

2026

ملخص المزايـا

بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP)

1 يناير، 2026 - 31 ديسمبر، 2026

هذه الخطة متاحة في مقاطعات كلاكاماس ومولتنوماه وواشنطن في ولاية أوريغون.

عند انضمامك إلى بروفيدينس

أنت لست مجرد جزء من بوليصة تأمين، بل جزء من مجتمع للرعاية يركّز على صحتك ورفاهيتك. يُقدّم دليل المزايا هذا لمساعدتك على اتخاذ القرارات الصحيحة بشأن رعايتك الصحية. وهو دليل مختصر يوضح ما تُغطيه والمبالغ التي ستدفعها إذا اشتركت في خطة بروفيدينس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP). ولتوضيح الأمر، فهذا الملخص ليس عرضاً تفصيلياً كاملاً لجميع المزايا، ولن يتضمن كل خدمة نغطيها أو كل قيد أو استثناء. قد توفر الخطط مزايا إضافية إلى جانب مزايا الجزء C والجزء D.

للاطلاع على القائمة الكاملة بالخدمات التي نغطيها، يُرجى الرجوع إلى دليل التغطية (EOC). يمكنك طلب نسخة مطبوعة من خلال زيارة موقعنا ProvidenceHealthAssurance.com/EOC أو من خلال الاتصال بقسم خدمة العملاء على أحد الأرقام المدرجة في قسم "تواصل معنا" أدناه.

نظرة عامة على الخطة

بروفيدينس هيلث أشورنس هي خطة HMO و HMO-POS و HMO SNP بعقود مع برنامج ميديكير وخطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية. يعتمد الاشتراك في بروفيدينس هيلث أشورنس على تجديد العقد.

لا يحصل أعضاء خطتنا فقط على جميع المزايا المشمولة في برنامج ميديكير الأصلي، بل يحصلون أيضاً على بعض المزايا الإضافية الموضحة في هذا الملخص.

من يمكنه الانضمام؟

للانضمام إلى خطتنا، يجب أن تكون مؤهلاً للحصول على الجزء A من ميديكير، ومسجلاً في الجزء B من ميديكير، ومستحقاً لكامل مزايا خطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (ميديكير)، وأن يكون مسكنك ضمن نطاق منطقة الخدمة لدينا. تشمل منطقة خدمتنا مقاطعات كلاكماس ومولتنوماه وواشنطن في ولاية أوريغون.

تواصل معنا

هل لديك أسئلة؟ نحن هنا لتقديم المساعدة: من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر، ستكون ساعات العمل من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى الساعة 8 مساءً. من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، ستكون ساعات العمل من الأحد إلى السبت (7 أيام في الأسبوع) من الساعة 8 صباحاً حتى الساعة 8 مساءً.

+ إذا كنت عضواً في هذه الخطة، فاتصل بنا مجاناً على الرقم 1-800-603-2340 (TTY: 711)

+ إذا كنت عضواً في هذه الخطة، فاتصل بنا مجاناً على الرقم 1-800-457-6064 (TTY: 711) / 1-800-855-7100

+ يمكنك أيضاً زيارتنا عبر الإنترنت على ProvidenceHealthAssurance.com

الموارد المفيدة

- + يمكنك زيارة ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider للاطلاع على دليل مقدمي الخدمات والصيدليات الخاص بخطتنا أو لطلب نسخة مطبوعة. يمكنك أيضاً الاتصال بنا للحصول على نسخة مطبوعة يتم إرسالها إليك بالبريد.
- + هل تريد الاطلاع على القائمة الرسمية الخاصة بخطتنا (قائمة الأدوية الموصوفة في الجزء D)، بما في ذلك أي قيود؟ يمكنك زيارة ProvidenceHealthAssurance.com/Formulary، أو الاتصال بنا لطلب نسخة مطبوعة.
- + لمعرفة المزيد عن التغطية والتكاليف الخاصة ببرنامج ميديكير الأصلي، يُرجى الرجوع إلى دليل "Medicare & You"، متاح عبر الإنترنت على www.Medicare.gov أو يمكنك طلب نسخة مطبوعة من خلال الاتصال بإدارة ميديكير على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. ويمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP)

