خطة Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) المقدَّمة من Managed Health Services Insurance Corp.

الإخطار السنوي بالتغييرات لعام 2026

أنت مسجل بصفتك عضوًا في Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP).

تصف هذه المادة التغييرات التي تطرأ على تكاليف خطتنا ومزاياها في العام القادم.

- **لديك مهلة من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر لإجراء تغييرات على تغطية** Medicare **الخاصة بك للعام المقبل.** إذا لم تنضم إلى خطة أخرى بحلول 7 ديسمبر 2025، فستبقى في خطة Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP).
- للتبديل إلى **خطة مختلفة**، تفضل بزيارة www.Medicare.gov أو راجع القائمة الموجودة في الجهة الخلفية من كتيب Medicare *وأنت لعام* 2026.
- يُرجى ملاحظة أن هذا مجرد ملخص للتغييرات. هناك المزيد من المعلومات حول التكاليف والمزايا والقواعد في *دليل التغطية*. احصل على نسخة من go.wellcare.com/WI أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-844-796-6811 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) للحصول على نسخة عبر البريد.

المزيد من الموارد

- هذه المادة متاحة مجانا بالإسبانية واللاوسية، والروسية، والعربية، والهمونغ
- اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-844-796-6811 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) للحصول على مزيد من المعلومات. ساعات العمل: الممثلون متاحون في الفترة بين 1 أكتوبر و31 مارس، من الاثنين إلى الأحد من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، وفي الفترة بين 1 إبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً. هذه المكالمة مجانية.
- يجب أن نقدم المعلومات بطريقة تناسبك (بلغات أخرى غير الإنجليزية أو بطريقة برايل أو في تسجيل صوتي أو بطباعة كبيرة أو بتنسيقات بديلة أخرى، وما إلى ذلك). يُرجى التواصل مع قسم خدمات الأعضاء إذا كنت بحاجة إلى معلومات عن الخطة بتنسيق آخر.

حول خطة Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)

- إن Wellcare هي علامة Medicare التجارية لشركة Centene Corporation، وخطط HMO وPPO وPFFS وPDP بعقد من Medicare وهي جهة راعية معتمدة لأدوية الجزء D. وتمتلك خططُ D-SNP الخاصة بنا عقدًا مع برنامج Medicaid الخاص بالولاية. ويعتمد التسجيل في خططنا على تجديد العقد. تتضمن خطتنا أيضًا اتفاقية مكتوبة مع برنامج Wisconsin Medicaid لتنسيق مزايا Medicaid الخاصة بك.
- حين تنص هذه المادة على "نحن" أو ما يعمل عمل ضمير المتكلمين، فهذا يشير إلى Managed Health Services Insurance Corp.، وحين تنص على "الخطة" أو "خطتنا"، فهذا يشير إلى خطة Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP).

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)

- **إذا لم تقم بأي إجراء بحلول 7 ديسمبر 2025، فسيتم تسجيلك تلقائيًا في خطة (Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP.**
بدءًا من 1 يناير 2026، ستحصل على تغطية طبية وتغطية الأدوية من خلال خطة (Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP.
انتقل إلى القسم 3 للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية تغيير الخطط والمواعيد النهائية لإجراء التغيير.

H8189_007_2026_WI_ANOC_DSNP_4608745ARA_M

جدول المحتويات

ملخص التكاليف المهمة لعام 2026 ... 4

القسم 1 التغييرات في المزايا والتكاليف للعام المقبل ... 9

القسم 1.1 التغييرات في القسط الشهري للخطة ... 9

القسم 1.2 التغييرات في الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض ... 9

القسم 1.3 التغييرات في شبكة مقدمي الرعاية ... 10

القسم 1.4 التغييرات في شبكة الصيدليات ... 11

القسم 1.5 التغييرات في المزايا والتكاليف للخدمات الطبية ... 11

القسم 1.6 التغييرات في تغطية الأدوية الموصوفة بموجب الجزء D ... 22

القسم 1.7 التغييرات في تكاليف الأدوية الموصوفة ومزاياها ... 23

القسم 2 التغييرات الإدارية ... 28

القسم 3 كيفية تغيير الخطط ... 30

القسم 3.1 المواعيد النهائية لتغيير الخطط ... 31

القسم 3.2 هل هناك أوقات أخرى من العام لإجراء تغيير؟ ... 31

القسم 4 الحصول على المساعدة على دفع تكاليف الأدوية الموصوفة ... 32

القسم 5 هل لديك أسئلة؟ ... 33

الحصول على مساعدة من Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) ... 33

احصل على استشارة مجانية حول Medicare ... 33

الحصول على مساعدة من Medicare ... **33**

احصل على مساعدة خدمات وزارة الصحة في Wisconsin ... 34

ملخص التكاليف المهمة لعام 2026

	2025 (هذا العام)	2026 (العام المقبل)
القسط الشهري للخطة* * قد يكون قسطك أكبر من هذا المبلغ أو أصغر منه. انتقل إلى القسم 1.1 لمزيد من التفاصيل. إذا كنت مؤهلاً للمساعدة الإضافية (Extra Help)، فسيتم دفع قسط الخطة نيابةً عنك. إذا لم تعد مؤهلاً للمساعدة الإضافية، فقد يتم فرض قسط عليك.	$43.50	**$10.40**
الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض هذا أقصى مبلغ ستتحمله مقابل الحصول على خدمات الجزء A والجزء B الخاضعة للتغطية. (انتقل إلى القسم 1.2 لمزيد من التفاصيل.)	$4,500 لست مسؤولاً عن تحمل أي تكاليف تتجاوز الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض مقابل الحصول على خدمات الجزء A والجزء B الخاضعة للتغطية.	**$5,100** **لست مسؤولاً عن تحمل أي تكاليف تتجاوز الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض مقابل الحصول على خدمات الجزء A والجزء B الخاضعة للتغطية.**
زيارات مكتب الرعاية الأولية	تسديد مشترك بقيمة $0 لكل زيارة	**تسديد مشترك بقيمة $0 لكل زيارة**
زيارات عيادة الاختصاصي	تسديد مشترك بقيمة $20 لكل زيارة	**تسديد مشترك بقيمة $20 لكل زيارة**

	2025 (هذا العام)	2026 (العام المقبل)
إقامة المريض في المستشفى تشمل رعاية الحالات الخطيرة من المرضى الداخليين وإعادة تأهيلهم، ومستشفيات الرعاية طويلة الأمد، وأنواعًا أخرى من خدمات المستشفى التي يتم تقديمها إلى المرضى الداخليين. تبدأ رعاية المرضى المقيمين في المستشفى في اليوم الذي يتم فيه إدخالك رسميًا إلى المستشفى بطلب من الطبيب. واليوم الذي يسبق يوم خروجك هو آخر يوم لك كمريض داخلي.	بالنسبة إلى الدخول إلى المستشفى الخاضع للتغطية، مقابل كل مرة تدخل فيها المستشفى: قيمة تسديد مشترك قدرها $275 لليوم الواحد من اليوم 1 إلى اليوم 7، وقدرها $0 لليوم الواحد من اليوم 8 إلى اليوم 90 لكل إقامة في المستشفى خاضعة للتغطية	**بالنسبة إلى الدخول إلى المستشفى الخاضع للتغطية، مقابل كل مرة تدخل فيها المستشفى:** **قيمة تسديد مشترك قدرها $325 لليوم الواحد من اليوم 1 إلى اليوم 7، وقدرها $0 لليوم الواحد من اليوم 8 إلى اليوم 90 لكل إقامة في المستشفى خاضعة للتغطية**
المبلغ القابل للاستقطاع لتغطية أدوية الجزء D (انتقل إلى القسم 1.7 لمزيد من التفاصيل.)	$0	**$615 باستثناء منتجات الأنسولين المغطاة ومعظم لقاحات الجزء D للبالغين.** **إذا تلقيت المساعدة الإضافية، فستدفع المبلغ الآتي:** **المبلغ القابل للاستقطاع: $0**
تغطية أدوية الجزء D (انتقل إلى القسم 1.7 للحصول على التفاصيل، بما في ذلك المبلغ القابل للاستقطاع السنوي والتغطية الأولية ومراحل التغطية الكارثية.)	التسديد المشترك خلال مرحلة التغطية الأولية: التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل كل أدوية الجزء D الخاضعة للتغطية. مرحلة التغطية الكارثية: خلال مرحلة الدفع هذه، لا تدفع شيئًا لأدوية الجزء D الخاضعة للتغطية.	**إذا حصلت على المساعدة الإضافية من Medicare، فإنك تدفع حصة تكلفة LIS الخاصة بك كما هو موضح في ملحق LIS الخاص بك لعام 2026.** **إذا لم تحصل على المساعدة الإضافية، فستدفع حصص التكلفة أدناه:** **التسديد المشترك/التأمين المشترك خلال مرحلة التغطية الأولية:** **فئة الدواء 1:** **مشاركة التكلفة القياسية:**

	2025 (هذا العام)	2026 (العام المقبل)
		التسديد المشترك لمبلغ $19 مقابل إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا). مشاركة التكلفة المفضلة: التسديد المشترك لمبلغ $18 مقابل إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا). فئة الدواء 2: مشاركة التكلفة القياسية: التسديد المشترك لمبلغ $20 مقابل إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا). مشاركة التكلفة المفضلة: التسديد المشترك لمبلغ $19 مقابل إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا). فئة الدواء 3: مشاركة التكلفة القياسية: 25% من التكلفة الإجمالية مقابل إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا). تدفع المبلغ الأقل من $35 أو 25% مقابل إمداد شهري لكل منتج من منتجات الأنسولين الخاضعة للتغطية في هذه الفئة.

