
OMB Approval 0938-1444 (تاريخ الانتهاء: 30 يونيو 2026)

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



**(خطة HMO D-SNP) التابعة لـ AmeriHealth Caritas VIP Care تقدمها شركة AmeriHealth
.Caritas Michigan Inc**

الإشعار السنوي بالتغييرات لعام 2026

مقدمة

أنت حاليًا مسجل كعضو في خطتنا. سيكون هناك بعض التغييرات على المزايا وتغطيتها وقواعدها وتكاليفها في العام القادم. يفيدك هذا الإشعار السنوي بالتغييرات وأين يمكنك العثور على مزيد من المعلومات عنها. للحصول على مزيد من المعلومات عن التكاليف أو المزايا أو القواعد، يُرجى مراجعة كتيب الأعضاء، الموجود على موقعنا الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الوارد أسفل الصفحة للحصول على نسخة بالبريد. تظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها حسب الترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب دليل الأعضاء الخاص بك.

الموارد الإضافية

- يتوفر هذا المستند مجانًا باللغتين العربية والإسبانية.
- يمكنك الحصول على هذا الإشعار السنوي بالتغييرات مجانًا بصيغ أخرى مثل المطبوعات بأحرف كبيرة، أو بطريقة برايل أو بصيغة صوتية. اتصل بالرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)،
- من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع.
- قد يُطلب منك ترك رسالة بعد ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والأعياد الفيدرالية. سيتم الرد على مكالمتك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.
- يمكنك طلب الحصول على هذا المستند الآن وفي المستقبل بتنسيق آخر بمجرد الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-888-667-0318 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، كما سنسألك عن تفضيلاتك أثناء مكالمات الترحيب وفي وقت لاحق من العام عندما نتواصل مع الخطة. ستقوم الخطة بحفظ طلبك والاستمرار في إرسال المستندات المستقبلية بالتنسيق المطلوب ما لم تطلب منا إلغاء الطلب أو تغييره. يمكنك إلغاء طلبك أو تغييره في أي وقت وذلك بمجرد الاتصال بخدمات الأعضاء. المكالمات مجانية.

جدول المحتويات

4	A. إخلاء المسؤولية
4	B. مراجعة تغطية (Medicaid) Michigan Medicaid و Medicare للعام القادم
4	B1. معلومات عن AmeriHealth Caritas VIP Care
4	B2. الأشياء الهامة التي يجب القيام بها
5	C. التغييرات على اسم خطتنا
6	D. التغييرات على مقدمي الخدمة والصيدليات في شبكتنا
6	E. التغييرات على المزايا والتكاليف للعام القادم
6	E1. التغييرات على مزايا الخدمات الطبية
20	E2. التغييرات على تغطية الأدوية
22	E3. المرحلة 1: "مرحلة التغطية الأولية"
25	E4. المرحلة 2: "مرحلة التغطية الكارثية"
25	F. التغييرات الإدارية
26	G. اختيار خطة
26	G1. البقاء في خطتنا
27	G2. تغيير الخطط
31	H. الحصول على المساعدة
31	H1. خطتنا
32	H2. برنامج MI Options
32	H3. أمين مظالم MICH
32	H4. Medicare
33	H5. Michigan Medicaid
34	H6. خطة دفع الوصفات الطبية لدى Medicare
34	H7. الموارد الإضافية

إذا كنت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY)

711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

A. إخلاء المسؤولية

يعد AmeriHealth Caritas VIP Care برنامج HMO D-SNP يتعاقد مع كل من Medicare و Michigan Medicaid لتقديم مزايا كلا البرنامجين للأعضاء. يعتمد التسجيل في AmeriHealth Caritas VIP Care على تجديد العقد.

B. مراجعة تغطية (Medicaid) Michigan Medicaid و Medicare للعام القادم

من المهم مراجعة تغطيتك الآن للتأكد من أنها ستظل تلي احتياجاتك في العام القادم. إذا لم تكن الخطة مناسبة لاحتياجاتك فيمكنك ترك خطتنا. يرجى الرجوع إلى القسم E لمزيد من المعلومات عن التغييرات التي تطرأ على المزايا التي لديك للعام القادم.

إذا اخترت مغادرة خطتنا، فستنتهي عضويتك في اليوم الأخير من الشهر الذي تم فيه تقديم طلبك. ستظل مشتركًا في برامج Medicare و Michigan Medicaid طالما كنت مؤهلاً لذلك.

إذا غادرت خطتنا، فيمكنك الحصول على معلومات عما يلي:

- خيارات Medicare في الجدول الموجود في القسم G2 "تغيير الخطط".
- برنامج Michigan Medicaid والخيارات في القسم G2 "تغيير الخطط".

B1. معلومات عن AmeriHealth Caritas VIP Care

- AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) عبارة عن خطة صحية تتعاقد مع كلاً من Medicare و Medicaid وكذلك Medicaid بغرض توفير مزايا كلا البرنامجين للأعضاء.
- عندما يذكر هذا الإشعار السنوي بالتغييرات "نحن" أو "لنا" أو "خاصتنا" أو "خطتنا"، فهو يعني AmeriHealth Caritas VIP Care.

B2. الأشياء الهامة التي يجب القيام بها

- تحقق مما إذا كانت هناك أي تغييرات في مزايانا والتكاليف قد تؤثر عليك.
 - هل هناك أي تغييرات تؤثر على الخدمات التي تستخدمها؟
 - راجع التغييرات التي تطرأ على المزايا والتكاليف للتأكد من أنها ستكون مناسبة لك في العام القادم.
 - يرجى الرجوع إلى القسم E1 للحصول على معلومات بشأن التغييرات على مزايا وتكاليف خطتنا.
- تحقق مما إذا كانت هناك أي تغييرات في تغطية الأدوية لدينا والتي قد تؤثر عليك.
 - هل سيتم تغطية أدويةك؟ هل هي في فئة مختلفة لمشاركة التكاليف؟ هل يمكنك استخدام نفس الصيدليات؟ هل سيكون هناك أي تغييرات مثل الموافقة المسبقة، أو العلاج التدريجي، أو حدود الكميات؟
 - راجع التغييرات للتأكد من أن تغطية الأدوية لدينا ستكون مناسبة لك في العام القادم.

0 يرجى الرجوع إلى القسم E2 للحصول على معلومات عن التغييرات التي طرأت على تغطية الأدوية لدينا.

0 ربما ارتفعت تكاليف أدويةك منذ العام الماضي.

— تحدث مع طبيبك بشأن البدائل الأقل تكلفة التي قد تكون متاحة لك، فقد يوفر لك ذلك في التكاليف السنوية التي تدفعها طوال العام.

— ضع في اعتبارك أن مزايا خطتك تحدد بالضبط مقدار التغيير الذي قد يحدث في تكاليف أدويةك.

• تأكد من أن مقدمي الخدمات والصيدليات لديك سيكونون ضمن شبكتنا العام القادم.

0 هل أطباؤك، بمن فيهم المتخصصون، ضمن شبكتنا؟ ماذا عن صيدليتك؟ ماذا عن المستشفيات أو مقدمي الخدمات الآخرين الذين تتعامل معهم؟

0 يرجى الرجوع إلى القسم D للحصول على معلومات عن دليل مقدمي الخدمات والصيدليات لدينا.

• فكر في إجمالي التكاليف التي ستحملها في الخطة.

0 كم ستفق من مالك على الخدمات والأدوية التي تستخدمها بانتظام؟

0 ما مدى مقارنة إجمالي التكاليف مع خيارات التغطية الأخرى؟

• فكر فيما إذا كنت راضيًا عن خطتنا.

إذا قررت تغيير خطتك:

إذا قررت أن هناك تغطية أخرى تلبي احتياجاتك بشكل أفضل، فقد تتمكن من تبديل الخطط (راجع القسم G2 لمزيد من المعلومات). إذا قمت بالتسجيل في خطة جديدة أو تغيير خطة Medicare الأصلية، فستبدأ تغطيتك الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي للتسجيل.

إذا قررت البقاء مع خطة AmeriHealth Caritas VIP Care:

إذا كنت ترغب في البقاء معنا في العام القادم فالأمر سهل - لا تحتاج إلى القيام بأي شيء. إذا لم تقم بإجراء أي تغيير، فستظل مسجلًا في خطة AmeriHealth Caritas VIP Care تلقائيًا.

C. التغييرات على اسم خطتنا

في 1 يناير 2026، سيتم تغيير اسم خطتنا من AmeriHealth Caritas VIP Care Plus إلى AmeriHealth Caritas VIP Care.

ستحصل على بطاقة عضوية جديدة بالبريد قبل 1 يناير 2026. ستحمل أي مواد خطة تتلقاها في المستقبل اسم الخطة الجديد.

D. التغييرات على مقدمي الخدمة والصيدليات في شبكتنا

تعتمد المبالغ التي تدفعها مقابل أدويةك على الصيدلية التي تستخدمها. لدى خطتنا شبكة من الصيدليات. في معظم الحالات، يتم تغطية تكاليف وصفاتك الطبية فقط إذا تم صرفها من إحدى صيدليات شبكتنا. تتضمن شبكتنا الصيدليات ذات المشاركة المفضلة في التكلفة، والتي قد تقدم لك مشاركة في التكلفة أقل من المشاركة القياسية في التكلفة التي تقدمها الصيدليات الأخرى في الشبكة لبعض الأدوية.

