



CardinalCare
Virginia's Medicaid Program

Medicare and Medicaid Working Together

Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) مقدمة من COVENTRY HEALTH CARE OF VIRGINIA, INC.

الإخطار السنوي بالتغييرات لعام 2025

لقد قمت حاليًا بالتسجيل كعضو في Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP) في العام المقبل، ستكون هناك تغييرات في مزايا الخطة. يرجى الاطلاع على الصفحة 6 للحصول على ملخص للتكاليف الهامة، بما في ذلك قسط التأمين.

يوضح هذا المستند التغييرات التي طرأت على خطتك. للحصول على مزيد من المعلومات حول التكاليف أو المزايا أو القواعد، يرجى مراجعة دليل التغطية، المتوفر على موقعنا على AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة الأعضاء لمطالبتنا بإرسال دليل التغطية بالبريد.

ما يجب القيام به الآن

1. أسأل: ما هي التغييرات التي تنطبق عليك

تحقق من التغييرات التي طرأت على مزايانا لمعرفة ما إذا كانت تؤثر عليك.

- قم بمراجعة التغييرات التي طرأت على تغطية الأدوية لدينا، بما في ذلك قيود التغطية.
- تحقق من التغييرات في "قائمة الأدوية" لعام 2025 للتأكد من أن الأدوية التي تتناولها حاليًا لا تزال خاضعة للتغطية.
- قارن معلومات خطتي 2024 و2025 لمعرفة ما إذا كان أي من هذه الأدوية ينتقل إلى مستوى مختلف من تقاسم التكاليف أو سيخضع لقيود مختلفة، مثل الترخيص المسبق، أو العلاج التدريجي، أو قيود الكمية، لعام 2025.

تحقق لمعرفة ما إذا كان أطباء الرعاية الأولية والأخصائيون والمستشفيات وغيرهم من مقدمي الخدمات، بما في ذلك الصيدليات، سيكونون ضمن شبكتنا في العام المقبل.

تحقق مما إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة في دفع ثمن الأدوية الموصوفة. قد يكون الأشخاص ذوو الدخل المحدود مؤهلين للحصول على "Extra Help" مساعدة إضافية ("من برنامج الرعاية الطبية).

فكر بشأن ما إذا كنت راضيًا ببرنامنا.

2. مقارنة: تعرف على خيارات الخطة الأخرى

تحقق من تغطية الخطط وتكاليفها في منطقتك. استخدم الباحث عن خطة Medicare على موقع الويب

الخاص بك. للحصول على دعم إضافي، اتصل ببرنامنا م www.medicare.gov/plan-compare أو راجع القائمة الموجودة في الجزء الخلفي من كتيب Medicare وأنت لعام 2025 مع مستشار مدرب.

بمجرد تضييق نطاق اختيارك إلى خطة مفضلة، قم بتأكيد تكاليفك وتغطيتك على الموقع الإلكتروني للخطة.

3. اختيار: قرر ما إذا كنت تريد تغيير خطتك

- إذا لم تنضم إلى خطة أخرى بحلول 7 ديسمبر 2024، فستبقى في Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP).
- للتغيير إلى خطة مختلفة، يمكنك تبديل الخطط بين 15 أكتوبر و 7 ديسمبر. ستبدأ تغطيتك الجديدة في 1 يناير 2025. سيؤدي هذا إلى إنهاء تسجيلك مع Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP).
- انظر القسم 4.2، الصفحة 16 لمعرفة المزيد عن اختياراتك.
- إذا انتقلت مؤخرًا إلى مؤسسة أو تعيش فيها حاليًا (مثل مرفق رعاية التمريضية الحاذقة أو مستشفى رعاية طويلة الأجل)، فيمكنك تبديل الخطط أو التبديل إلى Original Medicare (إما مع أو بدون خطة منفصلة للأدوية الموصوفة من Medicare) في أي وقت. إذا انتقلت مؤخرًا من مؤسسة ما، فلديك فرصة لتغيير الخطط أو التبديل إلى Original Medicare الأصلي لمدة شهرين كاملين بعد الشهر الذي انتقلت فيه.
- بدءًا من 1 يناير 2025، عندما تختار خطة DSNP، سيتم دمج خطط Medicare و Medicaid الخاصة بك في خطة واحدة، وستكون خطة Medicare D-SNP التي تختارها هي أيضًا خطة Medicaid الخاصة بك.
- يمكن لأعضاء D-SNP الذين يتلقون مزايا Medicaid كاملة، والذين يرغبون في اختيار خطة مختلفة، استخدام فترة التسجيل الخاصة، أو SEP، والتي ستسمح لك بتغيير الخطط خارج فترة التسجيل السنوية والمفتوحة. يمكنك اختيار استخدام خطة SEP الشهرية للتبديل إلى خطة متوافقة، أو إلغاء الاشتراك في خطة D-SNP والعودة إلى Original Medicare بالإضافة إلى خطة الجزء (د).

الموارد الإضافية

- This document is available for free in Spanish. Este documento está disponible sin cargo en español.
- This document is available for free in Chinese. 本文件免費提供中文版本。
- This document is available for free in Tagalog. Ang dokumentong ito ay makukuha nang libre sa Tagalog.
- This document is available for free in French. Ce document est disponible gratuitement en français.
- This document is available for free in Vietnamese. Tài liệu này có sẵn miễn phí bằng Tiếng Việt.
- This document is available for free in German. Dieses Dokument ist kostenlos in deutscher Sprache erhältlich.
- This document is available for free in Korean. 이 문서는 한국어로 무료 제공됩니다.
- This document is available for free in Russian. Этот документ доступен бесплатно на русском языке.
- This document is available for free in Arabic. يتوفر هذا المستند مجانًا بالعربية.
- This document is available for free in Hindi. यह दस्तावेज़ हिन्दी में निःशुल्क उपलब्ध है।
- This document is available for free in Italian. Questo documento è disponibile gratuitamente in Italiano.
- This document is available for free in Portuguese. Este documento está disponível gratuitamente em português.
- This document is available for free in French Creole. Dokiman sa a disponib gratis an kreyòl ayisyen.
- This document is available for free in Polish. Ten dokument jest dostępny bezpłatnie w języku polskim.
- This document is available for free in Japanese. この文書は日本語で無料で入手できます。
- This document is available for free in Hawaiian. Loa‘a kēia palapala manuahi i ka ‘ōlelo Hawai‘i.
- This document is available for free in Amharic. ይህ ሰነድ በአማርኛ ቋንቋ በነጻ ይገኛል.
- This document is available for free in Urdu. یہ دستاویز اردو میں مفت دستیاب ہے۔
- This document is available for free in Farsi. این سند به صورت رایگان به زبان فارسی در دسترس است.
- This document is available for free in Dari. این سند به زبان دری به صورت رایگان موجود است.
- This document is available for free in Pashto. دا سند په پښتو ژبه کې په وړیا توګه موجود دي.
- This document is available for free in Telugu. ఈ డాక్యుమెంట్ తెలుగులో ఉచితంగా లభిస్తుంది.
- This document is available for free in Nepali. यो कागजात नेपाली भाषामा निःशुल्क उपलब्ध छ.
- This document is available for free in Bengali. এই নথিটি বাংলা ভাষায় বিনামূল্যে উপলব্ধ আছে.
- This document is available for free in Igbo. Akwụkwọ a dị n'efu n'asụsụ Igbo.
- يرجى الاتصال برقم خدمات الأعضاء لدينا على 1-855-463-0933 أو الرقم الموجود على بطاقة هوية العضو للحصول على معلومات إضافية. (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم 711). ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع. هذه المكالمات مجانية.
- يتاح هذا المستند بتنسيقات أخرى مثل طريقة برايل أو الطباعة بأحرف كبيرة أو أي تنسيقات أخرى بديلة حسب الطلب.
- تتيح التغطية التي توفرها هذه الخطة تغطية الصحة المؤهلة (QHC) وهي تضمن حماية المريض ومتطلبات مشاركة المسؤولية الفردية طبقًا لقانون الرعاية بأسعار معقولة (ACA). يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني لدائرة الإيرادات الداخلية (IRS) على www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families لمزيد من المعلومات.

