

فهم خطط ميزات برنامج Medicare



يُخبرك هذا الكتيب الحكومي الرسمي بما يلي:

- كيف تختلف خطط ميزات برنامج Medicare عن خطة برنامج Medicare الأصلية
- كيف تعمل خطط ميزات برنامج Medicare
- كيف يمكنك الاشتراك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare



”لا تُعد وثيقة ”فهم خطط ميزات برنامج Medicare“ وثيقة قانونية. يرد الدليل القانوني الرسمي لبرنامج Medicare في القوانين ذات الصلة واللوائح والقرارات.

تصف المعلومات الواردة في هذا الكتيب برنامج Medicare في الوقت الذي تم طباعته فيه قد تحدث تغييرات بعد الطباعة. تفضل بزيارة Medicare.gov، أو اتصل على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE للحصول على أحدث المعلومات. يستطيع مستخدموا الهاتف النصي الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.



المحتويات

- 4 مقدمة
- 5 ما هي الفروق بين خطة برنامج Medicare الأصلية وخطة
مميزات برنامج Medicare؟
- 9 ما هي خطط ميزات برنامج Medicare؟
- 9 كيف تعمل خطط ميزات برنامج Medicare؟
- 9 ما الذي تغطيه؟
- 10 ما هي التكاليف التي أتحملها؟
- 12 من يمكنه الاشتراك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare؟
- 12 متى يمكنني الاشتراك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare
أو تبديلها أو إيقافها؟
- 13 كيف يمكنني الاشتراك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare؟
- 14 هل يمكنني الاشتراك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare إذا كنت
أعاني من مرض الفشل الكلوي في مرحلته النهائية (ESRD)؟
- 15 أنواع خطط ميزات برنامج Medicare؟
- 24 مقارنة خطط ميزات برنامج Medicare جنبًا إلى جنب.
- 25 ماذا يحدث إذا كنت أمتلك بوليصة التأمين التكميلي لبرنامج Medicare
المعروفة باسم (Medigap)؟
- 26 أين يمكنني الحصول على المزيد من المعلومات؟

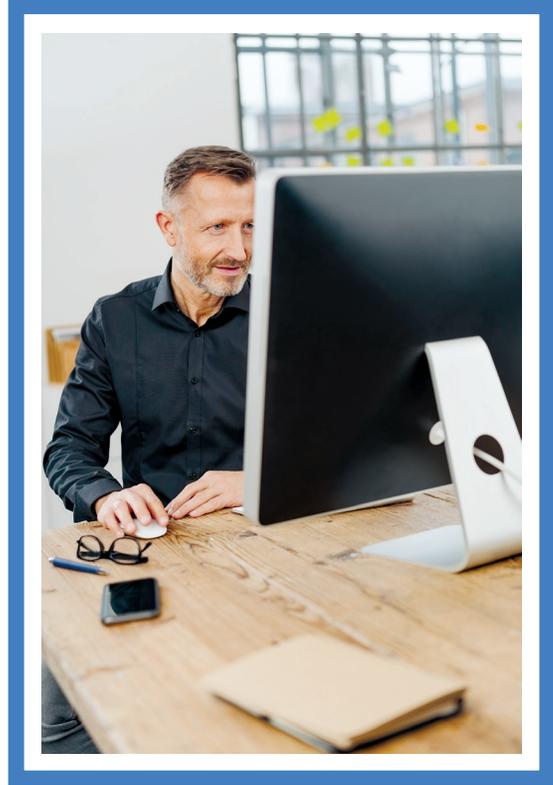
عند اشتراكك للمرة الأولى في برنامج Medicare وفي أوقات معينة من العام (مثل خلال فترة فتح باب الاشتراك)، يمكنك اختيار كيفية حصولك على تغطية برنامج Medicare.

لديك طريقتين رئيسيتين للحصول على تغطية برنامج Medicare:

- تشمل خطة برنامج Medicare الأصلية خطة خدمات الجزء "أ" من برنامج Medicare (تأمين المستشفيات) وخطة خدمات الجزء "ب" من برنامج Medicare (التأمين الطبي). إذا كنت تريد تغطية العقاقير، يمكنك الاشتراك في خطة عقاقير وصفات طبية منفصلة من خطط Medicare (الجزء "د").
- تُعد خطة ميزات برنامج Medicare (المعروفة باسم "الجزء د") خطة شاملة بديلة لخطة برنامج Medicare الأصلية. تشمل هذه الخطة "المجموعة" كلاً من الجزء "أ"، والجزء "ب" و عادةً ما تشمل الجزء "د"، كذلك. كما أنها توفر مزايا إضافية لا توفرها خطة برنامج Medicare الأصلية.

تؤثر قراراتك الخاصة بخطة التأمين الصحي من برنامج Medicare على مقدار ما تدفعه مقابل التغطية التأمينية، والخدمات التي تحصل عليها، والاختصاصات الطبية التي يمكنك الحصول على الخدمات فيها، وجودة الرعاية الصحية المقدمة لك.

من خلال التعرف على خيارات تغطية Medicare الخاصة بك، والحصول على المساعدة من الأشخاص الذين تثق بهم، ومقارنة الخطط المختلفة، يمكنك فهم جميع الخيارات المتاحة أمامك.



ما هي الفروق بين خطة برنامج Medicare الأصلية وخطة ميزات برنامج Medicare؟

خطة ميزات برنامج Medicare (المعروفة أيضاً باسم خطة الجزء "ج")

تُعد خطة ميزات برنامج Medicare بمثابة خطة "شاملة" بديلة لخطة برنامج Medicare الأصلية. تشمل هذه الخطة "المجموعة" كلاً من خطة الجزء "أ" وخطة خدمات الجزء "ب" وعادةً خطة خدمات الجزء "د".

قد تتسم هذه الخطة بتكاليف تُدفع من الجيب أقل من تلك الخاصة بخطة Medicare الأصلية.

في معظم الحالات، سوف يتعين عليك استخدام خدمات الأطباء المتاحين في شبكة خطتك.

تقدم معظم الخطط مزايا إضافية لا توفرها خطة برنامج Medicare الأصلية - مثل خدمات رعاية العيون والأذن والشم والاسنان وغيرها.



الجزء "أ"



الجزء "ب"

تشمل معظم الخطط:



الجزء "د"

المزايا الإضافية

كما تشمل بعض الخطط:

تكاليف تُدفع من الجيب أقل

خطة برنامج Medicare الأصلية

تشمل خطة برنامج Medicare الأصلية خطة خدمات الجزء "أ" من برنامج Medicare (تأمين المستشفيات) وخطة خدمات الجزء "ب" من برنامج Medicare (التأمين الطبي).

إذا كنت تريد تغطية العفاقر، يمكنك الاشتراك في إحدى خطط الجزء "د" المنفصلة.

للمساعدة في دفع التكاليف التي تتكبدها من جيبك في خطة برنامج Medicare الأصلية (مثل مبلغ المشاركة التأميني البالغ نسبته 20%)، يمكنك أيضاً البحث عن تغطية تأمينية تكميلية وشرائها.

يمكنك الحصول على خدمات أي طبيب أو مستشفى تتعاون مع برنامج Medicare في أي مكان داخل الولايات المتحدة.



الجزء "أ"



الجزء "ب"

يمكنك إضافة:



الجزء "د"

كما يمكنك أيضاً إضافة:



تغطية تكميلية

(تشمل بعض الأمثلة التغطية من خلال بوليصة التأمين التكميلي لبرنامج Medicare المعروفة باسم (Medigap)، أو التغطية من قبل نقابة أو جهة عمل سابقة.)

خطة برنامج Medicare الأصلية مقارنةً بخطة ميزات Medicare

اختيار الطبيب والمستشفى

خطة برنامج Medicare الأصلية	Original Medicare
في معظم الحالات، سيكون عليك الحصول على خدمات الأطباء المشمولين في شبكة الخطة (بالنسبة للرعاية الصحية في غير حالات الطوارئ أو الحالات الحرجة). اسأل أطباءك عما إذا كانوا يشاركون في أي من خطط ميزات برنامج Medicare الأصلية.	يمكنك الحصول على خدمات أي طبيب أو مستشفى تتعاون مع برنامج Medicare في أي مكان داخل الولايات المتحدة.
قد تحتاج إلى إحالة للذهاب إلى طبيب أخصائي.	في معظم الحالات لن تحتاج إلى إحالة للذهاب إلى طبيب أخصائي.