0 دولار	قسط الخطة الشهري
0 دولار	الخصم الطبي السنوي
أنت لست مسؤولاً عن دفع أي تكاليف شخصية ضمن الحد الأقصى لما يتحمله الشخص للخدمات المشمولة بتغطية الجزأين A و B. الحد السنوي (الحدود السنوية) الخاص بك في هذه الخطة ضمن الشبكة: 9,250 دولارًا	

المزايا	ضمن الشبكة
تغطية الإقامة في المستشفى ¹	بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار مقابل الإقامة في المستشفى خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير
تغطية الإقامة في المستشفى ¹	بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار لجراحة العيادات الخارجية في مرفق المستشفى خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير
خدمات مركز الجراحة الخارجية ¹ (ASC)	بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار لجراحة العيادات الخارجية في مركز العيادات الخارجية. مركز الجراحة خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير

¹ قد تتطلب الخدمات الحصول على تفويض مسبق. اطلع على دليل التغطية لمزيد من المعلومات.

بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP)

المزايا	ضمن الشبكة
زيارات الطبيب	بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار مقابل زيارات الرعاية الأولية خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير
	بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار مقابل زيارات الأخصائي خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير
الرعاية الوقائية (مثل الفحوصات السنوية، والتطعيمات، ولقاحات الإنفلونزا)	بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): لن تدفع أي مبلغ مقابل جميع الخدمات الوقائية التي يغطيها برنامج ميديكير الأصلي. خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير
رعاية الطوارئ	بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار لرعاية الطوارئ خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير
الخدمات المطلوبة بشكل عاجل	بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المطلوبة بشكل عاجل خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير

1 قد تتطلب الخدمات الحصول على تفويض مسبق. اطلع على دليل التغطية لمزيد من المعلومات.

بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP)

المزايا	ضمن الشبكة
الفحوصات المخبرية/الأشعة التصويرية/الخدمات التشخيصية	بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار لخدمات الأشعة التشخيصية خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير
	بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار لخدمات الأشعة العلاجية خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير
	بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للأشعة السينية في العيادات الخارجية خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير
	بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للاختبارات والإجراءات التشخيصية خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير
	بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير
خدمات السمع	بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير
خدمات علاج الأسنان	بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير
	بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): بدل بقيمة 450 دولارًا أمريكيًا كل ستة أشهر مقابل أي من خدمات علاج الأسنان التي تختارها؛ ستنتهي صلاحية الدورات غير المنقطة إذا لم يتم استخدامها خلال العام الذي يتم فيه إصدار البدل خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير

1 قد تتطلب الخدمات الحصول على تفويض مسبق. اطلع على دليل التغطية لمزيد من المعلومات.

بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP)

المزايا	ضمن الشبكة
خدمات الرعاية البصرية	بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار لكل فحص مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار لفحص الزرق خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة بميديكير؛ مرة واحدة كل 24 شهرًا للبالغين الذين تبلغ أعمارهم 21 عامًا أو أكثر.
	بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): فحص روتيني واحد للرؤية في السنة التقويمية بمشاركة في السداد بقيمة 0 دولار (بما في ذلك الانكسار) خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة بميديكير؛ مرة واحدة كل 24 شهرًا للبالغين الذين تبلغ أعمارهم 21 عامًا أو أكثر.
	بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار لإجمالي تكلفة زوج واحد من النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة التي المشمولة ببرنامج ميديكير بعد كل جراحة إزالة الساد خطة أوريغون للرعاية الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير؛ للحالات الطبية المحددة فقط
	بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): بدل بقيمة تصل إلى 150 دولارًا أمريكيًا لكل سنة تقويمية لأي مجموعة من النظارات الطبية الروتينية الموصوفة خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير؛ للحالات الطبية المحددة فقط
	بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للزيارات في المستشفى خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير
خدمات الصحة العقلية	بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار لزيارات العلاج في العيادات الخارجية خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير

بروفيندس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP)