حول Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP)

- Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) هي خطة احتياجات خاصة ذات أهلية مزدوجة متكاملة تمامًا بالتعاقد مع Medicare ومتعاقد مع برنامج Virginia Medicaid. يعتمد التسجيل في برنامج Aetna Medicare Better Health على تجديد العقد.
- عندما نشير في هذا المستند إلى الضمائر والكلمات "نحن" أو "لنا" أو "الخاص بنا"، فهذا يعني شركة COVENTRY HEALTH CARE OF VIRGINIA, INC. عندما يذكر الكتيب "خطة" أو "خطتنا"، فيُقصد بها Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP).

الإخطار السنوي بالتغييرات لعام 2025

جدول المحتويات

6.....	ملخص التكاليف المهمة لعام 2025.....	القسم 1
7.....	ما لم تختَر خطة أخرى، سيتم تسجيلك تلقائيًا في برنامج Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) في عام 2025.....	القسم 2
7.....	تغييرات في المزايا والتكاليف للعام المقبل.....	القسم 2.1
7.....	تغييرات على القسط الشهري.....	القسم 2.2
7.....	تغييرات على الحد الأقصى لمبلغ التكاليف النثرية.....	القسم 2.3
8.....	تغييرات على شبكات مقدمي الخدمات والصيدليات.....	القسم 2.4
9.....	تغييرات على مزايا الخدمات الطبية.....	القسم 2.5
13.....	تغييرات على تغطية الأدوية الموصوفة في الجزء (د).....	القسم 3
16.....	التغييرات الإدارية.....	القسم 4
16.....	تحديد الخطة التي يجب اختيارها.....	القسم 4.1
16.....	إذا كنت تريد البقاء في Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP).....	القسم 4.2
16.....	إذا كنت تريد تغيير الخطط.....	القسم 5
17.....	الموعد النهائي لتغيير الخطط.....	القسم 6
17.....	البرامج التي تقدم استشارات مجانية حول Medicare و Medicaid.....	القسم 7
18.....	أسئلة؟.....	القسم 7.1
18.....	الحصول على المساعدة من Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP).....	القسم 7.2
18.....	الحصول على المساعدة من Medicare.....	القسم 7.3
19.....	الحصول على المساعدة من Medicaid.....	

ملخص التكاليف المهمة لعام 2025

يقارن الجدول أدناه تكاليف عام 2024 وتكاليف عام 2025 (Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP) في عدة مجالات هامة.

يرجى ملاحظة أن هذا مجرد ملخص للتكلفة.

التكلفة	2024 (هذا العام)	2025 (العام المقبل)
قسط الخطة الشهري	\$0	\$0
المبلغ المقتطع	\$0	\$0
زيارات عيادة الطبيب	زيارات الرعاية الأولية: \$0 مشاركة في السداد لكل زيارة	زيارات الرعاية الأولية: \$0 مشاركة في السداد لكل زيارة
	الزيارات للأخصائي: \$0 مشاركة في السداد لكل زيارة	الزيارات للأخصائي: \$0 مشاركة في السداد لكل زيارة
إقامة المرضى الداخليين بالمستشفى	\$0 مشاركة في السداد لكل إقامة	\$0 مشاركة في السداد لكل إقامة
تغطية الأدوية الموصوفة للجزء (د) (انظر للقسم 2.5 للتفاصيل).	الخصومات \$0 المشاركة في السداد/التغطية الأولية خلال مرحلة التغطية الأولية: للأدوية الجنيسة (بما في ذلك الأدوية ذات العلامات التجارية التي تعامل على أنها جنيسة)، \$0 لكل وصفة طبية. بالنسبة لجميع الأدوية الأخرى المغطاة، \$0 لكل وصفة طبية.	الخصومات \$0 المشاركة في السداد/التغطية الأولية خلال مرحلة التغطية الأولية: للأدوية الجنيسة (بما في ذلك الأدوية ذات العلامات التجارية التي تعامل على أنها جنيسة)، \$0 لكل وصفة طبية. بالنسبة لجميع الأدوية الأخرى المغطاة، \$0 لكل وصفة طبية.
	التغطية في حالات الكوارث: • خلال مرحلة الدفع هذه، تدفع الخطة التكلفة الكاملة للأدوية المغطاة في الجزء (د). لا تدفع شيئاً.	التغطية في حالات الكوارث: • خلال مرحلة الدفع هذه، لن تدفع أي شيء مقابل الأدوية المغطاة ضمن الجزء (د).
الحد الأقصى لمبلغ التكاليف النثرية هذا هو أقصى ما ستدفعه من مبلغك النثري مقابل خدمات الخاضعة للتغطية. (انظر القسم 2.2 للتفاصيل).	\$8,850 لن تكون مسؤولاً عن سداد أي من التكاليف النثرية ضمن الحد الأقصى من المبلغ النثري لخدمات الجزء (أ) والجزء (ب) المغطاة.	\$9,350 لن تكون مسؤولاً عن سداد أي من التكاليف النثرية ضمن الحد الأقصى من المبلغ النثري لخدمات الجزء (أ) والجزء (ب) المغطاة.

القسم 1 ما لم تختَر خطة أخرى، سيتم تسجيلك تلقائيًا في برنامج Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) في عام 2025

في الأول من يناير 2025، ستدمج COVENTRY HEALTH CARE OF VIRGINIA, INC. Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP) (H1610-002) مع إحدى خططنا، Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) (H1610-001). تخبرك المعلومات الواردة في هذا المستند عن الاختلافات بين مزاياك الحالية في Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP) والمزايا التي ستحصل عليها في 1 يناير 2025 كعضو في Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP).

إذا لم تفعل شيئًا في عام 2024، فسوف نقوم تلقائيًا بتسجيلك في برنامج Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP). وهذا يعني أنه اعتبارًا من 1 يناير 2025، سوف تحصل على التغطية الطبية والأدوية الموصوفة من خلال Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP). إذا كنت ترغب في تغيير الخطط أو التبديل إلى Original Medicare والحصول على تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية من خلال Prescription Drug Plan (خطة الأدوية الموصوفة طبيًا)، فيجب عليك القيام بذلك بين 15 أكتوبر و 7 ديسمبر. سيسري التغيير بتاريخ 1 يناير 2025.

القسم 2 تغييرات في المزايا والتكاليف للعام المقبل

القسم 2.1 تغييرات على القسط الشهري

التكلفة	2024 (هذا العام)	2025 (العام المقبل)
القسط الشهري (يتم دفع قسط الجزء (ب) لك من خطة Medicare بواسطة Medicaid).	\$0	\$0

القسم 2.2 تغييرات على الحد الأقصى لمبلغ التكاليف النثرية

تتطلب Medicare من جميع الخطط الصحية الحد من المبلغ الذي تدفعه من مبلغك النثري لهذا العام. يُسمى هذا الحد بأقصى مبلغ نثري. بمجرد وصولك إلى هذا المبلغ، لن تدفع عمومًا أي شيء مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية لبقية العام.

التكلفة	2024 (هذا العام)	2025 (العام المقبل)
<p>الحد الأقصى لمبلغ التكاليف النثرية</p> <p>بسبب حصول أعضائنا على مساعدة من Medicaid أيضاً، ستجد قلة من الأعضاء ممن يحصلون على الحد الأقصى من المبالغ النثرية.</p> <p>لن تكون مسؤولاً عن سداد أي من التكاليف النثرية ضمن الحد الأقصى من المبلغ النثري لخدمات الجزء (أ) والجزء (ب) المغطاة.</p> <p>يتم احتساب تكاليف الخدمات الطبية الخاضعة للتغطية (مثل مبالغ المشاركة في السداد) ضمن الحد الأقصى للمبلغ الذي تدفعه من جيبك الخاص. لا يتم احتساب قسط خطتك وتكاليفك للأدوية المقررة بوصفها طبية ضمن الحد الأقصى للمبلغ الذي تدفعه من تكاليفك النثرية الخاصة.</p>	\$8,850	\$9,350

القسم 2.3 تغييرات على شبكات مقدمي الخدمات والصيدليات

قد تعتمد المبالغ التي تدفعها مقابل أدويةك الموصوفة طبيًا على الصيدلية التي تستخدمها. تتضمن خطط Medicare شبكة من الصيدليات. في معظم الحالات، تتم تغطية الوصفات الطبية فقط إذا قمت بصرفها من أي صيدلية من صيدليات شبكتنا.

