

خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) المقدم من Providence Health Assurance

إشعار التغيير السنوي لعام 2026

تم تسجيلك كعضو في برنامج Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

تصف هذه المواد التغييرات التي تطرأ على تكاليف خطتنا وفوائدها في العام المقبل.

- لديك فترة تتراوح بين 15 أكتوبر و 7 يناير لإدخال تغييرات على تغطية Medicare الخاصة بك للعام المقبل. إذا لم تنضم إلى خطة أخرى بحلول 7 ديسمبر 2025، فستبقى في خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).
- للتغيير إلى خطة مختلفة، تفضل بزيارة www.Medicare.gov أو راجع القائمة الموجودة في الجزء الخلفي من كتيب Medicare & You لعام 2026 لديك.
- لاحظ أن هذا ملخص بالتغييرات فقط. مزيد من المعلومات حول التكاليف والمزايا والقواعد في دليل التغطية. احصل على نسخة من خلال www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC أو اتصل بخدمة العملاء على 800-574-503 أو 1-800-603-2340 (بالنسبة إلى مستخدمي الهاتف النصي، يرجى الاتصال على 711) للحصول على نسخة بالبريد.

مزيد من الموارد

- تتوفر هذه المادة مجانًا باللغات الإسبانية والفيتنامية والروسية والعربية والصينية (المبسطة) والصومالية.
- اتصل بخدمة العملاء على 800-574-503 أو 1-800-603-2340 (بالنسبة إلى مستخدمي خدمة الهاتف النصي، يرجى الاتصال على 711) للحصول على مزيد من المعلومات. من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر، ستكون ساعات العمل من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا إلى 8 مساءً. من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، تكون ساعات العمل من الأحد إلى السبت (7 أيام في الأسبوع) من 8 صباحًا إلى 8 مساءً. هذه المكالمات مجانية.
- تتوفر هذه المعلومات بتنسيقات متعددة، بما في ذلك الطباعة الكبيرة وطريقة برايل.

نُبذة عن خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

- Assurance Health Providence هي خطة HMO و HMO-POS و HMO SNP بعقود مبرمة مع برنامج Medicare وخطة ولاية أوريغون الصحية. يعتمد التسجيل في Assurance Health Providence على تجديد العقد.
- لدى خطتنا أيضًا اتفاقية مكتوبة مبرمة مع برنامج Medicaid في ولاية أوريغون لتنسيق مزايا Medicaid الخاصة بك.
- عندما ترد ألفاظ "نحن" و "نا" و "الخاص بنا" في هذه المادة، يكون معناها Assurance Health Providence. عندما ترد ألفاظ "خطة" أو "خطتنا"، يكون معناها Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).
- إذا لم تفعل شيئًا بحلول 7 ديسمبر 2025، فسيتم تسجيلك تلقائيًا في Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). بدءًا من 1 يناير 2026، ستحصل على تغطيتك الطبية والمتعلقة بالأدوية من خلال Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). انتقل إلى القسم 3 للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية تغيير الخطط والمواعيد النهائية لإجراء تغيير.

جدول المحتويات

3.....	ملخص بالتكاليف المهمة لعام 2026
5.....	القسم 1 التغييرات التي تطرأ على المزايا والتكاليف للعام المقبل
5.....	1.1 القسم التغييرات التي تطرأ على قسط الخطة الشهري
6.....	1.2 القسم التغييرات التي تطرأ على الحد الأقصى للمبلغ الذي تدفعه من جيبك
6.....	1.3 القسم التغييرات التي تطرأ على شبكة مزود الخدمة
7.....	1.4 القسم التغييرات التي تطرأ على شبكة الصيدليات
7.....	1.5 القسم التغييرات التي تطرأ على مزايا الخدمات الطبية وتكاليفها
8.....	1.6 القسم التغييرات التي تطرأ على الجزء د من تغطية الأدوية
9.....	1.7 القسم التغييرات على مزايا الأدوية الموصوفة وتكاليفها
11.....	القسم 2 التغييرات الإدارية
12.....	القسم 3 كيفية تغيير الخطط
12.....	3.1 القسم المواعيد النهائية لتغيير الخطط
12.....	3.2 القسم هل هناك أوقات أخرى من العام لإجراء التغيير؟
13.....	القسم 4 الحصول على مساعدة على دفع مقابل الأدوية الموصوفة
14.....	القسم 5 هل هناك أسئلة؟
14.....	الحصول على مساعدة من Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)
14.....	الحصول على استشارة مجانية حول Medicare
15.....	الحصول على مساعدة من Medicare
15.....	الحصول على مساعدة من Medicaid

