



ملخص المزايا لعام 2025

سيرد أحد أعضاء فريق Aetna على مكالمتك.
ضع في الاعتبار ما يلي
هذا ملخص للخدمات التي نقدمها من 1 يناير
2025 حتى 31 ديسمبر 2025.

هل تحتاج إلى الاطلاع على قائمة كاملة
بما نغطيه وأي قيود عليه؟ فقط قم بالزيارة
[AetnaBetterHealth.com/Virginia-
hmosnp](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp) حيث ستجد دليل التغطية (EOC)
الخاص بالخطوة. يمكنك الاتصال بنا لطلب نسخة.

نحن هنا للمساعدة

قد تكون لديك أسئلة تطرحها أثناء قراءتك لهذه المعلومات. لا بأس
بذلك - نحن هنا للمساعدة.

لست عضوا حتى الآن؟

اتصل على **1-844-934-3324 (TTY: 711)**
1 أكتوبر - 31 مارس: من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام في
الأسبوع من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الساعة 8 صباحًا إلى 8
مساءً، من الاثنين إلى الجمعة

أنت عضو بالفعل؟

اتصل على الأرقام التالية **(TTY: 711)** **1-855-463-0933**
من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، لمدة 7 أيام في الأسبوع.

هل أنت مؤهل للتسجيل؟

تحسين الصحة يتطلب جهداً جماعياً

باستخدام خطة ذوي الاحتياجات الخاصة ذات أهلية مزدوجة من برنامج Advantage Medicare، أو D-SNP، سيكون لديك فريق رعاية إلى جانبك، وعلى استعداد لمساعدتك في الوصول إلى أفضل حالات صحتك وتسهيل حياتك.

للاضمام

Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP)

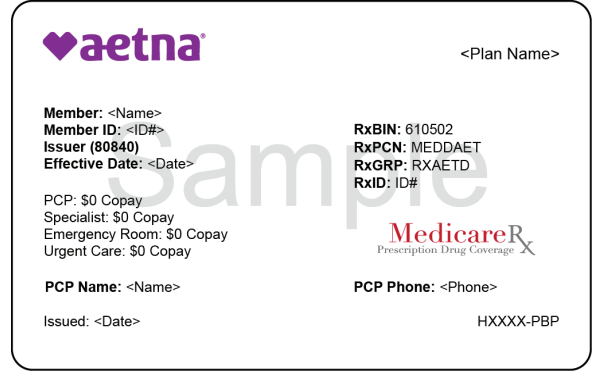
يجب عليك أن:

- أن يكون مؤهلاً للحصول على برنامج الجزء (A) من Medicare
- لديك الجزء (ب) من برنامج Medicare
- أن تعيش في منطقة تقديم خدمات الخطة، والتي تشمل ما يلي:
- جميع المقاطعات في ولاية Virginia
- اشترك في برنامج Program Savings Medicare
- (MSP) أو تأهل للحصول على مزاياء برنامج State Medicaid. انظر الجدول أدناه لمعرفة فئات الأهلية.

- يعد مدير رعاية التمريض نقطة اتصال واحدة للمساعدة في تنسيق رعايتك.
- سيوصلك اختصاصي الرعاية الاجتماعية بالبرامج في مجتمعك ويساعدك في الإجابة عن أسئلتك حول الخدمات الاجتماعية.
- سيساعدك منسق الرعاية في جدولة مواعيد مقدم الرعاية وترتيب الرحلات والعمل معك لتلبية احتياجاتك الشخصية.
- سيساعدك محامي الأعضاء في الوصول إلى مزاياء برنامج State Medicaid.

| برنامج التوفير في Medicare | ما الذي يغطيه؟ |
|------------------------------------|---|
| المستفيد المؤهل لـ Medicare (QMB): | يساعد في دفع أقساط الجزأين (أ) و (ب) من Medicare، وحصص تقاسم التكلفة الأخرى (مثل المبالغ المقتطعة والتأمين المشترك ومبالغ المشاركة في السداد). (بعض الأشخاص المؤهلين للاستفادة من Medicare يكونون أيضاً مؤهلين للحصول على مزاياء Medicaid ((QMB+ كاملة)). |

تأكد من إبراز بطاقة هوية عضو Aetna® الخاصة بك و بطاقة هوية Medicaid للولاية الخاصة بك عند زيارة مقدم الرعاية أو الصيدلية.