لقد تغيرت شبكات مقدمي الخدمات والصيدليات لدينا لعام 2026.

يرجى مراجعة دليل مقدمي الخدمات والصيدليات لعام 2026 لمعرفة ما إذا كان مقدمو الخدمات (مقدمو الرعاية الأولية والاختصاصيون إلخ) أو الصيدلية لديك ضمن شبكتنا. يوجد دليل محدث لمقدمي الخدمات والصيدليات على موقعنا الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi. كما يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الواردة أسفل الصفحة للحصول على معلومات محدثة عن مقدم الخدمة أو لطلب إرسال دليل مقدمي الخدمة والصيدليات إليك عبر البريد.

من المهم أن تعلم أننا قد نقوم أيضاً بإجراء تغييرات على شبكتنا خلال العام. إذا انسحب مقدم الخدمة لديك من خطتنا فستمتنع بحقوق وحماية معينة. لمزيد من المعلومات راجع الفصل 3 من كتيب دليل الأعضاء لديك أو اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الوارد أسفل الصفحة للمساعدة.

E. التغييرات على المزايا والتكاليف للعام القادم**E1. التغييرات على مزايا الخدمات الطبية**

سنقوم بتغيير تغطيتنا لبعض الخدمات الطبية العام القادم. يوضح الجدول التالي هذه التغييرات.

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
ستدفع \$0 رسوم مشاركة. تشمل الخدمة المغطاة ما يلي: • رعاية تقويم العمود الفقري التي تغطيها Medicare • 12 زيارة روتينية لتقويم العمود الفقري سنوياً	ستدفع \$0 رسوم مشاركة. تشمل الخدمات المغطاة ما يلي: • المعالجة اليدوية للعمود الفقري لتصحيح الخلع الجزئي	خدمات مقوم العمود الفقري
ستدفع \$0 رسوم مشاركة تدفع الخطة تكاليف خدمات الأسنان الوقائية التالية:	ستدفع \$0 رسوم مشاركة. تدفع الخطة للخدمات التالية:	خدمات الأسنان

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY)

711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)
• فحوصات الفم 1 كل 6 أشهر. • صورة شعاعية واحدة كاملة للفم • وصورة شعاعية بانورامية واحدة كل 5 سنوات و 6 صور أشعة بحد أقصى للعضة الجانبية أو أشعة محيطية كل عام. • الوقاية (التنظيف) 1 كل 6 أشهر • الفلورايد 1 كل 6 أشهر. إجراءات وقائية أخرى تعتمد على الإجراء. • تدفع الخطة تكاليف خدمات الأسنان الشاملة التالية: • الترميمات البسيطة (الحشوات). 0 خاضعة للحد الأقصى المجمع البالغ \$5,000 سنويًا. • علاج جذور الأسنان 0 تطبق حدود الخدمة. 0 1 لكل سن طوال العمر. 0 يستلزم ذلك إجراء أشعة قبل وبعد العملية الجراحية. 0 يلزم الحصول على موافقة مسبقة. 0 خاضعة للحد الأقصى المجمع البالغ \$5,000 سنويًا. • علاج اللثة 0 تطبق حدود الخدمة. 0 يلزم الحصول على موافقة مسبقة. 0 قياس اللثة وتخطيط الجذور - 1 كل 24 شهرًا لكل ربع فموي. 0 تنظيف الأنسجة الميتة 1 في السنة. 0 قياس اللثة في وجود التهاب بها 1 في السنة. 0 خاضعة للحد الأقصى المجمع البالغ \$5,000 سنويًا.	• الفحوصات والتقييمات 1 كل 6 أشهر • التنظيف مرة كل 6 أشهر • العلاج بفلوريد ثنائي أمين الفضة بحد أقصى 6 مرات طوال العمر • الأشعة السينية 0 ميزة صور الأشعة السينية للعضة الجانبية تُغطى لمرة واحدة فقط كل 12 شهرًا. 0 تصوير بانورامي بالأشعة السينية مرة كل 5 سنوات 0 فحص كامل للفم أو سلسلة كاملة من الأشعة السينية مرة كل 5 سنوات • الحشوات • خلع الأسنان • أطقم الأسنان الكاملة أو الجزئية مرة واحدة كل خمس سنوات • مواد مانعة للتسوس، مرة كل ثلاث سنوات إذا كانت المعايير مستوفاة • الترميمات غير المباشرة (التيجان) مرة كل 5 سنوات لكل سن، إذا تم استيفاء المعايير • علاج قناة الجذر/إعادة علاج قناة الجذر السابقة • تقييم شامل لأمراض اللثة • قياس اللثة في وجود الالتهاب • قياس اللثة وتخطيط الجذور • صيانة اللثة الأخرى • نحن ندفع مقابل بعض خدمات الأسنان عندما تكون الخدمة جزءًا لا يتجزأ من علاج محدد لحالة طبية أساسية للمستفيد. تشمل بعض الأمثلة إعادة بناء الفك بعد كسر أو إصابة، أو خلع الأسنان الذي يتم إجراؤه استعدادًا للعلاج الإشعاعي

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY)

711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi

2025 (هذا العام)	2026 (العام القادم)
للسرطان الذي يصيب الفك، أو الفحوصات الفموية التي تسبق عملية زرع الكلى. * يشترط الحصول على موافقة مسبقة لخدمات الترميم وعلاج جذور الأسنان وأمراض اللثة وجراحة الفم والوجه والفكين وأطقم الأسنان المتحركة والثابتة.	o لا يمكن أن يتجاوز المجموع الكلي لمزايا خدمات الأسنان الشاملة \$5,000 في السنة: • أطقم الأسنان والخلع - o طقم الأسنان، 1 لكل قوس سني كل 5 سنوات. - o إصلاح وإعادة تبطين طقم الأسنان، 1 في السنة. - o يلزم الحصول على موافقة مسبقة. • أطقم الأسنان الفكية والوجهية - o لا يمكن أن يتجاوز المجموع الكلي لمزايا خدمات الأسنان الشاملة \$5,000 في السنة: - o 1 لكل قوس سني كل 5 سنوات. - o يلزم الحصول على موافقة مسبقة. • خدمات زراعة الأسنان - o لا يمكن أن يتجاوز المجموع الكلي لمزايا خدمات الأسنان الشاملة \$5,000 في السنة: - o زراعات الأسنان الصغيرة (قوس الأسنان السفلي فقط) وأطقم الأسنان المدعومة بالزرع (قوس الأسنان السفلي فقط)، 1 كل 5 سنوات. - o لا يتم تغطية الجسور الثابتة وجميع زراعات الأسنان الأخرى باستثناء الزراعات الصغيرة. - o يلزم الحصول على موافقة مسبقة. • تركيبات الأسنان الثابتة - o لا يمكن أن يتجاوز المجموع الكلي لمزايا خدمات الأسنان الشاملة \$5,000 في السنة:

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY)

711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
- o التيجان، 1 كل 5 سنوات، لكل سن. لا يزيد عن 4 في السنة التقويمية، بحيث لا يزيد عن تاجين لكل قوس سني في السنة. - o يلزم الحصول على موافقة مسبقة. • جراحة الفم والوجه والفكين. - o لا يمكن أن يتجاوز المجموع الكلي لمزايا خدمات الأسنان الشاملة \$5,000 في السنة: - o خلع الأسنان - 1 لكل سن طوال العمر. جراحات الفم الأخرى، تطبق القيود. - o يلزم الحصول على موافقة مسبقة.		
ستدفع \$0 رسوم مشاركة. تشمل المنتجات المغطاة، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي: • الكراسي المتحركة، • العكازات، • أنظمة المراتب الكهربائية ومستلزمات مرضى السكري، • أسرة المستشفيات التي يطلبها مقدم الخدمة للاستخدام في المنزل، • مضخات الحقن الوريدي، • أجهزة توليد الكلام، • معدات الأكسجين، • البخاخات، • المشايات تغطي الخطة جميع المعدات الطبية المعمرة الضرورية طبياً المشمولة في	ستدفع \$0 رسوم مشاركة. البنود التالية مغطاة: • الكراسي المتحركة • العكازات • أنظمة المراتب الكهربائية • مستلزمات السكري • أسرة المستشفيات التي يطلبها مقدم الخدمة للاستخدام في المنزل • مضخات الحقن الوريدي • أجهزة توليد الكلام • معدات وإمدادات الأكسجين • البخاخات • المشايات • مضخات الثدي • العكاز • كراسي المرحاض	المعدات الطبية المعمرة

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY)