التكاليف

خطة برنامج Medicare الأصلية	Original Medicare
تتباين التكاليف التي تُدفع من الجيب - قد تشمل الخطط على نفقات تُدفع من الجيب أقل لبعض الخدمات.	بالنسبة للخدمات المشمولة بالتغطية في خطة الجزء "ب"، فإنك تدفع عادةً 20% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare بعد دفعك المبلغ المقتطع الخاص بك.
قد تدفع قسطاً تأمينياً لهذه الخطة بالإضافة إلى قسط تأميني شهري للجزء "ب". (تشتمل معظم الخطط على تغطية عقاقير الوصفات الطبية). قد تشمل الخطط على قسط تأميني بقيمة 0 دولار أو قد تساعد في دفع جميع أقساط تأمين الجزء "ب" الخاصة بك أو جزء منها.	تدفع قسط تأميني (مدفوعات شهرية) لخدمات الجزء "ب". في حال اختيارك شراء تغطية عقاقير الوصفات الطبية (الجزء "د")، فسوف تدفع قسط التأمين الخاص بتلك الخطة بشكل منفصل.
يكون للخطط حد سنوي للتكاليف التي تُدفع من الجيب عن الخدمات المشمولة بالتغطية من Medicare في الجزء "أ" والجزء "ب". وبمجرد أن تبلغ حد خطتك فيما يتعلق بالتكاليف التي تُدفع من الجيب، لن تدفع أي شيء في مقابل الخدمات المشمولة ضمن تغطية الجزء "أ" والجزء "ب" لبقية العام.	لا يوجد حد سنوي للتكاليف التي تُدفع من الجيب ما لم تكن تمتلك تغطية تكميلية (مثل بوليصة Medigap).
لا يمكنك شراء أو استخدام تغطية تكميلية منفصلة.	يمكنك الحصول على تغطية تكميلية (مثل بوليصة Medigap) للمساعدة في دفع التكاليف التي تُدفع من الجيب المتبقية عليك (مثل مبلغ المشاركة التأميني الذي نسبته 20% المطلوب منك). أو يمكنك استخدام التغطية المقدمة من قبل نقابة أو جهة عمل سابقة، أو برنامج Medicaid.

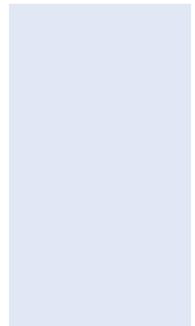
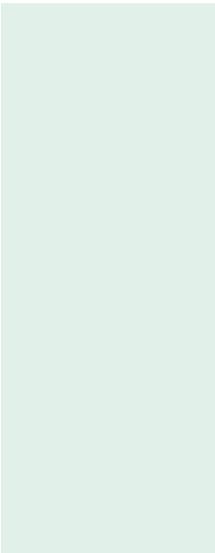
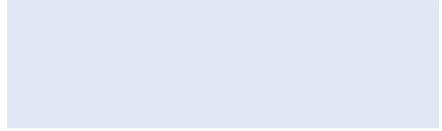
خطة برنامج Medicare الأصلية مقارنةً بخطة ميزات Medicare (تتمة)

التغطية

خطة برنامج Medicare الأصلية	Original Medicare
<p>جب أن تغطي الخطة جميع الخدمات اللازمة طبياً التي تغطيها خطة برنامج Medicare الأصلية. قد تقدم معظم الخطط مزايا إضافية لا تغطيها خطة برنامج Medicare الأصلية - مثل خدمات رعاية العيون والأذن والأسنان وغيرها. يمكن حالياً للخطط تغطية المزيد من هذه المزايا مقارنةً بما كانت تغطيه في الماضي.</p>	<p>تغطي خطة برنامج Medicare الأصلية معظم الخدمات والمستلزمات اللازمة طبياً في المستشفيات وعيادات الأطباء وأماكن الرعاية الصحية الأخرى.</p>
<p>تتوفر تغطية عقاقير الوصفات الطبية في معظم الخطط.</p>	<p>يمكنك الاشتراك في خطة عقاقير وصفات طبية منفصلة (الجزء "د") للحصول على تغطية للعقاقير.</p>
<p>في بعض الحالات، يكون عليك الحصول على تصديق بشأن بعض الخدمات أو المستلزمات مقدماً لكي يتم تغطيتها من خلال الخطة.</p>	<p>في معظم الحالات، لا يكون عليك الحصول على تصديق بشأن إحدى الخدمات أو المستلزمات مقدماً لكي يتم تغطيتها.</p>

السفر

خطة برنامج Medicare الأصلية	Original Medicare
<p>لا تشمل الخطط تغطية الرعاية الصحية خارج الولايات المتحدة الأمريكية بوجه عام. وكذلك لا تشمل الخطط تغطية الرعاية الصحية في غير حالات الطوارئ التي تتلقاها خارج شبكة خططتك.</p>	<p>لا يشمل خطة برنامج Medicare الأصلية تغطية الرعاية الصحية خارج الولايات المتحدة الأمريكية بوجه عام. ربما تستطيع شراء بوليصة Medigap والتي تغطي الرعاية خارج الولايات المتحدة الأمريكية.</p>



خطط ميزات برنامج Medicare

نظرة عامة

ما هي خطط ميزات برنامج Medicare؟

تُعد خطة ميزات برنامج Medicare بمثابة طريقة أخرى للحصول على تغطيتك من Medicare. تُقدّم خطط ميزات برنامج Medicare - التي تُسمى أحياناً "الجزء ج" أو "خطط MA" - من قِبل شركات خاصة معتمدة من Medicare والتي يجب عليها الالتزام بالقواعد التي حددها برنامج Medicare. في حال اشتراكك بإحدى خطط ميزات برنامج Medicare، سوف تستمر في الحصول على التغطية من Medicare إلا إنك سوف تحصل على معظم تغطية الجزء "أ" من Medicare (تأمين المستشفيات) والجزء "ب" من Medicare (التأمين الطبي) من خلال خطة ميزات برنامج Medicare، وليس خطة برنامج Medicare الأصلية.

كيف تعمل خطط ميزات برنامج Medicare؟

عندما تشترك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare، يدفع برنامج Medicare مبلغًا ثابتًا من أجل تغطيتك في كل شهر إلى الشركة التي تقدم خدمات تلك الخطة. يجب على هذه الشركات اتباع قواعد التغطية المحددة من قِبل برنامج Medicare. يتم إبرام عقودًا سنوية بشأن خطط ميزات برنامج Medicare مع Medicare. يجب على مقدمي الخطة إشعارك بأي تغييرات قبل بدء عام الاشتراك التالي.

في حال اشتراكك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare، سوف تتمتع بنفس الحقوق ووسائل الحماية جميعها التي قد تتمتع بها في خطة برنامج Medicare الأصلية.

مالذي تغطيه؟

تغطي خطط ميزات برنامج Medicare جميع خدمات الجزء "أ"، والجزء "ب". وعلى الرغم من ذلك، إذا كنت مشتركًا في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare، فإن خطة برنامج Medicare الأصلية سوف تواصل تغطية تكلفة رعاية المُحتَضَرين وبعض مزايا برنامج Medicare الجديدة وبعض التكاليف بشأن دراسات البحوث السريرية. وفي جميع أنواع خطط ميزات برنامج Medicare، سوف تحظى بتغطية الرعاية في حالات الطوارئ والحالات الحرجة.

تقدم بعض خطط ميزات برنامج Medicare تغطية إضافية، لخدمات رعاية مثل رعاية العيون والأذن والأسنان وخطط الصحة والعافية الأخرى. يكون للخطط حدًا سنويًا من المدفوعات التي تتحملها من التكاليف التي تُدفع من الجيب التي تتكبدها عن خدمات الجزء "أ"، والجزء "ب"، المشمولة بالتغطية. وبمجرد أن تبلغ حد خطتك فيما يتعلق بالتكليف التي تُدفع من الجيب، لن تدفع أي شيء في مقابل الخدمات المشمولة ضمن تغطية الجزء "أ"، والجزء "ب"، لبقية العام.

مالذي تغطيه؟ (تتمة)

تغطية عقاقير الوصفات الطبية

تشمل معظم خطط ميزات برنامج Medicare تغطية عقاقير الوصفات الطبية من Medicare (الجزء "د"). في بعض الأنواع من الخطط التي لا تشمل تغطية العقاقير (مثل خطط حسابات التوفير الطبية (Medical Savings Account) وبعض خطط الرسوم المدفوعة من الأموال الخاصة مقابل الخدمة (Private-Fee-for-Service)، يمكنك الاشتراك في خطة عقاقير وصفات طبية منفصلة من Medicare.

ملاحظة: إذا كنت مشتركاً في إحدى الخطط التي لا توفر تغطية العقاقير، ولم تكن مشتركاً في إحدى خطط عقاقير الوصفات الطبية من Medicare، ربما تدفع غرامة اشتراك متأخر إذا قررت الاشتراك في إحدى خطط تغطية عقاقير الوصفات الطبية من Medicare أو اشتركت في إحدى خطط تغطية العقاقير لاحقاً. تفضل زيارة www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/part-d-late-enrollment-penalty لمعرفة المزيد بشأن غرامة الاشتراك المتأخر للحصول على خدمات الجزء د.

ما هي التكاليف التي تحملها؟

في كل عام، تُحدد الخطط المبالغ التي يتم تقاضيها للأقساط التأمينية والمبالغ المقطوعة والخدمات. تحدد الخطة (بدلاً من Medicare) مقدار ما تدفعه مقابل الخدمات المغطاة التي تحصل عليها. قد يتغير مقدار ما تدفعه مرة واحدة في السنة، في يوم 1 يناير.