ما الذي يجب عليك معرفته

- نوع الخطة: Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) هي خطة D-SNP. وهي خطة Advantage Medicare التي تغطي الأدوية الموصوفة طبيًا.
- معلومات حول **D-SNP**: خطة ذوي الاحتياجات الخاصة ذات أهلية مزدوجة (D-SNP) الخاصة بنا مخصصة للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare والمؤهلين أيضًا للحصول على مستوى معين من مساعدة Medicaid. تحل محل تغطية Medicare Original. ستظل تمتلك برنامج Medicare، إلا أنك لن تحصل عليه إلا من خلالنا، بدلاً من الحكومة الفيدرالية. نحن نغطي كل ما يغطيه برنامج Medicare Original ونقدم مزايا وخدمات إضافية أيضًا.
- مقدم الرعاية الأولية (PCP): مقدم الرعاية الأولية (PCP) مهم للمساعدة في تنسيق رعايتك. نطلب منك اختيار PCP. عند التسجيل، سنسأل عن مزود خدمة الرعاية الرئيسية لديك. إذا لم نخبرنا، فسنخصص لك واحداً. يمكنك تغيير PCP الخاص بك في أي وقت عن طريق الاتصال بنا أو تسجيل الدخول إلى بوابة الأعضاء الخاصة بك.
- الإحالات: Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) لا يتطلب إحالة من طبيب الرعاية الأولية لرؤية أخصائي. ضع في اعتبارك أن بعض مقدمي الخدمات قد يحتاجون إلى توصية أو خطة علاج من مقدم الخدمات الخاص بك لرؤيتك.
- التصاريحات المسبقة: سيعمل مقدم الرعاية الخاص بك معنا للحصول على الموافقة قبل أن تتلقى خدمات أو أدوية معينة.
- موارد مفيدة: للعثور على أدلة مقدمي الخدمة والصيدليات الشبكية ومعلومات الخطة الأخرى، قم بزيارة [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp). يحتوي مخطط مرجع الاتصال السريع الموجود في نهاية هذه الوثيقة على أرقام هواتف ومواقع ويب مهمة. لمعرفة التغطية وتكاليف خدمات برنامج Medicare Original، راجع كتيب "Medicare" وأنت". اطلع عليها على الإنترنت على [medicare.gov/medicare-and-you](https://www.medicare.gov/medicare-and-you) أو احصل على نسخة من خلال الاتصال على الرقم (1-877-486-2048) (TTY: 1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE) 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.

القسط الشهري للخطة، قابل للخصم والحد الأقصى من مالك الخاص (MOOP)



| التكاليف النثرية | |
|---------------------|---------|
| قسط الخطة الشهري | \$0 |
| خطة المبالغ المخصصة | \$0 |
| MOOP | \$9,350 |

طالما استمر Medicaid في سداد المبلغ المقتطع والتأمين المشترك ومبالغ المشاركة في السداد من Medicare، لن تتحمل الحد الأقصى للمسؤولية المتعلقة بالتكاليف من مالك الخاص.

المزايا الطبية والمستشفيات

إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة تقاسم التكاليف في Medicare بموجب Medicaid، فأنت تدفع مبلغ الدفع المشترك \$0.

تغطية المستشفى

غالبًا ما يحتاج مقدم الخدمة الخاص بك إلى موافقة منا قبل أن نقوم بتغطية هذه الخدمات. وهذا ما يسمى التصريح المسبق أو الترخيص المسبق.



| ميزة | تكاليفك في خطتنا |
|---|------------------------|
| المرضى الداخليون | \$0 المشاركة في السداد |
| خدمات ملاحظة المرضى الخارجيين بالمستشفى | \$0 المشاركة في السداد |
| المستشفى للمرضى الخارجيين | \$0 المشاركة في السداد |
| مركز جراحي متنقل | \$0 المشاركة في السداد |



مقدم الرعاية الأولية (PCP) والزيارات المتخصصة

| ميزة | تكاليفك في خطتنا |
|----------------------------|------------------------|
| مقدم الرعاية الأولية (PCP) | \$0 المشاركة في السداد |
| الأخصائي | \$0 المشاركة في السداد |