(711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)
برنامج Medicare الأصلي. إذا كان مورّدنا في منطقتك لا يحمل علامة تجارية أو صانعًا معيّنًا، فيمكنك أن تسأله عما إذا كان بإمكانه طلبها خصيصًا لك. يلزم الحصول على موافقة مسبقة لما يلي: • منتجات المعدات الطبية المعمرة التي تغطيها Medicare وتتجاوز قيمتها \$750 للشراء. • منتجات الإيجار والإيجار المنتهي بالشراء. • شراء جميع الكراسي المتحركة (الآلية واليدوية) وجميع ملحقات الكراسي المتحركة (المكونات) بغض النظر عن التكلفة لكل منتج • المكملات الغذائية المعوية يلزم الحصول على موافقة مسبقة لاستئجار وشراء الأطراف الاصطناعية والمستلزمات الطبية التي تغطيها Medicare. ستتطلب العلامة التجارية غير المفضلة لمستلزمات السكري وجميع أجهزة مراقبة الجلوكوز المستمرة الحصول على موافقة مسبقة وستكون بمبلغ تأمين مشترك بنسبة 20% تصدر به فاتورة على خطة Medicaid لديك. بمجرد وصولك إلى الحد الأقصى الذي تدفعه من جيبك سيكون مبلغ مشاركتك \$0. تبلغ رسوم المشاركة للعلامات التجارية المفضلة \$0.	• جهاز الضغط الهوائي الإيجابي المستمر • التغذية المعوية • جهاز مراقبة نشاط الرحم المنزلي • مستلزمات سلس البول • مضخة الأنسولين ولوازمها • المصاعد والأحزمة والمقاعد • مضخة الودمة اللمفية • علاج الجروح بالضغط السلبي • الأحذية التقويمية • تقويم العظام • محفز تكوين العظام • لوازم فغر القولون • التغذية الوريدية • مقياس ذروة التدفق • منتجات تدرج الضغط • أسطح دعم خفض الضغط • الأطراف الصناعية • مقياس التأكسج النبضي • الضمادات الجراحية • لوازم العناية بالقصبة الهوائية • محفز الأعصاب الكهربائي عبر الجلد • أجهزة التنفس الصناعي • أجهزة تقويم القلب وإزالة الرجفان القابلة للارتداء قد يتم تغطية منتجات أخرى. يتم توفير بعض المعدات الطبية المعمرة حسب سياسة خطة Michigan Medicaid. تطبق متطلبات الإحالة وطلب الطبيب والتقييم جنبًا إلى جنب مع القيود على الاستبدال والإصلاح. قد يتم تغطية منتجات أخرى، بما في ذلك المساعدات البينية أو التكنولوجيا

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY)

711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)
	المساعدة/التكيفية. قد نغطي أيضًا تعليمك كيفية استخدام منتجك أو تعديله أو إصلاحه. سيعمل فريق الرعاية المتكاملة معك لتحديد ما إذا كانت هذه المنتجات والخدمات الأخرى مناسبة لك أم لا وستكون ضمن خطة رعايتك. قد يتم أيضًا تغطية بعض المنتجات من خلال الدفع المسبق الخطة الصحية المدفوعة مسبقًا للمرضى الداخليين بناءً على معايير الأهلية. يتعين دفع ثمن هذه المنتجات إما من خلال خطتنا أو من خلال الخطة الصحية المدفوعة مسبقًا للمرضى الداخليين، وليس الاثنين معًا. سنُدفع ثمن جميع المعدات الطبية المعمرة الضرورية طبيًا التي يدفعها برنامج Medicare و Michigan Medicaid عادةً. إذا كان مورّدنا في منطقتك لا يحمل علامة تجارية أو صانعًا معينًا، فيمكنك أن تسأله عما إذا كان بإمكانه طلبها خصيصًا لك. تشمل الأطراف الصناعية/المستلزمات الطبية ما يلي: • القفازات المطاطية أو قفازات الفينيل • مناديل سلس البول • فوط سلس البول القابلة لإعادة الاستخدام أو للاستخدام مرة واحدة • سراويل سلس البول وفقًا لسياسة خطة Michigan Medicaid الحفاضات والسراويل الداخلية سهلة الارتداء: بالنسبة للمشارك الذي يستخدم

إذا كنت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY)

711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمة مجانية. لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
	الحفاضات والسراويل الداخلية سهلة الارتداء، لا يمكن أن يتجاوز المجموع الكلي لهذه المنتجات 300 منتجًا في الشهر. (الحد الأقصى لعدد السراويل الداخلية سهلة الارتداء هو 150 في الشهر حتى لو لم يكن المشترك يستخدم الحفاضات). الحفاضات بمقاسات مختلفة: بالنسبة للمشارك الذي يستخدم مجموعة من الحفاضات ذات الأحجام المختلفة، يجب ألا يتجاوز إجمالي الكمية 300 حفاضة في الشهر. ستتطلب العلامات التجارية غير المفضلة لمستلزمات وخدمات مرضى السكري والأحذية أو الحشوات العلاجية لمرضى السكري الحصول على موافقة الخطة.	
ستدفع \$0 رسوم مشاركة. ستغطي الخطة ما يلي: • فحص السمع الروتيني (بحد أقصى مرة واحدة كل عام) • تركيب أو تقييم أجهزة السمع تتضمن كل عملية شراء لجهاز سمع من العلامة التجارية TruHearing عامًا واحدًا من زيارات المتابعة لمقدم الخدمة للتركيب والتعديلات. تتوفر هذه الزيارات لمدة 12 شهرًا بعد شراء جهاز سمع من العلامة التجارية TruHearing مادام العضو مسجلًا في الخطة. \$2,500 بحد أقصى لتغطية تكلفة جهازي سمع متقدم غير قابلين للزرع من العلامة التجارية TruHearing كل ثلاث سنوات (بحد أقصى جهاز سمع واحد لكل أذن). ستصبح مسؤولاً عن التكاليف المتبقية بعد استخدام الميزة التي تدفعها الخطة.*	ستدفع \$0 رسوم مشاركة. تدفع الخطة تكاليف اختبارات السمع والتوازن التي يجريها مقدم الرعاية الصحية لديك. بالنسبة للبالغين الذين تبلغ أعمارهم 21 عامًا أو أكثر، تدفع الخطة تكاليف التقييم وأجهزة السمع مرتين في السنة وتدفع تكاليف تلك الأجهزة مرة كل خمس سنوات. يتطلب ذلك الإحالة والموافقة. تقتصر تلك الميزة على أجهزة السمع المتقدمة من TruHearing، والتي تأتي بأشكال وألوان متعددة. يتعين عليك مراجعة مقدم الخدمة TruHearing لاستخدام هذه الميزة. يتضمن شراء أجهزة السمع ما يلي:	خدمات السمع

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY)

711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
يتعين عليك مراجعة مقدم الخدمة TruHearing لاستخدام هذه الميزة. يتضمن شراء أجهزة السمع ما يلي: • أول 12 شهرًا من زيارات المتابعة لمقدم الخدمة • فترة تجريبية لمدة 60 يومًا • ضمان ممتد لمدة 3 سنوات • شراء 80 بطارية لكل جهاز من الطرازات غير القابلة لإعادة الشحن لا تشمل المزايا أو تغطي أيًا مما يلي: • أجهزة السمع المتاحة بدون وصفة طبية • قوالب الأذن • ملحقات أجهزة السمع • زيارات إضافية لمقدم خدمة • بطاريات إضافية، بطاريات عند شراء سماعة أذن قابلة لإعادة الشحن • أجهزة السمع التي لا تحمل العلامة التجارية TruHearing Advanced Aids • التكاليف المتعلقة بمطالبات ضمان الخسارة والتلف تعد التكاليف المتعلقة بالمنتجات المستبعدة مسؤولية العضو ولا تغطيها الخطة. * تشير التكاليف المتبقية إلى أي مبلغ يزيد عن مخصصاتك.	• عدد 2 تركيب/تقييم لجهاز سمع كل عام • السنة الأولى من زيارات المتابعة لمقدمي الرعاية الصحية • فترة تجريبية لمدة 60 يومًا • ضمان ممتد لمدة 3 سنوات • 80 بطارية لكل جهاز من الطرازات غير القابلة لإعادة الشحن • الإحالة المطلوبة للتركيب/التقييم الإحالة المطلوبة للتركيب/التقييم. يتطلب ذلك الإحالة والموافقة. * يلزم الحصول على موافقة مسبقة	
ستدفع \$0 رسوم مشاركة.	أجهزة وتعديلات السلامة في المنزل والحمام غير مغطاة.	أجهزة وتعديلات السلامة في المنزل والحمام

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY)

