



2024

ملخص المزايا

CCA Health Michigan, Inc.

CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP) H9861-003

هذا ملخص الخدمات الدوائية والصحية التي تغطيها CCA Health Michigan من 1 يناير 2024 إلى 31 ديسمبر 2024.

22260 Haggerty Road, Suite 300
Northville, MI 48167



H9861_24_DSNPSB_M_REV2_AR

مقدمة إلى ملخص المزايا

من يمكنه الانضمام؟

تعتمد أهليتك للتسجيل في هذه الخطة على نوع برنامج Medicaid الخاص بك. يجب أن تكون مستحقاً لتأمين الجزء "أ" من Medicare، وأن تكون مسجلاً في الجزء "ب" من Medicare، وأن تكون مقيماً في المنطقة التي نقدم فيها الخدمة (مقاطعات جينيبي، أو ماكومب، أو أوكلاند، أو سانت كلير، أو لايبير، أو واين)، وأن تكون ممن يتلقون مستوىً معيناً من المساعدة من برنامج المساعدة الطبية في ولاية ميشيغان (Medicaid). إذا كنت تحصل على مزايا Medicare و Medicaid، فهذا يعني أنك تتمتع بتأهيل مزدوج. يمكنك التسجيل في هذه الخطة إذا كنت ملتحقاً بإحدى فئات Medicaid التالية:

مستفيد مؤهل فائق من Medicare (QMB+) Medicaid: تحصل على تغطية Medicaid فيما يتعلق بمشاركة التكلفة مع Medicare كما أنك مؤهل أيضاً للحصول على مزايا Medicaid الكاملة. يدفع برنامج Medicaid أقساط تغطية الأجزاء "أ" و"ب"، ومبالغ التحمل، والتأمين المشترك، ومبالغ السداد المشترك. أنت لا تدفع أي شيء، باستثناء مبالغ السداد المشترك للأدوية المقررة بوصفة طبية بموجب تغطية الجزء "د".

مستفيد مؤهل من Medicare (QMB) Medicaid: تحصل على تغطية Medicaid فيما يتعلق بمشاركة التكلفة مع Medicare لكنك لست مؤهلاً للحصول على مزايا Medicaid الكاملة. يدفع برنامج Medicaid أقساط تغطية الأجزاء "أ" و"ب"، ومبالغ التحمل، والتأمين المشترك، ومبالغ السداد المشترك فقط. أنت لا تدفع أي شيء، باستثناء مبالغ السداد المشترك للأدوية المقررة بوصفة طبية بموجب تغطية الجزء "د".

مستفيد محدد فائق من Medicare لذوي الدخل المنخفض (SLMB+) Medicaid: يدفع برنامج Medicaid قسط الجزء "ب" ويقدم مزايا Medicaid الكاملة. أنت مؤهل للحصول على مزايا Medicaid الكاملة. في بعض الأحيان، قد تكون مؤهلاً أيضاً للحصول على مساعدة محدودة من وكالة Medicaid التابعة لولايتك في دفع مبالغ المشاركة في التكلفة لبرنامج Medicare. بشكل عام، فإن نسبة مشاركتك في التكلفة هي 0% عندما تكون الخدمة مشمولة بتغطية كل من Medicare و Medicaid.

المزايا الكاملة والتأهيل المزدوج (FBDE) Medicaid: يقدم برنامج Medicaid المساعدة فيما يتعلق بأقساط الجزء "أ" والجزء "ب" من Medicare، ومبالغ السداد المشترك، ومبالغ التحمل، والتأمين المشترك. تحصل أيضاً على مزايا برنامج Medicaid الكاملة في ميشيغان. قد تكون هناك حالات يتعين عليك المشاركة في التكلفة عندما لا تكون الخدمة أو الميزة مغطاة من قبل Medicaid.

ما الأطباء والمستشفيات والصيدليات التي يمكنني التعامل معهم؟

تضم هذه الخطة شبكة من الأطباء والمستشفيات والصيدليات ومقدمي الخدمات الآخرين. يمكن أن يكون التعامل مع مقدمي الخدمات داخل الشبكة أقل تكلفة من الاستعانة بالخدمات خارج الشبكة، إلا في حالات الطوارئ.