ينبغي عليك دفع قسط تأمين خدمات الجزء "ب". في العام 2019، يبلغ القسط التأميني القياسي لخدمات الجزء "ب" 135.50 دولار (أو أعلى بناءً على دخلك). بعض الأشخاص الذين يحظون بمزايا الضمان الاجتماعي يدفعون أقل (130 دولار في المتوسط).

عندما حسابك التكاليف التي تُدفع من الجيب في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare، بالإضافة إلى قسطك التأميني والمبلغ المقطوع والمدفوعات المشتركة ومبلغ المشاركة التأميني، ينبغي عليك أيضاً أن تأخذ ما يلي بعين الاعتبار:

- نوع خدمات الرعاية التي تحتاج إليها وعدد مرات الحصول عليها.
- ما إذا كنت تذهب إلى طبيب أو مزود خدمة يقبل التكاليف. ويعني التكاليف أن طبيبك أو مزود الخدمات أو المورد الخاص بك يوافق (أو ملتزم قانوناً) بقبول المبلغ المعتمد من Medicare كمدفوعات كاملة للخدمات المشمولة بالتغطية.
- ما إذا كانت الخطة تقدم مزايا إضافية تتطلب قسطاً تأمينياً إضافياً.
- ما إذا كان لديك اشتراك في برنامج Medicaid أو تحصل على المساعدة من الولاية بشأن تكاليف الرعاية الصحية.

ما هي التكاليف التي أتحملها؟ (تتمة)

ما هو الفرق بين المبلغ المقتطع، ومبلغ المشاركة التأميني والمدفوعات المشتركة؟

المبلغ المقتطع - المبلغ الذي يجب عليك دفعه مقابل الرعاية الصحية أو الوصفات الطبية قبل أن تبدأ خطة برنامج Medicare الأصلية أو خطة عقاقير الوصفات الطبية أو خطة تأمينية أخرى في الدفع.

مبلغ المشاركة التأميني - مبلغ قد تلتزم بدفعه كحصة من التكاليف مقابل الخدمات بعد أن تدفع أي مبلغ مقتطعة. عادةً ما يكون مبلغ المشاركة التأميني بمثابة نسبة مئوية (على سبيل المثال، 20%).

المدفوعات المشتركة - مبلغ قد تلتزم بدفعه كحصة من تكاليف الخدمات أو المستلزمات الطبية، مثل زيارة الطبيب أو دخول المستشفى أو زيارة العيادات الخارجية أو عقاقير الوصفات الطبية. وعادةً ما تكون المدفوعات المشتركة مبلغ محددة بدلاً من النسب المئوية. على سبيل المثال، قد تدفع 10 دولارات أو 20 دولار مقابل زيارة الطبيب أو عقاقير الوصفات الطبية.

المزيد من تفاصيل التكاليف لكل خطة

في حال اشتراكك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare، قم بمراجعة هذه الإشعارات التي تحصل عليها من خطتك كل عام:

- **”الإشعار السنوي بالتغيير“ (ANOC).** يتضمن أي تغييرات تطرأ على التغطية والتكاليف ومنطقة الخدمة وغيرها والتي يبدأ سريانها اعتبارًا من شهر يناير. سوف ترسل لك خطتك نسخة مطبوعة بحلول يوم 30 سبتمبر.
- **”إثبات التغطية“ (EOC).** يعطيك تفاصيل عما تغطيه خطتك، ومقدار ما تدفعه، وما إلى ذلك. سوف ترسل لك خطتك إشعارًا (أو نسخة مطبوعة) بحلول 15 أكتوبر، والذي سوف يتضمن معلومات حول كيفية الحصول على إثبات التغطية إلكترونيًا أو طلب نسخة مطبوعة.

القرارات التنظيمية

يمكنك الحصول على قرار من خطتك مقدمًا لمعرفة ما إذا كانت الخدمات أو العقاقير أو المستلزمات مشمولة بالتغطية. كما يمكنك أيضًا معرفة مقدار المبلغ الذي ينبغي عليك دفعه. ويسمى ذلك **”القرار التنظيمي“**. أحيانًا ينبغي عليك القيام بذلك كتصديق مسبق على توفير الخدمات أو العقاقير أو المستلزمات المراد تغطيتها.

يمكنك أو ممثلك أو طبيبك طلب قرار تنظيمي. كما يُتاح أمامك أيضًا خيار طلب قرار سريع، بناءً على احتياجاتك الصحية. في حال كانت خطتك لا توفر التغطية، فيجب على الخطة أن تخبرك بذلك خطيًا، ويكون لك الحق حينها في الطعن على ذلك.

إذا قام مزود الخطة بإحالتك إلى مزود خارج الشبكة من أجل الحصول على الخدمة، إلا أنه لم يحصل على قرار تنظيمي مقدمًا، فإن ذلك يسمى **”رعاية موجهة من قبل الخطة“**. في معظم الحالات لن تضطر لدفع أكثر من المشاركة في التكاليف المعتادة الخاصة بالخطة. راجع الأمر مع مزود خطتك للمزيد من المعلومات بشأن هذه الحماية.

من يمكنه الاشتراك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare؟

يمكنك الاشتراك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare في الحالات التالية:

- إذا كنت مشتركاً في الجزء "أ" والجزء "ب"
- إذا كنت تعيش في منطقة خدمة الخطة
- إذا كنت مواطناً أمريكياً، أو تحمل الجنسية الأمريكية، أو تعيش في الولايات المتحدة الأمريكية بصورة قانونية.
- إذا لم تكن تعاني من مرض الفشل الكلوي في مرحلته النهائية، فيما عدا ما هو موضح في الصفحة رقم 14.

ماذا يحدث إذا كنت أحظى بتغطية أخرى؟

تحدث إلى جهة عملك، أو نقابتك أو مسؤول المزايا الآخر بشأن القواعد الخاصة بهم قبل الاشتراك في خطة ميزات برنامج Medicare. في بعض الحالات، إذا اشتركت في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare، قد يظل بإمكانك الاستمرار في استخدام التغطية المتاحة من خلال جهة عملك أو نقابتك جنباً إلى جنب مع خطة ميزات برنامج Medicare. في حالات أخرى، قد يؤدي الاشتراك في خطة ميزات برنامج Medicare إلى فقدان تغطية جهة عملك أو نقابتك لنفسك أو لزوجك أو المُعالين لديك.

متى يمكنني الاشتراك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare أو تبديلها أو إيقافها الخطط؟

لا يجوز لك الاشتراك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare أو تبديلها أو إيقافها إلا في أثناء فترات الاشتراك التالية:

- **فترة الاشتراك الأولية** - عندما تكون أولاً مؤهلاً لخطط برنامج Medicare، يمكنك الاشتراك خلال فترة الاشتراك الأولية. وتكون تلك الفترة هي الـ 7 أشهر التي تبدأ قبل 3 أشهر من بلوغك سن الـ 65، متضمنة الشهر الذي تبلغ فيه سن الـ 65 وتنتهي بعد 3 أشهر من بلوغك سن الـ 65.
- إذا قمت بالاشتراك خلال الثلاثة أشهر الأولى من فترة الاشتراك الأولية الخاصة بك - في معظم الحالات - فإن تغطيتك تبدأ من اليوم الأول في شهر ميلادك. وعلى الرغم من ذلك، إذا كان يوم ميلادك هو اليوم الأول من الشهر، فإن تغطيتك سوف تبدأ من اليوم الأول في الشهر السابق لشهر ميلادك.
- إذا قمت بالاشتراك في الشهر الذي تبلغ فيه سن الـ 65 أو في أثناء الـ 3 أشهر لفترة الاشتراك الأولية الخاصة بك، فسوف يتم تأخير يوم بدء التغطية الخاصة بك.
- **فترة الاشتراك العامة** - إذا كنت تحظى بتغطية الجزء "أ"، وحصلت على الجزء "ب" للمرة الأولى في أثناء فترة الاشتراك العام (في الفترة من 1 يناير إلى 31 مارس من كل عام)، يمكنك كذلك الاشتراك في خطة ميزات برنامج Medicare في ذلك الوقت. قد لا تبدأ تغطيتك حتى يوم 1 يوليو.
- **فترة الاشتراك المفتوحة** - فيما بين 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر، يستطيع أي شخص مع Medicare الاشتراك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare أو تبديلها أو إيقافها. سوف تبدأ تغطيتك في يوم 1 يناير، طالما أن الخطة تلقت طلبك بحلول يوم 7 ديسمبر.

ملاحظة: في بعض

المواقف (مثل الانتقال إلى مكان آخر)، قد يمكنك الاشتراك في إحدى الخطط أو تبديلها أو إيقافها في أوقات أخرى.