	2025 (هذا العام)	2026 (العام المقبل)
		مشاركة التكلفة المفضلة: 25% من التكلفة الإجمالية مقابل إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا). تدفع المبلغ الأقل من $35 أو 25% مقابل إمداد شهري لكل منتج من منتجات الأنسولين الخاضعة للتغطية في هذه الفئة. فئة الدواء 4: مشاركة التكلفة القياسية: التسديد المشترك لمبلغ $100 مقابل إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا). تدفع المبلغ الأقل من $35 أو 25% مقابل إمداد شهري لكل منتج من منتجات الأنسولين الخاضعة للتغطية في هذه الفئة. مشاركة التكلفة المفضلة: التسديد المشترك لمبلغ $100 مقابل إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا). تدفع المبلغ الأقل من $35 أو 25% مقابل إمداد شهري لكل منتج من منتجات الأنسولين الخاضعة للتغطية في هذه الفئة. فئة الدواء 5: مشاركة التكلفة القياسية: 25% من التكلفة الإجمالية مقابل إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا).

	2025 (هذا العام)	2026 (العام المقبل)
		مشاركة التكلفة المفضلة: 25% من التكلفة الإجمالية مقابل إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا). فئة الدواء 6: مشاركة التكلفة القياسية: التسديد المشترك لمبلغ 8$ مقابل إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا). مشاركة التكلفة المفضلة: التسديد المشترك لمبلغ 0$ لإمداد شهر واحد (30 يومًا). مرحلة التغطية الكارثية: خلال مرحلة الدفع، لا تدفع شيئًا لأدوية الجزء D الخاضعة للتغطية.

القسم 1 التغييرات في المزايا والتكاليف للعام المقبل

القسم 1.1 التغييرات في القسط الشهري للخطة

	2025 (هذا العام)	2026 (العام المقبل)
القسط الشهري للخطة (يجب عليك أيضًا الاستمرار في دفع قسط Medicare Part B ما لم تدفعه لك إدارة خدمات الصحة في Wisconsin.) إذا كنت مؤهلاً للمساعدة الإضافية، فسيتم دفع قسط الخطة نيابةً عنك. إذا لم تعد مؤهلاً للمساعدة الإضافية، فقد يتم فرض قسط عليك.	$43.50	**$10.40**

القسم 1.2 التغييرات في الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض

يتطلب برنامج Medicare من جميع الخطط الصحية تحديد التكاليف التي يتحملها المريض لهذا العام. يُطلق على هذا القيد الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض. بمجرد دفع هذا المبلغ، لن تتحمل أي تكاليف بشكل عام مقابل الحصول على خدمات الجزء A والجزء B الخاضعة للتغطية لبقية العام التقويمي.

	2025 (هذا العام)	2026 (العام المقبل)
الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض نظرًا إلى أن أعضاءَنا يحصلون أيضًا على المساعدة من إدارة خدمات الصحة في Wisconsin، فإن عددًا قليلاً جدًا من الأعضاء يصل إلى هذا الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض. لست مسؤولاً عن تحمل أي تكاليف تتجاوز الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض مقابل الحصول على خدمات الجزء A والجزء B الخاضعة للتغطية. يتم **احتساب** التكاليف التي تتحملها مقابل الخدمات الطبية الخاضعة للتغطية (مثل دفعات التسديد المشترك) ضمن الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض. **لا يتم احتساب** قسط خطتنا والتكاليف التي تتحملها مقابل الأدوية الموصوفة ضمن الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض.	$4,500	**$5,100** **بمجرد أن تدفع $5,100 من مالك الخاص مقابل الحصول على خدمات الجزء A والجزء B الخاضعة للتغطية، لن تتحمل أي تكاليف مقابل خدمات الجزء A والجزء B الخاضعة للتغطية لبقية العام التقويمي.**

القسم 1.3 التغييرات في شبكة مقدمي الرعاية

لقد تغيرت شبكة مقدمي الرعاية لدينا للعام المقبل. راجع *دليل الموفرين والصيدليات لعام* 2026 *عبر الرابط* go.wellcare.com/2026providerdirectories لمعرفة ما إذا كان الموفرون (مقدمو الرعاية الأولية والاختصاصيون والمستشفيات وما إلى ذلك) ضمن شبكتنا أم لا. إليك كيفية الحصول على *دليل الموفرين والصيدليات* المحدث:

- تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني على go.wellcare.com/2026providerdirectories.
- اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-844-796-6811 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) للحصول على معلومات الموفر الحالية أو اطلب منا إرسال *دليل الموفرين والصيدليات* عبر البريد.

يمكننا إجراء تغييرات على المستشفيات والأطباء والمختصين (مقدمي الرعاية) الذين يشكلون جزءًا من خطتنا خلال العام. إذا كان تغيير الموفرين التابعين لنا في منتصف العام يؤثر فيك، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-844-796-6811 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) للحصول على المساعدة. لمزيد من المعلومات حول حقوقك عندما يغادر موفر الشبكة خطتنا، انتقل إلى الفصل 3، القسم 2.3 من دليل التغطية الخاص بك.

القسم 1.4 التغييرات في شبكة الصيدليات

قد تعتمد المبالغ التي تدفعها مقابل الأدوية الموصوفة على الصيدلية التي تتعامل معها. تمتلك خطط أدوية Medicare شبكة من الصيدليات. في معظم الحالات، تتم تغطية الوصفات الطبية الخاصة بك *فقط* إذا تم صرفها من إحدى صيدليات شبكتنا. تتضمن شبكتنا الصيدليات مع مشاركة التكلفة المفضلة، والتي قد تعرض لك مشاركة أقل تكلفة من مشاركة التكلفة القياسية التي تقدمها صيدليات الشبكة الأخرى لبعض الأدوية.

لقد تغيرت شبكة الصيدليات لدينا للعام المقبل. راجع *دليل الموفرين والصيدليات* لعام 2026 عبر الرابط go.wellcare.com/2026providerdirectories لمعرفة الصيدليات ضمن شبكتنا. إليك كيفية الحصول على *دليل الموفرين والصيدليات* المحدث:

- تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني على go.wellcare.com/2026providerdirectories.
- اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-844-796-6811 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) للحصول على معلومات الصيدلية الحالية أو اطلب منا إرسال *دليل الموفرين والصيدليات* عبر البريد.

يمكننا إجراء تغييرات على الصيدليات التي تشكل جزءًا من خطتنا خلال العام. إذا كان تغيير الصيدليات التابعة لنا في منتصف العام يؤثر فيك، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-844-796-6811 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) للحصول على المساعدة.

القسم 1.5 التغييرات في المزايا والتكاليف للخدمات الطبية

يطلعك الإخطار السنوي بالتغييرات على التغييرات التي تطرأ على مزايا Medicare وتكاليفها.

	2025 (هذا العام)	2026 (العام المقبل)
التفويضات السابقة	تتضمن المزايا الآتية داخل الشبكة تغييرًا في متطلبات التفويض السابق.	
	خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب - خدمات الرعاية الصحية عن بُعد الإضافية قد تتطلب التفويض السابق. رعاية البصر - قد تتطلب النظارات والعدسات اللاصقة الخاضعة لتغطية Medicare الحصول على التفويض السابق. إذا كانت الميزة تتطلب تفويضًا سابقًا أو لا تتطلب ذلك، فقد تظل تتطلب إحالة من الخطة.	**خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب - خدمات الرعاية الصحية عن بُعد الإضافية لا تتطلب التفويض السابق.** **رعاية البصر - لا تتطلب النظارات والعدسات اللاصقة الخاضعة لتغطية Medicare الحصول على التفويض السابق.** **إذا كانت الميزة تتطلب تفويضًا سابقًا أو لا تتطلب ذلك، فقد تظل تتطلب إحالة من الخطة.**
الوخز بالإبر لآلام أسفل الظهر المزمنة	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة $0 مقابل الوخز بالإبر الخاضع لتغطية Medicare الذي يتم تلقيه في عيادة طبيب الرعاية الأولية PCP. تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة $20 مقابل الوخز بالإبر الخاضع لتغطية Medicare الذي يتم تلقيه في عيادة الاختصاصي. تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة $20 مقابل الوخز بالإبر الخاضع لتغطية Medicare الذي يتم تلقيه في عيادة المعالج اليدوي.	**تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة $0 مقابل الوخز بالإبر الخاضع لتغطية Medicare الذي يتم تلقيه في عيادة طبيب الرعاية الأولية PCP.** **تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة $20 مقابل الوخز بالإبر الخاضع لتغطية Medicare الذي يتم تلقيه في عيادة الاختصاصي.** **تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة $15 مقابل الوخز بالإبر الخاضع لتغطية Medicare الذي يتم تلقيه في عيادة المعالج اليدوي.**