للحصول على تغطية وتكاليف خطة Medicare الأصلية، راجع كتيب دليل "Medicare & You" الحالي. يمكنك الاطلاع عليه عبر الإنترنت على www.medicare.gov أو الحصول على نسخة عن طريق الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

معلومات مهمة

للمزيد من المعلومات، يُرجى الاتصال بنا على الرقم 855-959-5855. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 711. ساعات العمل من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع خلال الفترة من 1 أكتوبر حتى 31 مارس، ومن 8 صباحًا إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة خلال الفترة من 1 أبريل حتى 30 سبتمبر. أو تفضل بزيارتنا على www.ccahealthmi.org.

- CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP) هي خطة Medicare Advantage HMO مع عقد Medicare. يعتمد التسجيل في هذه الخطة على تجديد العقد. CCA متعاقدة مع ولاية ميشيغان لتنسيق مزايا Medicaid مع هذه الخطة.

- لا تسرد معلومات المزايا المقدمة كل خدمة نغطيها أو تقدم تفاصيل بشأن كل قيد أو استثناء.
- للحصول على قائمة كاملة بالخدمات التي نغطيها، يُرجى الاتصال على الرقم 855-959-5855 (الهاتف النصي 711) وطلب "دليل التغطية" أو يمكنك الوصول إليه على www.ccahealthmi.org.
- عندما ترد كلمة "نحن" أو الضمير "نا" للمفعول أو ضمائر الملكية في هذه الوثيقة، فإنها تعني CCA Health Michigan, Inc. وعندما ترد كلمة "خطة" أو "خطتنا"، فإنها تعني خطة CCA Medicare Maximum.
- هذه المعلومات ليست وصفًا كاملاً للمزايا. اتصل بقسم خدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.
- قد تتغير المزايا في 1 يناير 2025. قد تتغير قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية (كتيب الوصفات الدوائية) أو شبكة الصيدليات و/أو شبكة مقدمي الخدمات الطبية في أي وقت. وستتلقى إشعارًا عند الضرورة.

يمكنك الحصول على هذا المستند مجانًا في تنسيقات أخرى، مثل الطباعة بحروف كبيرة أو بطريقة برايل أو تنسيق صوتي. اتصل على الرقم 855-959-5855 (الهاتف النصي 711).

| CCA MEDICARE MAXIMUM (HMO D-SNP) | |
|---|---|
| \$0 يجب عليك الاستمرار في دفع قسط الجزء "ب" من Medicare. | قسط الخطة الشهري (بما في ذلك الخدمات الطبية والأدوية) |
| \$0 | مبلغ التحمل للتغطية الطبية |
| \$0 سنويًا نظير الخدمات التي يغطيها Medicare التي تتلقاها من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة | الحد الأقصى للمسؤولية عن التكاليف (لا يشمل الأدوية المقررة بوصفة طبية وفقاً للجزء "د") |
| إذا وصلت إلى الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة، فستستمر في الحصول على خدمات المستشفى والخدمات الطبية المشمولة بالتغطية، وسندفع التكلفة الكاملة لبقية العام. يُرجى ملاحظة أنك ستظل ملزماً بدفع حصتك من تكلفة الأدوية المقررة بوصفة طبية وفقاً للجزء "د". | |

قائمة الخدمات المشمولة بالتغطية

يقدم الجدول التالي نظرة عامة سريعة على الخدمات المقدمة داخل الشبكة التي قد تحتاج إليها والتكاليف التي ستتحملها وقواعد المزايا.

| CCA MEDICARE MAXIMUM (HMO D-SNP) | المزايا | |
|---|--|-------------------|
| \$0 دفعة سداد مشترك لكل دخول للمستشفى يلزم الحصول على تصريح مسبق | المرضى الداخليون | |
| \$0 دفعة سداد مشترك لكل إقامة يلزم الحصول على تصريح مسبق | المستشفى، بما فيها الجراحة | العيادات الخارجية |
| \$0 دفعة سداد مشترك لكل إقامة | خدمات الملاحظة | |
| \$0 دفعة سداد مشترك لكل يوم يلزم الحصول على تصريح مسبق | المركز الجراحي المتنقل (ASC) | |
| \$0 دفعة سداد مشترك لكل زيارة | مقدم الرعاية الأولية (PCP) | زيارات الطبيب |
| \$0 دفعة سداد مشترك لكل زيارة | الأخصائيون | |
| \$0 دفعة سداد مشترك لكل زيارة الخدمات الوقائية الأخرى المتاحة | الرعاية الوقائية (مثل لقاح الإنفلونزا، الكشف عن داء السكري) | |
| \$0 دفعة سداد مشترك لكل زيارة | رعاية الطوارئ | |
| \$0 دفعة سداد مشترك لكل زيارة | الخدمات المطلوبة بشكل عاجل | |