توجد الأدلة المحدثة على موقعنا الإلكتروني على [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/find-provider). يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء للحصول على معلومات محدثة عن مقدم الخدمة و/أو الصيدلية أو أن تطلب منا إرسال الدليل بالبريد إليك، والذي سنرسله بالبريد في غضون ثلاثة أيام عمل.

هناك تغييرات على شبكة مقدمي الخدمات لدينا للعام المقبل. يرجى مراجعة دليل مقدمي الرعاية والصيدليات لعام 2025 لمعرفة ما إذا كان مقدمو الخدمة [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/find-provider) (مقدم الرعاية الأولية والمتخصصون والمستشفيات وما إلى ذلك) في شبكتنا.

فهناك تغييرات على شبكة الصيدليات التابعة لنا للعام المقبل. يُرجى مراجعة دليل مقدمي الرعاية/الصيدليات لعام 2025 [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/find-provider) لمعرفة الصيدليات التابعة لشبكتنا.

من المهم أن تعرف أننا قد نجري تغييرات على المستشفيات والأطباء والمتخصصين (مقدمي الخدمات) والصيدليات التي تشكل جزءًا من خطتك خلال العام. إذا كان التغيير في منتصف العام في مقدمي الخدمة لدينا يؤثر عليك، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء حتى تتمكن من المساعدة.

القسم 2.4	تغييرات على مزاي الخدمات الطبية
-----------	---------------------------------

يرجى ملاحظة أن الإخطار السنوي بالتغييرات يخبرك بالتغييرات التي تطرأ على مزاي برنامج Medicare و Medicaid. سنقوم بإجراء تغييرات على المزاي لبعض الخدمات الطبية في العام المقبل. تصف المعلومات أدناه هذه التغييرات.

2025 (العام المقبل)	2024 (هذا العام)	الميزة
<p>الحد الأقصى لميزة خدمات طب الأسنان الإضافية (غير مغطاة في برنامج Medicare): تدفع الخطة \$3000 سنوياً مقابل خدمات طب الأسنان الوقائية الإضافية (غير المغطاة من قبل Medicare) وخدمات طب الأسنان الشاملة الإضافية (غير المغطاة من قبل Medicare) مجتمعة.</p> <p>يتم توفير خدمات طب الأسنان الإضافية (غير المغطاة ببرنامج Medicare) بواسطة DentaQuest. راجع دليل التغطية لمزيد من المعلومات.</p> <p>خدمات طب الأسنان الوقائية (غير مغطاة في Medicare):</p> <ul style="list-style-type: none"> الفحوصات الفموية: غير مغطى الأشعة السينية: \$0 ك مبلغ مشارك في السداد خدمات طب الأسنان التشخيصية الأخرى: \$0 مبلغ المشاركة في السداد التنظيفات: غير مغطى علاجات الفلورايد: غير مغطى خدمات طب الأسنان الوقائية الأخرى: \$0 <p>خدمات طب الأسنان الشاملة (غير مغطاة في Medicare):</p> <ul style="list-style-type: none"> خدمات الترميمية: \$0 مبلغ المشاركة في السداد السداد طب لب الأسنان: \$0 مبلغ المشاركة في السداد طب اللثة: \$0 مبلغ المشاركة في السداد تركيبات الأسنان المتحركة: \$0 مبلغ المشاركة في السداد أجهزة التعويضية الفكوية والوجهية: \$0 مبلغ المشاركة في السداد خدمات الزرع: \$0 مشاركة في السداد تركيبات الأسنان الثابتة: \$0 مبلغ المشاركة في السداد جراحة الفم والوجه والفكين: \$0 مبلغ المشاركة في السداد تقويم الأسنان: \$0 مبلغ المشاركة في السداد الخدمات العامة الإضافية: \$0 مبلغ المشاركة في السداد <p>تغطية إضافية متاحة من خلال مزاي Medicaid الخاصة بك. راجع جدول الأسنان في دليل التغطية لمزيد من التفاصيل.</p>	<p>الحد الأقصى لميزة خدمات طب الأسنان الإضافية (غير مغطاة في برنامج Medicare): تدفع الخطة \$3000 سنوياً مقابل خدمات طب الأسنان الشاملة الإضافية (غير مغطاة في برنامج Medicare).</p> <p>يتم توفير خدمات طب الأسنان الإضافية (غير المغطاة ببرنامج Medicare) بواسطة DentaQuest. راجع دليل التغطية لمزيد من المعلومات.</p> <p>خدمات طب الأسنان الوقائية (غير مغطاة في Medicare):</p> <ul style="list-style-type: none"> الفحوصات الفموية: غير مغطى الأشعة السينية: \$0 ك مبلغ مشارك في السداد خدمات طب الأسنان التشخيصية الأخرى: \$0 مبلغ المشاركة في السداد التنظيفات: غير مغطى علاجات الفلورايد: غير مغطى خدمات طب الأسنان الوقائية الأخرى: \$0 <p>خدمات طب الأسنان الشاملة (غير مغطاة في Medicare):</p> <ul style="list-style-type: none"> خدمات الترميمية: \$0 مبلغ المشاركة في السداد السداد طب لب الأسنان: \$0 مبلغ المشاركة في السداد طب اللثة: \$0 مبلغ المشاركة في السداد تركيبات الأسنان المتحركة: \$0 مبلغ المشاركة في السداد أجهزة التعويضية الفكوية والوجهية: \$0 مبلغ المشاركة في السداد المشاركة في السداد خدمات زراعة الأسنان: \$0 مبلغ المشاركة في السداد تركيبات الأسنان الثابتة: \$0 مبلغ المشاركة في السداد جراحة الفم والوجه والفكين: \$0 مبلغ المشاركة في السداد تقويم الأسنان: \$0 مبلغ المشاركة في السداد الخدمات العامة الإضافية: \$0 مبلغ المشاركة في السداد <p>تغطية إضافية متاحة من خلال مزاي Medicaid الخاصة بك. راجع جدول الأسنان في دليل التغطية لمزيد من التفاصيل.</p>	<p>خدمات الأسنان (الإضافي)</p>

2025 (العام المقبل)	2024 (هذا العام)	الميزة
<p>من خلال التأهل للتسجيل في هذه الخطة، ستحصل على محفظة دعم إضافية على بطاقة Aetna Medicare Extra Benefits Card لمساعدتك في دفع نفقاتك اليومية. راجع دليل التغطية للحصول على مزيد من المعلومات ومتطلبات الأهلية.</p> <p>محفظة الدعم الإضافية \$350 مبلغ المزايا (بدل) شهرياً لدفع:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الأطعمة الصحية بما في ذلك اللحوم والمنتجات الزراعية ومنتجات الألبان وغيرها • منتجات الصحة والعافية المعتمدة التي لا تحتاج إلى وصفة طبية (OTC) بما في ذلك أدوية الحساسية ومسكنات الألم ولوازم الإسعافات الأولية والمزيد • النقل بما في ذلك البنزين من محطة بنزين، والمواصلات العامة، وبعض خدمات مشاركة الركوب • المرافق بما في ذلك الغاز والكهرباء والمياه والصرف الصحي والهاتف الأرضي والهاتف المحمول وخدمة الإنترنت • منتجات العناية الشخصية بما في ذلك المناشف الورقية والشامبو والصابون والمزيد <p>تأكد من استخدام المبلغ المخصص بالكامل كل شهر، لأن أي مبلغ مخصص غير مستخدم لن يتم ترحيله إلى الشهر التالي. راجع دليل التغطية لمزيد من المعلومات.</p>	<p>من خلال التأهل للتسجيل في هذه الخطة، ستحصل على محفظة دعم إضافية على بطاقة Aetna Medicare Extra Benefits Card لمساعدتك في دفع نفقاتك اليومية. راجع دليل التغطية للحصول على مزيد من المعلومات ومتطلبات الأهلية.</p> <p>محفظة الدعم الإضافية \$300 مبلغ المزايا (بدل) شهرياً لدفع:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الأطعمة الصحية بما في ذلك اللحوم والمنتجات الزراعية ومنتجات الألبان وغيرها • منتجات الصحة والعافية المعتمدة التي لا تحتاج إلى وصفة طبية (OTC) بما في ذلك أدوية الحساسية ومسكنات الألم ولوازم الإسعافات الأولية والمزيد • النقل بما في ذلك البنزين من محطة بنزين، والمواصلات العامة، وبعض خدمات مشاركة الركوب • المرافق بما في ذلك الغاز والكهرباء والمياه والصرف الصحي والهاتف الأرضي والهاتف المحمول وخدمة الإنترنت • منتجات العناية الشخصية بما في ذلك المناشف الورقية والشامبو والصابون والمزيد • مستلزمات الحيوانات الأليفة بما في ذلك الطعام والألعاب ومستلزمات العناية الشخصية • المساعدة في الإيجار أو الرهن العقاري <p>تأكد من استخدام المبلغ المخصص بالكامل كل شهر، لأن أي مبلغ مخصص غير مستخدم لن يتم ترحيله إلى الشهر التالي. راجع دليل التغطية لمزيد من المعلومات.</p>	<p>محفظة الدعم الإضافية</p>