	2025 (هذا العام)	2026 (العام المقبل)
خدمات إعادة تأهيل القلب ـ المكثفة	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 35$ مقابل كل خدمة يغطيها Medicare.	**تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 50$ مقابل كل خدمة يغطيها Medicare.**
خدمات إعادة تأهيل القلب	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 35$ مقابل كل خدمة يغطيها Medicare.	**تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 40$ مقابل كل خدمة يغطيها Medicare.**
خدمات المعالجة اليدوية	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 20$ مقابل كل خدمة يغطيها Medicare.	**تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 15$ مقابل كل خدمة يغطيها Medicare.**
تنظير القولون التشخيصي	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 0$ مقابل كل عملية تنظير قولون تشخيصي خاضعة لتغطية Medicare، إذا أُجريت في العيادات الخارجية للمستشفى. تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 125$ مقابل تنظير القولون التشخيصي الخاضع لتغطية Medicare، إذا أُجري في مركز جراحي جوال.	**تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 0$ مقابل تنظير القولون التشخيصي الذي يغطيه Medicare، بغض النظر عن مكان إجراء الخدمة.**
خدمات الطوارئ	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 125$ مقابل كل خدمة يغطيها Medicare. يتم التنازل عن التسديد المشترك في حال دخولك المستشفى في غضون 24 ساعة.	**تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 130$ مقابل كل خدمة يغطيها Medicare.** **يتم التنازل عن التسديد المشترك في حال دخولك المستشفى في غضون 24 ساعة.**

	2025 (هذا العام)	2026 (العام المقبل)
خدمات حالات الطوارئ - تغطية الطوارئ في جميع أنحاء العالم	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 125$ مقابل كل خدمة خاضعة للتغطية. لا يتم التنازل عن التسديد المشترك في حال دخولك المستشفى.	**تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 130$ مقابل كل خدمة خاضعة للتغطية.** **لا يتم التنازل عن التسديد المشترك في حال دخولك المستشفى.**
خدمات حالات الطوارئ - تغطية الرعاية العاجلة في جميع أنحاء العالم	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 125$ مقابل كل خدمة خاضعة للتغطية. لا يتم التنازل عن التسديد المشترك في حال دخولك أي مستشفى.	**تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 130$ مقابل كل خدمة خاضعة للتغطية.** **لا يتم التنازل عن التسديد المشترك في حال دخولك أي مستشفى.**
رعاية المرضى المقيمين في المستشفى	بالنسبة إلى الدخول إلى المستشفى الخاضع للتغطية، مقابل كل مرة تدخل فيها المستشفى: تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 275$ لليوم الواحد من اليوم 1 إلى اليوم 7، وبقيمة 0$ لليوم الواحد من اليوم 8 إلى اليوم 90 لكل إقامة في المستشفى خاضعة للتغطية	**بالنسبة إلى الدخول إلى المستشفى الخاضع للتغطية، مقابل كل مرة تدخل فيها المستشفى:** **تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 325$ لليوم الواحد من اليوم 1 إلى اليوم 7، وبقيمة 0$ لليوم الواحد من اليوم 8 إلى اليوم 90 لكل إقامة في المستشفى خاضعة للتغطية**
الوجبات - ما بعد الإصابات الشديدة (تنطبق القيود والاستثناءات)	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 0$ مقابل وجبات ما بعد الإصابات الشديدة. ثمة 3 وجبات بحد أقصى في اليوم لمدة تصل إلى 14 يومًا، بإجمالي 42 وجبة.	**تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 0$ مقابل وجبات ما بعد الإصابات الشديدة.** **ثمة 3 وجبات بحد أقصى في اليوم لمدة 14 يومًا، بإجمالي 42 وجبة. يجب طلب الخدمة خلال 45 يومًا من تاريخ الخروج من المستشفى الذي تقيم فيه كمريض داخلي.**
الفحوصات التشخيصية والخدمات والمستلزمات العلاجية في العيادات الخارجية - خدمات الأشعة السينية لمرضى العيادات الخارجية	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 25$ مقابل كل خدمة يغطيها Medicare.	**تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 50$ مقابل كل خدمة يغطيها Medicare.**

	2025 (هذا العام)	2026 (العام المقبل)
جراحة العيادات الخارجية - خدمات المستشفى لمرضى العيادات الخارجية	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 250$ مقابل خدمات جراحة العيادات الخارجية التي يغطيها Medicare. تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 150$ مقابل الخدمات غير الجراحية التي يغطيها Medicare، بما في ذلك الرعاية المُلطفة لمرضى العيادات الخارجية.	**تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 300$ مقابل خدمات جراحة العيادات الخارجية التي يغطيها Medicare.** **تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 150$ مقابل الخدمات غير الجراحية التي يغطيها Medicare، بما في ذلك الرعاية المُلطفة لمرضى العيادات الخارجية.**
جراحة العيادات الخارجية - ملاحظة المستشفى لمرضى العيادات الخارجية	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 125$ مقابل خدمات المراقبة لمرضى العيادات الخارجية عند دخولك حالة المراقبة من خلال غرفة الطوارئ. تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 250$ مقابل خدمات المراقبة لمرضى العيادات الخارجية عند دخولك حالة المراقبة من خلال مرفق خارجي.	**تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 130$ مقابل خدمات المراقبة لمرضى العيادات الخارجية عند دخولك حالة المراقبة من خلال غرفة الطوارئ.** **تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 300$ مقابل خدمات المراقبة لمرضى العيادات الخارجية عند دخولك حالة المراقبة من خلال مرفق خارجي.**
الحجز الجزئي في المستشفى أو خدمات البرامج المكثفة لمرضى العيادات الخارجية	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 105$ لكل يوم مقابل كل خدمة يغطيها Medicare.	**تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 140$ لكل يوم مقابل كل خدمة يغطيها Medicare.**
خدمات إعادة التأهيل الرئوي	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 15$ مقابل كل خدمة يغطيها Medicare.	**تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 35$ مقابل كل خدمة يغطيها Medicare.**

	2025 (هذا العام)	2026 (العام المقبل)
الرعاية في مرفق تمريض متخصص (SNF)	بالنسبة إلى حالات الدخول التي يغطيها Medicare، مقابل كل مرة تدخل فيها المستشفى: تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 0$ لليوم الواحد من اليوم 1 إلى اليوم 20، وبقيمة 214$ لليوم الواحد من اليوم 21 إلى اليوم 50، وبقيمة 0$ لليوم الواحد من اليوم 51 إلى اليوم 100 مقابل الرعاية الخاضعة لتغطية Medicare في مرفق التمريض المتخصص. بعد اليوم 100: أنت مسؤول عن كل التكاليف.	**بالنسبة إلى حالات الدخول التي يغطيها Medicare، مقابل كل مرة تدخل فيها المستشفى:** **تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 0$ لليوم الواحد من اليوم 1 إلى اليوم 20، وبقيمة 218$ لليوم الواحد من اليوم 21 إلى اليوم 50، وبقيمة 0$ لليوم الواحد من اليوم 51 إلى اليوم 100 مقابل الرعاية الخاضعة لتغطية Medicare في مرفق التمريض المتخصص.** **بعد اليوم 100: أنت مسؤول عن كل التكاليف.**
مزايا إضافية خاصة للحالات المرضية المزمنة من الدرجة (SSBCI) المزايا المذكورة هي جزء من مزايا إضافية خاصة للحالات المرضية المزمنة من الدرجة III. لن يتأهل جميع الأعضاء للاستمتاع بها. بالإضافة إلى كونك معرضًا لمخاطر كبيرة، يجب أن تعاني من واحدة أو أكثر من الحالات المرضية المزمنة الآتية: السرطان، واضطرابات القلب والأوعية الدموية، وحالات الصحة العقلية المزمنة والإعاقات، واضطرابات الرئة المزمنة، والسكري. ثمة حالات طبية أخرى غير مُدرَجة. لا يمكن ضمان الأهلية للحصول على هذه الميزة بناءً على حالتك المَرضية فقط. يجب استيفاء جميع متطلبات الأهلية المعمول بها قبل تقديم الميزة. للحصول على التفاصيل، يُرجى الاتصال بنا أو الاطلاع على دليل التغطية الخاص بالخطة.	لا يتم توفير مزايا SSBCI.	**إذا كنت مؤهلاً لـ SSBCI، فيمكنك استخدام بدل Wellcare Spendables® الشهري في الاستفادة من المزايا الموضحة أدناه. يتم دمج البدل مع مزايا الأدوية من دون وصفات (OTC) وطب الأسنان والرؤية والسمع. بعد تحديد المؤهلين، ستكون هذه المزايا الإضافية متاحة خلال 7 إلى 10 أيام عمل.** **تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 0$. راجع صف Wellcare Spendables® في هذا الجدول لمزيد من المعلومات حول بطاقة Wellcare Spendables®.**