| CCA MEDICARE MAXIMUM (HMO D-SNP) | المزايا | |
|---|---|--|
| <p>\$0 دفعة سداد مشترك لكل خدمة \$0 دفعة سداد مشترك لصورة الثدي الشعاعية التشخيصية يلزم الحصول على تصريح مسبق</p> | <p>خدمات الأشعة التشخيصية (مثل التصوير بالرنين المغناطيسي)</p> | <p>الخدمات التشخيصية/ المختبرات/التصوير بالأشعة</p> |
| <p>\$0 دفعة سداد مشترك لكل خدمة يلزم الحصول على تصريح مسبق</p> | <p>الخدمات المختبرية</p> | |
| <p>\$0 دفعة سداد مشترك لكل خدمة يلزم الحصول على تصريح مسبق</p> | <p>الاختبارات والإجراءات التشخيصية</p> | |
| <p>\$0 دفعة سداد مشترك لكل خدمة يلزم الحصول على تصريح مسبق</p> | <p>الأشعة العلاجية</p> | |
| <p>\$0 دفعة سداد مشترك لكل خدمة يلزم الحصول على تصريح مسبق</p> | <p>الأشعة السينية لمرضى العيادات الخارجية</p> | |
| <p>\$0 دفعة سداد مشترك لكل زيارة</p> | <p>فحص السمع (يغطيه Medicare)</p> | <p>خدمات رعاية السمع</p> |
| <p>\$0 دفعة سداد مشترك لكل زيارة مرة واحدة (1) في العام</p> | <p>فحص السمع الروتيني (لا يغطيه Medicare)</p> | |
| <p>بدل سنوي بقيمة \$1,500 يُستخدم لشراء جهازين مساعدين على السمع جهاز واحد (1) لكل أذن سنويًا</p> | <p>أجهزة المساعدة على السمع</p> | |

| CCA MEDICARE MAXIMUM (HMO D-SNP) | المزايا | |
|---|---|---------------------|
| \$0 دفعة سداد مشترك لكل زيارة | الخدمات الوقائية (لا يغطيها Medicare) | خدمات طب الأسنان |
| \$0 دفعة سداد مشترك لكل زيارة يلزم الحصول على تصريح مسبق | الخدمات الشاملة (يغطيها Medicare) | |
| \$0 دفعة سداد مشترك لكل زيارة يُرجى الرجوع إلى دليل التغطية للاطلاع على قائمة كاملة بحصص تكلفة المزايا والقيود. | الخدمات الشاملة (لا يغطيها Medicare) | |
| \$3,500 للخدمات الوقائية والشاملة (لا يغطيها Medicare) | الحد الأقصى المُجمع السنوي | |
| \$0 دفعة سداد مشترك لكل زيارة | فحص العين (يغطيها Medicare) | خدمات رعاية الإبصار |
| تحصل على \$550 على بطاقة Healthy Savings card الخاصة بك التي يمكنك استخدامها لدفع مقابل فحوصات العين الروتينية، وعدسات النظارات، وإطارات النظارات، والعدسات اللاصقة، وترقيات النظارات كل عام. | فحص العين الروتيني (لا يغطيها برنامج Medicare) النظارات | |
| \$0 دفعة سداد مشترك لكل زيارة يلزم الحصول على تصريح مسبق | خدمات الصحة النفسية الجلسات الفردية والجماعية | |
| \$0 دفعة سداد مشترك لكل دخول للمستشفى يلزم الحصول على تصريح مسبق | مرفق تمريض متخصص | |