المزايا	ضمن الشبكة
مركز خدمات التمريض المتخصصة (SNF) ¹	بروفيندس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار من اليوم 1 إلى اليوم 20 مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار كل يوم من اليوم 21 إلى اليوم 100 خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير. يُغطي برنامج ميديكير ما يصل إلى 20 يومًا في مركز خدمات التمريض المتخصصة (SNF)
العلاج الطبيعي ¹	بروفيندس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): ور للعلاج الطبيعي خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير
الإسعاف ¹	بروفيندس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار لخدمات الإسعاف خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير
النقل (تتضمن هذه الخطة النقل غير الطبي) ²	بروفيندس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار مقابل 24 رحلة في اتجاه واحد (بحد أقصى 25 ميل لكل رحلة) إذا كنت مؤهلاً للحصول على المزايا التكميلية الخاصة للمصابين بالأمراض المزمنة (SSBCI) خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير؛ النقل الطبي غير الطارئ إلى المواعيد المشمولة بالتغطية
أدوية برنامج ميديكير الجزء B ¹	بروفيندس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار لأدوية الجزء B خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار للخدمات المشمولة ببرنامج ميديكير
برنامج توصيل الوجبات (بعد الخروج من المستشفى فقط)	بروفيندس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار مقابل وجبتين يوميًا لمدة 28 يومًا بعد إقامة مؤهلة في المستشفى خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): غير مشمولة بالتغطية
بطاقة الخصم المحملة مسبقًا الطعام والخضراوات والفواكه ²	بروفيندس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): بدل بقيمة 40 دولارًا كل ثلاثة أشهر (باستخدام بطاقة شراء، أو كتالوج، أو عبر الإنترنت، أو البريد، أو الطلب عبر الهاتف). بدل بقيمة 200 دولارًا كل ثلاثة أشهر إذا كنت مؤهلاً لبرنامج المزايا التكميلية الخاصة للمصابين بأمراض مزمنة (باستخدام بطاقة شراء، أو كتالوج، أو عبر الإنترنت، أو البريد، أو الطلب عبر الهاتف). يمكنك أيضًا استخدام بطاقتك لشراء المواد الغذائية الصحية المؤهلة مثل الخضراوات والفواكه ومنتجات الألبان واللحوم والمزيد. سيتم ترحيل الدولارات غير المنفقة من ربع إلى آخر، ثم تنتهي صلاحيتها مع نهاية السنة الميلادية 2026. خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): غير مشمولة بالتغطية

بروفينس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP)

بروفينس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): غير مشمولة بالتغطية	نظام الاستجابة الشخصية للطوارئ (PERS)
بروفينس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP): مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار مقابل العضوية الشهرية في النوادي الرياضية مع نوادي اللياقة البدنية المشاركة خطة أوريغون الصحية (برنامج ميديكير): غير مشمولة بالتغطية	برنامج الرفاهية

1 قد تتطلب الخدمات الحصول على تفويض مسبق. اطلع على دليل التغطية لمزيد من المعلومات.

2 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. على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-2340-603. (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711). من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر، ستكون ساعات العمل من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا إلى 8 مساءً. (بتوقيت المحيط الهادئ). من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، تكون ساعات العمل من الأحد إلى السبت (7 أيام في الأسبوع) من 8 صباحًا إلى 8 مساءً. (بتوقيت المحيط الهادئ). هذه المكالمات مجانية.

مزايا الأدوية التي تستلزم وصفة طبية بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP)

خصم الأدوية التي تستلزم وصفة طبية	
الخصم السنوي	ليس لديك أي خصم.
التغطية الأولية	سوف تدفع ما يأتي حتى تصل تكاليفك الشخصية السنوية الإجمالية إلى 2,100 دولار.
بالنسبة إلى الأدوية العامة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل كأدوية عامة)	
سوف تدفع:	سوف تدفع مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار أو 1.60 دولار أو 5.10 دولارات
لجميع الأدوية الأخرى	
سوف تدفع:	سوف تدفع مشاركة في السداد بقيمة 0 دولار أو 4.90 دولار أو 12.65 دولارًا
	يمكنك الحصول على أدوية من صيدليات البيع بالتجزئة ضمن الشبكة وإرسالها بالبريد الصيدليات المخصصة للطلبات.
تغطية الكوارث	بعد أن تصل تكاليف الأدوية السنوية التي تدفعها بشكل شخصي (بما في ذلك الأدوية التي يتم شراؤها من خلال صيدلية البيع بالتجزئة ومن خلال الطلب البريدي) إلى 2100 دولار، فلن تدفع شيئًا مقابل جميع الأدوية.