الرعاية الوقائية والطارئة والعاجلة

| المزايا | تكاليفك في خطتنا |
|--|---|
| الرعاية الوقائية | \$0 المشاركة في السداد وللاطلاع على قائمة كاملة بالخدمات الوقائية المتاحة، اطلع على دليل التغطية (EOC). |
| الرعاية الطارئة والعاجلة (داخل الولايات المتحدة) | \$0 المشاركة في السداد |
| الرعاية الطارئة والعاجلة، بما في ذلك سيارة الإسعاف (خارج الولايات المتحدة) | \$0 المشاركة في السداد الحد الأقصى للتغطية: \$50,000 (أقصى ما سندفعه مقابل الرعاية الطارئة والعاجلة مجتمعة في جميع أنحاء العالم، بما في ذلك سيارة الإسعاف) |



الخدمات التشخيصية، والمعامل والأشعة

غالبًا ما يحتاج مقدم الخدمة الخاص بك إلى موافقة منا قبل أن نقوم بتغطية هذه الخدمات. وهذا ما يسمى التصريح المسبق أو الترخيص المسبق.

| ميزة | تكاليفك في خطتنا |
|--|------------------------|
| الاختبارات والإجراءات التشخيصية | \$0 المشاركة في السداد |
| الخدمات المخبرية | \$0 المشاركة في السداد |
| خدمات الأشعة التشخيصية، مثل التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) | \$0 المشاركة في السداد |
| الأشعة السينية في العيادات الخارجية | \$0 المشاركة في السداد |

خدمات السمع



| المزايا | تكاليفك في خطتنا |
|----------------------|--|
| الفحص التشخيصي للسمع | \$0 المشاركة في السداد |
| فحص السمع الروتيني | \$0 المشاركة في السداد تحصل على فحص سمع روتيني واحد كل عام مع مقدم خدمة ضمن شبكة NationsHearing. |
| المعينات السمعية | تحصل على مبلغ مزايا سنوي (بدل) قدره \$2,500 لكل أذن. إذا كانت التكلفة أعلى من مبلغ المزايا، فستدفع الفرق. لا يمكن استخدام مبلغ المزايا هذا إلا لشراء المعينات السمعية من خلال مقدم خدمة ضمن شبكة NationsHearing. |

خدمات الأسنان



| المزايا | تكاليفك في خطتنا |
|---------------|--|
| خدمات الأسنان | المشاركة في السداد بقيمة \$0 لخدمات طب الأسنان المغطاة تحصل على مبلغ مزايا سنوي (بدل) قدره \$2,000 مقابل خدمات طب الأسنان المغطاة. أنت مسؤول عن أي تكاليف تتجاوز هذا المبلغ. تشمل خدمات طب الأسنان المغطاة الفحوصات الفموية، والأشعة السينية، والتنظيفات، والحشوات، والخلع، والتيجان، والمزيد. لقد تعاوننا مع DentaQuest لتوفير تغطية الأسنان الخاصة بك. |

خدمات النظر



| المزايا | تكاليفك في خطتنا |
|--|--|
| فحص العينين التشخيصي (يتضمن فحوصات العين لمرضى السكري) | \$0 المشاركة في السداد |
| فحص المياه الزرقاء | \$0 المشاركة في السداد |
| فحص العين الروتيني | \$0 المشاركة في السداد |
| العدسات اللاصقة والنظارات | تغطي خطتنا اختبارًا واحدًا كل عام من مقدم خدمة داخل الشبكة. ستحصل على مبلغ ميزة سنوي (بدل) قدره \$300 لتغطية النظارات الطبية. |
| | لقد تعاوننا مع VSP لتوفير هذه الميزة. يجب عليك زيارة مقدم خدمة من VSP لاستخدام مبلغ المزايا الخاص بك. يتم تطبيق مبلغ المزايا الخاص بك في وقت الشراء. إذا اخترت نظارات تكلف أكثر من مبلغ المزايا الخاص بك، فستحتاج إلى دفع الفرق. |

خدمات الصحة العقلية

غالبًا ما يحتاج مقدم الخدمة الخاص بك إلى موافقة منا قبل أن نقوم بتغطية هذه الخدمات. وهذا ما يسمى التصريح المسبق أو الترخيص المسبق.