	2025 (هذا العام)	2026 (العام المقبل)
		دفع ثمن الغاز عند المضخة إذا كنت مؤهلاً، فيمكنك استخدام بطاقة ®Wellcare Spendables لدفع ثمن الغاز عند مضخة الغاز مباشرةً. لا يمكن استخدام البطاقة للدفع شخصيًا في ماكينة تسجيل المدفوعات النقدية. لا يمكن استخدام بطاقتك إلا لضخ الغاز حتى مبلغ البدل المتاح. **الأطعمة الصحية** إذا كنت مؤهلاً، فيمكنك استخدام بطاقة ®Wellcare Spendables للمساعدة على دفع ثمن الأطعمة والمنتجات الصحية والمغذية المعتمدة لدى بائعي التجزئة المشاركين. الوجبات الجاهزة وصناديق المنتجات الطازجة متاحة للطلب عبر البوابة عبر الإنترنت. ولا يمكن استخدام البدل لشراء التبغ أو الكحول. تتضمن العناصر المعتمدة: • اللحوم والدواجن • الفاكهة والخضراوات • المشروبات الغذائية **عناصر السلامة والمساعدة المنزلية** إذا كنت مؤهلاً، فيمكنك استخدام بطاقتك للمساعدة على تكلفة عناصر السلامة والمساعدة المنزلية، بما في ذلك خدمات التركيب لبعض المنتجات.

	2025 (هذا العام)	2026 (العام المقبل)
		تشمل العناصر والخدمات المعتمدة ما يأتي: • مقابض الإمساك أو مقابض الأبواب وأغطية الأرضيات غير القابلة للانزلاق • كراسي السلامة والوسائل المساعدة على تعديل الحمام • منتجات محمولة متعلقة بتكييف الهواء وجودته • مستلزمات مكافحة الآفات والحشرات والعلاجات المنزلية المساعدة في المرافق إذا كنت مؤهلاً، فيمكنك استخدام بطاقة Wellcare Spendables® للمساعدة على دفع تكاليف المرافق المعتمدة في الخطة لمنزلك بما في ذلك: • خدمات مرافق الكهرباء والغاز والصرف الصحي/القمامة والمياه • خدمة الهاتف الأرضي والهاتف المحمول • خدمة الإنترنت • التلفزيون الكبلي (باستثناء خدمات البث)

	2025 (هذا العام)	2026 (العام المقبل)
		• **بعض النفقات المتعلقة باستخدام الوقود مثل زيت التدفئة المنزلية** **المساعدة على دفع الإيجار** **إذا كنت مؤهلاً، فيمكنك استخدام بطاقة Wellcare Spendables® للمساعدة على دفع تكلفة إيجار منزلك.**
العلاج بالتمرين الخاضع للإشراف (SET)	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 15$ مقابل كل خدمة يغطيها Medicare.	**تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 25$ مقابل كل خدمة يغطيها Medicare.**
خدمات النقل	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 0$ مقابل 36 رحلة في الحالات غير الطارئة ضمن منطقة خدمتنا سنويًا. تقتصر الرحلات (وتُسمى أيضًا "التنقلات") على 75 ميلاً لرحلة ذهاب فقط وما يصل إلى 4 رحلات ذهاب فقط في اليوم. للحصول على الرعاية الروتينية، اتصل قبل الموعد بمدة لا تزيد على شهر واحد (1) ولا تقل عن 3 أيام. تخضع الرحلات في اليوم نفسه لمدى توفرها. تُعَد الرحلة وسيلة نقل للذهاب فقط بسيارة أجرة أو عربة نقل أو خدمات تشارك الركوب إلى موقع رعاية صحية.	**تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 0$ مقابل 36 رحلة في الحالات غير الطارئة ضمن منطقة خدمتنا سنويًا.** **تقتصر الرحلات (وتُسمى أيضًا "التنقلات") على 75 ميلاً لرحلة ذهاب فقط. للحصول على الرعاية الروتينية، اتصل قبل الموعد بمدة لا تزيد على شهر واحد (1) ولا تقل عن 3 أيام. تخضع الرحلات في اليوم نفسه لمدى توفرها. تُعَد الرحلة وسيلة نقل للذهاب فقط بسيارة أجرة، أو سيارة ركاب خاصة، أو سيارة مجهزة للكراسي المتحركة، أو خدمات النقل التشاركي، إلى موقع رعاية صحية.**

	2025 (هذا العام)	2026 (العام المقبل)
نموذج تصميم التأمين على أساس القيمة (VBID)	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 0$. نظرًا إلى أن خطتك تشارك في برنامج تصميم التأمين على أساس القيمة، يمكنك استخدام بدل Wellcare Spendables® الخاص بك في المزايا الموضحة أدناه: • دفع ثمن الغاز عند المضخة: دفع ثمن الغاز مباشرة عند المضخة • الأطعمة الصحية: الأطعمة والمنتجات الصحية والمغذية المعتمدة لدى تجار التجزئة المشاركين • عناصر تحسين المنزل: تكلفة عناصر تحسين المنزل والسلامة • المساعدة على دفع الإيجار: تكلفة الإيجار لمنزلك • المساعدة في المرافق: خطط للمرافق المعتمدة لمنزلك راجع صف Wellcare Spendables® في هذا الجدول لمزيد من المعلومات حول بطاقة Wellcare Spendables®. وافق Medicare على أن تقدم Wellcare هذه المزايا بوصفها جزءًا من برنامج تصميم التأمين على أساس القيمة. ويسمح هذا البرنامج لخطة Medicare بتجربة طرق جديدة لتحسين خطط Medicare Advantage.	**لا يتم تقديم مزايا نموذج تصميم التأمين على أساس القيمة.**

	2025 (هذا العام)	2026 (العام المقبل)
Wellcare Spendables®	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 0$. تحصل على بدل شهري بقيمة 117$ يُستخدم في مزايا معينة. راجع صف نموذج تصميم التأمين على أساس القيمة (VBID) في هذا الجدول للحصول على معلومات حول تغييرات مزايا برنامج VBID. **أدوية من دون وصفات (OTC)** يمكنك استخدام بطاقتك في مواقع البيع بالتجزئة المشاركة، أو عبر تطبيق للأجهزة المحمولة، أو من خلال تسجيل الدخول إلى بوابة الأعضاء لتقديم طلب توصيل إلى المنزل. **خدمات طب الأسنان والرؤية والسمع** لا يمكن استخدام بدل بطاقة Wellcare Spendables® لتغطية أي من نفقات خدمات طب أو السمع.	**تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 0$.** **ستحصل على بدل شهري بقيمة 138$ مُحمّل سابقًا على بطاقة Wellcare Spendables® لإنفاقه على عناصر OTC وخدمات طب الأسنان والرؤية والسمع. يتم ترحيل البدل الشهري الخاص بك إلى الشهر التالي إذا لم يُستخدم وتنتهي صلاحيته في نهاية عام الخطة.** **يمكن استخدام بدل بطاقتك في ما يأتي:** **أدوية من دون وصفات (OTC)** **يمكنك استخدام بطاقتك في مواقع البيع بالتجزئة المشاركة، أو عبر تطبيق للأجهزة المحمولة، أو من خلال تسجيل الدخول إلى بوابة الأعضاء لتقديم طلب توصيل إلى المنزل.** **طب الأسنان والرؤية والسمع** **يمكنك استخدام بطاقتك للمساعدة على تقليل النفقات التي يتحملها المريض مقابل خدمات طب الأسنان و/أو الرؤية و/أو السمع المؤهلة. ويمكن استخدام البطاقة للدفع إلى مقدم خدمات طب الأسنان أو الرؤية أو السمع مباشرةً. يُرجى الرجوع إلى دليل التغطية للحصول على مزيد من المعلومات.**

	2025 (هذا العام)	2026 (العام المقبل)
		المزايا المذكورة أدناه هي جزء من SSBCI. ولن يكون جميع الأعضاء مؤهلين. يجب أن تفي بمعايير الأهلية للحصول على مزايا الخطة الآتية. إذا كنت مؤهلاً، فيمكنك أيضًا استخدام بدل بطاقتك في: • **دفع ثمن الغاز عند المضخة** • **الأطعمة الصحية** • **عناصر السلامة والمساعدة المنزلية** • **المساعدة على دفع الإيجار** • **المساعدة في المرافق** • **العناصر والخدمات المتعلقة بمكافحة الآفات** **راجع صف مزايا إضافية خاصة للحالات المرضية المزمنة من الدرجة III (SSBCI) في هذا الجدول للحصول على مزيد من المعلومات حول هذه المزايا.**

القسم 1.6 التغييرات في تغطية الأدوية الموصوفة بموجب الجزء D

التغييرات في قائمة الأدوية

يُطلق على قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية لدينا اسم كتيب الوصفات أو قائمة الأدوية. يتم توفير نسخة من قائمة الأدوية الخاصة بنا إلكترونيًا.