(711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
مخصص سنوي بمبلغ \$150 لأجهزة السلامة في المنزل والحمام المشتراة من خلال الكتالوج ومتاجر التجزئة المشاركة.		
ستدفع \$0 رسوم مشاركة يلزم الحصول على موافقة مسبقة.	ستدفع \$0 رسوم مشاركة.	خدمات برنامج العيادات الخارجية المكثفة
ستدفع \$0 رسوم مشاركة. تغطي مزايا الوجبات بعد الخروج من المستشفى 14 وجبة على مدار أسبوع واحد للأعضاء المؤهلين المقيمين في المنزل بعد كل خروج من منشأة للمرضى الداخليين أو منشأة تمرير متخصصة. بحد أقصى أربع مرات في السنة. يلزم الحصول على الإحالة	مزايا الوجبات غير مغطاة.	مزايا الوجبات
ستدفع \$0 رسوم مشاركة. 0% رسوم مشتركة لأدوية الجزء B المفضلة. - ستكون المنتجات غير المفضلة خاضعة لرسوم مشتركة بنسبة 20% يتعين إصدار فاتورة بها إلى Medicaid. بمجرد وصولك إلى الحد الأقصى الذي تدفعه من جيبك سيكون مبلغ مشاركتك \$0. - لن يتجاوز سعر الإنسولين \$35 لكل إمداد شهري.	ستدفع \$0 رسوم مشاركة.	أدوية الوصفات الطبية من Medicare الجزء B
ستدفع \$0 رسوم مشاركة. الجلسات الفردية التي تغطيها Medicare	ستدفع \$0 رسوم مشاركة. ستدفع الخطة مقابل الخدمات التالية، وربما غيرها: الخدمات غير المدرجة هنا	خدمات الصحة العقلية المتخصصة

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY)

711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
الجلسات الجماعية التي تغطيها Medicare	- خدمات العيادات - العلاج النهاري - خدمات إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي يلزم الحصول على موافقة مسبقة.	
ستدفع \$0 رسوم مشاركة. يلزم الحصول على موافقة مسبقة	ستدفع \$0 رسوم مشاركة.	خدمات نقل الدم لمرضى العيادات الخارجية
ستدفع \$0. إنفاق بحد أقصى بمبلغ \$80 كل ربع سنوي على المنتجات المؤهلة التي لا تستلزم وصفة طبية مثل الفيتامينات ومسكنات الألم وعلاجات البرد وغيرها. يتم شحن بطاقة الخصم الصادرة عن الخطة بالأموال كل شهر. - يمكن للأعضاء التسوق من خلال كتالوج المنتجات التي لا تستلزم وصفة طبية أو في متاجر التجزئة المشاركة - لا يوجد حد أقصى لعدد المنتجات أو الطلبات ستنتهي صلاحية أي أرصدة غير مستخدمة في نهاية الربع السنوي أو عند إلغاء الاشتراك في الخطة. Naloxone مشمول ضمن مزايا المنتجات التي لا تستلزم وصفة طبية في الجزء C. لا يكرر العلاج المطروح ببدائل النيكوتين أي أدوية لا تستلزم وصفة طبية في الجزء D أو الأدوية الواردة في كتيب الوصفات.	ستدفع \$0 رسوم مشاركة. قد يتم إنفاق ما يصل إلى \$75 كل ثلاثة أشهر على المنتجات التي لا تستلزم وصفة طبية المدرجة في كتالوج الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية و/أو بوابة الطلب. يمكن للأعضاء طلب ما يصل إلى ستة منتجات لكل فئة لكل ربع سنوي. لا يوجد حد أقصى لعدد المنتجات الإجمالية في طلبك. تقتصر طلبات كتالوج المنتجات التي لا تستلزم وصفة طبية والبوابة الإلكترونية على ثلاث طلبات لكل ربع سنوي. قد يتم تطبيق حدود إضافية على بعض المنتجات. سيتم تلقائيًا انتهاء صلاحية أي رصيد غير مستخدم في نهاية كل ثلاثة أشهر أو عند إلغاء الاشتراك في الخطة. تغطية الـ Naloxone مشمولة.	المنتجات التي لا تستلزم وصفة طبية

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY)

711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني. www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
ستدفع \$0 رسوم مشاركة. نظام الاستجابة للطوارئ الشخصية هو نظام مراقبة التنبيهات الطبية الذي يوفر إمكانية الوصول إلى المساعدة على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع بضغطة زر. نحن نقدم أنماطاً متعددة، بما في ذلك جهاز يمكن ارتداؤه متصل بالهاتف المحمول. تقتصر الاستفادة على جهاز واحد سنوياً.	نظام الاستجابة للطوارئ الشخصية (PERS) غير مغطى	نظام الاستجابة للطوارئ الشخصية (PERS) غير مغطى
ستدفع \$0 رسوم مشاركة. إذا كنت مؤهلاً للحصول على المزايا التكميلية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة فيمكنك الاستفادة من رصيد مزايا المنتجات التي لا تستلزم وصفة طبية ربع السنوي بقيمة \$80 للمساعدة في نفقات المعيشة اليومية. • الأطعمة الصحية. • الدعم العام للمعيشة (على سبيل المثال، الإيجار والرهن العقاري والمرافق). • مكافحة الآفات. من أجل التأهل للحصول على المزايا التكميلية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة، يجب أن يكون لدى الأعضاء إحدى الحالات الصحية المزمنة التالية على الأقل: • اضطرابات القلب والأوعية الدموية • حالات الصحة العقلية المزمنة والمعوقة • أمراض الجهاز الهضمي المزمنة (تقتصر على مرض الكبد في مرحلته النهائية)	المزايا التكميلية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة غير مغطاة.	المزايا التكميلية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY)

711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
• اضطرابات الرئة المزمنة (تقتصر على اضطراب الانسداد الرئوي المزمن) • قصور القلب الاحتقاني • مرض النسيج الضام • الخرف • مرض السكري • زيادة الوزن والسمنة ومتلازمة التمثيل الغذائي • السكتة الدماغية بالإضافة إلى ذلك: • يتعين أن تكون حالتك مهددة للحياة أو تحد بشكل كبير من صحتك العامة أو وظائف جسمك. • يتعين أن تكون معرضًا لخطر كبير يستدعي دخول المستشفى أو حدوث عواقب صحية سلبية أخرى ويجب أن تتطلب تنسيقًا للعناية المركزة. ستراجع الخطة المعايير الموضوعية لتحديد أهليتك. لمزيد من المعلومات أو للتحقق من الأهلية، يرجى الاتصال بالخطة. إذا كنت مؤهلاً، فسيتم دمج رصيد المزايا التكميلية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة مع رصيد المنتجات التي لا تستلزم وصفة طبية. ستنتهي صلاحية أي مبالغ غير مستخدمة في نهاية كل ربع سنوي أو عند إلغاء الاشتراك في الخطة.		
ستدفع \$0 رسوم مشاركة	دعم مقدمي رعاية الأشخاص المسجلين غير مغطى.	دعم مقدمي رعاية الأشخاص المسجلين

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY)

711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني. www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
يمكن لمقدم الرعاية للعضو التسجيل في خدمات الدعم من خلال البائع المحدد في خطتنا. لمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بفريق خدمات الأعضاء لدينا.		
ستدفع \$0 رسوم مشاركة. رحلات غير محدودة في اتجاه واحد كل عام إلى مواقع معتمدة من الخطة (على سبيل المثال عيادة الطبيب والصيدلية والمستشفى). قد يكون ذلك من خلال سيارة أو حافلة أو فان حسبما يناسب الموقف واحتياجات العضو. يجب جدولة الرحلات قبل يوم عمل واحد على الأقل من الموعد، إلا في ظروف خاصة. يُسمح بالموصلات للمواقع المعتمدة في الخطة فقط (على سبيل المثال عيادة الطبيب والصيدلية والمستشفى).	ستدفع \$0 رسوم مشاركة. يتم تغطية تكاليف النقل الطبي للحالات غير الطارئة (NEMT) ذهاب وعودة بشكل غير محدود. في الحالات التي لا تكون فيها هناك حاجة إلى النقل الطبي للحالات غير الطارئة إلا للوصول إلى موعد أو العودة إلى المنزل من موعد، فقد يتم تقديم الموافقة على التوصيل باتجاه واحد فقط. قد يتم تعويض مقدمي خدمات النقل والمستفيدين عن الأميال المقطوعة والرسوم وتكاليف وقوف السيارات ووجبات الطعام والإقامة المعتمدة ونفقات المرافق. * يلزم الحصول على موافقة مسبقة لجميع الخدمات غير الطارئة.	خدمات النقل
ستدفع \$0 رسوم مشاركة. تقدم الخطة تغطية روتينية للنظر تشمل ما يلي: ● الفحص الروتيني للعيون مرة واحدة في السنة ● \$520 بحد أقصى سنوياً مقابل العدسات اللاصقة أو النظارات (العدسات وإطارات النظارة)	ستدفع \$0 رسوم مشاركة. تدفع الخطة للخدمات التالية: ○ فحوصات العين الروتينية مرة كل سنتين. ○ نظارة واحدة أولية. ○ نظارة بديلة مرة واحدة كل عام. ○ عدسات لاصقة للأشخاص الذين لديهم حالات معينة.	العناية بالنظر

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY)

711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
يجب استخدام مبلغ المزايا (المخصص) لدفع تكاليف خدمات النظر من مقدم خدمة داخل الشبكة. سيكون عليك في معظم الحالات دفع تكاليف الرعاية التي تتلقاها من مقدم خدمة خارج الشبكة.	o المساعدات الأساسية والضرورية لضعف النظر (مثل التلسكوبات والمجاهر وبعض المساعدات الأخرى لضعف النظر). o خدمات مرضى العيادات الخارجية لتشخيص وعلاج أمراض وإصابات العيون. بالنسبة للأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالجلوكوما، ستدفع الخطة تكلفة فحص واحد للجلوكوما كل عام. الأشخاص المعرضون لخطر الإصابة بالجلوكوما هم: o الأشخاص الذين لديهم تاريخ عائلي للإصابة بالجلوكوما، o الأشخاص المصابين بمرض السكري، o الأمريكيون من أصل أفريقي الذين تبلغ أعمارهم 50 عامًا أو أكثر، و o الأمريكيون من أصل إسباني الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكثر. ستدفع الخطة ثمن نظارة واحدة أو زوج من العدسات اللاصقة بعد كل جراحة إعتام عدسة العين عندما يقوم الطبيب بإدخال عدسة داخل العين. (إذا أجريت لك جراحتين منفصلتين لإزالة إعتام عدسة العين، فيجب عليك الحصول على نظارة بعد كل جراحة منهما. (لا يمكنك الحصول على نظارتين بعد الجراحة الثانية، حتى لو لم تحصل على نظارة بعد الجراحة الأولى). * يلزم الحصول على موافقة مسبقة.	