| ميزة | تكاليفك في خطتنا |
|--|------------------------|
| الإقامة في مستشفى الصحة النفسية للمرضى الداخليين | \$0 المشاركة في السداد |
| علاج الصحة العقلية للمرضى الخارجيين | \$0 المشاركة في السداد |
| العلاج النفسي للمرضى الخارجيين | \$0 المشاركة في السداد |

مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة (SNF) والعلاج

غالبًا ما يحتاج مقدم الخدمة الخاص بك إلى موافقة من قبل أن نقوم بتغطية هذه الخدمات. وهذا ما يسمى التصريح المسبق أو الترخيص المسبق. ملاحظة: يجب أن يستوفي الأعضاء معايير مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) للحصول على الرعاية الماهرة اللازمة طبيًا للتغطية.



| المزايا | تكاليفك في خطتنا |
|-------------------------|---|
| رعاية SNF | \$0 المشاركة في السداد تغطي خطتنا حتى 100 يوم خلال فترة المزايا. |
| العلاج الطبيعي والتخاطب | \$0 المشاركة في السداد |
| العلاج الوظيفي | \$0 المشاركة في السداد |

سيارة الإسعاف والنقل الروتيني

يحتاج مقدم الخدمات غالبًا إلى الحصول على موافقة من قبل أن نغطي الإسعاف الجوي غير الطارئ. وهذا ما يسمى التصريح المسبق أو الترخيص المسبق.



| ميزة | تكاليفك في خطتنا |
|---|------------------------|
| سيارة الإسعاف (الأرضي أو الجوي، ذهاب فقط) | \$0 المشاركة في السداد |
| النقل الروتيني في غير حالات الطوارئ | \$0 المشاركة في السداد |

يمكنك الحصول على ما يصل إلى 12 من الرحلات في اتجاه واحد كل عام من وإلى المواقع المعتمدة في الخطة (ما يصل إلى 50 ميل لكل رحلة). تتضمن أمثلة المواقع المعتمدة من الخطة العيادات الطبية ومراكز الرعاية العاجلة. لقد تعاوننا مع ModivCare لتوفير هذه الميزة.

أدوية الجزء (ب) من Medicare

يغطي الجزء (ب) من Medicare عددًا محدودًا من الأدوية فقط في ظل ظروف معينة. وغالبًا ما تُصرف هذه الأدوية لك في عيادة مقدم الرعاية الخاص بك. ويمكن أن تشمل أدوية مثل اللقاحات والحقن وأجهزة البخاخات، من بين أدوية أخرى. كما يمكن أن تشمل أيضًا الأدوية التي تتناولها في المنزل باستخدام معدات طبية خاصة. غالبًا ما يحتاج مقدم الخدمة الخاص بك إلى موافقة من قبل أن نقوم بتغطية هذه الخدمات. وهذا ما يسمى التصريح المسبق أو الترخيص المسبق.



| ميزة | تكاليفك في خطتنا |
|------------------------|------------------------|
| أدوية العلاج الكيميائي | \$0 المشاركة في السداد |
| الجزء (ب) من الأنسولين | \$0 المشاركة في السداد |
| أدوية أخرى من الجزء ب | \$0 المشاركة في السداد |

أدوية الجزء (د) من Medicare



يغطي الجزء (د) من برنامج Medicare مجموعة واسعة من الأدوية الموصوفة طبيًا. يمكن أن تشمل الأدوية التي تتناولها كل يوم لحالات مثل ارتفاع ضغط الدم أو مرض السكري. بعض الأدوية تتطلب تصريحًا مسبقًا. هذا يعني أنه يجب أن تحصل على موافقة منا أولاً قبل أن نغطيها.

| تكاليفك في خططنا للأدوية المغطاة في الجزء د | |
|--|--------------------------|
| \$0 | الخصم |
| \$0 | التغطية الأولية |
| يمكنك الحصول على إمداد الأدوية لمدة 30 أو 60 أو 100 يومًا. يشمل ذلك أدوية الحقن المنزلي التي يتم الحصول عليها عبر مزايا الجزء (د) الخاصة بك. | |
| \$0 | التغطية في حالات الكوارث |