أجرينا تغييرات على قائمة الأدوية قد تتضمن إزالة الأدوية أو إضافتها، أو تغيير القيود التي تنطبق على تغطيتنا لأدوية معينة، أو نقل الأدوية إلى مستوى مشاركة تكلفة مختلف.

راجع قائمة الأدوية للتأكد من أن الأدوية التي تتناولها ستتم تغطيتها العام المقبل ومعرفة ما إذا كانت ثمة أي قيود أو ما إذا تم نقل الدواء الذي تتناوله إلى مستوى مشاركة تكلفة مختلف.

معظم التغييرات في قائمة الأدوية جديدة في بداية كل عام. ومع ذلك، قد نقوم بإجراء تغييرات أخرى مسموح بها بموجب قواعد Medicare والتي قد تؤثر فيك خلال العام التقويمي. نحدِّث قائمة الأدوية الخاصة بنا على الإنترنت شهريًا على الأقل لتوفير أحدث قائمة للأدوية. إذا أجرينا تغييرًا من شأنه أن يؤثر في وصولك إلى الدواء الذي تتناوله، فسنرسل إليك إشعارًا بهذا التغيير.

إذا تأثرت بتغيير في تغطية الأدوية في بداية العام أو خلاله، فراجع الفصل 9 من *دليل التغطية* وتحدث إلى الآمر بالوصفة لمعرفة الخيارات

المتاحة لك، مثل طلب إمداد مؤقت و/أو تقديم طلب للحصول على استثناء و/أو العمل على التوصل إلى دواء جديد. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 6811-796-844-1 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) للحصول على مزيد من المعلومات.

القسم 1.7 التغييرات في تكاليف الأدوية الموصوفة ومزاياها

مراحل دفع تكلفة الدواء

هناك **3 مراحل دفع تكلفة الدواء:** مرحلة الخصم السنوية، ومرحلة التغطية الأولية، ومرحلة التغطية الكارثية. لم تعد مرحلة فجوة التغطية وبرنامج الخصم على فجوة التغطية موجودين في ميزة الجزء D.

- ***المرحلة 1: مرحلة المبلغ القابل للاستقطاع السنوي***

تبدأ في مرحلة الدفع هذه كل عام تقويمي. خلال هذه المرحلة، تدفع التكلفة الكاملة لأدوية الفئة 2 (الأدوية المكافئة)، والفئة 3 (الأدوية المفضلة التي تحمل اسم علامة تجارية)، والفئة 4 (العقاقير غير المفضلة)، والفئة 5 (مستوى التخصص) حتى تصل إلى المبلغ القابل للاستقطاع السنوي.

- ***المرحلة 2: التغطية الأولية***

بمجرد دفع المبلغ القابل للاستقطاع، تنتقل إلى مرحلة التغطية الأولية. في أثناء هذه المرحلة، تدفع خطتنا حصتها من التكاليف الخاصة بأدويتك، بينما تدفع أنت حصتك من التكلفة. تظل في هذه المرحلة بشكل عام حتى تصل التكاليف التي تتحملها من بداية العام حتى الآن $2,100.

- ***المرحلة 3: التغطية الكارثية***

هذه هي المرحلة الثالثة والأخيرة من مراحل دفع تكلفة الدواء. في هذه المرحلة، لا تدفع شيئًا مقابل أدوية الجزء D الخاضعة للتغطية. تظل في هذه المرحلة بشكل عام لبقية العام التقويمي.

تم استبدال برنامج الخصم على فجوة التغطية ببرنامج الخصم الخاص بالشركة المصنعة. بموجب برنامج الخصم الخاص بالشركة المصنعة، تدفع الشركات المصنعة للأدوية جزءًا من التكلفة الكاملة لخطتنا في ما يتعلق بالأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية والأدوية الحيوية الخاضعة للتغطية في الجزء D في أثناء مرحلة التغطية الأولية ومرحلة التغطية الكارثية. لا تُحتسب الخصومات التي يقدمها المصنعون بموجب برنامج الخصم الخاص بالشركة المصنعة ضمن التكاليف التي يتحملها المريض.

يوضح الجدول تكلفة كل وصفة طبية خلال هذه المرحلة.

	2025 (هذا العام)	2026 (العام المقبل)
المبلغ القابل للاستقطاع السنوي	لا تنطبق عليك مرحلة الدفع هذه نظرًا إلى عدم وجود مبالغ قابلة للاستقطاع لدينا.	**$615** **خلال هذه المرحلة، تدفع *مشاركة التكلفة القياسية* بقيمة $19 أو *مشاركة التكلفة المفضلة* بقيمة $18 للفئة 1: الجنيسة المفضلة و*مشاركة التكلفة القياسية* بقيمة $8 أو *مشاركة التكلفة المفضلة* بقيمة $0 للأدوية في الفئة 6: أدوية الرعاية المختارة والتكلفة الكاملة للفئة 2: الأدوية المكافئة، والفئة 3: المفضلة التي تحمل اسم علامة تجارية والفئة 4: العقاقير غير المفضلة، والفئة 5: مستوى التخصص حتى تصل إلى المبلغ القابل للاستقطاع السنوي.**

تكاليف الأدوية في المرحلة 2: التغطية الأولية

يوضح الجدول تكلفة كل وصفة طبية للحصول على إمداد شهر واحد من صيدلية الشبكة مع مشاركة التكلفة القياسية ومشاركة التكلفة المفضلة.

تتم تغطية معظم لقاحات الجزء D للبالغين من دون أن تتحمل أي تكلفة. للحصول على المزيد من المعلومات حول تكاليف اللقاحات، أو معلومات حول تكاليف الإمداد طويل الأجل؛ في إحدى صيدليات الشبكة التي توفر مشاركة التكلفة المفضلة؛ أو للحصول على وصفات طبية يتم شراؤها عن طريق البريد، انتقل إلى الفصل 6 من *دليل التغطية*.

بمجرد قيامك بدفع مبلغ $2,100 من مالك الخاص مقابل أدوية الجزء D الخاضعة للتغطية، فستنتقل إلى المرحلة التالية (مرحلة التغطية الكارثية).

	2025 (هذا العام)	2026 (العام المقبل)
فئة الدواء 1 - الأدوية الجنيسة المفضلة:	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 0$ مقابل كل أدوية الجزء D الخاضعة للتغطية. تبلغ تكلفة الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) 0$.	***مشاركة التكلفة القياسية:*** **تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 19$** **الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) لا تخضع للتغطية.** ***مشاركة التكلفة المفضلة:*** **تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 18$** **الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) لا تخضع للتغطية.**
فئة الدواء 2 - الأدوية المكافئة:	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 0$ مقابل كل أدوية الجزء D الخاضعة للتغطية. تبلغ تكلفة الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) 0$.	***مشاركة التكلفة القياسية:*** **تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 20$** **الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) لا تخضع للتغطية.** ***مشاركة التكلفة المفضلة:*** **تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 19$** **الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) لا تخضع للتغطية.**

	2025 (هذا العام)	2026 (العام المقبل)
فئة الدواء 3 - الأدوية المفضلة التي تحمل اسم علامة تجارية:	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 0$ مقابل كل أدوية الجزء D الخاضعة للتغطية. تدفع 0$ مقابل إمداد شهري لكل منتج من منتجات الأنسولين الخاضعة للتغطية في هذه الفئة. تبلغ تكلفة الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) 0$.	***مشاركة التكلفة القياسية:* تدفع 25% من إجمالي التكلفة** **تدفع المبلغ الأقل من 35$ أو 25% مقابل إمداد شهري لكل منتج من منتجات الأنسولين الخاضعة للتغطية في هذه الفئة.** **الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) لا تخضع للتغطية.** ***مشاركة التكلفة المفضلة:* تدفع 25% من إجمالي التكلفة** **تدفع المبلغ الأقل من 35$ أو 25% مقابل إمداد شهري لكل منتج من منتجات الأنسولين الخاضعة للتغطية في هذه الفئة.** **الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) لا تخضع للتغطية.**