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY)

711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)
ستدفع \$0 رسوم مشاركة. الحد الأقصى السنوي المجمع لمبلغ مزايا الخطة لتغطية الطوارئ في جميع أنحاء العالم، والتغطية العاجلة في جميع أنحاء العالم، والمواصلات في حالات الطوارئ في جميع أنحاء العالم هو \$50,000	تغطية الطوارئ/الحالات العاجلة في جميع أنحاء العالم غير مغطاة

E2. التغييرات على تغطية الأدوية

التغييرات على قائمتنا للأدوية

توجد قائمة محدثة للأدوية المغطاة على موقعنا الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi. كما يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الواردة أسفل الصفحة للحصول على معلومات محدثة عن الأدوية أو لطلب إرسال قائمة الأدوية المغطاة إليك عبر البريد.

وتسمى قائمة الأدوية المغطاة أيضًا بقائمة الأدوية.

لقد أجرينا تغييرات على قائمتنا للأدوية قد تشمل حذف أو إضافة أدوية، وتغيير الأدوية التي نغطيها وتغيير القيود التي تطبق على تغطيتنا لبعض الأدوية أو نقلها إلى فئة مختلفة لمشاركة التكاليف.

راجع قائمة الأدوية للتأكد من أن أدويةك ستكون مشمولة بالقائمة في العام القادم ولمعرفة ما إذا كان هناك أي قيود أو ما إذا كان دوائك قد تم نقله إلى فئة مختلفة لمشاركة التكاليف.

معظم التغييرات في قائمة الأدوية هي تغييرات جديدة في بداية كل عام. مع ذلك، قد نقوم بإجراء تغييرات أخرى تسمح بها Medicare و/أو الولاية والتي ستؤثر عليك أثناء السنة التقويمية. إننا نحدث قائمة الأدوية لدينا عبر الإنترنت شهريًا على الأقل لتوفير أحدث قائمة للأدوية. إذا أجرينا تغييرًا من شأنه أن يؤثر على دواء نتناوله فسنرسل لك إشعارًا بهذا التغيير.

إذا كنت متأثرًا بتغيير ما في تغطية الأدوية فنحن نشجعك على ما يلي:

- اعمل مع طبيبك (أو أي طبيب آخر) للعثور على دواء مختلف نغطيه.
- يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة لطلب قائمة الأدوية المغطاة التي تعالج نفس الحالة.
- يمكن أن تساعد هذه القائمة مقدم الخدمة لديك في العثور على دواء مغطى قد يناسبك.
- اطلب منا تغطية إمدادًا مؤقتًا من الدواء.
- في بعض الحالات نغطي إمدادًا مؤقتًا من الدواء خلال أول 90 يومًا من السنة التقويمية.
- يكون هذا الإمداد المؤقت لمدة 30 يومًا بحد أقصى. (لمعرفة المزيد عن متى يمكنك الحصول على إمداد مؤقت وكيفية طلبه، راجع الفصل 5 من كتيب دليل الأعضاء الخاص بك.)

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY)

711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

0 عندما تحصل على إمداد مؤقت من الدواء تحدث مع طبيبك عما يجب عليك فعله عندما ينفد إمدادك المؤقت من الدواء. يمكنك إما التبديل إلى دواء مختلف تغطيه خطتنا أو أن تطلب منا أن نقوم باستثناء لك وتغطية الدواء الحالي لديك.

إذا حصلت على إذن منا في عام 2025 لاستخدام دواء غير موجود في كتيب الوصفات لدينا، وهو ما يعرف باسم استثناء القائمة الدوائية، ففي بعض الحالات يمكنك الاستمرار في استخدام هذا الدواء في عام 2026 طالما وصفه لك طبيبك. أدوية المداومة هي الأدوية التي تتناولها بشكل منتظم لعلاج حالة مزمنة أو حالة طبية طويلة الأمد. الأدوية غير أدوية المداومة هي تلك التي يتم تناولها لفترة زمنية أقصر، على سبيل المثال المضادات الحيوية. إذا تم وصف دواء مداومة لك وكان له متطلبات محددة استوفيتها أو تم منح الإذن منا لاستخدامه في عام 2025، وهو ما يعرف بتحديد التغطية، في بعض الحالات، يمكنك الاستمرار في استخدام هذا الدواء في عام 2026. مع ذلك، إذا تلقيت تحديد تغطية لدواء غير دواء مداومة في عام 2025، فستحتاج أنت أو مقدم الخدمة لديك إلى تقديم طلب تحديد تغطية مرة أخرى لمواصلة استخدام هذا الدواء في عام 2026. بدءًا من عام 2026، يمكننا على الفور حذف الأدوية ذات العلامات التجارية أو المنتجات البيولوجية الأصلية من قائمتنا للأدوية إذا استبدلناها بأدوية عامة جديدة أو إصدارات معينة من الأدوية الحيوية المماثلة للدواء ذي العلامة التجارية أو المنتج البيولوجي الأصلي بنفس فئة مشاركة التكاليف أو أقل وبنفس القواعد أو أقل. بالإضافة إلى ذلك، عند إضافة إصدار جديد، يمكننا أن نقرر الاحتفاظ بالعلامة التجارية للدواء أو المنتج البيولوجي الأصلي في قائمتنا للأدوية، ولكن سننقله على الفور إلى فئة مختلفة لمشاركة التكاليف أو إضافة قواعد جديدة أو كليهما.

على سبيل المثال، إذا كنت تتناول دواءً ذا علامة تجارية أو منتجًا بيولوجيًا يتم استبداله بإصدار عام أو مماثل حيويًا، فقد لا تتلقى إشعارًا بالتغيير قبل 30 يومًا من حدوثه، أو قبل حصولك على إمداد لمدة شهر من الدواء ذي العلامة التجارية أو المنتج البيولوجي. قد تحصل على معلومات عن التغيير المحدد بعد إجراء التغيير بالفعل.

قد تكون بعض أنواع هذه الأدوية جديدة بالنسبة لك. لمعرفة تعريفات أنواع الأدوية، يُرجى الاطلاع على الفصل 12 من كتيب دليل الأعضاء الخاص بك. كما تقوم إدارة الغذاء والدواء أيضًا بتزويد المستهلكين بمعلومات عن الأدوية. انتقل إلى موقع إدارة الغذاء والدواء : www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients : كما يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود في أسفل الصفحة أو طلب مزيد من المعلومات من مقدم الرعاية الصحية أو الطبيب أو الصيدلي.

التغييرات في تكاليف الأدوية

هناك مرحلتان للدفع لتغطية أدويةك ضمن الجزء D من برنامج Medicare بموجب خطتنا. يعتمد المبلغ الذي تدفعه على المرحلة التي تكون فيها عند صرف أو إعادة صرف وصفة طبية. نورد فيما يلي المرحلتين:

المرحلة 1 مرحلة التغطية الأولية	المرحلة 2 مرحلة التغطية الكارثية
خلال هذه المرحلة، تدفع خطتنا جزء من تكاليف أدويةك وتدفع أنت حصتك منها. يُطلق على حصتك اسم رسوم المشاركة. تبدأ هذه المرحلة عندما تصرف وصفتك الطبية الأولى للعام.	خلال هذه المرحلة، تدفع الخطة كافة تكاليف أدويةك حتى 31 ديسمبر 2026. تبدأ هذه المرحلة بعد أن تدفع مبلغًا معينًا من التكاليف التي تتحملها أنت.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY)

711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.

تنتهي مرحلة التغطية الأولية عندما يصل إجمالي تكاليف الأدوية التي تتحملها أنت إلى \$2,100. تبدأ مرحلة التغطية الكارثية عند هذه النقطة. تغطي خطتنا كافة تكاليف أدويةك من تلك اللحظة حتى نهاية العام. راجع **الفصل 6** من كتيب دليل الأعضاء الخاص بك لمزيد من المعلومات عن المبلغ الذي ستدفعه مقابل الأدوية.