ملخص بالتكاليف المهمة لعام 2026

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
0 دولار	0 دولار	قسط الخطة الشهري * * قد يكون قسطك أعلى من هذا المبلغ. انتقل إلى القسم 1.1 للحصول على تفاصيل.
9250 دولارًا أنت لست مسؤولاً عن دفع أي تكاليف تتكبدها من جيبك ضمن الحد الأقصى لما يتحمله الشخص للخدمات المشمولة بتغطية الجزأين "أ" و"ب".	9350 دولارًا أنت لست مسؤولاً عن دفع أي تكاليف تتكبدها من جيبك ضمن الحد الأقصى لما يتحمله الشخص للخدمات المشمولة بتغطية الجزأين "أ" و"ب".	الحد الأقصى للمبلغ الذي تدفعه من جيبك هذا هو أقصى مبلغ ستدفعه من جيبك الخاص مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية. (انتقل إلى القسم 1.2 للحصول على التفاصيل.)
0 دولار لكل زيارة	0 دولار لكل زيارة	زيارات مركز الرعاية الأولية
0 دولار لكل زيارة	0 دولار لكل زيارة	زيارات مكتب الأخصائي
0 دولار لكل مرة إقامة في المستشفى للمرضى الداخليين	0 دولار لكل مرة إقامة في المستشفى للمرضى الداخليين	الإقامة في المستشفى للمرضى الداخليين تتضمن رعاية المرضى الداخليين للحالات الحادة، وخدمات التأهيل للمرضى الداخليين، ومستشفيات الرعاية طويلة الأمد، وغيرها من أنواع خدمات المستشفيات للمرضى الداخليين. تبدأ رعاية المرضى الداخليين في المستشفى منذ اليوم الذي تُقبل فيه رسميًا في المستشفى بناءً على أمر الطبيب. اليوم السابق لخروجك من المستشفى هو آخر يوم لك كمريض داخلي في المستشفى.

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
المبلغ المخصص: 0 دولار	المبلغ المخصص: 0 دولار	المبلغ المخصص حسب الجزء د من تغطية الأدوية (انتقل إلى القسم 1.7 للحصول على التفاصيل).
الدفع المشترك/التأمين المشترك في أثناء مرحلة التغطية الأولية: • بالنسبة إلى الأدوية العامة، تدفع مبلغًا مشتركًا إما بقيمة 0 دولار وإما 1.60 دولار وإما 5.10 دولارات لكل وصفة طبية. • بالنسبة إلى كل الأدوية الأخرى، تدفع مبلغًا مشتركًا إما بقيمة 0 دولار وإما 4.90 دولارات وإما 12.65 دولارًا لكل وصفة طبية. مراحل التغطية في حالات الكوارث: في أثناء مرحلة الدفع هذه، لا تدفع شيئًا للأدوية المشمولة بالتغطية في الجزء د.	الدفع المشترك/التأمين المشترك في أثناء مرحلة التغطية الأولية: • بالنسبة إلى الأدوية العامة، لا تدفع شيئًا. • بالنسبة إلى كل الأدوية الأخرى، لا تدفع شيئًا. مراحل التغطية في حالات الكوارث: في أثناء مرحلة الدفع هذه، لا تدفع شيئًا للأدوية المشمولة بالتغطية في الجزء د.	الجزء د من تغطية الأدوية (انتقل إلى القسم 1.7 للحصول على التفاصيل، بما في ذلك المبلغ المخصص سنويًا والتغطية الأولية ومراحل التغطية في حالات الكوارث).

القسم 1 التغييرات التي تطرأ على المزايا والتكاليف للعام المقبل

القسم 1.1 التغييرات التي تطرأ على قسط الخطة الشهري

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
0 دولار لا يوجد أي تغيير في سنة المزايا المقبلة.	0 دولار	قسط الخطة الشهري (يجب عليك أيضاً مواصلة دفع قسط الجزء ب من برنامج Medicaid الخاص بك ما لم يتم دفعه نيابة عنك بواسطة Medicaid).

القسم 1.2 التغييرات التي تطرأ على الحد الأقصى للمبلغ الذي تدفعه من جيبك

يتطلب برنامج Medicare من كل الخطط الصحية تحديد المبلغ الذي تدفعه من جيبك طوال العام. يُسمى هذا الحد بالحد الأقصى للمبلغ الذي تدفعه من جيبك. بمجرد دفع هذا المبلغ، لن تدفع عادةً أي شيء مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية لبقية العام التقويمي.