2025 (العام المقبل)	2024 (هذا العام)	الميزة
<p>تدفع خطتنا مبلغ \$250 سنويًا مقابل النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة. يجب عليك استخدام شبكة VSP.</p>	<p>الميزة القصوى للنظارات غير مغطاة من Medicare: تدفع الخطة \$475 سنويًا مقابل النظارات الطبية غير المغطاة من قبل برنامج Medicare.</p> <p>النظارات مغطاة بوصفة طبية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • العدسات اللاصقة: \$0 مبلغ مشاركة في السداد • النظارات (العدسات والإطارات): \$0 مبلغ مشاركة في السداد • عدسات النظارات: \$0 مبلغ مشاركة في السداد • إطارات النظارات: \$0 مبلغ مشاركة في السداد • الترقيات (بما في ذلك الحماية من الأشعة فوق البنفسجية والطلاء المضاد للخدش): \$0 رسوم مشاركة في السداد <p>يتم توفير خدمات النظارات غير الخاضعة لتغطية من قبل Medicare بواسطة VSP. راجع دليل التغطية لمزيد من المعلومات.</p>	<p>النظارات - وصفة طبية (غير مغطاة من Medicare)</p>
<p>وتدفع الخطة \$1500 مقابل أجهزة السمع بالإضافة إلى 60 بطارية سنويًا.</p> <p>يجب شراء أجهزة السمع من خلال Nations Hearing.</p>	<p>الحد الأقصى لبدل الاستفادة من المعينة السمعية: تدفع الخطة مبلغ \$2500 لكل أذن مقابل أجهزة السمع كل عام.</p> <p>أجهزة السمع: \$0 امشاركة السداد لكل أذن، في السنة (اثنتين من أجهزة السمع كل عام).</p> <p>يتم توفير أجهزة السمع من قبل NationsHearing. راجع دليل التغطية لمزيد من المعلومات.</p>	<p>المعينات السمعية</p>
<p>ستدفع مبلغًا كمشاركة في السداد قدره \$0 مقابل ما يصل إلى 14 وجبة يتم توصيلها إلى المنزل على مدار فترة 7 أيام بعد خروجك من مستشفى الحالات الحادة للمرضى الداخليين.</p> <p>يتم توفير الوجبات من خلال Mom's Meals.</p>	<p>ستدفع مبلغًا كمشاركة في السداد قدره \$0 مقابل 14 وجبة على مدار فترة 7 أيام بعد الخروج من مستشفى الحالات الحادة للمرضى الداخليين أو مستشفى الأمراض النفسية للمرضى الداخليين أو مرفق الرعاية التمريضية الحادة.</p> <p>راجع دليل التغطية لمزيد من المعلومات.</p> <p>يتم توفير الوجبات من خلال Mom's Meals.</p>	<p>ميزة الوجبة (بعد الخروج من المستشفى)</p>

الميزة	2024 (هذا العام)	2025 (العام المقبل)
الأدوية الموصوفة بموجب برنامج Medicare الجزء (ب) (جميع الأدوية الأخرى المغطاة بموجب الجزء (ب))	قد تتغير فئات برنامج الخطوة B والأدوية المستهدفة لدينا سنويًا. يرجى زيارة الرابط التالي لمراجعة قائمتنا الخاصة بأدوية الجزء B من برنامج Medicare والتي قد تكون خاضعة للعلاج التدريجي: AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/providers/hmo-snp-pr/snp-prescriptions . راجع دليل التغطية لمزيد من المعلومات.	قد تتغير فئات برنامج الخطوة B والأدوية المستهدفة لدينا سنويًا. يرجى زيارة الرابط التالي لمراجعة قائمتنا الخاصة بأدوية الجزء B من برنامج Medicare والتي قد تكون خاضعة للعلاج التدريجي: AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/providers/hmo-snp-pr/snp-prescriptions . راجع دليل التغطية لمزيد من المعلومات.
خدمات ملاحظة المرضى الخارجيين بالمستشفى	تدفع مبلغًا كمشاركة في السداد قدره \$0 مقابل كل خدمة مغطاة من قبل Medicare. لا يلزم الحصول على تصريح مسبق.	تدفع مبلغًا كمشاركة في السداد قدره \$0 مقابل كل خدمة مغطاة من قبل Medicare. قد يكون التصريح المسبق مطلوبًا.
خدمات النقل (غير طارئة)	ستدفع 0% من التكلفة الإجمالية لما يصل إلى 12 رحلة في اتجاه واحد كل عام إلى مواقع معتمدة من قبل الخطة (ما يصل إلى 50 ميلًا لكل رحلة). يتم توفير خدمات النقل (غير الطارئة) من قبل ModivCare.	لا تدفع سوى 0% من التكلفة الإجمالية للرحلات الطبية غير المحدودة والرحلات إلى الصيدلية؛ 30 رحلة ذهابًا وإيابًا أو 60 زيارة في اتجاه واحد للرحلات غير الطارئة (سنويًا) إلى متاجر البقالة، وبنك الطعام، ومخزن الطعام، وأماكن العبادة، و DMV، والمكتبة، وفصول التمارين الرياضية أو صالة الألعاب الرياضية. يتم توفير خدمات النقل (غير الطارئة) من قبل ModivCare.

تغييرات على تغطية الأدوية الموصوفة في الجزء (د)

القسم 2.5

التغييرات في قائمة الأدوية الخاصة بنا

تسمى قائمتنا للأدوية الخاضعة للتغطية كتيب الوصفات أو قائمة الأدوية. يتم توفير نسخة من "قائمة الأدوية" الخاصة بنا إلكترونيًا.

لقد أجرينا تغييرات على قائمة الأدوية الخاصة بنا، والتي يمكن أن تشمل إزالة الأدوية أو إضافتها، أو تغيير القيود التي تنطبق على تغطيتها لبعض الأدوية. قم بمراجعة قائمة الأدوية للتأكد من أن الأدوية التي تتناولها ستكون مشمولة بالتغطية في العام المقبل ومعرفة ما إذا كانت هناك أي قيود.

معظم التغييرات الجديدة في قائمة الأدوية هي في بداية كل عام. ومع ذلك، قد نقوم بإجراء تغييرات أخرى حسبما يسمح به برنامج Medicare و/أو الولاية والتي من شأنها أن تؤثر عليك خلال سنة الخطة. نقوم بتحديث قائمة الأدوية عبر الإنترنت كل شهر لتوفير قائمة للأدوية محدثة. إذا أجرينا تغييرًا من شأنه أن يؤثر على وصولك إلى الدواء الذي تتناوله، فسنرسل إليك إخطارًا بالتغيير.

إذا تأثرت بتغيير في تغطية الأدوية في بداية العام أو خلال العام، فيرجى مراجعة الفصل 9 من دليل التغطية والتحدث إلى طبيبك لمعرفة خياراتك، مثل طلب إمداد مؤقت أو التقدم بطلب للحصول على استثناء و/أو العمل للعثور على دواء جديد. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء للحصول على المزيد من المعلومات.

يمكننا حاليًا إزالة أي دواء ذا علامة تجارية من قائمة الأدوية لدينا على الفور إذا قمنا باستبداله بإصدار جديد من الدواء الجينيس وبنفس القيود أو عدد أقل من القيود الخاصة بالدواء ذي العلامة التجارية الذي يحل محله. بالإضافة إلى ذلك، عند إضافة دواء جينيس جديد، قد نقرر أيضًا الاحتفاظ بالدواء ذي العلامة التجارية في قائمة الأدوية لدينا، ولكننا نضيف قيود جديدة على الفور.