بموجب برنامج خصومات المصنعين، يدفع مصنّعو الأدوية جزءًا من التكلفة الكاملة لخطتنا للأدوية ذات العلامات التجارية والبيولوجية المغطاة في الجزء D خلال مرحلة التغطية الأولية ومرحلة التغطية الكارثية. لا يتم احتساب الخصومات التي يدفعها المصنعون بموجب برنامج خصومات المصنعين ضمن التكاليف التي تتحملها أنت.

E3. المرحلة 1: "مرحلة التغطية الأولية"

خلال مرحلة التغطية الأولية تدفع خطتنا حصة من تكلفة أدويةك المغطاة وتدفع أنت حصتك منها. يُطلق على حصتك اسم رسوم المشاركة. تعتمد رسوم المشاركة على فئة مشاركة التكاليف الذي يقع ضمنها الدواء ومكان الحصول عليه. فأنت تدفع رسوم المشاركة في كل مرة تصرف فيها وصفة طبية. إذا كانت تكاليف أدويةك المغطاة أقل من رسوم المشاركة، فإنك تدفع السعر الأقل.

لقد نقلنا بعض الأدوية الموجودة في قائمتنا للأدوية إلى فئة أدوية أدنى أو أعلى. إذا انتقلت أدويةك من فئة إلى فئة أخرى فقد يؤثر هذا على رسوم المشاركة. لمعرفة ما إذا كانت أدويةك ضمن فئة مختلفة، ابحث عنها في **قائمتنا للأدوية**.

يوضح الجدول التالي تكاليفك إمداد لمدة شهر يتم صرفه في إحدى صيدليات الشبكة مع رسوم المشاركة القياسية في كل فئة من فئات الأدوية السبعة لدينا. تطبق هذه المبالغ فقط خلال الفترة التي تكون فيها في مرحلة التغطية الأولية.

تتم تغطية معظم لقاحات الجزء D للبالغين دون أي تكلفة عليك.

للحصول على معلومات عن تكاليف اللقاحات، أو معلومات عن تكاليف الإمدادات طويلة الأجل، أو للحصول على الوصفات الطبية التي يتم طلبها عبر البريد، انتقل إلى **الفصل 6، القسم D** من كتيب دليل الأعضاء لديك.

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
مشاركة التكاليف القياسية: أنت تدفع 25% من إجمالي التكلفة. تبلغ تكلفة وصفة طبية لمدة تتراوح من 61 إلى 100 يومًا تطلب بالبريد 25% من مبلغ مشاركة التأمين. * تعتمد مشاركة التكاليف على مستوى "المساعدة الإضافية" التي يتلقاها العضو ** قد يتم تطبيق الخصم ومبلغ مشاركة التأمين على الأعضاء الذين لا يحصلون على "مساعدة إضافية".	ستدفع \$0 رسوم مشاركة.	الأدوية في الفئة 1 (النوع العام المفضل) تكلفة إمداد شهر واحد من دواء من الفئة 1 يتم صرفه من صيدلية تابعة للشبكة

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY)

711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمة مجانية. لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
مشاركة التكاليف القياسية: أنت تدفع 25% من إجمالي التكلفة. لا تدفع أكثر من \$35 في الشهر مقابل كل منتج من منتجات الأنسولين المغطاة في هذه الفئة. تبلغ تكلفة وصفة طبية لمدة تتراوح من 61 إلى 100 يومًا تطلب بالبريد 25% من مبلغ مشاركة التأمين. * تعتمد مشاركة التكاليف على مستوى "المساعدة الإضافية" التي يتلقاها العضو. ** قد يتم تطبيق الخصم ومبلغ مشاركة التأمين على الأعضاء الذين لا يحصلون على "مساعدة إضافية".	ستدفع \$0 رسوم مشاركة.	الأدوية في الفئة 2 (عامة) تكلفة إمداد شهر واحد من دواء من الفئة 2 يتم صرفه من صيدلية تابعة للشبكة
مشاركة التكاليف القياسية: أنت تدفع 25% من إجمالي التكلفة. لا تدفع أكثر من \$35 في الشهر مقابل كل منتج من منتجات الأنسولين المغطاة في هذه الفئة. تبلغ تكلفة وصفة طبية لمدة تتراوح من 61 إلى 100 يومًا تطلب بالبريد 25% من مبلغ مشاركة التأمين. * تعتمد مشاركة التكاليف على مستوى "المساعدة الإضافية" التي يتلقاها العضو. ** قد يتم تطبيق الخصم ومبلغ مشاركة التأمين على الأعضاء الذين لا يحصلون على "مساعدة إضافية".	ستدفع \$0 رسوم مشاركة.	الأدوية في الفئة 3 (العلامة التجارية المفضلة) تكلفة إمداد شهر واحد من دواء من الفئة 3 يتم صرفه من صيدلية تابعة للشبكة

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY)

711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني. www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
مشاركة التكاليف القياسية: أنت تدفع 25% من إجمالي التكلفة. لا تدفع أكثر من \$35 في الشهر مقابل كل منتج من منتجات الأنسولين المغطاة في هذه الفئة. تبلغ تكلفة وصفة طبية لمدة تتراوح من 61 إلى 100 يومًا تطلب بالبريد 25% من مبلغ مشاركة التأمين. * تعتمد مشاركة التكاليف على مستوى "المساعدة الإضافية" التي يتلقاها العضو. ** قد يتم تطبيق الخصم ومبلغ مشاركة التأمين على الأعضاء الذين لا يحصلون على "مساعدة إضافية".	ستدفع \$0 رسوم مشاركة.	الأدوية في الفئة 4 (الأدوية غير المفضلة) تكلفة إمداد شهر واحد من دواء من الفئة 4 يتم صرفه من صيدلية تابعة للشبكة
مشاركة التكاليف القياسية: أنت تدفع 25% من إجمالي التكلفة. تبلغ تكلفة وصفة طبية لمدة تتراوح من 61 إلى 100 يومًا تطلب بالبريد 25% من مبلغ مشاركة التأمين. * تعتمد مشاركة التكاليف على مستوى "المساعدة الإضافية" التي يتلقاها العضو. ** قد يتم تطبيق الخصم ومبلغ مشاركة التأمين على الأعضاء الذين لا يحصلون على "مساعدة إضافية".	ستدفع \$0 رسوم مشاركة.	الأدوية في الفئة 5 (المتخصصة) تكلفة إمداد شهر واحد من دواء من الفئة 5 يتم صرفه من صيدلية تابعة للشبكة
أنت تدفع \$0 من إجمالي التكلفة.	ستدفع \$0 رسوم مشاركة.	الأدوية في الفئة 6 (أدوية الرعاية المختارة) تكلفة إمداد شهر واحد من دواء من الفئة 6 يتم صرفه من صيدلية تابعة للشبكة

إذا كنت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY)

711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	الأدوية في الفئة 9
أنت تدفع \$0 من إجمالي التكلفة.	ستدفع \$0 رسوم مشاركة.	(الأدوية التي تستلزم/بدون وصفة طبية وغير مشمولة في برنامج Medicare)

E4. المرحلة 2: "مرحلة التغطية الكارثية"

عندما تصل إلى الحد الأقصى للإنفاق من جيبك والذي يبلغ \$2,100 على أدويةك، تبدأ مرحلة التغطية الكارثية وحينها لا تدفع أي شيء مقابل أدويةك المغطاة. ستظل في مرحلة التغطية الكارثية حتى نهاية العام التقويمي.

لمزيد من المعلومات عن تكاليفك في مرحلة التغطية الكارثية، راجع الفصل 6، القسم E، في كتيب دليل الأعضاء الخاص بك.

F. التغييرات الإدارية

إن خطة MI Health Link الخاصة بك لدى AmeriHealth Caritas VIP Care Plus (خطة Medicaid-Medicaid) ستتغير. في عام 2026، سيتم تسجيلك في AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) للحصول على برنامج Medicare ومعظم مزايا Medicaid الخاصة بك. يتم توفير هذه الخطة من قبل AmeriHealth Caritas، وهي نفس الشركة التي توفر لك حاليًا تغطية برنامج MI Health Link. تعد خطتك الجديدة جزءًا من برنامج MI Coordinated Health الذي سيستمر في تنسيق خدمات ودعم Medicare و Michigan Medicaid. ستحصل على نفس مزايا الرعاية الصحية التي تحصل عليها الآن. ستساعدك خطتك الجديدة في تلبية جميع احتياجاتك الصحية وستواصل تنسيق المزايا والرعاية التي تتمتع بها.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY)

711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمة مجانية. لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني. www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi

2026 (العام القادم)	2025 (هذا العام)	
H6341	H0192	رقم العقد
Local CCP	Demo	نوع المؤسسة
AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP)	(خطة Medicare-Medicaid) التابعة لـ AmeriHealth Caritas VIP Care Plus	اسم الخطة
HMO	MMP HMO	نوع الخطة
مؤهل مزدوج	لا ينطبق	نوع خطة ذوي الاحتياجات الخاصة
(844) 964-4433	(888) 667-0318	رقم هاتف خدمة العملاء
(855) 379-8895	(855) 328-0011	رقم هاتف خدمة عملاء الصيدليات
http://www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi	http://www.amerihealthcaritasvipcareplus.com	الموقع الإلكتروني للخطة
قد تساعدك خطة دفع الوصفات الطبية لدى Medicare في إدارة تكاليف أدويةك من خلال توزيعها على مدار العام كدفعات شهرية. لمعرفة المزيد عن هذا البرنامج، يرجى الاتصال بنا على الرقم الموجود أسفل الصفحة أو تفضل بزيارة www.medicare.gov/	لا ينطبق.	خطة دفع الوصفات الطبية لدى Medicare

G. اختيار خطة

G1. البقاء في خطتنا

نأمل أن تظل عضوًا لدينا في خطتنا. لا يتعين عليك القيام بأي شيء للبقاء في خطتنا. إذا لم تقم بالتسجيل في خطة Medicare مختلفة، أو التغيير إلى خطة Medicare الأصلية، فستظل مسجلًا تلقائيًا كعضو في خطتنا لعام 2026.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

G2. تغيير الخطط

يمكن لمعظم الأشخاص الأعضاء في Medicare إنهاء عضويتهم خلال أوقات معينة من العام. نظرًا لأن لديك خطة Michigan Medicaid MICH، فيمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا في أي شهر من السنة.