	2025 (هذا العام)	2026 (العام المقبل)
فئة الدواء 4 - العقاقير غير المفضلة:	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 0$ مقابل كل أدوية الجزء D الخاضعة للتغطية. تدفع 0$ مقابل إمداد شهري لكل منتج من منتجات الأنسولين الخاضعة للتغطية في هذه الفئة. تبلغ تكلفة الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) 0$.	***مشاركة التكلفة القياسية:* تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 100$** **تدفع المبلغ الأقل من 35$ أو 25% مقابل إمداد شهري لكل منتج من منتجات الأنسولين الخاضعة للتغطية في هذه الفئة.** **الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) لا تخضع للتغطية.** ***مشاركة التكلفة المفضلة:* تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 100$** **تدفع المبلغ الأقل من 35$ أو 25% مقابل إمداد شهري لكل منتج من منتجات الأنسولين الخاضعة للتغطية في هذه الفئة.** **الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) لا تخضع للتغطية.**
فئة الدواء 5 - مستوى التخصص:	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 0$ مقابل كل أدوية الجزء D الخاضعة للتغطية. تبلغ تكلفة الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) 0$.	***مشاركة التكلفة القياسية:* تدفع 25% من إجمالي التكلفة** **الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) لا تخضع للتغطية.** ***مشاركة التكلفة المفضلة:* تدفع 25% من إجمالي التكلفة** **الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) لا تخضع للتغطية.**

	2025 **(هذا العام)**	**2026** **(العام المقبل)**
فئة الدواء 6 - أدوية الرعاية المختارة:	تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 0$ مقابل كل أدوية الجزء D الخاضعة للتغطية. تبلغ تكلفة الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) 0$.	***مشاركة التكلفة القياسية:*** **تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 8$** **الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) لا تخضع للتغطية.** ***مشاركة التكلفة المفضلة:*** **تدفع تسديدًا مشتركًا بقيمة 0$** **الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) لا تخضع للتغطية.**

لقد غيَّرنا فئة بعض الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية لدينا. لمعرفة ما إذا كانت أدويتك ستكون في فئة مختلفة، ابحث عنها في قائمة الأدوية.

التغييرات في مزايا الجزء D لبرنامج VBID

الوصف	**2025** **(هذا العام)**	**2026** **(العام المقبل)**
إلغاء مشاركة التكلفة في الجزء D	نظرًا إلى أنك مؤهل لإلغاء مشاركة التكلفة في الجزء D، فلن تدفع شيئًا مقابل جميع أدوية الجزء D الخاضعة للتغطية.	**لا يتم تقديم إلغاء مشاركة التكلفة للجزء D، ومن ثم ستدفع حصص تكلفة LIS الخاصة بك. يُرجى الرجوع إلى ملحق LIS الخاص بك.**

التغييرات في مرحلة التغطية الكارثية

للحصول على معلومات محددة حول تكاليفك في مرحلة التغطية الكارثية، انتقل إلى الفصل 6، القسم 6 في *دليل التغطية*.

القسم 2 التغييرات الإدارية

تُظهر المعلومات الواردة في شبكة التغييرات الإدارية أدناه التغييرات السنوية التي تطرأ على خطتك والتي لا تؤثر بشكل مباشر في المزايا أو مشاركات التكلفة.

	2025 (هذا العام)	2026 (العام المقبل)
طلب تحديد التغطية سابقًا	بوسع الأعضاء أن يطلبوا تحديد التغطية قبل تاريخ سريان عام الاستحقاق المقبل.	**يمكن للأعضاء أن يطلبوا تحديد التغطية في 1/1/2026 أو بعد ذلك. سيتم تقييم أي طلب تم تقديمه قبل هذا التاريخ فقط لعام الاستحقاق الحالي.**
استئنافات من المستوى 1	يمكنك تقديم طعن قياسي من المستوى 1 إلينا من خلال طلب مكتوب. لمزيد من التفاصيل، يُرجى الرجوع إلى الفصل 9 من دليل التغطية.	**يمكنك تقديم طعن قياسي من المستوى 1 إلينا من خلال طلب مكتوب أو الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. لمزيد من التفاصيل، يُرجى الرجوع إلى الفصل 9 من دليل التغطية.**
خيارات إلغاء التسجيل في العضوية	إذا احتجت إلى التبديل من خطتنا إلى Original Medicare أو خطة Medicare Advantage أخرى، فيلزمك إرسال طلب مكتوب إلينا لإلغاء التسجيل. لمزيد من التفاصيل، يُرجى الرجوع إلى الفصل 10 من دليل التغطية.	**إذا احتجت إلى التبديل من خطتنا إلى Original Medicare أو خطة Medicare Advantage أخرى، فيمكنك إرسال طلب مكتوب إلينا لإلغاء التسجيل أو زيارة موقعنا الإلكتروني لإلغاء التسجيل عبر الإنترنت. لمزيد من التفاصيل، يُرجى الرجوع إلى الفصل 10 من دليل التغطية.**
المنتجات المفضلة الخاصة بالسكري ضمن تغطية الجزء B	OneTouch™ هي العلامة التجارية المفضلة لدينا في مستلزمات فحص السكري (أجهزة قياس الجلوكوز وشرائط القياس). لا تتم تغطية العلامات التجارية الأخرى ما لم تكن ضرورية من الناحية الطبية ومفوضًا بها.	**Accu-Chek Guide™ وTrue Metrix™ هما العلامتان التجاريتان المفضلتان لدينا في مستلزمات فحص السكري (أجهزة قياس الجلوكوز وشرائط القياس). لا تتم تغطية العلامات التجارية الأخرى ما لم تكن ضرورية من الناحية الطبية ومفوضًا بها.**

	2025 (هذا العام)	2026 (العام المقبل)
خطة مدفوعات أدوية Medicare الموصوفة	خطة مدفوعات أدوية Medicare الموصوفة خيار دفع بدأ هذا العام ويمكن أن يساعدك على إدارة التكاليف التي تتحملها للأدوية الخاضعة لتغطية خطتنا عن طريق توزيعها خلال العام التقويمي (من يناير إلى ديسمبر). قد تشارك في خيار الدفع هذا.	**إذا كنت مشاركًا في خطة مدفوعات أدوية Medicare الموصوفة وبقيت في خطة الجزء D نفسها، فسيتم تجديد مشاركتك تلقائيًا لعام 2026.** **لمعرفة المزيد عن خيار الدفع هذا، اتصل بنا على الرقم 1-338-057-9699 .** **(بالنسبة إلى مستخدمي TTY، يمكن الاتصال على الرقم 1-800-716-3231). أو يمكن** زيارة **www.Medicare.gov.**

القسم 3 كيفية تغيير الخطط

للبقاء في خطة Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)، لست بحاجة إلى القيام بأي شيء. ما لم تسجِّل في خطة مختلفة أو تغير إلى Original Medicare بحلول 7 ديسمبر، فسيتم تسجيلك تلقائيًا في Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP).

إذا كنت تريد تغيير خططك لعام 2026، فاتبع الخطوات الآتية:

- **للتغيير إلى خطة Medicare صحية مختلفة**، سجِّل في الخطة الجديدة. سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خدمة Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP).
- **للتغيير إلى Original Medicare مع تغطية Medicare للأدوية**، سجِّل في خطة أدوية Medicare الجديدة. سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خدمة Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP).
- **للتغيير إلى Original Medicare من دون خطة دواء**، يمكنك إرسال طلب خطي إلينا لإلغاء التسجيل أو زيارة موقعنا الإلكتروني لإلغاء التسجيل عبر الإنترنت على الموقع go.wellcare.com/WI. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-844-796-6811 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية القيام بذلك. أو اتصل بـ **Medicare** على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) واطلب إلغاء اشتراكك. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. إذا لم تسجِّل في خطة أدوية Medicare، فقد تدفع عقوبة التسجيل المتأخر في الجزء D (انتقل إلى القسم 4).
- **لمعرفة المزيد عن Original Medicare والأنواع المختلفة من خطط Medicare**، تفضل بزيارة www.Medicare.gov، أو تحقق من كتيب Medicare *وأنت* لعام 2026 أو اتصل ببرنامج مساعدة التأمين الصحي في الولاية (انتقل إلى القسم 5) أو اتصل على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

القسم 3.1 المواعيد النهائية لتغيير الخطط

يمكن للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare إجراء تغييرات على تغطيتهم من **15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر** كل عام.

إذا قمت بالتسجيل في خطة Medicare Advantage في 1 يناير 2026، ولم تعجبك خطتك، فيمكنك التبديل إلى خطة Medicare صحية أخرى (مع تغطية Medicare للأدوية أو من دونها) أو التبديل إلى Original Medicare (مع تغطية Medicare منفصلة للأدوية أو من دونها) بين 1 يناير و31 مارس 2026.

القسم 3.2 هل هناك أوقات أخرى من العام لإجراء تغيير؟

في بعض الحالات، قد تتاح للأشخاص فرص أخرى لتغيير تغطيتهم خلال العام. تشمل الأمثلة الأشخاص الذين:

- يحصلوان على خدمات وزارة الصحة في Wisconsin
- يتلقون المساعدة الإضافية في دفع تكاليف أدويتهم
- يتمتعون بتغطية صاحب عمل أو أنهوا تلك التغطية
- ينتقلون من منطقة خدمة خطتنا

نظرًا إلى أنك مشترك في خدمات وزارة الصحة في Wisconsin، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا عن طريق اختيار أحد خيارات Medicare الآتية في أي شهر من العام:

- برنامج Original Medicare مع خطة Medicare منفصلة للأدوية الموصوفة أو
- برنامج Original Medicare *من دون* خطة Medicare منفصلة للأدوية الموصوفة (إذا اخترت هذا الخيار، فقد يُسجِّلك برنامج Medicare في خطة دواء، ما لم تكن قد اخترت عدم التسجيل التلقائي.) أو
- خطة D-SNP المتكاملة التي توفر لك Medicare ومعظم مزايا خدمات وزارة الصحة في Wisconsin وخدماتها أو جميعها في خطة واحدة، إذا كنت مؤهلاً.