متى يمكنني الاشتراك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare أو تبديلها أو إيقافها؟ (تتمة)

هل يمكنني إجراء تغييرات على تغطيتي بعد يوم 7 ديسمبر؟

في الفترة من 1 يناير إلى 31 مارس من كل عام، يمكنك إجراء هذه التغييرات في أثناء فترة الاشتراك المفتوحة لخطّة ميزات برنامج Medicare:

- إذا كنت مشتركًا في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare (التي تشمل تغطية العقاقير أو التي لا تشملها)، يمكنك التبديل إلى إحدى خطط ميزات برنامج Medicare الأخرى (التي تشمل تغطية العقاقير أو التي لا تشملها).
 - يمكنك إيقاف خطة ميزات برنامج Medicare الخاصة بك والعودة إلى خطة برنامج Medicare الأصلية. كما يمكنك أيضًا الاشتراك في إحدى خطط تغطية عقاقير الوصفات الطبية من Medicare.
- في أثناء تلك الفترة لا تستطيع القيام بما يلي:
- التبديل من خطة برنامج Medicare الأصلية إلى إحدى خطط ميزات برنامج Medicare.
 - الاشتراك في إحدى خطط تغطية عقاقير الوصفات الطبية من Medicare إذا كنت مشتركًا في خطة برنامج Medicare الأصلية.
 - التبديل من إحدى خطط تغطية عقاقير الوصفات الطبية من Medicare إذا كنت مشتركًا في خطة برنامج Medicare الأصلية.

لا يمكنك إجراء سوى تغييرًا واحدًا في أثناء تلك الفترة، وأي تغيير تجريبه سوف يسرى اعتبارًا من اليوم الأول في الشهر التالي لتلقي الخطة لطلبك. إذا كنت عائدًا إلى خطة برنامج Medicare الأصلية وتريد الاشتراك في خطة العقاقير، فإنك لا تحتاج إلى الاتصال بخطة ميزات برنامج Medicare لإلغاء الاشتراك. سوف يحدث إلغاء الاشتراك تلقائيًا عند اشتراكك في خطة العقاقير.

ملاحظة: إذا قمت بالاشتراك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare في أثناء فترة الاشتراك الأولية الخاصة بك، يمكنك التبديل إلى إحدى خطط ميزات برنامج Medicare الأخرى (التي تشمل تغطية العقاقير أو التي لا تشملها) أو العودة إلى خطة برنامج Medicare الأصلية (التي تشمل خطة تغطية العقاقير أو التي لا تشملها) خلال الـ 3 أشهر الأولى من حصولك على Medicare.

ماذا يحدث إذا كان لدي حالة صحية قائمة مسبقًا؟

يمكنك الاشتراك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare حتى إذا كنت تعاني من حالة صحية قائمة مسبقًا، فيما عدا الفشل الكلوي في مرحلته النهائية، حيث توجد له قواعد خاصة. هل يمكنني الاشتراك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare إذا كنت أعاني من مرض الفشل الكلوي في مرحلته النهائية؟ في الصفحة رقم 14.

كيف يمكنني الاشتراك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare؟

لا تعمل جميع خطط ميزات برنامج Medicare بنفس الأسلوب. قبل اشتراكك، يمكنك مقارنة الخطط الصحية من Medicare في منطقتك من خلال زيارة [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare). بمجرد أن تتفهم قواعد البرنامج وتكاليفه، استخدم إحدى هذه الطرق للاشتراك:

كيف يمكنني الاشتراك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare؟ (تتمة)

- تفضل زيارة الباحث في خطط Medicare على [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) و البحث باستخدام الرمز البريدي للعثور على إحدى الخطط. كما يمكنك أيضًا تسجيل الدخول للحصول على نتائج مخصصة. إذا كان لديك أسئلة بشأن خطة معينة، حدد "تفاصيل الخطة" للحصول على معلومات الاتصال بمقدم الخطة.
 - املاً نموذج الاشتراك الورقي. اتصل بمقدم الخطة للحصول على نموذج الاشتراك، واملأه وأعدّه إلى مقدم الخطة. يجب أن تقدم جميع الخطط هذا الخيار
 - اتصل بنا على رقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يستطيع مستخدموا الهاتف النصي الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.
- عند اشتراكك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare، ينبغي لك تقديم هذه المعلومات من بطاقة Medicare الخاصة بك:
- رقم Medicare الخاص بك
 - تاريخ بدء تغطية الجزء أ و/أو الجزء ب الخاصة بك.

تذكر أنه عند اشتراكك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare - في معظم الحالات - يجب عليك استخدام البطاقة من خطة ميزات برنامج Medicare للحصول على الخدمات المغطاة من Medicare. قد يُطلب منك إظهار بطاقتك الحمراء والبيضاء والزرقاء من Medicare من أجل الحصول على بعض الخدمات.

هل يمكنني الاشتراك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare إذا كنت أعاني من مرض الفشل الكلوي في مرحلته النهائية (ESRD)؟

- إذا كنت تعاني من مرض الفشل الكلوي في مرحلته النهائية، لا يمكنك الاشتراك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare إلى في المواقف المحددة التالية:
- إذا كنت مشتركًا بالفعل في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare عند إصابتك بمرض الفشل الكلوي في مرحلته النهائية، يمكنك الإبقاء على خطتك أو قد يمكنك الاشتراك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare الأخرى التي تقدمها نفس الشركة.
 - إذا كنت مشتركًا في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare، وانتهت الخطة من البرنامج أو لم تعد توفر التغطية في منطقتك، يُتاح لك الحق لمرة واحدة في الاشتراك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare الأخرى.
 - إذا كنت تحظى بخطة تغطية تأمين صحي من خلال جهة عمل أو نقابة أو تغطية تأمين صحي أخرى من خلال إحدى الشركات التي تقدم واحدة أو أكثر من خطط ميزات برنامج Medicare، قد يمكنك الاشتراك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare.
 - إذا تقرر طبيًا أنك لم تعد تُعاني من مرض الفشل الكلوي في مرحلته النهائية (على سبيل المثال، أجريت عملية زرع كلى ناجحة)، قد يمكنك الاشتراك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare.
 - قد يمكنك الاشتراك في خطة الاحتياجات الخاصة من Medicare والتي تغطي الأشخاص المصابين بمرض الفشل الكلوي في مرحلته النهائية إذا كان أحدها متاحًا في منطقتك.

للمزيد من المعلومات، يمكنك زيارة [Medicare.gov/Publications](https://www.Medicare.gov/Publications) - للاطلاع على كتيب "تغطية Medicare لخدمات غسل الكلى وزراعة الكلى".

ملاحظة:

اعتبارًا من العام 2021، سوف يتمكن الأشخاص ممن يعانون من مرض الفشل الكلوي في مرحلته النهائية من الاشتراك في خطط ميزات برنامج Medicare بدون تلك القيود.

أنواع خطط ميزات برنامج Medicare

توجد أنواع مختلفة من خطط ميزات برنامج Medicare:

- خطط منظمة المحافظة على الصحة (HMO) انظر الى الصفحات 15-16.
 - خطط منظمة مزودي الرعاية الصحية المفضلين (PPO): (انظر الى الصفحة رقم 17)
 - خطط الرسوم المدفوعة من الأموال الخاصة مقابل الخدمة (Private Fee-for-Service (PFFS)) انظر الى الصفحات 18-19.
 - خطط الاحتياجات الخاصة (SNPs): انظر الى الصفحات 20-21.
 - خطط حساب التوفير الطبي (MSA): انظر الى الصفحات 22-23.
- قد تحتوي المنطقة التي تعيش فيها على جميع هذه الأنواع أو بعضها أو لا تحتوي على أي منها. علاوة على ذلك، قد تتوفر خطط متعددة في منطقتك من نفس النوع، إذا اختارت الشركات الخاصة تقديمها. لمعرفة خطط ميزات برنامج Medicare المتاحة لك، تفضل بزيارة [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare).

خطط منظمة المحافظة على الصحة (HMO)

تُعد خطة منظمة المحافظة على الصحة (HMO) بمثابة أحد أنواع خطط ميزات برنامج Medicare والتي عادةً ما تقدم تغطية خدمات الرعاية الصحية من أطباء أو أخصائيين أو مستشفيات في شبكة الخطة، باستثناء الرعاية في حالات الطوارئ والحالات الحرجة. تُعد الشبكة بمثابة مجموعة من الأطباء والمستشفيات والمنشآت الطبية التي تتعاقد مع مقدم الخطة لتقديم الخدمات. كما تطلب منك معظم خطط منظمة المحافظة على الصحة (HMO) أيضاً الحصول على إحالة من طبيب رعايتك الأساسي إلى الرعاية المتخصصة، ومن ثم يتم التنسيق لرعايتك.