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
9250 دولارًا بمجرد دفع 9250 دولارًا من جيبك مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية، لن تدفع أي شيء مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية لبقية العام التقويمي.	9350 دولارًا	الحد الأقصى للمبلغ الذي تدفعه من جيبك نظرًا إلى أن أعضاءنا يحصلون أيضًا على المساعدة من Medicaid، فإن عددًا قليلًا جدًا منهم يصلون إلى هذا الحد الأقصى للمبلغ المدفوع من جيبهم. أنت لست مسؤولاً عن دفع أي تكاليف تتكبدها من جيبك ضمن الحد الأقصى لما يتحمله الشخص للخدمات المشمولة بتغطية الجزأين "أ" و"ب". تُحتسب تكاليف الخدمات الطبية المشمولة بالتغطية (مثل: المدفوعات المشتركة) ضمن الحد الأقصى للمبلغ الذي تدفعه من جيبك. لا تُحتسب تكاليف الأدوية الموصوفة لك ضمن الحد الأقصى للمبلغ الذي تدفعه من جيبك.

القسم 1.3 التغييرات التي تطرأ على شبكة مزود الخدمة

لن يكون هناك أي تغييرات على شبكة مزودي الخدمات لدينا للعام المقبل.

يمكننا إجراء تغييرات على المستشفيات والأطباء والأخصائيين (مزودي الخدمات) الذين يُعدون جزءًا من خطتنا في أثناء العام. إذا كان التغيير الذي طرأ في منتصف العام على مزودي الخدمات لدينا يؤثر فيك، فاتصل بخدمة العملاء على 800-574-5033 أو 1-800-603-2340 (بالنسبة إلى مستخدمي خدمة الهاتف النصي، يرجى الاتصال على 711) للحصول على المساعدة. للحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك عندما يغادر مزود خدمة الشبكة خطتنا، انتقل إلى الفصل 3، القسم 2.3 من دليل التغطية لديك.

القسم 1.4 التغييرات التي تطرأ على شبكة الصيدليات

يمكن أن تعتمد المبالغ التي تدفعها مقابل الأدوية الموصوفة لك على الصيدلية التي تتعامل معها. لدى خطط الأدوية في برنامج Medicare شبكة من الصيدليات. في معظم الحالات، لا تكون وصفاتك الطبية مشمولة بالتغطية/لا إذا تمت كتابتها في واحدة من شبكة الصيدليات لدينا.

لا توجد تغييرات على شبكة الصيدليات لدينا في العام المقبل.

يمكننا إجراء تغييرات على الصيدليات التي تُعد جزءًا من خطتنا في أثناء العام. إذا كان هناك تغيير في منتصف العام يطرأ على الصيدليات لدينا يؤثر فيك، فاتصل بخدمة العملاء على 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (بالنسبة إلى مستخدمي خدمة الهاتف النصي، يرجى الاتصال على 711) للحصول على المساعدة.

القسم 1.5 التغييرات التي تطرأ على مزايا الخدمات الطبية وتكاليفها

يخبرك إشعار التغييرات السنوي بشأن التغييرات التي تطرأ على مزايا برنامج Medicare وتكاليفه الخاصة بك.

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
قد يلزم الحصول على إذن سابق	لا يلزم الحصول على إذن سابق	خدمات تقويم العמוד الفقري والوخز بالإبر المشمولة بالتغطية من قبل Medicare
24 رحلة أحادية الاتجاه (يتم توفيرها بموجب المزايا التكميلية الخاصة للمصابين بأمراض مزمنة) ¹	36 رحلة أحادية الاتجاه (تتوفر بموجب تصميم التأمين على أساس القيمة)	النقل غير الطبي
إعانة بقيمة 450 دولارًا أمريكيًا في كل ستة أشهر مقابل أي خدمات متعلقة بطب الأسنان تختارها	إعانة بقيمة 1900 دولار أمريكي في كل عام تقويمي لأي خدمة من خدمات طب الأسنان التي تختارها	خدمات طب الأسنان غير المشمولة ببرنامج Medicare
قد يلزم الحصول على إذن سابق لخدمات إعادة التأهيل الأولية والزيارات اللاحقة	لا يلزم الحصول على إذن سابق لخدمات إعادة التأهيل الأولية؛ ومع ذلك، فقد تتطلب الزيارات اللاحقة الحصول على إذن	خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
إعانة بقيمة 40 دولارًا في كل ثلاثة أشهر	إعانة بقيمة 150 دولارًا في كل ثلاثة أشهر	المستلزمات المتاحة من دون وصفة طبية
إعانة بقيمة تصل إلى 150 دولارًا لكل عام تقويمي لأي مجموعة من النظارات الطبية الروتينية الموصوفة	إعانة بقيمة تصل إلى 150 دولارًا لكل عام تقويمي لأي مجموعة من النظارات الطبية الروتينية الموصوفة	النظارات الطبية الروتينية أو العدسات اللاصقة
إعانة بقيمة 200 دولار في كل ثلاثة أشهر	إعانة بقيمة 250 دولارًا في كل ثلاثة أشهر	الأطعمة والمنتجات المتضمنة في المزايا التكميلية الخاصة للمصابين بأمراض مزمنة ¹