المزايا الأخرى التي تشملها التغطية

الطب البديل



| ميزة | تكاليفك في خطتنا |
|---------------------------|---|
| الوخز الإبري | المشاركة في السداد بقيمة \$0 مقابل زيارات الوخز بالإبر التي يغطيها برنامج Medicare تقتصر تغطية Medicare على خدمات علاج آلام أسفل الظهر المزمّنة. لا يتم تغطية خدمات الوخز بالإبر غير المغطاة ببرنامج Medicare. |
| خدمات تقويم العمود الفقري | المشاركة في السداد بقيمة \$0 لزيارة من زيارات تقويم العمود الفقري المغطاة من Medicare. تقتصر تغطية Medicare على إصلاح خلع جزئي. لا يتم تغطية خدمات العلاج بتقويم العمود الفقري غير المغطاة ببرنامج Medicare. |

المستلزمات المتعلقة بداء السكري

نحن نغطي حصرياً أجهزة مراقبة نسبة السكر في الدم وشرائط الاختبار من **OneTouch®/LifeScan** وهي الإمدادات المفضلة لدينا لمرضى السكري.



| ميزة | تكاليفك في خطتنا |
|---------------------------------|------------------------|
| المستلزمات المتعلقة بداء السكري | \$0 المشاركة في السداد |

مزايا اللياقة البدنية



| ميزة | تكاليفك في خطتنا |
|-------------------------------|--|
| عضوية اللياقة البدنية السنوية | \$0 المشاركة في السداد ستحصل على عضوية أساسية في مرفق اللياقة البدنية المشاركة SilverSneakers® . إذا كنت تفضل ممارسة التمارين الرياضية في المنزل، فيمكنك طلب مجموعة لياقة بدنية منزلية واحدة سنوياً من SilverSneakers . إذا كنت لا تقيم بالقرب من منشأة مشاركة، فإن دروس اللياقة البدنية عبر الإنترنت متاحة لك دون أي تكلفة إضافية. |

العناية بالقدم (خدمات علاج الأقدام)



| المزايا | تكاليفك في خطتنا |
|----------------------|--|
| فحوصات القدم والعلاج | المشاركة في السداد بقيمة \$0 في تكاليف زيارات طب الأقدام المغطاة من قبل Medicare وغير المغطاة من قبل Medicare بالنسبة للخدمات غير المغطاة من قبل Medicare، فإننا نغطي ما يصل إلى ثلاث زيارات كل عام. |

الرعاية والدعم المنزلي

غالبًا ما يحتاج مقدم الخدمة الخاص بك إلى موافقة منا قبل أن نقوم بتغطية هذه الخدمات. وهذا ما يسمى التصريح المسبق أو الترخيص المسبق.



| ميزة | تكاليفك في خطتنا |
|--------------------------------------|---|
| الرعاية الصحية المنزلية | \$0 المشاركة في السداد |
| ميزة الوجبة (بعد الخروج من المستشفى) | المشاركة في السداد بقيمة \$0 للوجبات الغذائية |
| | بعد خروجك من مستشفى مؤهل للحالات الحادة للمرضى الداخليين أو مستشفى للأمراض النفسية للمرضى الداخليين أو منشأة الرعاية التمريضية الحاذقة، قد تكون مؤهلاً للحصول على ما يصل إلى 14 وجبة طازجة لمدة 7 أيام. يتم تقديم هذه الوجبات للمساعدة في دعم تعافيك أو إدارة حالتك الصحية. |
| | لقد تعاوننا مع Meals Mom's لتوفير هذه الميزة. |

المعدات والمستلزمات الطبية

غالبًا ما يحتاج مقدم الخدمة الخاص بك إلى موافقة منا قبل أن نقوم بتغطية هذه الخدمات. وهذا ما يسمى التصريح المسبق أو الترخيص المسبق.



| ميزة | تكاليفك في خطتنا |
|--|--|
| المعدات الطبية المتينة (DME)، مثل الكراسي المتحركة، والعكازات، ومعدات الأكسجين، وأجهزة مراقبة الجلوكوز المستمرة (CGMs) | \$0 المشاركة في السداد |
| الأجهزة التعويضية مثل الدعامات والأطراف الصناعية | \$0 المشاركة في السداد |
| منع التعرض للسقوط | ستحصل على مبلغ مزايا سنوي قدره \$150 (بدل) لشراء منتجات معينة للسلامة المنزلية والحمام المعتمدة. |

خدمات اضطراب تعاطي المواد
غالبًا ما يحتاج مقدم الخدمة الخاص بك إلى موافقة منا قبل أن نقوم بتغطية هذه الخدمات. وهذا ما يسمى التصريح المسبق أو الترخيص المسبق.