إذا انتقلت مؤخرًا إلى مؤسسة ما، أو تعيش فيها حاليًا (مثل مرفق تمريض متخصص أو مستشفى للرعاية طويلة الأمد)، فيمكنك تغيير تغطية Medicare **في أي وقت**. يمكنك التغيير إلى أي خطة Medicare صحية أخرى (مع تغطية Medicare للأدوية أو من دونها) أو التبديل إلى Original Medicare (مع تغطية Medicare منفصلة للأدوية أو من دونها) في أي وقت. إذا انتقلت مؤخرًا من مؤسسة، فلديك فرصة لتغيير الخطط أو التبديل إلى Original Medicare لمدة شهرين كاملين (2) بعد الشهر الذي انتقلت فيه.

القسم 4 الحصول على المساعدة على دفع تكاليف الأدوية الموصوفة

قد تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة للدفع مقابل الأدوية الموصوفة. تتوفر أنواع مختلفة من المساعدة:

- **المساعدة الإضافية من Medicare**. قد يكون الأشخاص ذوو الدخل المحدود مؤهلين للحصول على المساعدة الإضافية لدفع تكاليف الأدوية الموصوفة. إذا كنت مؤهلاً، فيمكن أن يدفع Medicare ما يصل إلى 75% أو أكثر من تكاليف أدويتك، بما في ذلك أقساط خطة الأدوية الشهرية، والمبالغ القابلة للاستقطاع السنوية، والتأمين المشترك. بالإضافة إلى ذلك، لن يتعرض الأشخاص المؤهلون إلى عقوبة التسجيل المتأخر. لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً، اتصل بـ:
    - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048، على مدار الساعة، طوال أيام الأسبوع.
    - الضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213 بين الساعة 8 صباحًا والساعة 7 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة للتحدث إلى أحد الممثلين. تتوفر الرسائل الآلية على مدار الساعة. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-325-0778.
    - مكتب خدمات وزارة الصحة في Wisconsin في ولايتك.
- **برنامج المساعدة الصيدلانية التابع للدولة (SPAP)**. لدى Wisconsin برنامج يدعى Wisconsin SeniorCare يساعد الأشخاص على الدفع مقابل الأدوية الموصوفة بناءً على حاجتهم المالية أو عمرهم أو حالتهم الطبية. لمعرفة المزيد عن البرنامج، ارجع إلى برنامج مساعدة التأمين الصحي في الولاية (SHIP). للحصول على رقم هاتف ولايتك، تفضل بزيارة shiphelp.org، أو اتصل على الرقم 1-800-MEDICARE.
- **مساعدة مشاركة التكلفة للأدوية الموصوفة للأشخاص المصابين بـ HIV/AIDS**. يساعد برنامج المساعدة على علاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) (ADAP) على ضمان حصول الأشخاص المؤهلين لبرنامج ADAP من المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV)/الإيدز على أدوية HIV المنقذة للحياة. يجب عليك استيفاء معايير معينة حتى تكون مؤهلاً لبرنامج ADAP المستخدَم في ولايتك، مثل إثبات الإقامة في الولاية وحالة فيروس HIV، والدخل المنخفض على النحو الذي تحدده الولاية، وحالة عدم التأمين/التأمين الجزئي. تتأهل الأدوية الخاضعة لتغطية خطة Medicare Part D والخاضعة كذلك لتغطية برنامج ADAP للحصول على المساعدة المتمثلة في مشاركة التكلفة للأدوية الموصوفة من خلال برنامج المساعدة على علاج HIV (HDAP). للحصول على معلومات خاصة بمعايير الأهلية، أو الأدوية الخاضعة للتغطية، أو كيفية التسجيل في البرنامج، أو معرفة كيفية الاستمرار في الحصول على المساعدة إذا كنت مسجلاً في البرنامج في الوقت الحالي، يُرجى الاتصال ببرنامج المساعدة على علاج HIV (HDAP) على الرقم 1-800-991-5532 (711 TTY) من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 4:30 مساءً بالتوقيت المحلي من الاثنين إلى الجمعة. تأكد، عند الاتصال، من إبلاغهم باسم خطة Medicare Part D الخاصة بك أو رقم السياسة.
- **خطة مدفوعات أدوية Medicare الموصوفة**. خطة مدفوعات أدوية Medicare الموصوفة خيار دفع يتعاون مع تغطية أدويتك الحالية لمساعدتك على إدارة التكلفة التي تتحملها للأدوية الخاضعة لتغطية خطتنا من خلال توزيعها على مدار العام التقويمي (من يناير إلى ديسمبر). يمكن لأي شخص لديه خطة أدوية Medicare أو خطة Medicare الصحية مع تغطية أدوية (مثل خطة Medicare Advantage مع تغطية أدوية) استخدام خيار الدفع هذا. **قد يساعدك خيار الدفع هذا على إدارة نفقاتك، لكنه لا يوفر لك المال أو يخفض تكاليف الأدوية.**

المساعدة الإضافية المقدمة من Medicare والمساعدة المقدمة من SPAP وADAP، إلى الأشخاص المؤهلين، أكثر فائدة من المشاركة في خطة مدفوعات أدوية Medicare الموصوفة. جميع الأعضاء مؤهلون للمشاركة في خطة مدفوعات أدوية Medicare الموصوفة، بغض النظر عن مستوى الدخل. لمعرفة المزيد عن خيار الدفع هذا، اتصل بنا على الرقم 1-833-750-9969 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-716-3231) أو يمكنك زيارة www.Medicare.gov.

القسم 5 هل لديك أسئلة؟

الحصول على مساعدة من Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)

- **اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-844-796-6811. (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.)**

  نحن متاحون للمكالمات الهاتفية. في الفترة الممتدة بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. وفي الفترة الممتدة بين 1 أبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. المكالمات إلى هذه الأرقام مجانية.

- **اقرأ *دليل التغطية* لعام 2026**

  يقدم هذا *الإخطار السنوي بالتغيير* ملخصًا للتغييرات التي ستطرأ على المزايا والتكاليف في عام 2026. لمزيد من التفاصيل، راجع *دليل التغطية* لعام 2026 الخاص بخطة Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP). إن *دليل التغطية* هو الوصف القانوني المفصَّل لمزايا خطتنا. كما يوضح حقوقك والقواعد التي تحتاج إلى اتباعها للحصول على الأدوية الموصوفة والخدمات الخاضعة للتغطية. احصل على *دليل التغطية* من موقعنا الإلكتروني عبر الرابط go.wellcare.com/WI أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-844-796-6811 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) لطلب إرسال نسخة إليك عبر البريد.

- **تفضل بزيارة** go.wellcare.com/WI

  يحتوي موقعنا الإلكتروني على أحدث المعلومات عن شبكة الموفرين الخاصة بنا (*دليل الموفرين والصيدليات*) و*قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية* (كتيب الوصفات/قائمة الأدوية) الخاصة بنا.

احصل على استشارة مجانية حول Medicare

برنامج مساعدة التأمين الصحي في الولاية (SHIP) هو برنامج حكومي مستقل يضم مستشارين مدربين في كل ولاية. في Wisconsin، يُطلق على SHIP برنامج مساعدة التأمين الصحي في ولاية Wisconsin (Wisconsin SHIP).
اتصل ببرنامج مساعدة التأمين الصحي في ولاية Wisconsin (Wisconsin SHIP) للحصول على استشارة تأمين صحي شخصية مجانية. حيث يمكنهم مساعدتك على فهم خيارات خطة Medicare وخدمات وزارة الصحة في Wisconsin والإجابة عن الأسئلة بشأن التبديل بين الخطط. اتصل ببرنامج مساعدة التأمين الصحي في ولاية Wisconsin (Wisconsin SHIP) على الرقم 1-800-242-1060. تعرف على المزيد عن برنامج مساعدة التأمين الصحي في الولاية (Wisconsin SHIP) من خلال زيارة (https://www.dhs.wisconsin.gov/benefit-specialists/medicare-counseling.htm).

الحصول على مساعدة من Medicare

- **اتصل على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

  يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) المتاح على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

- **يمكنك الدردشة مباشرة مع www.Medicare.gov**

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

- **مراسلة Medicare**

  يمكنك مراسلة Medicare على PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **تفضل بزيارة www.Medicare.gov**

  يحتوي موقع Medicare الرسمي على معلومات بشأن التكاليف والتغطية وتقييمات الجودة بالنجوم لمساعدتك على المقارنة بين خطط Medicare الصحية في منطقتك.