¹ تُعد هذه الميزة جزءًا من برنامج تكميلي خاص للمصابين بأمراض مزمنة. يحق للأعضاء المصابين بداء السكري، أو حالات الصحة العقلية المزمنة والمعوقة، أو اضطرابات القلب والأوعية الدموية، أو اضطرابات الرئة المزمنة، أو الاضطرابات العصبية، أو أي حالات مؤهلة أخرى غير مذكورة، الاستفادة من هذه الميزة. لا يمكن ضمان أهليتك لهذه الميزة بناءً على حالتك الصحية فقط. يجب استيفاء جميع متطلبات الأهلية المعمول بها قبل تقديم الميزة. للحصول على مزيد من التفاصيل، يرجى الاتصال بخدمة العملاء.

القسم 1.6 التغييرات التي تطرأ على الجزء د من تغطية الأدوية

التغييرات على قائمة الأدوية لدينا

تسمى قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية لدينا باسم الوصفات الطبية أو قائمة الأدوية. تتوفر نسخة من قائمة الأدوية لدينا إلكترونيًا.

أجرينا تغييرات على قائمة الأدوية لدينا، التي قد تتضمن إزالة الأدوية أو إضافتها أو تغيير القيود التي تنطبق على تغطيتها بعض الأدوية أو نقلها إلى مستوى مختلف من تقاسم التكاليف. راجع قائمة الأدوية للتأكد من أن أدويةك ستكون مشمولة بالتغطية في العام المقبل ولمعرفة ما إذا كانت هناك أي قيود أم لا، أو ما إذا كان الدواء الخاص بك قد نُقِلَ إلى مستوى مختلف من تقاسم التكاليف.

معظم التغييرات في قائمة الأدوية هي تغييرات جديدة في بداية كل عام. ومع ذلك، فقد نجري تغييرات أخرى مسموح بها بموجب قواعد Medicare التي ستؤثر فيك في أثناء العام التقويمي. نحدّث قائمة الأدوية لدينا عبر الإنترنت شهريًا على الأقل لتوفير أحدث قائمة للأدوية. إذا أجريت تغييرًا سيؤثر في وصولك إلى دواء تتناوله، فإننا سنرسل إليك إشعارًا بشأن التغيير.

إذا كنت متأثرًا بتغيير في تغطية الأدوية في بداية العام أو في أثناء العام، فراجع الفصل 9 من دليل التغطية وتحديث إلى واصف الدواء لديك لمعرفة خيارائك، مثل: طلب إمداد مؤقت و/أو التقدم بطلب للحصول على استثناء و/أو العمل على إيجاد دواء جديد. اتصل بخدمة العملاء على 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (بالنسبة إلى مستخدمي خدمة الهاتف النصي، يرجى الاتصال على 711) للحصول على مزيد من المعلومات.

القسم 1.7 التغييرات على مزايا الأدوية الموصوفة وتكاليفها

هل تحصل على مساعدة إضافية لدفع تكاليف تغطية الأدوية الخاصة بك؟

إذا كنت مسجلاً في برنامج يساعد على دفع مقابل أدويةك (مساعدة إضافية)، فقد تنطبق المعلومات بشأن تكاليف أدوية الجزء د عليك. قمنا بتضمين مادة منفصلة، تُسمى ملحق دليل التغطية للأشخاص الذين يحصلون على مساعدة إضافية على دفع المقابل المطلوب للأدوية الموصوفة، تخبرك بتكاليف أدويةك. إذا حصلت على مساعدة إضافية ولم تحصل على هذه المواد مع هذه الحزمة، فاتصل بخدمة العملاء على 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (بالنسبة إلى مستخدمي خدمة الهاتف النصي، يرجى الاتصال على 711) واطلب الحصول على LIS Rider.

مراحل دفع قيمة الأدوية

هناك 3 مراحل لدفع قيمة الأدوية: مرحلة الخصومات السنوي، ومرحلة التغطية الأولية، ومرحلة التغطية في حالات الكوارث. أصبحت مرحلة الفجوة في التغطية وبرنامج خصومات الفجوة في التغطية غير موجودين بعد الآن في ميزة الجزء د.

• مرحلة 1: المبلغ المخصص سنوياً

ليست لدينا مبالغ مخصصة، لذا لا تنطبق مرحلة الدفع هذه عليك.

• مرحلة 2: التغطية الأولية

في هذه المرحلة، تدفع خطتنا حصتها في تكلفة أدويةك، وتدفع حصتك في التكلفة. تظل عادة في هذا المرحلة حتى تصل تكاليفك السنوية التي تدفعها حتى تاريخه إلى 2100 دولار.