قد تتغير قائمة الأدوية المعتمدة و/أو شبكة الصيدليات في أي وقت. سنتلقى إشعارًا بذلك عند الضرورة.

رسالة مهمة حول ما تدفعه مقابل اللقاحات: تغطي خطتنا معظم لقاحات الجزء D من دون أن تتكبد أي تكلفة. اتصل بخدمة العملاء للحصول على مزيد من المعلومات.

ملخص الخدمات المشمولة بتغطية خطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (ميديكيد)

يتم تغطية المزايا الموضحة في قسم القسط والمزايا في ملخص المزايا بواسطة بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP). بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تغطي خطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (ميديكيد) فقط المبالغ الخاصة بالمشاركة في التكاليف للخدمات التي تغطيها عادةً خطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (ميديكيد). يرجى الاتصال بخطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (ميديكيد) أو منظمة الرعاية المنسقة لمزيد من المعلومات. أعضاء بروفيدنس ميديكير دوال بلس (HMO D-SNP) المسجلون في بروفيدنس من خلال هيلث شير في ولاية أوريغون ضمن خطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (ميديكيد) لن يتحملوا أي تكاليف بشكل شخصي لأي خدمة طبية مشمولة بتغطية ميديكير. لا تزال مبالغ تقاسم تكاليف الأدوية التي تستلزم وصفة طبية سارية.

يمكنك العثور على معلومات تفصيلية فيما يتعلق بمزايا خطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (ميديكيد) على الرابط الآتي: www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Benefits.aspx أو من خلال الاتصال بخدمة العملاء في منظمة الرعاية المنسقة.

فيما يأتي قائمة بالخدمات المشمولة بتغطية خطة أوريغون للرعاية الصحية (ميديكيد)	
المزايا	معلومات إضافية
علاج الأسنان	الخدمات الأساسية بما في ذلك التنظيف، وورنيش الفلورايد والحشوات والخلع العلاج العاجل أو الفوري أطقم أسنان تيجان من الإستانلس ستيل للأضراس (الأسنان الخلفية)
خدمات الاحتياجات الاجتماعية المتعلقة بالصحة (HRSN)	المساعدة في الإسكان والتغذية. متاحة للأعضاء المؤهلين بناءً على تقييم الاحتياجات.
السمع	أجهزة السمع وفحوصات أجهزة السمع
الصحة المنزلية	الرعاية المقدمة من ممرض مُسجل أو مساعد صحي منزلي
رعاية المسنين	رعاية نهاية الحياة
الرعاية في المستشفيات	العلاج في حالات الطوارئ الرعاية في المستشفى ورعاية العيادات الخارجية
التطعيمات واللقاحات	مثل لقاح الإنفلونزا واللقاح المضاد لكوفيد-19
الرعاية في أثناء الحمل	المخاض والولادة والرعاية بعد الولادة
الفحوصات المخبرية والأشعة السينية	مثل فحص الدم أو تصوير الثدي بالأشعة السينية
الرعاية الطبية المقدمة من طبيب أو ممرض ممارس أو مساعد طبيب	مثل الفحص الروتيني أو الموعد العام
المعدات والإمدادات الطبية	مثل أجهزة اختبار داء السكري أو العكازات
النقل الطبي	مثل سيارة الإسعاف أو وسائل النقل غير الطارئة إلى موعد طبي
الرعاية الصحية العقلية	مثل العلاج النفسي أو العلاج السكني
العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج النطق	العلاج اللازم لتحسين المهارات أو الوظائف لأداء الأنشطة اليومية
الأدوية التي تستلزم وصفة طبية	"خطة أوريغون للرعاية الصحية (OHP) مع تغطية محدودة للأدوية تشمل فقط الأدوية غير المشمولة بتغطية برنامج ميديكير الجزء D"
علاج اضطراب تعاطي المواد المسببة للإدمان	مثل تقديم المشورة والعلاج بمساعدة الأدوية والوخز بالإبر والعلاج السكني والخدمات المقدمة من الأقران
الرعاية البصرية	الفحوصات الطبية للعين للكشف عن أي حالة مرضية بها النظارات مشمولة بالتغطية للبالغين الذين لديهم حالة طبية مؤهلة مثل انعدام العدسة أو القرنية المخروطية.