- **اقرأ *Medicare وأنت لعام 2026***

  يتم إرسال دليل كتيب *Medicare وأنت لعام 2026* إلى الأشخاص المشتركين في Medicare بالبريد كل خريف. ويحتوي على ملخص للمزايا والحقوق وسبل الحماية المقدَّمة من Medicare وإجابات لمعظم الأسئلة المتداولة بشأن Medicare. احصل على نسخة من www.Medicare.gov أو عن طريق الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

احصل على مساعدة خدمات وزارة الصحة في Wisconsin

اتصل بإدارة خدمات الصحة في Wisconsin على الرقم 1-608-266-1865 من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 4:30 مساءً CT، من الاثنين إلى الجمعة. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على اتصال 711 للحصول على مساعدة بشأن الأسئلة المتعلقة بالتسجيل في برنامج خدمات وزارة الصحة في Wisconsin أو مزاياه.

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

Language assistance services are available to you for free. This includes oral interpretation, sign language, and written translation, auxiliary aids and services, and other formats such as large print, Braille, audio, electronic, and printed materials.

Do you need language help? Call 1-844-796-6811 (TTY 711).

Español

Los servicios de asistencia lingüística se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Esto incluye interpretación oral, lengua de señas, traducción por escrito, ayudas y servicios auxiliares y otros formatos como letra grande, braille, audio y materiales digitales e impresos. Para obtener ayuda, llame al 1-844-796-6811 (TTY 711).

简体中文

我们为您提供免费的语言协助服务。包括口译服务、手语翻译、书面翻译、辅助设施与服务，以及其他格式如大字体印刷、盲文、音频、电子版和印刷版材料。如需协助，请致电 1-844-796-6811 (TTY 711)。

繁體中文

您可以免費獲得語言協助服務。這包括口譯、手語與書面翻譯、輔助工具和服務，以及其他格式，例如大字版、點字版、語音版、電子版和印刷資料。如需協助，請致電 1-844-796-6811 (TTY 711)。

Lus Hmoob

Muaj cov kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Qhov no suav nrog kev txhais lus ntawm qhov ncauj, txhais lus piav tes, thiab kev ntxhais ua ntaub ntawv, muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam, thiab ua lwm hom ntaub ntawv xws li luam ua ntawv loj, ua ntawv Xuas rau neeg dig muag, ua suab, hauv es lev thos niv, thiab luam tawm ua ntaub ntawv. Yog xav tau kev pab, hu rau 1-844-796-6811 (TTY 711).

ພາສາລາວ

ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໄດ້ໃຊ້ຟຣີ ເຊິ່ງນີ້ປະກອບມີການຕີຄວາມປາກເປົ່າ, ພາສາມື, ແລະ ການແປພາສາທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະການບໍລິການ, ແລະ ຮູບແບບອື່ນໆເຊັ່ນ: ການພິມຂະຫນາດໃຫຍ່, ອັກສອນນູນ, ສຽງ, ເອເລັກໂທຣນິກ, ແລະອຸປະກອນການພິມຕ່າງໆ. ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-844-796-6811 (TTY 711).

ဗမာ

ဘာသာစကားဆိုင်ရာ အကူအညီပေးမည့် ဝန်ဆောင်မှုများကို သင့်အနေဖြင့် အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ ယင်းတို့၌ နှုတ်စကားပြန်၊ လက်ဟန်ခြေဟန်ဖြင့် ဖော်ပြသောဘာသာစကားနှင့် စာဖြင့်ဘာသာပြန်ဆိုခြင်း၊ သင့်လျော်သော ကိရိယာအကူအညီများနှင့်ဝန်ဆောင်မှုများ ပါဝင်ပါသည်။ ထို့အပြင် စာလုံးအရွယ်အစားကြီးကြီးဖြင့် ပုံနှိပ်ခြင်း၊ မျက်မမြင်စာ၊ အသံ၊ ဒစ်ဂျစ်တယ်ပုံစံနှင့် ပုံနှိပ်ထားသောစာရွက်စာတမ်းများကဲ့သို့ အခြားပုံစံများလည်း ပါဝင်ပါသည်။ အကူအညီအတွက် 1-844-796-6811 (TTY 711) သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

H8189_WCM_4377400_MLT_WIHE_C Internal Approved 06092025 WI HIDE
4377400_NA6WCMINSMLT_M_WIHE 06/25

Soomaali
Adeegyada kaalmada luuqadda ayaa kuugu diyaar ah si bilaash ah. Waxaa ka mid ah turjumaad afeed, luuqadda calaamadaha, iyo tarjumaad qoraal ah, qalab iyo adeegyo kaabayaal ah, iyo qaabab kale sida daabacaadda waaweyn, qoraalka Braille, cod, elektaroonik, iyo agab daabacan. Wixii caawimo ah, wac 1-844-796-6811 (TTY 711).

Русский
Вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. К ним относятся устный перевод, перевод на жестовый язык и письменный перевод, вспомогательные средства и услуги, а также другие форматы, включая крупный шрифт, шрифт Брайля, аудиоформат, электронные и печатные материалы. Для получения помощи позвоните по номеру 1-844-796-6811 (TTY 711).

Hrvatski
Jezične pomoćne usluge dostupne su vam besplatno. To uključuje usmeno tumačenje, znakovni jezik i pisani prijevod, pomoćna pomagala i usluge te druge formate kao što su krupni font, Brailleovo pismo, zvučni, elektronički i tiskani materijali. Za pomoć nazovite 1-844-796-6811 (TTY 711).

العربية
تتوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. ويشمل ذلك الترجمة الشفهية ولغة الإشارة والترجمة الكتابية ومساعِدات وخدمات إضافية وغيرها من التنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة وبطريقة برايل والملفات الصوتية والإلكترونية والمواد المطبوعة. للحصول على المساعدة، اتصل على الرقم 1-844-796-6811 (711 TTY).

Deutsch
Sprachdienstleistungen stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Dazu gehören mündliche Verdolmetschung, Gebärdensprache und schriftliche Übersetzung, zusätzliche Unterstützung und Dienstleistungen sowie andere Formate wie Großdruck, Braille-Schrift, Audio, elektronische und gedruckte Materialien. Wenden Sie sich für Unterstützung an: 1-844-796-6811 (TTY 711).

Tiếng Việt
Chúng tôi có cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Dịch vụ này bao gồm phiên dịch, ngôn ngữ ký hiệu và biên dịch, dịch vụ và trợ giúp bổ trợ và các định dạng khác như bản in khổ chữ lớn, chữ nổi, âm thanh, tài liệu bản điện tử và bản giấy. Để được hỗ trợ, hãy gọi 1-844-796-6811 (TTY 711).

한국어
언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 여기에는 통역, 수화, 번역, 보조 도구 및 서비스, 기타 형식(대형 인쇄물, 점자, 오디오, 전자 및 인쇄 자료)이 포함됩니다. 이러한 서비스를 받으려면 1-844-796-6811(TTY 711)번으로 전화해 주십시오.

Polski
Usługi wsparcia językowego są dostępne nieodpłatnie. Obejmują one tłumaczenia ustne, pisemne oraz w języku migowym, dodatkowe pomoce i usługi, a także materiały z większą czcionką, w alfabecie Braille’a, audio oraz drukowane. W celu uzyskania pomocy prosimy o kontakt telefoniczny pod numerem 1-844-796-6811 (TTY 711).

हिंदी

भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं. इसमें मौखिक व्याख्या, सांकेतिक भाषा और लिखित अनुवाद, सहायक साधन और सेवाओं के साथ ही अन्य फ़ॉर्मेट जैसे बड़े प्रिंट, ब्रेल, ऑडियो, इलेक्ट्रॉनिक और प्रिंट की गई सामग्री शामिल हैं. सहायता के लिए, 1-844-796-6811 (TTY 711) पर कॉल करें.

Shqip

Shërbimet e ndihmës gjuhësore janë të disponueshme për ju pa pagesë. Kjo përfshin interpretimin, gjuhën e shenjave dhe përkthimin me shkrim, pajisjet dhe shërbimet ndihmëse, si dhe formatet e tjera si p.sh. formati me germa të mëdha, shkrimi “Braj”, materialet audio, elektronike dhe të printuara. Për ndihmë, telefononi në numrin në 1-844-796-6811 (TTY 711).

রোহিঙ্গা

অনে বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা ফাইবান। ইয়ান্দর বিতর মৌখিক অনুবাদ, সাইন ভাষা, লিখিত অনুবাদ, সহায়ক উপকরণ ও পরিষেবা এবং অন্যান্য ফরম্যাট যেমন বড় অক্ষরত মুদ্রণ, ব্রেইল, অডিও, ইলেকট্রনিক ও প্রিন্ট গইজ্জা উপকরণ তাকিবো। সহায়তারলাই কল গরন 1-844-796-6811 (TTY 711)।