• مرحلة 3: التغطية في حالات الكوارث

هذه هي المرحلة الثالثة والأخيرة لدفع مقابل الدواء. في أثناء هذه المرحلة، لا تدفع شيئاً للأدوية المشمولة بالتغطية في الجزء د تظل عادة في هذه المرحلة لبقية العام التقويمي.

يحل برنامج خصومات الشركة المصنّعة محل برنامج خصومات الفجوة في التغطية. بموجب برنامج خصومات الشركة المصنّعة، تدفع الشركات المصنّعة للأدوية نسبة من التكلفة الكاملة الخاصة بخطتنا للأدوية والمستحضرات الحيوية التي تحمل اسم العلامة التجارية المشمولة بالتغطية في الجزء د في أثناء مرحلة التغطية الأولية ومرحلة التغطية في حالات الكوارث. لا تُحتسب الخصومات التي تدفعها الشركات المصنّعة بموجب برنامج خصومات الشركة المصنّعة ضمن التكاليف التي تدفعها من جيبك.

تكاليف الأدوية في مرحلة 1: المبلغ المخصص سنوياً

يعرض الجدول تكلفتك لكل وصفة طبية في أثناء هذه المرحلة.

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	المبلغ المخصص سنوياً
نظراً إلى عدم وجود أي مبلغ مخصص لدينا، لا تنطبق مرحلة الدفع هذه عليك.	نظراً إلى عدم وجود أي مبلغ مخصص لدينا، لا تنطبق مرحلة الدفع هذه عليك.	

تكلفة الأدوية في مرحلة 2: التغطية الأولية

يعرض الجدول التكلفة التي تتكبدها لكل وصفة طبية خاصة بالكمية التي تصرفها صيدلية الشبكة لمدة شهر واحد (30 يوماً) مع تقاسم التكلفة القياسية.

تكون معظم لقاحات الجزء د للبالغين مشمولة بالتغطية من دون أن تتكبد أي تكلفة. للحصول على مزيد من المعلومات حول تكاليف اللقاحات، أو معلومات حول تكاليف الكمية على المدى الطويل أو الوصفات الطبية المطلوبة بالبريد، انتقل إلى الفصل 6 من دليل التغطية لديك.

بمجرد أن تدفع \$2100 من جيبك مقابل أدوية الجزء د المشمولة بالتغطية، ستنقل إلى المرحلة التالية (مرحلة التغطية في حالات الكوارث).

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
بالنسبة إلى الأدوية العامة، تدفع مبلغًا مشتركًا إما بقيمة 0 دولار وإما 1.60 دولار وإما 5.10 دولارات لكل وصفة طبية.	بالنسبة إلى الأدوية العامة، لا تدفع شيئًا.	
بالنسبة إلى كل الأدوية الأخرى، تدفع مبلغًا مشتركًا إما بقيمة 0 دولار وإما 4.90 دولارات وإما 12.65 دولارًا لكل وصفة طبية.	بالنسبة إلى كل الأدوية الأخرى، لا تدفع شيئًا.	

التغييرات التي تطرأ على ميزة الجزء د في تصميم التأمين القائم على القيمة لديك

ألغت مراكز خدمات Medicare و Medicaid نموذج تصميم التأمين القائم على القيمة، بما في ذلك الاستفادة التكميلية للجزء D بقيمة 0 دولار، من جميع خطط Medicare بدءًا من عام 2026. ينعكس تقاسم التكلفة المعمول به في عام 2026 في الجدول أعلاه.

التغييرات التي تطرأ على مرحلة التغطية في حالات الكوارث

للحصول على معلومات معينة حول التكاليف التي تتكبدها في مرحلة التغطية في حالات الكوارث، انتقل إلى الفصل 6، القسم 6 في دليل التغطية لديك.

القسم 2 التغييرات الإدارية

2026 (العام المقبل)	2025 (هذا العام)	
من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر، ستكون ساعات العمل من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا إلى 8 مساءً. من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، تكون ساعات العمل من الأحد إلى السبت (7 أيام في الأسبوع) من 8 صباحًا إلى 8 مساءً.	تمتد ساعات عمل من 8 صباحًا إلى 8 مساءً. (بتوقيت المحيط الهادئ)، سبعة أيام في الأسبوع.	ساعات عمل خدمة العملاء
المنتجات المفضلة هي منتجات تحمل العلامة التجارية Roche (Accu-Chek) ومنتجات تحمل العلامة التجارية (Freestyle) Abbott.	المنتجات المفضلة هي منتجات تحمل العلامة التجارية Roche (Accu-Chek) ومنتجات تحمل العلامة التجارية (OneTouch) Lifescan.	مستلزمات فحص مرض السكري (أجهزة القياس والشرائط) التي يتم الحصول عليها من الصيدلية
إذا شاركت في خطة دفع قيمة الوصفة الطبية من Medicare وبقيت خطة الجزء د نفسها، فسيتم تجديد مشاركتك تلقائيًا لعام 2026. للتعرف على المزيد حول خيار الدفع هذا، اتصل بنا على 855-742-2779 (بالنسبة إلى مستخدمي خدمة الهاتف النصي، يرجى الاتصال على 711) أو تفضل بزيارة www.Medicare.gov	خطة دفع قيمة الوصفة الطبية من Medicare هي خيار دفع بدأ في هذا العام ويمكنه مساعدتك على إدارة التكاليف التي تدفعها من جيبك مقابل الأدوية التي تغطيها خططنا عن طريق توزيعها على مدار العام التقويمي (من يناير إلى ديسمبر). يمكنك المشاركة في خيار الدفع هذا.	خطة دفع قيمة الوصفة الطبية من Medicare