الخدمات غير المشمولة بتغطية خطة أوريغون للرعاية الصحية (الاستثناءات):

ليست كل العلاجات الطبية مشمولة بالتغطية. عند حاجتك إلى علاج طبي، يُرجى التواصل مع مقدم الرعاية الأولية. إليك بعض الاستثناءات (لا تشمل كل الاستثناءات):

- + الأدوية التي تستلزم وصفة طبية والمشمولة بتغطية برنامج ميديكير الجزء D
- + الحالات التي لا يكون العلاج فيها فعالاً عادةً مثل:
 - + بعض جراحات الظهر
 - + جراحة مفصل الفك الصدغي (TMJ)
 - + بعض عمليات زرع الأعضاء
- + الخدمات التي يُقدّمها أحد الأقارب المباشرين أو أحد أفراد أسرتك
- + أي خدمات يتم تلقيها خارج الولايات المتحدة
- + الرعاية غير الطارئة إذا توجهت إلى مقدم خدمة غير مدرج ضمن الشبكة
- + تتضمن الخدمات الأخرى غير المشمولة بالتغطية على سبيل المثال لا الحصر، ما يأتي:
 - + خدمة علاج العقم
- + أدوات الراحة الشخصية أو أدوات توفير الراحة (أجهزة الراديو والهواتف وأحواض المياه الساخنة وأجهزة المشي وما إلى ذلك).
- + الخدمات التي تُعد تجميلية بشكل أساسي، مثل:
 - + الأورام الجلدية الحميدة
 - + الجراحة التجميلية
 - + إزالة الندبات

إذا كانت لديك أي أسئلة حول الخدمات المشمولة أو غير المشمولة بالتغطية، فاتصل بخدمة العملاء التابعة لمنظمة الرعاية المنسقة.

هذه المعلومات ليست وصفاً كاملاً للمزايا. اتصل على الرقم 1-800-603-2340، ويمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711 لمزيد من المعلومات. تتم تغطية قسط الجزء B للمُسجّلين مزدوجي التغطية الكاملة المؤهلين لخطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). قد تختلف الأقساط ومبلغ المشاركة في الدفع ونسب التأمين المشترك والخصومات بناءً على مستوى المساعدة الإضافية التي تتلقاها. يُرجى الاتصال بالخطة للحصول على مزيد من التفاصيل.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-603-2340 (TTY: 711) or speak to your provider."

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-603-2340 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Việt (Vietnamese)

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-603-2340 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn."

中文 (Chinese-Simplified)

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-603-2340（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。"

中文 (Chinese- Traditional)

注意：如果您說中文，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-603-2340（TTY：711）或與您的提供者討論。」

РУССКИЙ (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-603-2340 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오."

українська мова (Ukrainian)

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-603-2340 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

日本語 (Japanese)

注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-603-2340 (TTY: 711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-603-2340 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

ភាសាខ្មែរ (Khmer)

សូមយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-603-2340 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។"

Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-603-2340 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider."

فارسي (Farsi)

توجه: اگر فارسي صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-800-603-2340 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-603-2340 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur. »

ไทย (Thai)

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-800-603-2340 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ”

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-603-2340 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.”

አማርኛ (Amharic)

ማሳሰቢያ፡- አማርኛ የሚናገሩ ከሆኑ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርብልዎታል። መረጃን በተደራሽ ቅርጸት ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ ተጨማሪ እገዛዎች እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ይገኛሉ። በስልክ ቁጥር 1-800-603-2340 (TTY: 711) ይደውሉ ወይም አገልግሎት አቅራቢዎን ያናግሩ።”

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-800-603-2340 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।”

ລາວ (Laos)

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-800-603-2340 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ."

ՀԱՅԵՐԵՆ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվակալան անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրվում է համապատասխան օժանդակ միջոցներին ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Չանգահարեք 1-800-603-2340 հեռախոսահամարով (TTY` 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

Lus Hmoob (Hmong)

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-800-603-2340 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob."

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-603-2340 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।"