ابتداءً من عام 2025، سنتمكن على الفور من استبدال المنتجات البيولوجية الأصلية ببعض المنتجات الحيوية المماثلة. وهذا يعني، على سبيل المثال، إذا كنت تتناول منتجًا بيولوجيًا أصليًا يتم استبداله بمنتج بيولوجي مماثل، فقد لا تتلقى إشعارًا بالتغيير قبل 30 يومًا من تصنيعه أو الحصول على إمداد لمدة شهر من منتجك البيولوجي الأصلي في إحدى الصيدليات التابعة للشبكة. إذا كنت تتناول المنتج البيولوجي الأصلي في الوقت الذي نجري فيه التغيير، فستظل تحصل على معلومات حول التغيير المحدد الذي أجريناه، ولكن قد تصلك هذه المعلومات بعد أن نجري التغيير.

قد تكون بعض أنواع هذه الأدوية جديدة بالنسبة لك. لمعرفة تعريفات أنواع الأدوية، يرجى الاطلاع على الفصل 12 من دليل التغطية الخاص بك. كما تقوم إدارة الغذاء والدواء (FDA) أيضًا بتزويد المستهلكين بمعلومات حول الأدوية. راجع موقع إدارة الغذاء والدواء (FDA) على: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء أو طلب مزيد من المعلومات من مقدم الرعاية الصحية أو الطبيب أو الصيدلي.

تغييرات في مزايا وتكاليف الأدوية الموصوفة طبيًا

ملاحظة: إذا كنت مشتركًا في برنامج يساعد في سداد ثمن الأدوية الخاصة بك ("Extra Help") ("المساعدة الإضافية")، فقد لا تنطبق عليك المعلومات المتعلقة بتكاليف الأدوية الموصوفة من الجزء (د). لقد أرسلنا لك نشرة منفصلة، بعنوان ملحق دليل التغطية للأشخاص الذين يتلقون مساعدة إضافية ("Extra Help") لدفع تكلفة الأدوية الوصفات الطبية (يُسمى أيضًا ملحق دعم الدخل المنخفض أو ملحق LIS)، والذي سيوضح لك تكاليف أدويةك. نظرًا لأنك تتلقى "مساعدة إضافية" ("Extra Help") إذا لم تتلق هذا الإدخال قبل 30 سبتمبر فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء واطلب LIS Rider.

ابتداءً من عام 2025، سيكون هناك ثلاث مراحل لسداد تكاليف الأدوية: مرحلة الخصم السنوي، ومرحلة التغطية الأولية، ومرحلة التغطية في حالة وقوع كارثة. لن يكون هناك مرحلة فجوة التغطية وبرنامج Coverage Gap Discount Program في ميزة الجزء د.

سيتم أيضًا استبدال برنامج Coverage Gap Discount Program ببرنامج Manufacturer Discount Program. بموجب برنامج Manufacturer Discount Program، يدفع مصنعو الأدوية جزءًا من التكلفة الكاملة للخطة للأدوية ذات العلامات التجارية والبيولوجية المغطاة في الجزء د أثناء مرحلة التغطية الأولية ومرحلة التغطية في حالة وقوع كارثة. لا يتم احتساب الخصومات التي تدفعها الشركات المصنعة بموجب برنامج خصم الشركة المصنعة ضمن التكاليف التي يتم دفعها من الجيب.

التغييرات التي تطرأ على مزايا الجزء (د) من VBID الخاص بك

نظرًا لأنك مؤهل للحصول على "Extra Help" ("مساعدة إضافية") من Medicare للمساعدة في دفع ثمن أدويةك الموصوفة، فأنت مؤهل للحصول على تقاسم التكلفة من خلال برنامج دعم تكاليف Aetna Rx:

التغييرات في المرحلة القابلة للخصم

المرحلة	2024 (هذا العام)	2025 (العام المقبل)
المرحلة 1: مرحلة المبلغ المقتطع السنوي	لأنه ليس لدينا أي خصم، لا تنطبق مرحلة السداد هذه عليك.	لأنه ليس لدينا أي خصم، لا تنطبق مرحلة السداد هذه عليك.

التغييرات في تقاسم التكلفة الخاصة بك في مرحلة التغطية الأولية

المرحلة	2024 (هذا العام)	2025 (العام المقبل)
المرحلة الثانية: مرحلة التغطية الأولية خلال هذه المرحلة، تسدد الخطة جزءًا من تكاليف أدويةك، وأنت تقوم بسداد حصتك من التكاليف. للحصول على معلومات حول تكاليف الإمداد طويل الأجل، انظر الفصل 5، القسمين 2.3 و 2.4 من دليل التغطية الخاص بك.	التكلفة الخاصة بك مقابل إمداد لمدة شهر واحد يتم صرفه في صيدلية الشبكة مع تقاسم التكلفة الموحد: تدفع \$0 مقابل أدوية الجزء (د) الخاضعة للتغطية.	التكلفة الخاصة بك مقابل إمداد لمدة شهر واحد يتم صرفه في صيدلية الشبكة مع تقاسم التكلفة الموحد: تدفع \$0 مقابل أدوية الجزء (د) الخاضعة للتغطية.
تتم تغطية معظم لقاحات الجزء D للبالغين دون أي تكلفة عليك.	بمجرد وصول إجمالي تكاليف الأدوية إلى \$5,030، ستنقل إلى المرحلة التالية (مرحلة فجوة التغطية).	بمجرد دفع \$2,000 من جيبك الخاص بالنسبة لأدوية الجزء د، سوف تنتقل إلى المرحلة التالية (مرحلة التغطية في حالة وقوع كارثة).

تغييرات على مرحلة التغطية في حالة وقوع كارثة

مرحلة التغطية في حالة وقوع كارثة هي المرحلة الثالثة والأخيرة. ابتداءً من عام 2025، سيدفع مصنعو الأدوية جزءًا من التكلفة الكاملة للخطة للأدوية ذات العلامات التجارية والبيولوجية المغطاة في الجزء د خلال مرحلة التغطية في حالة وقوع كارثة. لا يتم احتساب الخصومات التي تدفعها الشركات المصنعة بموجب برنامج خصم الشركة المصنعة ضمن التكاليف التي يتم دفعها من الجيب.

للحصول على معلومات محددة حول تكاليفك في مرحلة التغطية الكارثية، انظر الفصل 6 في دليل التغطية الخاص بك.

التغييرات الإدارية

القسم 3

الوصف	2024 (هذا العام)	2025 (العام المقبل)
كيفية الحصول على أجهزة قياس نسبة السكر في الدم وشرائط الاختبار OneTouch/LifeScan	يمكنك طلب جهاز OneTouch وجهاز الوخز والحقيبة بدون وصفة طبية من خلال زيارة www.OneTouch.orderpoints.com أو الاتصال بـ LifeScan مباشرة على الرقم 877-764-5390. ستحتاج إلى تقديم رمز الطلب 123AET200 في وقت طلبك.	ابتداءً من يناير 2025، يجب عليك الحصول على وصفة طبية من مقدم الخدمة الخاص بك لجهاز قياس نسبة الجلوكوز في الدم LifeScan ولوازم الاختبار الأخرى (أجهزة الوخز، وابر، وشرائط الاختبار). يجب عليك الحصول على هذه الإمدادات مباشرة من إحدى الصيدليات التابعة للشبكة. لن تكون الأجهزة والإمدادات متاحة بشكل مباشر من LifeScan بعد الآن.

تحديد الخطة التي يجب اختيارها

القسم 4

القسم 4.1 إذا كنت تريد البقاء في **Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP)**

القسم 4.1

للبقاء في خطتنا، لا تحتاج إلى القيام بأي شيء. إذا لم تقم بالتسجيل في خطة مختلفة أو التغيير إلى **Original Medicare** بحلول 7 ديسمبر، فسيتم تسجيلك تلقائيًا في **Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP)**.