القسم 3 كيفية تغيير الخطط

للبقاء في خطة **Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)**، يتعين ألا تقوم بشيء. في حال عدم الاشتراك في خطة مختلفة أو التغيير إلى Original Medicare بحلول 7 ديسمبر، سيتم تسجيلك تلقائيًا في خطة **Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)** لدينا.

إذا كنت تريد تغيير الخطط في عام 2026، فاتبع الخطوات الآتية:

- **للتغيير إلى خطة صحية مختلفة على Medicare**، سجّل في خطة جديدة. سيُلغى تسجيلك تلقائيًا من خطة **Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)**.
- **للتغيير إلى Original Medicare مع تغطية الأدوية من Medicare**، سجّل في خطة الأدوية الجديدة من Medicare. سيُلغى تسجيلك تلقائيًا من خطة **Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)**.
- **للتغيير إلى Original Medicare من دون خطة أدوية**، يمكنك إرسال طلب مكتوب إلينا لإلغاء التسجيل. اتصل بخدمة العملاء على 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (بالنسبة إلى مستخدمي خدمة الهاتف النصي، يرجى الاتصال على 711) للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية القيام بذلك. أو اتصل ببرنامج **Medicare** على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) واطلب إلغاء التسجيل فيه. يمكن لمستخدمي خدمة الهاتف النصي الاتصال على 1-877-486-2048. إذا لم تسجّل في خطة الأدوية من Medicare، فقد تدفع غرامة التأخير في التسجيل في الجزء د (انتقل إلى الفصل 1، القسم 4.3، في دليل التغطية لديك).
- **للتعرف على المزيد حول Original Medicare والأنواع المختلفة من خطط Medicare**، تفضّل زيارة www.Medicare.gov، تحقق من كتيب **Medicare & You 2026**، فاتصل ببرنامج مساعدة التأمين الصحي التابع لولايتك (انتقل إلى القسم 5)، أو اتصل على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). كتنكير، يقدّم Providence Health Assurance خطط رعاية صحية أخرى ضمن برنامج Medicare. يمكن أن يكون لهذه الخطط الأخرى تغطية مختلفة، وأقساط خطة شهرية، ومبالغ تقاسم التكاليف.

القسم 3.1 المواعيد النهائية لتغيير الخطط

يمكن للأشخاص المسجلين في Medicare إجراء تغييرات على تغطيتهم من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر سنويًا.

إذا سجّلت في خطة Medicare Advantage في 1 يناير 2026، ولم يعجبك اختيار خطتك، فيمكنك التبديل إلى خطة صحية أخرى من Medicare (مع تغطية الأدوية من Medicare أو من دونها) أو التبديل إلى Original Medicare (مع تغطية الأدوية المنفصلة من Medicare أو من دونها) بين 1 يناير و31 مارس 2026.

القسم 3.2 هل هناك أوقات أخرى من العام لإجراء تغيير؟

في بعض الحالات، قد تسنح للأشخاص فرص أخرى لتغيير تغطيتهم في أثناء العام. تشمل الأمثلة على أشخاص:

- مسجلين في Medicaid
- يحصلون على مساعدة على دفع قيمة أدويتهم
- يحصلون على تغطية من صاحب العمل أو يغادرونها
- يخرجون من منطقة خدمة خطتنا

نظرًا إلى تسجيلك في Medicaid، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا عن طريق اختيار أحد خيارات Medicare الآتية في أي شهر من العام:

- Original Medicare من خطة الأدوية التي تستلزم وصفة طبية منفصلة من Medicare
- Original Medicare من دون خطة الأدوية التي تستلزم وصفة طبية منفصلة من Medicare (إذا اخترت هذا الخيار، فقد يقوم Medicare بتسجيلك في خطة الأدوية، ما لم تكن قد اخترت عدم التسجيل التلقائي)، أو
- إذا كنت مؤهلاً، فسيتم تسجيلك في خطة D-SNP المتكاملة التي توفر لك مزايا برنامج Medicare وخدماته ومعظم مزايا برنامج Medicaid وخدماته أو كلها في خطة واحدة.