هل أستطيع الحصول على رعايتي الصحية من أي طبيب، أو أي من مزودي الرعاية الصحية الآخرين، أو أي المستشفيات؟

في خطط منظمة المحافظة على الصحة (HMO)، يجب عليك بوجه عام الحصول على رعايتك وخدماتك من الأطباء أو المستشفيات في شبكة الخطة، (باستثناء الرعاية في حالات الطوارئ، والرعاية في الحالات الحرجة خارج المنطقة، أو غسل الكلى خارج المنطقة)

أنواع خطط ميزات برنامج Medicare (تتمة)

(تتمة) خطط منظمة المحافظة على الصحة (HMO)

سوف تدفع أقل إذا ذهبت إلى الأطباء واستخدمت المرافق الطبية المتوفرة في شبكة خطتك. إذا حصلت على الرعاية الصحية خارج شبكة الخطة، فقد تدفع التكلفة بالكامل. من المهم أن تتبع قواعد الخطة، مثل الحصول على الاعتماد المسبق لبعض الخدمات عند الحاجة إليها. في معظم الحالات، ينبغي لك اختيار طبيب رعاية أساسي. وبعض الخدمات - مثل تصوير الثدي بالأشعة السينية سنويًا - لا تستلزم إحالة. إذا ترك طبيبك أو مزود الرعاية الصحية الآخر شبكة الخطة، فسوف تبلغك خطتك بذلك. يجوز لك اختيار طبيب آخر في شبكة الخطة.

تُعد خطط نقاط خدمة منظمة المحافظة على الصحة (HMOPOS) بمثابة خطط منظمة المحافظة على الصحة (HMO) التي قد تسمح لك بالحصول على بعض الخدمات من خارج الشبكة مقابل مدفوعات مشتركة أو مبلغ مشاركة تأميني أعلى. من المهم أن تتبع قواعد الخطة، مثل الحصول على الاعتماد المسبق لبعض الخدمات عند الحاجة إليها.

يكون لجزء نقطة الخدمة من الخطة مبلغ مقتطع منفصل. يكون للرعاية التي تتلقاها من شبكة مزودي الخدمات عبر خطة منظمة المحافظة على الصحة (HMO) مبلغ مقتطع مختلف عن مبلغ الرعاية التي تتلقاها من خارج الشبكة من خلال نقطة الخدمة. يجب أن تصل إلى كلا المبلغين المقتطعين بصورة منفصلة.

هل تُعد عقاقير الوصفات الطبية مشمولة بالتغطية؟

في معظم الحالات، تُشمل عقاقير الوصفات الطبية بالتغطية في خطط منظمة المحافظة على الصحة (HMO) من Medicare. إذا كنت تريد تغطية عقاقير الوصفات الطبية، يجب عليك الاشتراك في إحدى خطط منظمة المحافظة على الصحة (HMO) التي تشمل تغطية عقاقير الوصفات الطبية. في حال اشتراكك في إحدى خطط HMO والذي لا يشمل تغطية عقاقير الوصفات الطبية، يمكنك الاشتراك خطة عقاقير وصفات طبية من Medicare منفصلة (الجزء "د").

أنواع خطط ميزات برنامج Medicare (تتمة)

خطط منظمة مزودي الرعاية الصحية المفضلين (PPO)

تُعد خطة منظمة مزودي الرعاية الصحية المفضلين (PPO) بمثابة إحدى خطط ميزات برنامج Medicare التي تمتلك شبكة أطباء رعاية أساسية وأخصائيين ومستشفيات يمكنك الذهاب إليها. كما يمكنك أيضًا أن تختار الذهاب إلى أي طبيب، أو متخصص أو مستشفى ليست في قائمة الخطة (خارج الشبكة)، ولكنها سوف تكلفك أكثر دومًا. ولأن بعض الأطباء يُعدون "مفضلين" (كما يشير الاسم)، يمكنك توفير المال عن طريق استخدام خدماتهم.

هل أستطيع الحصول على رعايتي الصحية من أي طبيب، أو أي من مزودي الرعاية الصحية الآخرين، أو أي المستشفيات؟

في بعض الحالات، يمكنك الحصول على رعايتك الصحية من أي طبيب، أو أي مزود رعاية صحية آخر، أو مستشفى في خطط منظمة مزودي الرعاية الصحية المفضلين (PPO).

تضم خطط منظمة مزودي الرعاية الصحية المفضلين (PPO) شبكة من الأطباء ومزودي الرعاية الصحية الآخرين، والمستشفيات. تعطيك كل خطة خيار الذهاب إلى الأطباء أو الأخصائيين أو المستشفيات غير الموجودين في قائمة الخطة، إلا أن الأمر سوف يكلفك أقل دومًا إذا ذهبت إلى أحد مزودي الخدمة الذين هم من داخل الشبكة.

يمكنك تلقي الرعاية من المتخصصين دون إحالة أو تصريح مسبق من طبيب آخر. إذا استخدمت خدمات الأخصائيين التابعين للخطة، سوف تكون تكاليفك مقابل الخدمات المغطاة أقل عادةً مقارنة باستخدام خدمات أخصائيين غير تابعين للخطة.

هل تُعد عقاقير الوصفات الطبية مشمولة بالتغطية؟

في معظم الحالات، تُشمل عقاقير الوصفات الطبية بالتغطية في خطط منظمة مزودي الرعاية الصحية المفضلين (PPO). إذا كنت تريد تغطية عقاقير الوصفات الطبية، يجب عليك الاشتراك في إحدى خطط منظمة مزودي الرعاية الصحية المفضلين (PPO) التي تشمل تغطية عقاقير الوصفات الطبية. في حال اشتراكك في إحدى خطط PPO والذي لا يشمل تغطية العقاقير، يمكنك الاشتراك في خطة منفصلة من خطط عقاقير الوصفات الطبية من Medicare (الجزء "د").

أنواع خطط ميزات برنامج Medicare (تتمة)

خطط الرسوم المدفوعة من الأموال الخاصة مقابل الخدمة (Private Fee-for-Service (PFFS))

تُعد أي من خطط الرسوم المدفوعة من الأموال الخاصة مقابل الخدمة (Private Fee-for-Service (PFFS)) بمثابة نوع آخر من خطة ميزات برنامج Medicare التي تقدمها أي من شركات التأمين الصحي الخاصة. تختلف خطة الرسوم المدفوعة من الأموال الخاصة مقابل الخدمة (PFFS) عن خطة برنامج Medicare الأصلية أو خطة التأمين التكميلي لبرنامج Medicare المعروفة باسم (Medigap).

هل أستطيع الحصول على رعايتي الصحية من أي طبيب، أو أي من مزودي الرعاية الصحية الآخرين، أو أي المستشفيات؟

يمكنك الذهاب إلى أي مزود خدمة معتمد من برنامج Medicare مثل طبيب أو مزود رعاية صحية آخر أو مستشفى طالما أنهم يقبلون أحكام الدفع الخاصة بالخطة ويوافقون على معالجتك. إذا اشتركت في إحدى خطط الرسوم المدفوعة من الأموال الخاصة مقابل الخدمة (PFFS) التي تمتلك شبكة مزودي خدمات، يمكنك أيضًا الذهاب إلى أي من مزودي الخدمات في الشبكة ممن وافقوا على معالجة أعضاء شبكة الخطة على الدوام. كما يمكنك أيضًا أن تختار أحد الأطباء أو المستشفيات أو مزودي الخدمات الآخرين من خارج الشبكة الذين يقبلون شروط الخطة، ولكنك قد تدفع أكثر في تلك الحالة.

قبل حصولك على أي خدمة، اسأل طبيبك أو مستشفى ما إذا كان يمكنهم الاتصال بمقدم الخطة لمعرفة معلومات الدفع وقبول شروط الدفع الخاصة بالخطة. إذا أصبحت بحاجة إلى رعاية حالات الطوارئ، فإنها تكون مشمولة بالتغطية سواء كان المزود يقبل شروط الدفع الخاصة بالخطة من عدمه.

إذا كان مزود الخدمات الخاص بك يوافق على شروط وأحكام الدفع الخاصة بالخطة

يجب على المزود اتباع شروط الدفع وأحكامه الخاصة بالخطة، ويُرسَل الفاتورة إلى مقدم الخطة عن الخدمات التي يقدمها لك. وعلى الرغم من ذلك، يستطيع المزود أن يقرر في كل زيارة ما إذا كان يقبل الخطة ويوافق على معالجتك من عدمه.

أنواع خطط ميزات برنامج Medicare (تتمة)

خطط الرسوم المدفوعة من الأموال الخاصة مقابل الخدمة (Private Fee-for-Service) (PFFS)

إذا كان مزود الخدمات الخاص بك لا يوافق على شروط الدفع وأحكامه الخاصة بالخطوة
لا يلتزم المزود بتقديم الخدمات لك فيما عدا في حالات الطوارئ، وسوف تحتاج إلى العثور على مزود آخر ممن يقبل خطة الرسوم المدفوعة من الأموال الخاصة مقابل الخدمة (PFFS).
إذا قرر المزود معالجتك، فإنه لا يجوز له عندئذٍ تقاضي أموال منك؛ ويجب عليه أن يرسل الفاتورة إلى مقدم الخطة نظير الخدمات المغطاة المقدمة لك. ليس عليك سوى دفع المدفوعات المشتركة أو مبلغ المشاركة التأميني الذي تسمح به الخطة في مقابل أنواع الخدمات التي تتلقاها في وقت الخدمة. قد ينبغي عليك دفع مبلغ إضافي (حتى 15% إضافية) إذا كانت الخطة تسمح للمزودين بإصدار "فاتورة توازن" (عندما يحاسبك المزود على الفرق بين رسوم المزود والمبلغ المسموح به).