| ميزة | تكاليفك في خطتنا |
|--|------------------------|
| خدمات اضطراب تعاطي المواد للمرضى الخارجيين | \$0 المشاركة في السداد |

خدمات تمريض على مدار 24 ساعة
يمكنك التحدث إلى ممرضة مسجلة في أي وقت لمناقشة الأسئلة المتعلقة بالصحة.



| ميزة | تكاليفك في خطتنا |
|------------------------------|------------------------|
| خدمات تمريض على مدار 24 ساعة | \$0 المشاركة في السداد |

(AAP) Program Assist Aetna**متطلبات الأهلية:**

قد يكون الأعضاء المؤهلون للتسجيل في هذه الخطة مؤهلين لتلقي المزايا الإضافية المذكورة أدناه.

الأدوية الموصوفة التي يغطيها برنامج **Medicare الجزء (د) بقيمة \$0** لن تدفع أي دولار (\$0) مقابل الأدوية الموصوفة ضمن الجزء (د) المغطاة من خلال برنامج Support Cost Rx Aetna Program خلال جميع مراحل التغطية عند استخدام صيدلية داخل الشبكة.

محفظة الدعم الإضافية

تحصل على مبلغ مزايا شهري قدره \$125 (بدل) على بطاقة المزايا الإضافية من **Medicare Aetna**.

يمكنك استخدام محفظة الدعم الإضافية الخاصة بك للمساعدة في دفع ثمن بعض الأطعمة الصحية، ومنتجات الصحة والعافية التي لا تحتاج إلى وصفة طبية (OTC)، والنقل، والمرافق، ومنتجات العناية الشخصية.

مرجع سريع للاتصال

| | | |
|---|---------------------------|--------------------|
| AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp | 1-844-934-3324 (TTY: 711) | Aetna: قبل التسجيل |
| AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp | 1-855-463-0933 (TTY: 711) | خدمات أعضاء Aetna |
| 1-855-463-0933 (TTY: 711) dentaquest.com/en/members/virginia-medicaid-dental-coverage | DentaQuest | الأسنان |
| 1-855-463-0933 vsp.com/eye-doctor | VSP | النظارات |
| 1-855-463-0933 (TTY: 711) Aetna.NationsBenefits.com/Hearing | NationsHearing | المعينات السمعية |
| 1-855-463-0933 (TTY: 711) | Hour Nurse Line-24 | الخط الساخن للمريض |
| 1-855-627-3795 (TTY: 711) SilverSneakers.com | SilverSneakers | SilverSneakers |
| 1-844-452-9375 (TTY: 711) mydivicare.com | ModivCare | النقل |

Medicare Aetna هي خطة PPO أو HMO بالتعاقد مع Medicare. لدينا D-SNPs أيضًا عقود مع برامج Medicaid State. ويعتمد التسجيل في خططنا على تجديد العقد.

انظر دليل التغطية للحصول على وصف كامل للمزايا والاستثناءات والقيود وشروط التغطية الخاصة بالخطة. قد تختلف ميزات الخطة ومدى التوفر حسب منطقة الخدمات.

مقدمو الخدمات من خارج الشبكة/غير المتعاقدين غير ملزمين بعلاج أعضاء الخطة باستثناء في الحالات الطارئة. يُرجى الاتصال برقم خدمات الأعضاء لدينا أو الاطلاع على دليل التغطية لديك للحصول على مزيد من المعلومات، وتشمل مشاركة التكلفة التي تنطبق على الخدمات خارج الشبكة.

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

للطلب عبر البريد، يمكنك شحن الأدوية الموصوفة إلى منزلك من خلال برنامج توصيل الطلبات عبر البريد عبر الشبكة. عادة ما تصل أدوية الطلب عبر البريد خلال 10 أيام. يمكنك الاتصال على الرقم 1-833-570-6670 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، طوال 7 أيام الأسبوع إذا لم تتلق الأدوية المطلوبة عبر البريد في هذا الإطار الزمني. قد يكون للأعضاء خيار الاشتراك في خدمة التوصيل المطلوبة عبر البريد المحمية.

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

تعتبر SilverSneakers علامة تجارية مسجلة لـ Inc, Health Tivity ©, Inc, Health Tivity 2024. وتحفظ كافة الحقوق.