إذا انتقلت مؤخرًا إلى مؤسسة أو تعيش حاليًا فيها (مثل: منشأة رعاية ترميزية متخصصة أو مستشفى رعاية طويلة الأمد)، فيمكنك تغيير تغطية Medicare الخاصة بك في أي وقت. يمكنك التغيير إلى أي خطة صحية أخرى من Medicare (مع تغطية الأدوية من Medicare أو من دونها) أو التبديل إلى Original Medicare (مع تغطية الأدوية المنفصلة من Medicare أو من دونها) في أي وقت. إذا انتقلت مؤخرًا من مؤسسة، فلديك فرصة تبديل الخطط أو التبديل إلى Original Medicare لمدة شهرين كاملين بعد الشهر الذي انتقلت فيه.

القسم 4 الحصول على مساعدة على دفع قيمة الأدوية التي تستلزم وصفة طبية

قد تكون مؤهلاً للمساعدة على دفع قيمة الأدوية التي تستلزم وصفة طبية. تتوفر أنواع مختلفة من المساعدة:

- **مساعدة إضافية من Medicare.** قد يكون الأشخاص ذوو الدخل المحدود مؤهلين للحصول على مساعدة إضافية لدفع تكاليف الأدوية التي تستلزم وصفة طبية. إذا كنت مؤهلاً، فقد يدفع Medicare ما يصل إلى 75% أو أكثر من تكاليف أدويةك بما في ذلك أقساط خطة الأدوية الشهرية والخصومات السنوية والتأمين المشترك. إضافة إلى ذلك، لن يتعرض الأشخاص المؤهلون لعقوبة التأخير في التسجيل. لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً أم لا، اتصل على:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) يمكن لمستخدمي خدمة الهاتف النصي الاتصال على 1-877-486-2048، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع.
- الضمان الاجتماعي على 1-800-772-1213 بين 8 صباحًا و 7 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة للحصول للتواصل مع أحد الممثلين. تتوفر رسائل مؤتمتة على مدار الساعة. يمكن لمستخدمي خدمة الهاتف النصي الاتصال على 1-877-486-2048.
- مكتب Medicaid في ولايتك.

- **مساعدة تقاسم تكاليف الوصفات الطبية للأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري/الإيدز.** يساعد برنامج مساعدة مرضى الإيدز على ضمان حصول الأشخاص المؤهلين للحصول على برنامج مساعدة مرضى الإيدز الذين يعيشون مع فيروس العوز المناعي البشري/الإيدز على أدوية فيروس نقص المناعة البشرية المنقذة للحياة. لكي تكون مؤهلاً للاستفادة من برنامج مساعدة مرضى الإيدز المعمول به في ولايتك، يجب عليك استيفاء بعض المعايير، بما في ذلك إثبات الإقامة في الولاية وحالة الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري، والدخل المنخفض على النحو الذي تحدده الولاية، والحالة غير المشمولة بالتأمين/المؤمن عليها تأمينًا غير كافٍ تؤهل أدوية الجزء د من Medicare التي يغطيها أيضًا برنامج مساعدة مرضى الإيدز للحصول على مساعدة تقاسم تكاليف الوصفات الطبية من خلال CAREAssist. للحصول على معلومات حول معايير الأهلية، أو الأدوية المشمولة بالتغطية، أو معرفة كيفية التسجيل في البرنامج، أو معرفة كيفية الاستمرار في الحصول على المساعدة إذا كنت مسجلًا حاليًا، اتصل بـ CAREAssist على 971-673-0144 أو 1-800-805-2313 (خدمة الهاتف النصي 711). عند الاتصال، تأكد من إبلاغهم باسم خطة الجزء د من Medicare أو رقم التأمين الخاص بك.

- **خطة دفع قيمة الوصفة الطبية من Medicare.** خطة دفع قيمة الوصفات الطبية من Medicare هو خيار دفع يعمل مع تغطية الأدوية الحالية الخاصة بك لمساعدتك على إدارة التكاليف التي تدفعها من جيبك للأدوية التي تغطيها خطتنا بحلول ، ويتم توزيعها على مدار العام التقويمي (من يناير إلى ديسمبر). يمكن لأي شخص لديه خطة أدوية Medicare أو خطة صحية من Medicare إلى جانب تغطية الأدوية (مثل: خطة Medicare Advantage مع تغطية الأدوية) استخدام خيار الدفع هذا. قد يساعدك خيار الدفع هذا على إدارة نفقاتك، لكنه لا يوفر لك المال أو يخفض تكاليف أدويةك.