بالإضافة إلى ذلك، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا خلال الفترات التالية:

- **فترة التسجيل المفتوح** والتي تستمر من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، تنتهي عضويتك في خطتنا في 31 ديسمبر وتبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في 1 يناير.
 - **فترة التسجيل المفتوح في برنامج Medicare Advantage (MA)**، والتي تستمر من 1 يناير إلى 31 مارس. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، تبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي.
- قد تكون هناك مواقف أخرى تكون فيها مؤهلاً لإجراء تغيير على تسجيلك. على سبيل المثال، عندما:
- تنتقل خارج منطقة خدمتنا،
 - تتغير أهليتك لبرنامج <Medicaid> أو المساعدة الإضافية، أو
 - انتقلت مؤخرًا إلى مؤسسة (مثل منشأة تمرىض متخصصة أو مستشفى رعاية طويلة الأجل) أو تتلقى الرعاية فيها حاليًا. إذا انتقلت مؤخرًا من مؤسسة ما، فيمكنك تغيير الخطط أو التغيير إلى Medicare الأصلية لمدة شهرين كاملين بعد الشهر الذي انتقلت فيه.

خدمات الرعاية الطبية لديك

لديك ثلاثة خيارات للحصول على خدمات Medicare الواردة أدناه في أي شهر من العام. لديك خيار إضافي وارد أدناه خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك **فترة التسجيل المفتوح** و**فترة التسجيل المفتوح لبرنامج Medicare Advantage** أو المواقف الأخرى الموضحة في القسم G2. من خلال اختيار أحد هذه الخيارات، فإنك تنهي عضويتك في خطتنا تلقائيًا.

فيما يلي ما يجب فعله: اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لمستخدمي TTY، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج MI Options Program، على الرقم 1-800-803-7174، تختلف ساعات العمل حسب الموقع، وهو مفتوح من الاثنين إلى الجمعة (باستثناء العطلات الرسمية). على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-888-263-5897، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 7:00 مساءً بالتوقيت الشرقي، من الاثنين إلى الجمعة (باستثناء العطلات الرسمية). لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب MI Options Program المحلي في منطقتك، يرجى زيارة https://www.michigan.gov/mdhhs/adult-child-serv/adults-and-seniors/acls/long-term-services-and-supports. أو سجل في خطة احتياجات خاصة مؤهلة مزدوجة متكاملة جديدة. سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطتنا عند بدء تغطية خطتك الجديدة. يمكنك أيضًا الاتصال بالخطة التي ترغب في الاشتراك فيها مباشرةً.	1. يمكنك التغيير إلى: خطة أخرى توفر لك Medicare ومعظم أو كل مزايا وخدمات Medicaid في خطة واحدة، والمعروفة أيضًا باسم خطة الاحتياجات الخاصة المؤهلة المزدوجة المتكاملة (D-SNP) أو خطة برنامج الرعاية الشاملة لكبار السن (PACE)، إذا كنت مؤهلاً.
--	---

2. يمكنك التغيير إلى: خطة Medicare الأصلية مع خطة أدوية منفصلة ملدى Medicare لتقديم طلب للحصول على Medicaid، أكمل الطلب عبر الإنترنت على www.michigan.gov/mibridges.	فيما يلي ما يجب فعله: اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لمستخدمي TTY، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج MI Options Program، على الرقم 1-800-803-7174، تختلف ساعات العمل حسب الموقع، وهو مفتوح من الاثنين إلى الجمعة (باستثناء العطلات الرسمية). على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-888-263-5897، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 7:00 مساءً بالتوقيت الشرقي، من الاثنين إلى الجمعة (باستثناء العطلات الرسمية). لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب MI Options Program المحلي في منطقتك، يرجى زيارة https://www.michigan.gov/mdhhs/adult-child-serv/adults-and-seniors/acls/long-term-services-and-supports أو سجل في خطة أدوية جديدة لدى Medicare. سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطتنا عند بدء تغطية خطة Medicare الأصلية لديك.
---	---

3. يمكنك التغيير إلى:

خطة Medicare الأصلية بدون خطة أدوية منفصلة من Medicare

لتقديم طلب للحصول على Medicaid، أكمل الطلب عبر الإنترنت على www.michigan.gov/mibridges.

ملاحظة: إذا قمت بالتبديل إلى خطة Medicare الأصلية ولم تقم بالتسجيل في خطة أدوية منفصلة من Medicare، فقد تقوم Medicare بتسجيلك في خطة أدوية، ما لم تخبر Medicare بأنك لا تريد الانضمام.

يجب عليك إلغاء تغطية الأدوية فقط إذا كان لديك تغطية أدوية من مصدر آخر، مثل صاحب العمل أو نقابة. إذا كانت لديك أسئلة عما إذا كنت بحاجة إلى تغطية الأدوية، اتصل ببرنامج

MI Options Program،

على الرقم 1-800-803-7174، تختلف ساعات العمل حسب الموقع، وهو مفتوح من الاثنين إلى الجمعة (باستثناء العطلات الرسمية). على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-888-263-5897، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 7:00 مساءً بالتوقيت الشرقي، من الاثنين إلى الجمعة (باستثناء العطلات الرسمية). لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب MI Options Program المحلي في منطقتك، يرجى زيارة

<https://www.michigan.gov/mdhhs/adult-child-serv/adults-and-seniors/acls/long-term-services-and-supports>

فيما يلي ما يجب فعله:

اتصل بـ Medicare على الرقم

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لمستخدمي TTY، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات:

• اتصل ببرنامج MI Options Program، على الرقم

1-800-803-7174، تختلف ساعات العمل حسب الموقع، وهو مفتوح من الاثنين إلى الجمعة (باستثناء العطلات الرسمية). على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم

1-888-263-5897، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 7:00 مساءً بالتوقيت الشرقي، من الاثنين إلى الجمعة (باستثناء العطلات الرسمية). لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب MI Options Program المحلي في منطقتك، يرجى زيارة

<https://www.michigan.gov/mdhhs/adult-child-serv/adults-and-seniors/acls/long-term-services-and-supports>. سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطتنا عند بدء تغطية خطة Medicare الأصلية لديك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY)

711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمة مجانية. لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

فيما يلي ما يجب فعله: اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لمستخدمي TTY، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048 إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: اتصل على الرقم 1-800-803-7174 على مستخدم TTY الاتصال بالرقم 1-888-263-5897 في ولاية ميتشجان، يسمى برنامج التأمين الصحي الحكومي برنامج MI Options Program أو سجل في خطة Medicare جديدة. سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا في خطة Medicare لدينا عند بدء تغطية خطتك الجديدة.	4. يمكنك التغيير إلى: أي خطة صحية تابعة لبرنامج Medicare خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك فترة التسجيل المفتوح وفترة التسجيل المفتوح لبرنامج Medicare Advantage أو الموافق الأخرى الموضحة في القسم A.
--	---

خدماتك في خطة Michigan Medicaid

للاستفسار عن كيفية الحصول على خدمات Michigan Medicaid بعد مغادرة خطتنا، اتصل بخط مساعدة المستفيدين:
1-800-642-3195 أو beneficiarysupport@michigan.gov. لمزيد من المعلومات سجل الدخول في
www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/medicaid/portalhome/beneficiaries/support. اسأل
 عن كيفية تأثير الانضمام إلى خطة أخرى أو العودة إلى خطة Medicare الأصلية على كيفية حصولك على تغطية Michigan
 Medicaid.

H. الحصول على المساعدة

H1. خطتنا

نحن هنا لمساعدتك إذا كان لديك أي أسئلة. اتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة خلال أيام وساعات العمل
 المذكورة. هذه المكالمات مجانية.

اقرأ كتيب دليل الأعضاء الخاص بك

كتيب دليل الأعضاء الخاص بك هو وصف قانوني مفصل لمزايا خطتنا. إنه يتضمن تفاصيل عن المزايا والتكاليف لعام 2026. إنه
 يوضح حقوقك والقواعد التي يجب اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية التي تغطيها.