هل تُعد عقاقير الوصفات الطبية مشمولة بالتغطية؟

يجوز تغطية عقاقير الوصفات الطبية في خطة الرسوم المدفوعة من الأموال الخاصة مقابل الخدمة (PFFS). إذا كنت تريد تغطية عقاقير الوصفات الطبية من Medicare، وكانت الخطة توفرها، فيجب أن تتلقى تغطية عقاقير الوصفات الطبية من Medicare من خلال هذه الخطة.
إذا كانت خطة الرسوم المدفوعة من الأموال الخاصة مقابل الخدمة (PFFS) لا توفر تغطية العقاقير، فيمكنك الاشتراك في إحدى خطط Medicare المنفصلة لتغطية عقاقير الوصفات الطبية (الجزء د) للحصول على التغطية.

أنواع خطط ميزات برنامج Medicare (تتمة)

خطط الاحتياجات الخاصة (SNPs)

تقدم خطة الاحتياجات الخاصة (SNP) مزايا وخدمات للأشخاص الذين يعانون من أمراض معينة أو لديهم احتياجات رعاية صحية معينة أو يحصلون على دخول محدودة. تقوم خطط الاحتياجات الخاصة (SNPs) بتخصيص مزاياها، وخيارات المزودين، وأنماط تغطية عقاقير الوصفات الطبية من أجل أفضل تلبية لاحتياجات المجموعات التي تخدمها.

تغطي خطط الاحتياجات الخاصة (SNPs) نفس الخدمات Medicare التي تغطيها جميع خطط ميزات برنامج Medicare. أيضًا قد تغطي خطط الاحتياجات الخاصة (SNPs) من Medicare خدمات إضافية مخصصة من أجل المجموعات التي تخدمها. على سبيل المثال، إذا كان لديك حالة مزمنة حادة، مثل السرطان أو نوبة قلبية مزمنة ويلزمك الإقامة في المستشفى، قد تغطي خطة SNP أيامًا إضافية في المستشفى.

قد تتأهل لإحدى خطط الاحتياجات الخاصة إذا كنت تعيش في منطقة خدمة الخطة وتستوفي أحد المتطلبات التالية:

- كنت تعاني من أحد الأمراض المزمنة كإحدى الحالات المذكورة أدناه (وتسمى أيضًا حالة SNP مزمنة أو C-SNP):

- إدمان الكحول والمواد الأخرى
- أمراض المناعة الذاتية
- السرطان (فيما عدا حالات ما قبل السرطان)
- أمراض القلب والأوعية
- نوبات القلب المزمنة
- الخَرَف
- مرض السكري
- مرض الكبد في مرحلته النهائية
- مرض الفشل الكلوي في مرحلته النهائية والذي يستلزم الغسيل (أي من أنظمة الغسيل)
- اضطرابات الدم الحادة
- مرض نقص المناعة المكتسبة / الإيدز
- أمراض الرئة المزمنة
- حالات الإعاقة العقلية المزمنة
- الأمراض العصبية
- السكتة الدماغية

أنواع خطط ميزات برنامج Medicare (تنمة)

(تنمة) خطط الاحتياجات الخاصة (SNP)

- كنت تعيش في إحدى المؤسسات الرعاية (مثل دار رعاية)، أو كنت بحاجة إلى الرعاية التمريضية في المنزل (وهو ما يُسمى أيضاً بخطة الاحتياجات الخاصة المؤسسية (Institutional SNP) أو (I-SNP).
 - كنت مشتركاً في كل من Medicare و Medicaid (وهو ما يسمى أيضاً باسم خطة الاحتياجات الخاصة مزدوجة الأهلية (Dual Eligible SNP) أو (D-SNP).
- تُقتصر كل خطة من خطط الاحتياجات الخاصة عضويتها على الأشخاص من إحدى تلك المجموعات، أو على مجموعة فرعية من إحدى هذه المجموعات. لا يمكنك الإبقاء على الاشتراك في إحدى خطط الاحتياجات الخاصة إلى إذا كنت تستوفي الشروط الخاصة التي تنص عليها الخطة.
- هل أستطيع الحصول على رعايتي الصحية من أي طبيب، أو أي من مزودي الرعاية الصحية الآخرين، أو أي المستشفيات؟**

يجب عليك بوجه عام الحصول على رعايتك وخدماتك من الأطباء أو مزودي الرعاية الصحية الآخرين أو المستشفيات المتضمنين في شبكة الخطة، (باستثناء الرعاية في حالات الطوارئ، والرعاية في الحالات الحرجة خارج المنطقة، أو غسل الكلى خارج المنطقة).

في معظم الحالات، قد تطلب منك خطط الاحتياجات الخاصة (SNPs) الحصول على طبيب رعاية أساسي، أو قد تُلزمك الخطة بالعثور على منسق رعاية للمساعدة في توفير رعايتك الصحية. يُعد منسق الرعاية بمثابة أحد الأشخاص الذين يساعدون في التأكيد على أن الأشخاص يحصلون على الرعاية والمعلومات الصحيحتين. على سبيل المثال، قد تستخدم خطة الاحتياجات الخاصة للأشخاص المصابين بمرض السكري منسق رعاية لمساعدة الأعضاء على مراقبة مستوى السكر في الدم لديهم واتباع النظام الغذائي الخاص بهم.

توفر خطط الاحتياجات الخاصة (SNPs) أخصائيين في الأمراض أو الحالات المرضية التي تؤثر على الأعضاء. وبوجه عام، يجب عليك تلقي الرعاية والخدمات من أطباء أو مستشفيات في شبكة الخطة، باستثناء ما يلي:

- عند حاجتك للرعاية في حالات الطوارئ والحالات الحرجة، مثل الرعاية التي تتلقاها عند إصابتك بمرض أو جرح مفاجئ مما يستلزم رعاية طبية فورية
- إذا كنت تعاني من مرض الفشل الكلوي في مرحلته النهائية وكنت بحاجة إلى غسيل كلوي خارج المنطقة

هل تُعد عقاقير الوصفات الطبية مشمولة بالتغطية؟

يجب أن توفر جميع خطط الاحتياجات الخاصة (SNPs) تغطية عقاقير الوصفات الطبية (الجزء د)

أنواع خطط ميزات برنامج Medicare (تتمة)

خطط حساب التوفير الطبي (MSA)

تجمع خطط حساب التوفير الطبي (MSA) خطة تأمينية مرتفعة المبلغ المقتطع مع حساب توفير طبي يمكنك استخدامه لدفع مقابل تكاليف رعايتك الصحية.

1. **خطة رعاية صحية مرتفعة المبلغ المقتطع:** يُعد الجزء الأول من إحدى خطط حساب التوفير الطبي (MSA) بمثابة نوع خاص من خطة ميزات برنامج Medicare مرتفع المبلغ القابل للخصم. تبدأ الخطة في تغطية تكاليفك بمجرد أن تصل إلى مبلغ مقتطع سنوي ما مرتفع، والذي يختلف تبعًا للخطة.
2. **خطط حساب التوفير الطبي (MSA)** يُعد الجزء الثاني من إحدى خطط حساب التوفير الطبي (MSA) بمثابة نوع خاص حسابات التوفير. يتم من خلال خطة حساب التوفير الطبي (MSA) إيداع أموال في حسابك. يمكنك اختيار استخدام الأموال من حساب التوفير ذلك من أجل سداد تكاليف رعايتك الصحية قبل الوصول إلى المبلغ القابل للخصم.

بالإضافة إلى خدمات الجزء أ والجزء ب من Medicare والتي يجب أن تغطيها جميع خطط حساب التوفير الطبي (MSA)، تُغطي بعض خطط حساب التوفير الطبي (MSA) مزايا إضافية مقابل تكاليف إضافية، مثل:

- طب الأسنان
- الإبصار
- الرعاية طويلة الأجل غير المغطاة من Medicare

هل أستطيع الحصول على رعايتي الصحية من أي طبيب، أو أي من مزودي الرعاية الصحية الآخرين، أو أي المستشفيات؟

من خلال خطة حساب التوفير الطبي (MSA)، يمكنك اختيار خدمات رعايتك الصحية ومزودها.

هل تُعد عقاقير الوصفات الطبية مشمولة بالتغطية؟

إذا اشتركت في إحدى خطط حساب التوفير الطبي، سوف تحتاج إلى الاشتراك في إحدى خطط تغطية عقاقير الوصفات الطبية من Medicare لتلقي تغطية العقاقير.

وعلى الرغم من ذلك، إذا اشتركت في إحدى خطط حساب التوفير الطبي وكان لديك بوليصة Medigap ذات تغطية عقاقير بالفعل (توفر بعض البوليصات المُباعة قبل 1 يناير 2006 تغطية عقاقير)، يمكنك الاستمرار في استخدام هذه التغطية للدفع في مقابل عقاقيرك.