إن المساعدة الإضافية المقدمة من Medicare والمساعدة المقدمة من برنامج مساعدة مرضى الإيدز الخاص بك، بالنسبة إلى أولئك المؤهلين، هي أكثر فائدة من المشاركة في خطة دفع قيمة الوصفات الطبية من Medicare. كل الأعضاء مؤهلون للمشاركة في خيار الدفع لخطة دفع قيمة الوصفات الطبية من Medicare. للتعرف على المزيد حول خيار الدفع هذا، اتصل بنا على 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (بالنسبة إلى مستخدمي خدمة الهاتف النصي، يرجى الاتصال على 711) أو تفضل بزيارة www.Medicare.gov.

القسم 5 هل هناك أسئلة؟

الحصول على مساعدة من Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

- اتصل بخدمة العملاء على 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (بالنسبة إلى مستخدمي خدمة الهاتف النصي، يرجى الاتصال على 711).

إننا متاحون لتلقي المكالمات الهاتفية. من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر، ستكون ساعات العمل من الاثنين إلى الجمعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً. من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، تكون ساعات العمل من الأحد إلى السبت (7 أيام في الأسبوع) من 8 صباحًا إلى 8 مساءً. المكالمات إلى هذه الأرقام مجانية.

• قراءة دليل التغطية لعام 2026

يمكنك إشعار التغيير السنوي هذا ملخصًا بالتغييرات في المزايا والتكاليف لعام 2026. للحصول على تفاصيل، اطلع على دليل التغطية لعام 2026 في ما يخص Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). دليل التغطية هو الوصف القانوني والتفصيلي لمزايا خطتنا. يوضح الحقوق والقواعد التي يتعين عليك اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية التي تستلزم وصفة طبية المشمولة بالتغطية. احصل على دليل التغطية على موقعنا الإلكتروني على www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC أو اتصل بخدمة العملاء على 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (بالنسبة إلى مستخدمي خدمة الهاتف النصي، اتصل على 711) لكي تطلب منا إرسال نسخة بالبريد إليك.

• تفضل بزيارة www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider

يحتوي موقعنا الإلكتروني على أحدث المعلومات حول شبكة مقدمي الخدمات لدينا (دليل مقدم الخدمة/دليل الصيدلية) إلى جانب قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية لدينا (قائمة الوصفات الطبية/الأدوية).

الحصول على استشارة مجانية حول Medicare

برنامج مساعدة التأمين الصحي على مستوى الولاية هو برنامج حكومي مستقل يضم مستشارين مدربين في كل ولاية. في ولاية أوريغون، يطلق على برنامج مساعدة التأمين الصحي على مستوى الولاية اسم مساعدة مزايا التأمين الصحي لكبار السن.

اتصل بمساعدة مزايا التأمين الصحي لكبار السن للحصول على استشارات مجانية مخصصة متعلقة بالتأمين الصحي. يمكنهم مساعدتك على فهم خيارات خطة Medicare الخاصة بك والإجابة على الأسئلة المتعلقة بتبديل الخطط. اتصل بمساعدة مزايا التأمين الصحي لكبار السن على (1-800-722-4134 (TTY 711). التعرف على المزيد حول مساعدة مزايا التأمين الصحي لكبار السن عن طريق زيارة www.shiba.oregon.gov.

الحصول على مساعدة من Medicare

• Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

يمكنك الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. يمكن لمستخدمي خدمة الهاتف النصي الاتصال على 1-877-486-2048.

• الدردشة مباشرة مع www.Medicare.gov

يمكنك الدردشة مباشرة على www.Medicare.gov/talk-to-someone.

• إرسال رسالة إلى Medicare

يمكنك إرسال رسالة إلى Medicare على PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

• تفضّل زيارة www.Medicare.gov

يحتوي الموقع الإلكتروني الرسمي لبرنامج Medicare على معلومات عن التكلفة والتغطية وتصنيفات الجودة حسب عدد النجوم لمساعدتك على مقارنة الخطط الصحية من Medicare في منطقتك.

• قراءة Medicare & You 2026

يتم إرسال كتيب Medicare & You 2026 بالبريد إلى الأشخاص المسجلين في برنامج Medicare في كل خريف. إنه يحتوي على ملخص بالمزايا والحقوق والحماية التي يوفرها Medicare إلى جانب إجابات عن الأسئلة الأكثر تداولاً حول Medicare. احصل على نسخة على www.Medicare.gov أو عن طريق الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي خدمة الهاتف النصي الاتصال على 1-877-486-2048.

الحصول على مساعدة من Medicaid

اتصل بالخطة الصحية في ولاية أوريغون (Medicaid) على 1-800-273-0557. بالنسبة إلى مستخدمي خدمة الهاتف النصي، يرجى الاتصال على 711 للمساعدة على مساعدة بشأن التسجيل في برنامج Medicaid أو الأسئلة حول المزايا.