الأهلية لنموذج المزايا أو برامج المكافآت والحوافز (RI) بموجب نموذج تصميم التأمين على أساس القيمة (VBID) ليست مضمونة وسيتم تحديدها بواسطة Aetna بعد التسجيل، بناءً على المعايير ذات الصلة (على سبيل المثال، التشخيص السريري، ومعايير الأهلية، والمشاركة) في برنامج إدارة حالة المرض.

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

© 2024 Aetna Inc.

Y0001_H1610_003_DS19_SB2025_AR_M

20240820

قائمة التدقيق قبل التسجيل

قبل اتخاذ قرار التسجيل، من الضروري أن تعرف تمامًا مزايانا وقواعدنا. إذا كان لديك أي أسئلة، يمكنك الاتصال والتحدث إلى أحد ممثلي خدمة العملاء على **(TTY: 711) 1-844-934-3324**. من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، يمكنك الاتصال بنا على مدار 7 أيام الأسبوع من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر، نحن متاحون من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي.

فهم المزايا

- يوفر دليل التغطية (EOC) قائمة كاملة بجميع عناصر التغطية والخدمات. تجب مراجعة تغطية الخطة والتكاليف والمزايا قبل التسجيل. قم بزيارة AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp أو اتصل **(TTY: 711) 1-844-934-3324** لعرض نسخة من EOC.
- راجع دليل مقدمي الخدمات (أو أسأل طبيبك) للتأكد من أن الأطباء الذين تزورهم الآن ضمن الشبكة. وفي حالة عدم إدراجهم، فإن ذلك يعني أنك في الأغلب ستحتاج إلى تحديد طبيب جديد.
- راجع دليل الصيدليات للتأكد من أن الصيدلية التي تستخدمها لأي دواء موصوف موجود في الشبكة. إذا لم تكن الصيدلية موجودة، فسيجب عليك على الأرجح اختيار صيدلية جديدة لصرف أدويةك الموصوفة.
- راجع كتيب الأدوية الموصوفة للتأكد من تغطية الأدوية لديك.

فهم القواعد المهمة

- التأثير على التغطية الحالية. إذا كنت مسجلًا حاليًا في خطة Advantage Medicare، فستنتهي تغطية Advantage Medicare الحالية للرعاية الصحية بمجرد بدء تغطية Advantage Medicare الجديدة. إذا كان لديك Tricare، فقد تتأثر تغطيتك بمجرد بدء تغطية Advantage Medicare الجديدة. يرجى الاتصال بـ Tricare للحصول على مزيد من المعلومات. إذا كانت لديك خطة Medigap، فبمجرد بدء تغطية Advantage Medicare، قد ترغب في إلغاء بوليصة Medigap لأنك ستدفع مقابل التغطية التي لا يمكنك استخدامها.
- ويتعين عليك مواصلة سداد قسط الجزء B من Medicare. ويتم عادةً اقتطاع هذا القسط من شيك الضمان الاجتماعي الخاص بك كل شهر. تتم تغطية قسط الجزء (ب) للأعضاء مزدوجي الأهلية بالكامل.
- قد تتغير المزايا و/أو الأقساط و/أو مبالغ المشاركة في السداد/التأمين المشترك في 1 يناير 2026.
- باستثناء الحالات الطارئة أو العاجلة، لا نغطي خدمات من قبل مقدمي خدمات من خارج الشبكة (الأطباء غير المدرجين في دليل مقدمي الخدمات).
- إن هذه الخطة هي خطة احتياجات خاصة ذات أهلية مزدوجة (D-SNP). ستستند قدرتك على التسجيل إلى التحقق من استحقاقك للحصول على مساعدة طبية و Medicare من خطة تابعة للولاية ضمن Medicaid.

©2024 Aetna Inc.

Y0001_NR_3667414_2025_AR_C

Multi-Language Insert Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Y0001_NR_30475b_2023_C

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

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

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

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

ويمكنك أيضًا تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية لدى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الإدارة الأمريكية من خلال https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf

ESPAÑOL (SPANISH): Si habla un idioma que no sea inglés, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este documento.

傳統漢語(中文) (CHINESE): 如果您使用英文以外的語言，我們將提供免費的語言協助服務。請瀏覽我們的網站或撥打本文件中所列的電話號碼。