القسم 4.2 إذا كنت تريد تغيير الخطط

القسم 4.2

نأمل أن نبقيك كعضو في العام المقبل، ولكن إذا كنت ترغب في تغيير الخطط لعام 2025، فاتبع الخطوات التالية:

الخطوة 1: تعرف على اختياراتك وقارنها

- يمكنك الانضمام إلى خطة صحية مختلفة من **Medicare**.
- -- أو -- يمكنك التغيير إلى **Original Medicare**. إذا قمت بالتغيير إلى **Original Medicare**، فستحتاج إلى تحديد ما إذا كنت ستنضم إلى خطة أدوية **Medicare** أم لا.

لمعرفة المزيد حول برنامج **Original Medicare** والأنواع المختلفة من خطط **Medicare**، استخدم برنامج **Medicare Plan Finder** (www.medicare.gov/plan-compare)، أو اقرأ كتيب **Medicare** وأنت لعام 2025، أو اتصل ببرنامج المساعدة للتأمين الصحي الحكومي (انظر القسم 6)، أو اتصل ببرنامج **Medicare** (انظر القسم 7.2).

الخطوة 2: تغيير تغطيتك التأمينية

- للتغيير إلى خطة صحية مختلفة من **Medicare**، سجّل في الخطة الجديدة. سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من **Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP)**.
- للتغيير إلى برنامج **Original Medicare** باستخدام خطة الأدوية الموصوفة طبيًا، قم بالتسجيل في خطة الأدوية الجديدة. سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من **Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP)**.
- للتغيير إلى برنامج **Original Medicare** بدون خطة أدوية بوصفة طبية، يجب عليك إما:
 - أرسل إلينا طلبًا كتابيًا لإلغاء التسجيل. اتصل بخدمات الأعضاء إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات حول كيفية القيام بذلك.
 - -أو- تواصل مع **Medicare** على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار الساعة وطوال 7 أيام الأسبوع، وطلب إلغاء التسجيل. وعلى مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).

إذا قمت بالانتقال إلى Original Medicare ولم تقم بالتسجيل في خطة أدوية موصوفة منفصلة من Medicare، فقد يقوم Medicare بتسجيلك في خطة أدوية ما لم تختار رفض الاشتراك التلقائي.

الموعد النهائي لتغيير الخطط

القسم 5

إذا كنت تريد التغيير إلى خطة مختلفة أو إلى برنامج Original Medicare للعام المقبل، فيمكنك القيام بذلك من 15 أكتوبر حتى 7 ديسمبر. سيُجري التغيير بتاريخ 1 يناير 2025.

هل هناك أوقات أخرى من السنة لإحداث تغيير؟

في حالات معينة، يُسمح بالتغييرات أيضًا في أوقات أخرى من العام. ومن الأمثلة على ذلك الأشخاص الذين لديهم Medicaid، وأولئك الذين يحصلون على "Extra Help" ("مساعدة إضافية") لدفع ثمن أدويتهم، وأولئك الذين لديهم أو يغادرون تغطية صاحب العمل، وأولئك الذين ينتقلون من منطقة الخدمة.

نظرًا لأنك مشترك في Cardinal Care، فيمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا في أي شهر من السنة. لديك أيضًا خيارات للتسجيل في خطة Medicare أخرى في أي شهر بما في ذلك:

- خطة Original Medicare مع خطة منفصلة لأدوية الوصفات الطبية من Medicare.
- برنامج Original Medicare بدون خطة منفصلة للأدوية الموصوفة من Medicare (إذا اخترت هذا الخيار، فقد يسجلك Medicare في خطة أدوية، ما لم تكن قد اخترت عدم الاشتراك التلقائي في التسجيل)، أو
- إذا كنت مؤهلاً، فستحصل على خطة D-SNP متكاملة توفر لك Medicare ومعظم أو كل مزايا وخدمات Medicaid في خطة واحدة.

إذا كنت مسجلاً في خطة Medicare Advantage Plan في 1 يناير 2025، ولم يعجبك اختيارك للخطة، فيمكنك التبديل إلى خطة صحية أخرى من Medicare (إما مع تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية من Medicare أو بدونها) أو التبديل إلى Original Medicare (إما مع تغطية الأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare أو بدونها) بين 1 يناير و31 مارس 2025.

إذا انتقلت مؤخرًا إلى مؤسسة أو تعيش فيها حاليًا (مثل مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة أو مستشفى رعاية طويلة الأجل)، يمكنك تغيير تغطية Medicare الخاصة بك في أي وقت. يمكنك تغيير إلى أي خطة صحية أخرى من Medicare (إما مع أو بدون تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية من Medicare) أو التبديل إلى Original Medicare (إما مع أو بدون خطة منفصلة للأدوية المقررة بوصفة طبية من Medicare) في أي وقت. إذا انتقلت مؤخرًا من مؤسسة ما، فلديك فرصة لتغيير الخطط أو التبديل إلى Original Medicare الأصلي لمدة شهرين كاملين بعد الشهر الذي انتقلت فيه.

بدءًا من 1 يناير 2025، عندما تختار خطة DSNP، سيتم دمج خطط Medicare و Medicaid الخاصة بك في خطة واحدة، وستكون خطة Medicare D-SNP التي تختارها هي أيضًا خطة Medicaid الخاصة بك.

يمكن لأعضاء D-SNP الذين يتلقون مزايا Medicaid كاملة، والذين يرغبون في اختيار خطة مختلفة، استخدام فترة التسجيل الخاصة، أو SEP، والتي ستسمح لك بتغيير الخطط خارج فترة التسجيل السنوية والمفتوحة. يمكنك اختيار استخدام خطة SEP الشهرية للتبديل إلى خطة متوافقة، أو إلغاء الاشتراك في خطة D-SNP والعودة إلى Original Medicare بالإضافة إلى خطة الجزء (د).

البرامج التي تقدم استشارات مجانية حول Medicare و Medicaid

القسم 6

برنامج مساعدة التأمين الصحي بالولاية (SHIP) هو برنامج مستقل تقدمه الحكومة من خلال مستشارين متدربين في كل ولاية.

ويتلقى برنامج تابع للولاية تمويله من الحكومة الفيدرالية نظير تقديم استشارات محلية مجانية عن التأمين الصحي للأفراد المشتركين في Medicare. يمكن لمستشاري SHIP مساعدتك في أسئلة أو مشاكل Medicare الخاصة بك. يمكنهم مساعدتك في فهم خيارات خطة Medicare الخاصة بك والإجابة على الأسئلة حول تبديل الخطط. يمكنك الاتصال بـ SHIP على رقم الهاتف أدناه.

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)	
<p>العنوان: Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP) Division for Aging Services, 1610 Forest Ave., Suite 100, Henrico, Virginia 23229 الهاتف: 804-662-9333, TTY: 711, 1-800-552-3402 من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:30 صباحًا إلى 5:00 مساءً، موقع إلكتروني: vda.virginia.gov/vicap.htm</p>	Virginia

لأسئلة حول مزايا Medicaid الخاصة بك، اتصل بـ Medicaid. فيما يلي اسم هذه المنظمة وأرقام هواتفها. يمكنك طرح سؤال حول مدى تأثير الانضمام إلى خطة أخرى أو العودة إلى Original Medicare على كيفية حصولك على تغطية Medicaid.

State Medicaid Office	
<p>العنوان: Virginia Medicaid Department of Medical Assistance Services, 600 E. Broad Street, Suite 1300, Richmond, Virginia 23219 الهاتف: 804-786-7933، 1-855-242-8282 (خدمة العملاء)؛ 1-833-522-5582 (التسجيل)، TTY: 1-888-221-1590 يتطلب هذا الرقم معدات هاتفية خاصة وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث، ساعات: من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 7:00 مساءً والسبت من الساعة 9:00 صباحًا إلى 12:00 ظهرًا، موقع إلكتروني: dmas.virginia.gov/</p> <p>يمكن أيضًا إرسال الأسئلة عبر الإنترنت على Ask.vamedicaid.dmas.virginia.gov/ask-vamedicaid/#/. هذه هي بوابة الطلبات عبر الإنترنت لبرنامج Medicaid في Virginia. يوفر هذا الموقع أيضًا إجابات للأسئلة الشائعة حول Virginia Medicaid.</p>	Virginia

القسم 7	أسئلة؟
القسم 7.1	الحصول على المساعدة من Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP)

أسئلة؟ نحن هنا للمساعدة. يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-463-0933، أو الرقم الموجود على بطاقة هوية عضويتك (اتصل بالهاتف النصي فقط على الرقم 711). نحن متاحون للرد على مكالماتك الهاتفية من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع. المكالمات على هذه الأرقام مجانية.