سيكون كتيب دليل الأعضاء لعام 2026 متاحًا بحلول 15 أكتوبر. يمكنك أيضًا مراجعة كتيب دليل الأعضاء لمعرفة ما إذا كانت هناك تغييرات أخرى في المزايا أو التكاليف تؤثر عليك. تتوفر نسخة محدثة من كتيب دليل الأعضاء على موقعنا الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi، كما يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة في أسفل الصفحة لطلب إرسال كتيب دليل الأعضاء لعام 2026 إليك.

موقعنا الإلكتروني

يمكنك زيارة موقعنا الإلكتروني على www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi. كتذكير، يحتوي موقعنا على أحدث المعلومات عن شبكة مقدمي الخدمات والصيديات لدينا (دليل مقدمي الخدمات والصيديات) وقائمتنا للأدوية (قائمة الأدوية المغطاة).

H2. برنامج MI Options

يمكنك أيضًا الاتصال ببرنامج التأمين الصحي الحكومي (SHIP). في ولاية ميشيغان، يسمى برنامج التأمين الصحي الحكومي برنامج MI Options Program. يمكن لبرنامج MI Options Program مساعدتك في فهم خيارات خططك والإجابة على الأسئلة المتعلقة بتعديل الخطط. لا يرتبط برنامج MI Options Program بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. وقد قام برنامج MI Options Program بتدريب مستشارين في كل موقع، كما أن الخدمات مجانية. رقم هاتف برنامج MI Options Program هو 1-800-803-7174، ويمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 1-888-263-5897. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب MI Options Program المحلي في منطقتك، يرجى زيارة <https://www.michigan.gov/mdhhs/adult-child-serv/adults-and-seniors/acls/long-term-services-and-supports>.

H3. أمين مظالم MICH

يعمل أمين المظالم في برنامج (MO) MICH Ombudsman كمُدافع عن حقوق الأشخاص المسجلين في برنامج MICH ومُحل لمشاكلهم. لا يرتبط أمين مظالم MICH بأي شركة تأمين أو خطة صحية وجميع خدماته مجانية ويحافظ على سرية جميع المعلومات. اتصل بأمين مظالم MICH إذا واجهت مشكلة أو تأخيرًا في خطة MICH الخاصة بك بشأن توفر الرعاية الطبية أو الخدمات أو المعدات أو المزايا الأخرى أو جودة الرعاية. يمكن أن يساعدك أمين مظالم MICH أيضًا في التعرف على MICH وخيارات الرعاية في المجتمع، بما في ذلك حقوقك. يمكنك الاتصال بأمين مظالم MICH إذا رفضت خطة MICH الخاصة بك الرعاية الطبية أو الخدمات أو المعدات أو المزايا الأخرى - بما في ذلك المساعدة في الاستئناف.

اتصل بنا على الخط الساخن المجاني على الرقم: 1-888-746-6456

H4. Medicare

للحصول على معلومات مباشرة من Medicare:

- اتصل على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. لمستخدمي TTY، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

- الدردشة المباشرة على www.Medicare.gov/talk-to-someone

- مراسلة Medicare على العنوان التالي PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY)

711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

موقع Medicare الإلكتروني

يمكنك زيارة موقع Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov). إذا اخترت إلغاء الاشتراك في خطتنا والاشتراك في خطة Medicare أخرى، فإن موقع Medicare الإلكتروني يحتوي على معلومات عن التكاليف والتغطية وتقييمات الجودة لمساعدتك في مقارنة الخطط.

يمكنك العثور على معلومات عن خطط Medicare المتاحة في منطقتك باستخدام Medicare Plan Finder على موقع Medicare الإلكتروني. (للمعلومات عن الخطط، راجع www.medicare.gov واضغط على "Find plans" (البحث عن الخطط)).

Medicare وأنت لعام 2026

يمكنك قراءة كتيب Medicare وأنت لعام 2026. يتم كل عام في الخريف إرسال هذا الكتيب بالبريد إلى الأشخاص المشمولين ببرنامج Medicare. إنه يحتوي على ملخص لمزايا Medicare والحقوق والحماية، وإجابات على الأسئلة الأكثر شيوعاً عن Medicare. هذا الدليل متاح أيضاً باللغة الإسبانية والصينية والفيتنامية.

إذا لم يكن لديك نسخة من هذا الكتيب، يمكنك الحصول عليه من موقع Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) أو بالاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يتعين على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم 1-877-486-2048

Michigan Medicaid .H5

Michigan Medicaid هو برنامج رعاية صحية يوفر خدمات رعاية صحية شاملة للبالغين ذوي الدخل المنخفض والأطفال. يتم تقديم الخدمات التي يغطيها برنامج Medicaid من خلال ما يسمى بالرسوم مقابل الخدمة أو من خلال الخطط الصحية لدى Medicaid:

- الرسوم مقابل الخدمة هو المصطلح المستخدم للخدمات التي تدفع Medicaid مقابلها والتي لا يتم تقديمها من خلال خطة صحية. وهذا يعني أن Medicaid تدفع مقابل الخدمة. بموجب طريقة الرسوم مقابل الخدمة سيتمكن الأشخاص من استخدام بطاقة [MIhealth](http://mihealth.org) لتلقي الخدمات.
- يمكن العثور على معلومات إضافية بخصوص MIhealth من خلال الدخول على الموقع الإلكتروني التالي <https://www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/healthcare/adults/quicklinks/the-mihealth-card>
- يجب على معظم الأشخاص الانضمام إلى خطة صحية. تدفع الخطة الصحية تكاليف معظم الخدمات. بالنسبة للأشخاص الذين يحتاجون إلى الانضمام إلى خطة صحية، سترسل Michigan Enrolls خطاباً يحتوي على مزيد من المعلومات. بعد التسجيل في خطة صحية، ستكون هناك حاجة لكل من بطاقة MIhealth وبطاقة الخطة الصحية للحصول على الخدمات. للحصول على معلومات إضافية بخصوص الانضمام إلى خطة صحية، يرجى زيارة الموقع التالي: https://www.michigan.gov/mdhhs/-/media/Project/Websites/mdhhs/Folder2/Folder14/Folder1/Folder114/MHP_Service_Area_Listing.pdf?rev=fe2f344f7c46481fb39eb034a8601cd5&hash=D59C718240AE79F1F708D4103AD823A8

التكاليف

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

لا يتعين على المسجلين دفع كامل التكلفة للخدمات المغطاة. مع ذلك، قد يكون مطلوبًا دفع مبلغ صغير يسمى رسوم المشاركة. يجوز للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 21 عامًا أو أكثر أن يكون لديهم رسوم مشاركة مقابل الخدمات الواردة في متطلبات رسوم المشاركة للمستفيد. للاطلاع على قائمة مبالغ رسوم المشاركة في هذا الجدول، يرجى زيارة https://www.michigan.gov/mdhhs/-/media/Project/Websites/mdhhs/Folder1/Folder60/WebCo-PayTable_11-02-06.pdf?rev=39dfeae1839e4434b66f503f84d63e45&hash=18CE85BF53B120E81739BD1F781CE2B8

H6. خطة دفع الوصفات الطبية لدى Medicare

خطة دفع الوصفات الطبية لدى Medicare هي خيار دفع قد يساعدك في إدارة التكاليف التي تتحملها للأدوية التي تغطيها خطتنا من خلال توزيعها على مدار السنة التقويمية (يناير - ديسمبر) كدفعات شهرية. هذا البرنامج لا يوفر لك المال أو يقلل من تكاليف أدويةك. "المساعدة الإضافية" من Medicare والمساعدة من برنامج المساعدة الصيدلانية للولاية (SPAP) وبرنامج مساعدة أدوية الإيدز (ADAP)، بالنسبة للمؤهلين، أكثر فائدة من المشاركة في خطة دفع الوصفات الطبية لدى Medicare وحدها. جميع المسجلين مؤهلون للمشاركة في هذا البرنامج، بغض النظر عن مستوى دخلهم. لمعرفة المزيد عن هذا البرنامج، يرجى الاتصال بنا على رقم الهاتف الموجود أسفل هذه الصفحة أو تفضل بزيارة www.Medicare.gov.

H7. الموارد الإضافية

توفر ولاية ميشيغان أدوات myHealthButton و myHealthPortal للأعضاء الحاليين المسجلين في برنامج Michigan Medicaid، وبرنامج Healthy Michigan Plan، و MIChild و/أو برنامج خدمات الرعاية الصحية الخاصة للأطفال (CSHCS). تطبيق الهاتف المحمول myHealthButton هو تطبيق عبر الإنترنت يمكن الوصول إليه من أي جهاز متصل بالإنترنت.

نوصي الأعضاء باستخدام التطبيقات بانتظام للاستفادة من الميزات الإضافية.

اتصل بالرقم التالي:	خط مساعدة المستفيدين على الرقم 1-800-642-3195.
TTY	1-866-501-5656
البريد الإلكتروني	myHealthButton@michigan.gov.
الموقع الإلكتروني	https://myhbcld.state.mi.us/myHBPublic/landing.action?request_locale=en

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY)

711)، على مدار أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.