| CCA MEDICARE MAXIMUM (HMO D-SNP) | المزايا |
|--|---|
| <p>\$0 دفعة سداد مشترك لكل زيارة يلزم الحصول على تصريح مسبق</p> | <p>العلاج الطبيعي (PT)، والعلاج الوظيفي (OT)، وعلاج التخاطب واللغة (ST)</p> |
| <p>\$0 دفعة سداد مشترك لكل رحلة ذهاب فقط للنقل البري والجوي يلزم الحصول على تصريح مسبق لحالات النقل غير الطارئة</p> | <p>سيارة الإسعاف النقل البري والجوي</p> |
| <p>\$0 دفعة سداد مشترك لكل رحلة طبية ذهاب فقط حتى 50 مرة في العام إلى المواقع المعتمدة من الخطّة، بحد أقصى 20 ميلاً</p> | <p>النقل</p> |
| <p>\$0 دفعة سداد مشترك نظير الأنسولين للجزء "ب" ستدفع أنت 0% من التكلفة الإجمالية للعلاج الكيميائي/الإشعاعي في الجزء "ب" وأدوية الجزء "ب" الأخرى. يلزم الحصول على تصريح مسبق</p> | <p>أدوية الجزء "ب" من Medicare</p> |

| CCA MEDICARE MAXIMUM (HMO D-SNP) | تغطية الأدوية |
|----------------------------------|--|
| \$0 لكل المستويات | الأدوية الموصوفة طبيًا سنويًا مبلغ التحمل (الجزء "د") |

| | |
|---|-----------------|
| ستدفع ما يلي إلى يصل إجمالي تكاليف أدويةك السنوية إلى \$5,030. إجمالي تكاليف الأدوية السنوية هو إجمالي تكاليف الأدوية التي تدفعها أنت و خطة الجزء "د" الخاصة بنا. أنت تدفع \$0 مقابل كمية الأنسولين المخصصة لشهر واحد. | التغطية الأولية |
|---|-----------------|

التجزئة القياسية

| CCA MEDICARE MAXIMUM (HMO D-SNP) | | مستوى الدواء |
|----------------------------------|---------------------|--|
| إمداد لمدة ثلاثة أشهر | إمداد لمدة شهر واحد | |
| \$0 | \$0 | المستوى 1 (الأدوية الجنيسة المفضلة) |
| \$0 | \$0 | المستوى 2 (الأدوية الجنيسة) |
| \$0 | \$0 | المستوى 3 (الأدوية ذات العلامة التجارية المفضلة) |
| \$0 | \$0 | المستوى 4 (الأدوية ذات العلامة التجارية غير المفضلة) |
| لا ينطبق* | \$0 | المستوى 5 (الأدوية المتخصصة) |

الطلب البريدي

| الطلب البريدي | | مستوى الدواء |
|-----------------------|---------------------|--|
| إمداد لمدة ثلاثة أشهر | إمداد لمدة شهر واحد | |
| \$0 | \$0 | المستوى 1 (الأدوية الجنيسة المفضلة) |
| \$0 | \$0 | المستوى 2 (الأدوية الجنيسة) |
| \$0 | \$0 | المستوى 3 (الأدوية ذات العلامة التجارية المفضلة) |
| \$0 | \$0 | المستوى 4 (الأدوية ذات العلامة التجارية غير المفضلة) |
| لا ينطبق* | \$0 | المستوى 5 (الأدوية المتخصصة) |

| | |
|---|--------------------|
| بعد أن يصل إجمالي تكاليف أدويةك إلى \$5,030، ستدخل مرحلة فجوة التغطية. ستبقى تكاليف أدويةك \$0. أنت تدفع \$0 مقابل كمية الأنسولين المخصصة لشهر واحد. | مرحلة فجوة التغطية |
|---|--------------------|

| | |
|--|------------------|
| بعد أن يصل إجمالي تكاليف أدويةك إلى \$8,000، ستدخل مرحلة التغطية الكارثية. أنت تدفع \$0 مقابل كمية الأنسولين المخصصة لشهر واحد. ستبقى تكاليف أدويةك \$0. | التغطية الكارثية |
|--|------------------|

*لا ينطبق - لا تتوفر إمدادات لثلاثة أشهر من للأدوية من المستوى 5.