اقرأ دليل التغطية لعام 2025 (يحتوي على تفاصيل حول المزايا والتكاليف للعام المقبل)
 يمكنك هذا الإخطار السنوي بالتغييرات ملخصًا للتغييرات في المزايا الخاصة بك لعام 2025. للحصول على التفاصيل، انظر دليل التغطية لعام 2025 لـ Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP). دليل التغطية هو الوصف القانوني المفصل لمزايا خطتك. فهو يوضح حقوقك والقواعد التي تحتاج لاتباعها للحصول على الخدمات وأدوية الوصفات الطبية المغطاة. توجد نسخة من دليل التغطية على موقعنا على العنوان AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء لمطالبتنا بإرسال دليل التغطية بالبريد.

زيارة موقعنا على الويب

ويمكنك أيضًا زيارة موقعنا على الويب AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp. كتذكير، يحتوي موقعنا على أحدث المعلومات حول شبكة مقدمي الخدمة لدينا (دليل مقدمي الخدمات والصيدليات) ولدينا قائمة الأدوية المغطاة (الوصفة الطبية/قائمة الأدوية).

القسم 7.2	الحصول على المساعدة من Medicare
-----------	---------------------------------

للحصول على المعلومات مباشرةً من Medicare:

اتصل على رقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE

يمكنك الاتصال (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE على مدار 24 ساعة في اليوم، وطوال 7 أيام الأسبوع. وعلى مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).

قم بزيارة الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare **Medicare** قم بزيارة موقع Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov). يحتوي على معلومات حول التكلفة والتغطية وجودة تقييمات النجوم لمساعدتك في مقارنة خطط Medicare الصحية في منطقتك. لعرض معلومات حول الخطط، انتقل إلى www.medicare.gov/plan-compare.

اقرأ كتيب Medicare وأنت لعام 2025
اقرأ كتيب Medicare وأنت لعام 2025. في كل خريف، يتم إرسال هذا المستند بالبريد إلى الأشخاص الذين يتلقون Medicare. ويشتمل الكتيب على ملخص لمزايا برنامج Medicare وحقوقه وإجراءاته الوقائية، فضلاً عن تقديم إجابات للأسئلة المتداولة حول Medicare. إذا لم تكن بحوزتك نسخة من هذا الكتيب، يمكنك الحصول عليها من موقع الويب الخاص ببرنامج Medicare على (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) أو من خلال الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة وطوال 7 أيام الأسبوع. وعلى مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).

الحصول على المساعدة من Medicaid

القسم 7.3

للحصول على معلومات من Cardinal Care، يمكنك الاتصال بـ Cardinal Care (الاسم وأرقام الهواتف لهذه المنظمة أدناه).

State Medicaid Office	
<p>Department of Medical Assistance Services, 600 E. Broad Street, العنوان: Virginia Medicaid Suite 1300, Richmond, Virginia 23219, الهاتف: 1-855-242-8282، 804-786-7933 (خدمة العملاء)؛ 1-833-522-5582 (التسجيل)، الهاتف النصي: 1-888-221-1590 يتطلب هذا الرقم معدات هاتفية خاصة وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث، ساعات: من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 7:00 مساءً والسبت من الساعة 9:00 صباحًا إلى 12:00 ظهرًا، موقع إلكتروني: dmas.virginia.gov/</p> <p>يمكن أيضًا إرسال الأسئلة عبر الإنترنت على Ask.vamedicaid.dmas.virginia.gov/ask-vamedicaid/#/. هذه هي بوابة الطلبات عبر الإنترنت لبرنامج Medicaid في Virginia. يوفر هذا الموقع أيضًا إجابات للأسئلة الشائعة حول Virginia Medicaid.</p>	Virginia

راجع دليل التغطية للحصول على وصف كامل للمزايا والاستثناءات والقيود وشروط التغطية الخاصة بالخطة. قد تختلف ميزات الخطة ومدى توفرها حسب منطقة الخدمة.

قد يخضع كتيب الوصفات و/أو شبكة الصيدليات للتغيير في أي وقت. ستلقى إخطارًا بذلك عند الضرورة.

لإرسال شكوى إلى Aetna، اتصل بالخطة أو الرقم الموجود على بطاقة هوية العضو الخاصة بك. لإرسال شكوى إلى Medicare، اتصل برقم 1-800-MEDICARE (يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال برقم [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048))، على مدار 24 ساعة في اليوم / 7 أيام في الأسبوع. إذا كانت شكواك تتعلق بوسيط أو وكيل، فتأكد من تضمين اسم الشخص عند تقديم شكواك.

للطلب عبر البريد، يمكنك شحن الأدوية الموصوف إلى منزلك من خلال برنامج توصيل الطلبات عبر البريد عبر الشبكة. عادة ما تصل أدوية الطلب عبر البريد خلال 10 أيام. يمكنك الاتصال على الرقم (TTY: [711](tel:1-855-463-0933))، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع إذا لم تتلق الأدوية المطلوبة عبر البريد في هذا الإطار الزمني. قد يكون للأعضاء خيار الاشتراك في خدمة التوصيل المطلوبة عبر البريد المحمية.

مقدمو خدمات الرعاية الصحية الآخرون هم متعاقدون مستقلون وليسوا وكلاء أو موظفين في Aetna. لا يمكن ضمان توفر أي مقدم خدمة معين، كما أن تكوين شبكة مقدمي الخدمات عرضت للتغيير.

نمتثل لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا نقوم بالتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس، ولا نستبعد الأشخاص أو نعاملهم بشكل مختلف بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. إذا كنت تتحدث لغة أخرى غير الإنجليزية، فستكون خدمات مساعدة اللغات متوفرة لك مجاناً. تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني، أو اتصل برقم الهاتف المدرج في هذه المادة أو رقم الهاتف الموجود على بطاقة معرف المزايا الخاصة بك.

بالإضافة إلى ذلك، توفر خطتنا الصحية مساعدات وخدمات مساعدة مجانية عند الضرورة لضمان حصول الأشخاص ذوي الإحتياجات الخاصة على فرصة متساوية للتواصل معنا بشكل فعال. تقدم خطتنا الصحية أيضاً خدمات المساعدة اللغوية مجاناً للأشخاص ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية. إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فقم بزيارة موقعنا الإلكتروني، أو اتصل برقم الهاتف المدرج في هذه المادة أو على بطاقة معرف المزايا الخاصة بك.

إذا كنت تعتقد أننا لم تنجح في توفير هذه الخدمات أو قامنا بالتمييز بطريقة أخرى على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس، يمكنك تقديم شكوى إلى قسم التظلمات لدينا (اكتب إلى العنوان المدرج في دليل التغطية الخاص بك). يمكنك أيضاً تقديم شكوى عبر الهاتف عن طريق الاتصال برقم هاتف خدمة العملاء المدرج على بطاقة تعريف المزايا الخاصة بك (TTY: 711). إذا كنت بحاجة للمساعدة في التقدم بشكوى، فاتصل بقسم خدمة العملاء على رقم الهاتف الموجود على بطاقة تعريف المزايا الخاصة بك.

ويمكنك أيضاً تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية لدى U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة، مكتب الحقوق المدنية) على https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf

كيف نحمي خصوصيتك

ما هي المعلومات الشخصية — وما هي ليست كذلك

نعني بـ "المعلومات الشخصية" المعلومات التي يمكن استخدامها لتحديد هويتك. يمكن أن تتضمن معلومات مالية وصحية. لا تشمل ما يمكن للعامة رؤيته بسهولة. على سبيل المثال، يمكن لأي شخص الاطلاع على ما تغطيه خطتك.

كيف نحصل على معلومات عنك

نحصل على معلومات عنك من العديد من المصادر، بما في ذلك أنت. كما نحصل على معلومات من صاحب العمل أو شركات التأمين الأخرى أو مقدمي الرعاية الصحية مثل الأطباء.

