مدار 24 ساعة يوميًا، وسبعة أيام في الأسبوع. وبالنسبة لمستخدمي TTY، يُرجى الاتصال بالرقم 1-877-486-2048 للانضمام إلى الخطة الصحية الجديدة Medicare فقط.</p> <p>للاستفسار عن برامج PACE، يرجى الاتصال على الرقم 1-855-921-PACE (7223)</p> <p>إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو المزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يرجى الاتصال ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في كاليفورنيا (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 للوصول إلى مكتب محلي برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في كاليفورنيا، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني التالي: http://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>ستلغى عضويتك تلقائيًا من L.A. Care Cal MediConnect Plan فور بدء تغطية خطتك الجديدة.</p>	<p>1. إحدى خطط Medicare الصحية، مثل خطة Medicare Advantage، أو إذا استوفيت شروط الأهلية، فبرامج الرعاية الشاملة لكبار السن (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)</p>
<p>يرجى الاتصال بـ Medicare على الرقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE)، على مدار 24 ساعة يوميًا، وسبعة أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على رقم 1-877-486-2048.</p> <p>إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو المزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يرجى الاتصال ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في كاليفورنيا (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 محلي لبرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في كاليفورنيا، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني التالي: http://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>ستلغى عضويتك تلقائيًا من برنامج L.A. Care Cal MediConnect Plan فور بدء تغطية Original Medicare.</p>	<p>2. Original Medicare مع خطة Medicare منفصلة لتغطية الأدوية المقررة بوصفات طبية</p>



إليك ما يجب عليك القيام به:	يمكنك الانتقال إلى:
<p>يرجى الاتصال بـ Medicare على الرقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE)، على مدار 24 ساعة يوميًا، وسبعة أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على رقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو المزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يرجى الاتصال ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في كاليفورنيا (HICAP) 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 محلي لبرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في منطقتك، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني التالي http://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>ستُغلى عضويتك تلقائيًا من L.A. Care Cal MediConnect Plan فور بدء تغطية Original Medicare.</p>	<p>Original Medicare 3 بدون خطة منفصلة من Medicare لتغطية الأدوية المقررة بوصفات طبية</p> <p>ملاحظة: إذا انتقلت إلى Original Medicare ولم تقم بالتسجيل في خطة منفصلة من Medicare لتغطية الأدوية المقررة بوصفات طبية، فقد تقوم Medicare بتسجيلك في خطة أدوية ما لم تخطر Medicare برغبتك في عدم الاشتراك.</p> <p>إذا حصلت على تغطية أدوية من صاحب العمل أو اتحاد أو من مصدر آخر، لا يمكنك القيام بأي شيء سوى إسقاط تغطية الأدوية المقررة بوصفات طبية.</p> <p>يرجى الاتصال ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في كاليفورنيا (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 محلي لبرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في كاليفورنيا، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني التالي http://www.aging.ca.gov/HICAP/.</p>

كيف تحصل على خدمات Medi-Cal

إذا انسحبت من خطة Cal MediConnect سيتم تسجيلك في إحدى خطط الرعاية المدارة من Medi-Cal من اختيارك. تتضمن خدمات Medi-Cal المقدمة إليك معظم الخدمات والمساعدات طويلة الأجل والرعاية الصحية السلوكية.

عندما تطلب إنهاء عضويتك في خطتنا Cal MediConnect، يجب عليك إبلاغ خيارات الرعاية الصحية (Health Care Options) بخطة الرعاية الصحية التي تريد الانضمام إليها والمدارة من Medi-Cal. يمكنك الاتصال بقسم خيارات الرعاية الصحية على رقم 1-844-580-7272، من يوم الاثنين إلى يوم الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 5:00 مساءً. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على رقم 1-800-430-7077.

F. كيفية الحصول على المساعدة

F1. الحصول على المساعدة من L.A. Care Cal MediConnect Plan

هل لديك استفسارات؟ يسرنا تقديم المساعدة. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-888-522-1298 (فقط لمستخدمي TTY يرجى الاتصال على 711). نحن متواجدون لتلقي المكالمات الهاتفية، على مدار 24 ساعة يوميًا و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات.

يرجى قراءة كتيب الأعضاء لعام 2019

يعتبر كتيب الأعضاء للعام 2019 بمثابة الوصف القانوني المفصل لمزايا الخطة التي اشتركت بها، حيث يحتوي على التفاصيل الخاصة بالمزايا المقدمة العام المقبل والتكاليف، ويشرح حقوقك والقواعد التي ينبغي عليك اتباعها لتحصل على الخدمات

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بـ L.A. Care Cal MediConnect Plan على الرقم (711 TTY): 1-888-225-8921، على مدار 24 ساعة يوميًا، و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة www.calmedicconnectla.org.



الخاضعة للتغطية والأدوية المقررة بوصفة طبية.

تتوافر نسخة محدثة من كتيب الأعضاء لعام 2019 دائماً على موقعنا الإلكتروني www.calmedicconnectla.org. كما يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على رقم (TTY: 711) 1-888-522-1298، على مدار 24 ساعة يومياً، و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات لطلب إرسال كتيب الأعضاء لعام 2019 عبر البريد.

موقعنا الإلكتروني

يمكنك أيضاً زيارة موقعنا الإلكتروني www.calmedicconnectla.org. وكنذكرة، يضم موقعنا الإلكتروني المعلومات الأحدث عن شبكة موفرو الرعاية والصيدليات، (دليل موفرو الرعاية والصيدليات) وقائمة الأدوية الخاصة بنا (قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية).

F2. الحصول على المساعدة من وسيط التسجيل في الولاية

يمكنك الاتصال بقسم خيارات 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 على مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على رقم 1-800-430-7077.