بمجرد أن تقرر أي من خطط حساب التوفير الطبي تريد، ينبغي عليك الاتصال بمقدم الخدمة للحصول على معلومات الاشتراك والانضمام. بمجرد اشتراكك في الخطة، سوف يخبرك مقدم الخطة بطريقة إنشاء حساب في أحد البنوك الذي يحدده مقدم الخطة. يجب عليك إنشاء هذا الحساب حتى يستطيع مقدم الخطة متابعة اشتراكك. بعد أن تتلقى خطابًا من مقدم الخطة يخبرك بموعد بدء تغطيتك:

أنواع خطط ميزات برنامج Medicare (تتمة)

(تتمة) خطط حساب التوفير الطبي (MSA)

1. يمنح برنامج Medicare الخطة مبلغًا من المال في كل عام من أجل رعايتك الصحية.
2. تودع الخطة المال في حسابك نيابة عنك. لا يمكنك إيداع أموالك الخاصة.
3. يمكنك استخدام المال الموجود في حسابك لسداد تكاليف رعايتك الصحية، بما في ذلك تكاليف الرعاية الصحية غير المغطاة من Medicare. عندما تستخدم أموال الحساب لخدمات الجزء "أ"، والجزء "ب"، المغطاة من برنامج Medicare، فإنها تحتسب من المبلغ المقتطع الخاص بخططك.
4. إذا استخدمت جميع الأموال الموجودة في حسابك وكان لديك تكاليف إضافية للرعاية الصحية، فينبغي عليك أن تدفع من خلال التكاليف التي تُدفع من الجيب عن الخدمات المغطاة من Medicare حتى تصل إلى المبلغ المقتطع الخاص بخططك.
5. في أثناء الفترة التي تدفع فيها من نفقات الجيب في مقابل الخدمات قبل أن تصل إلى المبلغ القابل للخصم، لا يجوز للأطباء والمزودين الآخرين محاسبتك بأكثر من المبلغ المعتمد من Medicare.
6. بعد أن تصل إلى المبلغ المقتطع، سوف تغطي خططك خدماتك المغطاة من Medicare.
7. تظل الأموال المتبقية في حسابك في نهاية العام كما هي في حسابك، ويجوز استخدامها من أجل تكاليف الرعاية الصحية في الأعوام المقبلة. إذا أبقيت على نفس خطة حساب التوفير الطبي (MSA) في العام التالي، سوف تُضاف الوديعة الجديدة إلى أي مبلغ متبقى.

خطط حساب التوفير الطبي وضرائبك

إذا استخدمت أموال من حسابك، وجب عليك إدراج نموذج إقرار ضريبة الدخل 8853 مع المعلومات الخاصة بكيفية استخدامك للأموال الموجودة في حسابك عند تقديمك للملف الضريبي.

في كل عام، ينبغي عليك الحصول على نموذج 1099-SA من بنكك والذي يتضمن جميع عمليات السحب من حسابك. ينبغي عليك إثبات أنه لديك مصروفات طبية مؤهلة بقيمة هذا المبلغ على الأقل، أو سوف تُلزم بدفع الضرائب وغرامات أخرى.

للاطلاع على قائمة الخدمات والمنتجات التي تُعد مثابة مصروفات مؤهلة طبيًا والمعلومات الضريبية الأخرى، تفضل بزيارة [irs.gov/forms-pubs/about-publication-969](https://www.irs.gov/forms-pubs/about-publication-969) للحصول على نسخة مجانية من منشور خدمة الإيرادات الداخلية رقم 969 للعام الذي تقدم فيه من أجل الحصول على معلومات بشأن النموذج الضريبي 8853.

اتصل بمستشارك المالي الشخصي (إذا كان لديك أحدهم) للمشورة والنصيحة حول كيفية أن اختيار إحدى خطط حساب التوفير الطبي (MSA) قد يؤثر على موقفك المالي.

مقارنة خطط ميزات برنامج Medicare جنبًا إلى جنب

يوضح المخطط أدناه المعلومات الأساسية حول كل نوع من أنواع خطط ميزات برنامج Medicare.

MSA	SNP	PFFS	PPO	HMO	
لا ليس عليك أن تدفع قسط شهري، ولكنك سوف تستمر في دفع القسط الشهري للجزء ب.	نعم يجوز دفع قسط التأمين بالإضافة إلى قسط الجزء ب.	نعم يجوز دفع قسط التأمين بالإضافة إلى قسط الجزء ب.	نعم يجوز دفع قسط التأمين بالإضافة إلى قسط الجزء ب.	نعم يجوز دفع قسط التأمين بالإضافة إلى قسط الجزء ب.	قسط التأمين هل ينبغي لي دفع قسط شهري؟
لا سوف يجب عليك الاشتراك في إحدى خطط تغطية عقاقير الوصفات الطبية من Medicare. إذا كان لديك بوليصة Medigap شاملة، تغطية العقاقير بالفعل، يمكنك الاستمرار في استخدام هذه التغطية للدفع في مقابل أدويةك.	نعم يجب أن توفر جميع خطط الاحتياجات الخاصة (SNPs) تغطية عقاقير الوصفات الطبية.	عادةً في حال اشتراكك في إحدى خطط PFFS والذي لا يشمل تغطية العقاقير، يمكنك الاشتراك في خطة عقاقير الوصفات الطبية من Medicare.	عادةً في حال اشتراكك في إحدى خطط منظمة مزودي الرعاية الصحية المفضلين (PPO) التي لا تشمل تغطية العقاقير، يمكنك الاشتراك في خطة عقاقير وصفات طبية من Medicare منفصلة.	عادةً في حال اشتراكك في إحدى خطط منظمة المحافظة على الصحة (HMO) التي لا تشمل تغطية العقاقير، يمكنك الاشتراك في خطة عقاقير وصفات طبية من Medicare منفصلة.	العقاقير هل تقدم الخطة تغطية عقاقير الوصفات الطبية؟
نعم تتمتع بالمرونة في اختيار خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك ومزودها.	لا وبوجه عام، يجب عليك تلقي رعايتك وخدماتك من أطباء ومستشفيات في شبكة خطط SNP (باستثناء الرعايات في حالات الطوارئ والحالات الحرجة، أو إذا كنت تعاني مرض الفشل الكلوي في مرحلته النهائية وكنت بحاجة إلى الغسيل الكلوي خارج المنطقة).	نعم يمكنك الذهاب إلى أي طبيب، أو أي مزود رعاية صحية آخر، أو مستشفى معتمد من Medicare يقبل شروط الدفع الخاصة بالخطة ويوافقون على معالجتك. إذا كانت الخطة توفر شبكة مزودي خدمات، يمكنك استخدام أي من مزودي الخدمات في الشبكة (في حال ذهابك إلى أحد مزودي الخدمات من خارج الشبكة ممن يقبلون أحكام الخطة، فقد تدفع مبلغًا أكبر).	نعم توفر كل خطة شبكة أطباء ومستشفيات ومزودي خدمات آخرين يمكنك الذهاب إليهم. يجوز لك الذهاب إلى خارج شبكة مزودي خدمات الخطة، إلا أن تكاليفك قد تصبح أعلى.	ربما جب عليك بوجه عام الحصول على رعايتك وخدماتك من الأطباء أو مزودي الرعاية الصحية الآخرين أو المستشفيات في شبكة الخطة، (باستثناء الرعايات في حالات الطوارئ، والرعايات في الحالات الحرجة، أو غسل الكلى خارج المنطقة). في خطط نقاط خدمة منظمة المحافظة على الصحة (HMO)، قد يمكنك الحصول على بعض الخدمات خارج الشبكة في مقابل مدفوعات مشتركة أو مبلغ مشاركة تأميني أعلى.	مزودي الخدمات هل يمكنني استخدام أي طبيب أو مستشفى ممن يقبلون Medicare للخدمات المغطاة؟
لا	ربما	ربما قد تتنوع الخطط.	لا	نعم	الإحالة هل أحتاج إلى إحالة من طبيبي للذهاب إلى متخصص؟

ماذا يحدث إذا كنت أمتك بوليصة التأمين التكميلي لبرنامج Medicare المعروفة باسم (Medigap)؟

لا تعمل بوليصات Medigap مع خطط ميزات برنامج Medicare. إذا كان لديك بوليصة Medigap وقمت بالاشتراك في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare، فقد تُلزم بإيقاف بوليصة Medigap. لا يمكنك استخدام بوليصة Medigap لدفع المدفوعات المشتركة لخطة ميزات برنامج Medicare، أو المبالغ القابلة للخصم أو الأقساط.

إذا رغبت بإلغاء بوليصة Medigap الخاصة بك، اتصل بشركة التأمين التي تقدم بوليصتك. **في حال إلغائك لبوليصة Medigap، قد لا تستطيع الحصول على مثلتها، أو في بعض الحالات، أي بوليصة Medigap مجدداً.** إذا كنت بالفعل مشتركاً في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare، فإنه من المخالف للقانون أن يبيعك أحدهم بوليصة Medigap إلا إذا كنت بصدد العودة إلى خطة برنامج Medicare الأصلية.