عندما تكون المعلومات خاطئة

هل تعتقد أن هناك شيئًا خاطئًا أو مفقودًا في معلوماتك الشخصية؟ يمكنك أن تطلب منا إجراء تغييرات. ينص القانون على أنه يجب علينا القيام بذلك في الوقت المناسب. إذا لم نوافق على تغييرك، يمكنك تقديم التماس. تتوفر معلومات حول كيفية تقديم التماس على الموقع الإلكتروني للأعضاء. أو يمكنك الاتصال بالرقم المجاني الموجود على بطاقة الهوية الخاصة بك.

كيف نستخدم هذه المعلومات

عندما يسمح لنا القانون، نستخدم معلوماتك الشخصية داخل شركتنا وخارجها. ينص القانون على أننا لسنا بحاجة إلى الحصول على موافقتك عندما نفعل ذلك. قد نستخدمها لرعايتك الصحية أو نستخدمها لإدارة خططنا. قد نستخدم أيضًا معلوماتك عندما ندفع المطالبات أو نعمل مع شركات تأمين أخرى لدفع المطالبات. قد نستخدمها لاتخاذ قرارات الخطة، أو لإجراء عمليات التدقيق، أو لدراسة جودة عملنا. وهذا يعني أننا قد نشارك معلوماتك مع الأطباء أو أطباء الأسنان أو الصيدليات أو المستشفيات أو غيرهم من مقدمي الرعاية. يجوز لنا أيضًا مشاركتها مع شركات التأمين أو البائعين أو المكاتب الحكومية أو المسؤولين الآخرين. ولكن بموجب القانون، يجب على جميع هذه الأطراف الحفاظ على خصوصية معلوماتك.

عندما نحتاج إلى إذنك

هناك أوقات نحتاج فيها إلى إذن منك للإفصاح عن المعلومات الشخصية. تم شرح ذلك في إخطار ممارسات الخصوصية الخاص بنا، والذي دخل حيز التنفيذ في 10 أكتوبر 2020. يوضح هذا الإخطار كيفية استخدامنا لمعلوماتك الصحية المحمية (PHI) أو الإفصاح عنها:

- لأغراض تعويض العمال
- حسبما يقتضي القانون
- الأشخاص الذين لقوا حتفهم
- التبرع بالأعضاء
- للوفاء بالتزاماتنا بالوصول الفردي والامتثال لقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة والإنفاذ

للحصول على نسخة من هذا الإخطار، ما عليك سوى زيارة الموقع الإلكتروني لأعضائنا أو الاتصال بالرقم المجاني الموجود على بطاقة الهوية الخاصة بك.

إدراج متعدد اللغات خدمات المترجم الفوري متعدد اللغات

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-463-0933. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-463-0933. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-463-0933。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-463-0933。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-463-0933. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-463-0933. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-463-0933. sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpflichtplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-463-0933. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-463-0933. 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-463-0933. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-463-0933. سيفوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-463-0933 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-463-0933. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-463-0933. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-463-0933. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-463-0933. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-463-0933. にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hawaiian: He kōkua māhele 'ōlelo kā mākou i mea e pane 'ia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au lapa'au paha. I mea e loa'a ai ke kōkua māhele 'ōlelo, e kelepona mai iā mākou ma 1-855-463-0933. E hiki ana i kekahi mea 'ōlelo Pelekānia/'Ōlelo ke kōkua iā 'oe. He pōmaika'i manuahi kēia.

Y0001_NR_30475b_2023_C

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

إدراج متعدد اللغات خدمات المترجم الفوري متعدد اللغات اللغات الإضافية

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-463-0933. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Amharic: የጤና ወይም የመድኃኒት ዕቅዶችንን በሚመለከት ሊኖርዎ ስለሚችል ማንኛውም ጥያቄዎች መልስ ለመስጠት ነፃ የአስተርጓሚ አገልግሎት አለን። አስተርጓሚ ለማግኘት፣ ይደውሉልን በ 1-855-463-0933 ። አማርኛ መናገር የምችል ሰው እርስዎን መርዳት ይችላል ይህ ነፃ አገልግሎት ነው።

Urdu: ہمارے ہیلتھ یا ڈرگ پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت ترجمان کی خدمات ہیں مترجم حاصل کرنے کے لیے بس ہمیں کال کریں 1-855-463-0933 ۔ کوئی جو بولتا ہے اردو آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔ یہ ایک مفت سروس ہے۔

Farsi (Persian): ما خدمات مترجم شفاهی رایگان داریم تا به هر سؤالی که ممکن است در مورد طرح سلامت یا داروی خود داشته باشید، پاسخ دهیم. برای دسترسی به مترجم شفاهی، فقط با شماره 1-855-463-0933 تماس بگیرید. کسی که حرف به زبان فارسی حرف میزند میتواند به شما کمک کند. این خدمات رایگان است.

Dari: ما خدمات رایگان ترجمان داریم تا به هر سوال که شما ممکن است در مورد طرح صحت یا دوی خود داشته باشید جواب دهیم. برای دریافت ترجمان صرف با شماره 1-855-463-0933 با ما تماس بگیرید. کسی که به دری صحبت میکند، میتواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

Pashto: موږ د ژباړونکي وړيا خدمتونه لرو ترڅو زموږ د روغتيا يا درملو پلان په اړه هري پوښتنې ته ځواب ووايي. د ژباړونکي ترلاسه کولو لپاره موږ ته په 1-855-463-0933 شمېرې زنگ ووهئ. هغه څوک چې په پښتو خبرې کوي کولای شي چې له تاسو سره مرسته وکړي. دا يو وړيا خدمت دی.

Telugu: మా ఆరోగ్యం మరియు ఔషధ ప్రణాళిక గురించి మీకు ఏవైనా ప్రశ్నలు ఉంటే సమాధానం ఇవ్వడానికి మా వద్ద ఉచిత వ్యాఖ్యాత సేవలు ఉన్నాయి. వ్యాఖ్యాతను పొందడానికి మాకు ఇక్కడ కాల్ చేయండి 1-855-463-0933. ఆ భాష మాట్లాడే ఎవరో ఒకరు మీకు సహాయం చేయవచ్చు. ఇది ఉచిత సేవ.

Nepali: हाम्रो स्वास्थ्य वा औषधि योजनाको बारेमा तपाईंमा हुन सक्ने कुनै पनि प्रश्नहरूको जवाफ दिन हामीसँग निःशुल्क अनुवाद सेवाहरू छन्। दोभाषे प्राप्त गर्न केवल हामीलाई यहाँ फोन गर्नुहोस् 1-855-463-0933। नेपाली भाषा बोल्नेले तपाईंलाई मद्दत गर्न सक्छ। यो निःशुल्क सेवा हो।

Bengali: আমাদের স্বাস্থ্য কিংবা ঔষধের পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার যেকোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমরা বিনামূল্যে অনুবাদক পরিষেবা প্রদান করে থাকি। একজন অনুবাদক পাওয়ার জন্য কেবল 1-855-463-0933 নম্বরে ফোন করুন। বাংলা ভাষায় কথা বলে এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। এই পরিষেবার জন্য আপনাকে কোনো অর্থ প্রদান করতে হবে না।

Igbo: Anyị nwere ọrụ onye nsụgharị n'efu ga-aza ajuju inwere ike inwe gbasara atụmatụ ahụike na ọgwụ anyị. Iji nweta onye nsụgharị naanị kpọọ anyị na 1-855-463-0933. Onye na-asụ Igbo ga-enyere gi aka. Nke a bụ ọrụ n'efu.



CardinalCare
Virginia's Medicaid Program

Medicare and Medicaid Working Together

خدمات أعضاء Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP)

الطريقة	خدمات الأعضاء - معلومات الاتصال
الاتصال	1-855-463-0933، أو الرقم الموجود على بطاقة هوية عضويتك المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا وحتى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع. كما يتوفر لدى "خدمات الأعضاء" خدمات المترجمين الفوريين المجانية المتاحة لمن لا يتحدثون الإنجليزية.
الهاتف النصي	711 المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا وحتى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
المراسلة الكتابية	Aetna Better Health of Virginia Aetna Duals COE Member Correspondence PO Box 982980 El Paso, TX 79998
موقع الويب	 انتقل إلى AetnaBetterHealth.com/ أو امسح هذا الرمز ضوئيًا باستخدام هاتفك الذكي لزيارة موقعنا الإلكتروني.

20240829