F3. الحصول على المساعدة من Cal MediConnect Ombuds Program

إن برنامج أمناء المظالم Cal MediConnect Ombuds Program قد يساعدك إذا كانت لديك مشكلة مع L.A. Care Cal MediConnect Plan. علماً بأن خدمات أمناء المظالم مجانية. برنامج أمناء المظالم Cal MediConnect Ombuds Program:

- يعمل باعتباره محامي الدفاع الموكل عنك، يمكنهم الإجابة على استفساراتك إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى كما يمكنهم مساعدتك على فهم ما عليك القيام به.
- التأكد من أن لديك المعلومات ذات الصلة بحقوقك والإجراءات الوقائية وكيفية تسوية ما يثير استيائك.
- ويعتبر البرنامج غير تابع لنا أو لأي شركة تأمين أو خطة صحية أخرى. رقم الهاتف الخاص ببرنامج أمناء المظالم Cal MediConnect Ombuds Program هو 1-855-501-3077.

F4. الحصول على المساعدة من برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم

يمكنك أيضاً الاتصال على برنامج التأمين الصحي الحكومي المساعد (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). في كاليفورنيا، يُعرف برنامج SHIP باسم، برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في كاليفورنيا (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). يمكن لمستشاري برنامج HICAP مساعدتك على فهم خياراتك المتعلقة بخطة Cal MediConnect والإجابة على الاستفسارات المتعلقة بالانتقال بين الخطط. علماً بأن HICAP غير تابع لنا أو لأي شركة تأمين أو خطة صحية أخرى. درّب برنامج HICAP مستشارين في كل مقاطعة، ويقدم خدماته مجاناً. رقم تليفون برنامج HICAP هو 1-800-434-0222. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP المحلي في منطقتك، يُرجى زيارة <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.

F5. الحصول على المساعدة من Medicare

للحصول على معلومات من Medicare مباشرة، يمكنك الاتصال على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE على مدار 24 ساعة يومياً، و7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على رقم 1-877-486-2048.

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بـ L.A. Care Cal MediConnect Plan على الرقم (TTY: 711) 1-888-225-8921، على مدار 24 ساعة يومياً، و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



www.calmedicconnectla.org

الموقع الإلكتروني لـ Medicare

يمكنك زيارة موقع Medicare الإلكتروني باستخدام الرابط التالي (<http://www.medicare.gov>). إذا رغبت في إلغاء التسجيل في خطة Cal MediConnect والتسجيل في أحد خطط Medicare Advantage، فإن الموقع الإلكتروني لـ Medicare يضم معلومات عن التغطية والتكاليف وتصنيف الجودة لمساعدتك على المقارنة بين خطط Medicare Advantage. يمكنك الحصول على معلومات عن خطط Medicare Advantage المتوفرة في منطقتك عن طريق استخدام الباحث Medicare Plan Finder الموجود على موقع Medicare الإلكتروني. (للاطلاع على معلومات عن الخطط، اذهب إلى <http://www.medicare.gov> وانقر فوق "Find health & drug plans" (العثور على الخطط الصحية والأدوية)).

أنت و Medicare في 2019

يمكنك قراءة كتيب أنت و Medicare في 2019. يُرسل هذا الكتيب بالبريد للمشاركين مع Medicare في خريف كل عام، حيث يحتوي على ملخص لمزايا Medicare والحقوق والإجراءات الوقائية والإجابات على الأسئلة الأكثر تكراراً عن Medicare. إن لم تكن لديك أي نسخة من هذا الكتيب، يمكنك الحصول عليها من موقع Medicare الإلكتروني (<http://www.medicare.gov>) أو بالاتصال على الرقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE) على مدار 24 ساعة يومياً، و7 أيام بالأسبوع. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على رقم 1-877-486-2048.

F6. الحصول على المساعدة 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 خطتنا الصحية، يجب عليك الاتصال هاتفياً أولاً بالخطة الصحية الخاصة بك على الرقم (TTY: 711) (1-888-522-1298) على مدار 24 ساعة يومياً و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات ثم إجراء عملية التظلم التابعة للخطة الصحية قبل الاتصال بالإدارة. الانتفاع من إجراءات التظلم هذه لا يمنع حصولك على أي حقوق أو تعويضات قانونية قد تكون متاحة لك.

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في تقديم تظلم يتعلق بخدمة طارئة، أو أن الخطة الصحية لم تعالج التظلم على نحو مُرضٍ، أو تظلم ظل دون معالجة لمدة تزيد عن 30 يوماً، يمكنك الاتصال بالإدارة للحصول على المساعدة.

وقد تكون أيضاً مؤهلاً لمراجعة طبية مستقلة (Independent Medical Review, IMR). إذا كنت مؤهلاً للحصول على IMR، فسيوفر إجراء IMR مراجعة حيادية للقرارات الطبية التي اتخذتها الخطة الصحية فيما يتعلق بالضرورة الطبية للخدمة أو العلاج المقترحين، وقرارات التغطية للعلاجات التجريبية، أو الخاضعة للدراسة وخلافات السداد في حالات الطوارئ، أو الخدمات الطبية العاجلة.

أيضاً للإدارة رقم هاتف مجاني (1-888-HMO-2219) وخط TDD (1-877-688-9891) للذين يعانون من مشاكل بالسمع والنطق. يحتوي الموقع الإلكتروني للإدارة <http://www.dmhc.ca.gov> على نماذج الشكاوى ونماذج طلبات المراجعة الطبية المستقلة (IMR) والتعليمات عبر الإنترنت.





L.A. Care
HEALTH PLAN®

For All of L.A.