إذا انضمت إلى إحدى خطط ميزات برنامج Medicare للمرة الأولى ورأيت أن الخطة ليست ملائمة بالنسبة لك، يكون لك حينئذ الحق الخاص (والذي يُسمى "الحق التجريبي") لشراء بوليصة Medigap. تمتلك هذا الحق إذا رجعت إلى خطة برنامج Medicare الأصلية خلال 12 شهر من وقت الاشتراك.

- إذا كان لديك بوليصة Medigap قبل اشتراكك، قد يمكنك الحصول على نفس البوليصة مجدداً إذا كانت الشركة ما زالت تبيعها. إذا لم تكن متاحة، يمكنك شراء بوليصة Medigap أخرى.
- لن توفر بوليصة Medigap تغطية عقاقير الوصفات الطبية حتى وإن كنت مشتركاً فيها من قبل، إلا أنه يمكنك الاشتراك في إحدى خطط تغطية عقاقير الوصفات الطبية من Medicare.
- إذا انضمت إلى إحدى خطط ميزات برنامج Medicare عندما كنت مؤهلاً للمرة الأولى لخطط من Medicare، يمكنك اختيار أي بوليصة Medigap متاحة في ولايتك.

اعتباراً من 1 يناير 2010، لن يُسمح لخطط بوليصة Medigap المُباعة للأشخاص الجدد في Medicare بتغطية المبلغ القابل للخصم للجزء ب. ونظراً إلى ذلك، لن تتوفر الخطط "ج" و "و" للأشخاص المتأهلين حديثاً في Medicare في تاريخ 1 يناير 2020 أو بعده. إذا كنت مشتركاً في أي من هاتين الخططتين بالفعل (أو الإصدار ذو المبلغ المقتطع الأعلى من الخطة "و") أو كنت مشمولاً بالتغطية من خلال إحدى هذه الخطط قبل 1 يناير 2010، فسيكون بمقدورك الاحتفاظ بخطتك. إذا كنت مؤهلاً للاشتراك في برنامج Medicare قبل 1 يناير 2010، إلا أنك لم تشترك بعد، قد يمكنك شراء إحدى هذه الخطط.

أين يمكنني الحصول على المزيد من المعلومات؟

• الباحث في خطط Medicare

يُعد الباحث في خطط Medicare بمثابة أحد المصادر عبر الإنترنت لمساعدتك على مشاهدة جميع خيارات خطط الصحة العاقير المتاحة والمقارنة بينها. للعثور على الخطط المتاحة في منطقتك والمقارنة بينها، تفضل بزيارة الباحث في خطط Medicare على Medicare.gov/plan-compare والبحث بالرمز البريدي. كما يمكنك أيضًا تسجيل الدخول إلى حساب MyMedicare.gov - الخاص بك للحصول على نتائج مخصصة لك.

• 1-800-MEDICARE

يستطيع مركز اتصالات Medicare مساعدتك في بعض الاستفسارات بشأن الفواتير والمطالبات والسجلات الطبية والمصروفات وغيرها الكثير. اتصل على رقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يستطيع مستخدموا الهاتف النصي الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.

• خطط الولاية لمساعدات التأمين الصحي (SHIPs)

تُعد خطط الولاية لمساعدات التأمين الصحي (SHIPs) هي خطط الولاية التي تتلقى الأموال من الحكومة الفدرالية لإعطاء استشارات التأمين الصحي للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare دون تكلفة. لا ترتبط خطط الولاية لمساعدات التأمين الصحي (SHIPs) بأي شركة تأمين أو خطة تأمين صحي. يستطيع متطوعي خطط الولاية لمساعدات التأمين الصحي (SHIPs) مساعدتك بشأن الأسئلة والمخاوف التالية حول Medicare:

- حقوقك من برنامج Medicare
- مشكلات الفواتير
- الشكاوى الخاصة برعايتك الصحية أو علاجك
- خيارات الخطة
- كيف تعمل خطط Medicare مع خطط التأمين الأخرى
- العثور على المساعدة لسداد تكاليف الرعاية الصحية

يمكنك العثور على رقم الهاتف الخاص بخطط الولاية لمساعدات التأمين الصحي (SHIPs) عن طريق زيارة shiptacenter.org أو الاتصال على رقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يستطيع مستخدموا الهاتف النصي الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.

• خطط ميزات برنامج Medicare

اتصل بالخطط التي ترغب بها للحصول على معلومات تفصيلية بشأن التكاليف والتغطية.

وسائل الاتصال الميسرة لمراكز خدمات برنامجي Medicare و Medicaid

للمساعدة في ضمان حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على فرص متساوية للمشاركة في خدماتنا وأنشطتنا وخططنا وغيرها من الميزات، فإننا نوفر وسائل الاتصال في تنسيقات سهلة الوصول. توفر مراكز خدمات برنامجي Medicare و Medicaid مساعدات وخدمات معونة، بما في ذلك معلومات بصيغ سهلة الاستخدام مثل برايل، والمطبوعات الكبيرة وملفات البيانات/الصوتيات وخدمات الاعتمادية ومراسلات الهاتف النصي. إذا طلبت المعلومات بصيغة سهلة الاستخدام من مراكز خدمات برنامجي Medicare و Medicaid، لن تُحرَم منها جراء أي وقت إضافي يلزم لتوفيرها. وذلك يعني أنك سوف تحصل على وقت إضافي لاتخاذ أي إجراء إذا كان هناك أي تأخير في تنفيذ طلبك.

لطلب معلومات من Medicare أو Marketplace بصيغة سهلة الاستخدام يمكنك:

1. اتصل بنا على رقم:
بخصوص: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
TTY: 1-877-486-2048
2. راسلنا بالبريد الإلكتروني: إلى altformatrequest@cms.hhs.gov.
3. راسلنا بالفاكس: 1-844-530-3676
4. راسلنا بالبريد:

Centers for Medicare & Medicaid Services
Offices of Hearings and Inquiries (OHI)
7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-25
Baltimore, MD 21244-1850
Attn: Customer Accessibility Resource Staff

ينبغي أن يحتوي طلبك على اسمك، ورقم هاتفك، ونوع المعلومات التي تريد (إذا كانت معروفة)، والعنوان البريدي الذي ينبغي علينا إرسال المواد إليه. ربما نتصل بك لمزيد من المعلومات.

ملاحظة: إذا كنت مشتركاً في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare أو إحدى خطط تغطية عقاقير الوصفات الطبية من Medicare، اتصل بمقدم خطتك لطلب المعلومات الخاصة به بصيغة سهلة الاستخدام. أما بخصوص Medicaid، اتصل بمكتب الولاية أو مكتب Medicaid المحلي.

إشعار عدم التمييز

تستثني مراكز خدمات برنامجي Medicare و Medicaid أي مزايا أو ترفضها، أو بخلاف ذلك لا تمارس التمييز ضد أي شخص على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو الإعاقة أو الجنس أو السن في التقدم للحصول على الخدمات والمزايا أو المشاركة فيها أو تلقيها في أي من خططها وأنشطتها، سواء كان يتم تنفيذها بواسطة مراكز خدمات برنامجي Medicare و Medicaid مباشرة أو من خلال متعهد أو أي كيان آخر ممن تقوم مراكز خدمات برنامجي Medicare و Medicaid بالتنسيق معهم لتنفيذ خططها وأنشطتها.

يمكنك الاتصال بمراكز خدمات برنامجي Medicare و Medicaid بأي وسيلة من الوسائل الواردة في هذا الإشعار إذا كان لديك أي مخاوف بشأن الحصول على المعلومات بصيغة يمكنك استخدامها.

كما يمكنك أيضاً تقديم شكوى إذا كنت تعتقد أنك قد تعرضت للتمييز في إحدى خطط مراكز خدمات برنامجي Medicare و Medicaid، بما في ذلك مواجهة مشكلات في الحصول على المعلومات بصيغة سهلة الاستخدام من أي من خطط ميزات برنامج Medicare، أو إحدى خطط تغطية عقاقير الوصفات الطبية من Medicare، أو أحد مكاتب الولاية أو مكاتب Medicaid المحلية أو خطط Marketplace Qualified Health. تتوفر ثلاث طرق لرفع شكوى إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية:

1. عبر الإنترنت على [hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html)
2. عن طريق الهاتف: من خلال الاتصال على الرقم 1-800-368-1019. يستطيع مستخدموا الهاتف النصي الاتصال على رقم 1-800-537-7697.
3. عن طريق الخطابات النصية: يمكنك إرسال المعلومات الخاصة بشكواك إلى:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201



U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Centers for Medicare & Medicaid Services

7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

شركة رسمية

غرامة الاستخدام الخاص \$300

CMS Product No. 12026-Arabic

September 2019

Understanding Medicare Advantage Plans

- Medicare.gov
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
- TTY: 1-877-486-2048