المزايا الإضافية

يوضح الجدول التالي المزايا الإضافية التي تحصل عليها من خلال خطتنا لدى مقدم خدمة أو مرفق تابع للشبكة.

| CCA MEDICARE MAXIMUM (HMO D-SNP) | المزايا الإضافية | |
|--|--|--|
| \$0 لما يصل إلى 20 زيارة سنويًا للوخز بالإبر الذي يغطيه Medicare لعلاج ألم الظهر المزمن | الوخز بالإبر (يغطيها Medicare) | |
| \$0 دفعة سداد مشترك نظير الرعاية بتقويم العمود الفقري التي يغطيها Medicare | (يغطيها Medicare) | خدمات تقويم العمود الفقري |
| \$0 لما يصل إلى 20 زيارة روتينية لتقويم العمود الفقري سنويًا | لا يغطيها Medicare | |
| \$0 دفعة سداد مشترك | مستلزمات مراقبة مرض السكري | |
| \$0 دفعة سداد مشترك | التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري | إدارة الأمراض |
| \$0 دفعة سداد مشترك يلزم الحصول على تصريح مسبق | الأحذية أو حشوات الأحذية العلاجية | |
| 0% من التكلفة الإجمالية يلزم الحصول على تصريح مسبق للمستلزمات التي تزيد قيمتها عن \$500 | المعدات الطبية المعمرة (مثل الكراسي المتحركة وأسطوانات الأكسجين) | المعدات الطبية المعمرة والمستلزمات ذات الصلة |
| 0% من التكلفة الإجمالية يلزم الحصول على تصريح مسبق | الأطراف الصناعية (مثل الدعائم والأطراف الاصطناعية) | |
| يتضمن Silver&Fit® عضوية لياقة بدنية مع إمكانية الوصول إلى مركز لياقة بدنية واحد داخل الشبكة من اختيارك شهريًا، وبرامج Fit at Home للياقة البدنية المنزلية، مجموعة واحدة (1) للياقة البدنية المنزلية في العام، والمزيد ¹ | مزايا اللياقة البدنية | |

¹ يتم توفير برنامج Silver&Fit® من قبل شركة (ASH Fitness) American Specialty Health Fitness, Inc. وهي شركة تابعة لشركة (ASH) American Specialty Health Incorporated. إن Silver&Fit هي علامات تجارية لشركة ASH وتستخدم هنا بموجب إذن منها. يُرجى العلم أيضًا أن هذه المزايا غير متاحة إلا في المواقع المشاركة فحسب. اتصل بالمسؤول عن الخطة للحصول على مزيد من المعلومات.

| CCA MEDICARE MAXIMUM (HMO D-SNP) | | المزايا الإضافية |
|--|---|------------------|
| \$0 دفعة سداد مشترك | فحوص وعلاج القدم | خدمات طب الأقدام |
| \$0 دفعة سداد مشترك لكل زيارة، حتى اثني عشر (12) مرة في العام | العناية الروتينية بالقدمين (لا يغطيها برنامج Medicare) | |
| \$0 دفعة سداد مشترك يلزم الحصول على تصريح مسبق | الرعاية الصحية المنزلية | |
| \$0 لن تدفع أي شيء مقابل رعاية المحتضرين من أي رعاية معتمدة من Medicare. قد تضطر إلى دفع جزء من تكاليف الأدوية والرعاية قصيرة المدى. يغطي برنامج Original Medicare رعاية المحتضرين، خارج خطتنا. | رعاية المحتضرين | |
| \$0 لن تدفع أي شيء مقابل مراقبة الهوية المجانية للأعضاء الذين يعانون من حالات مزمنة مؤهلة. ليس كل الأعضاء مؤهلين. ² | التأمين ضد سرقة الهوية | |
| \$0 دفعة سداد مشترك | خدمات العلاج بالمواد الأفيونية | |
| ستحصل على بطاقة CCA Healthy Savings card برصيد يبلغ \$750 يتم تحميله كل فترة ربع سنة تقويمية (3 أشهر) لشراء المنتجات التي تُباع بدون وصفة طبية (OTC) التي تغطيها CCA من تجار التجزئة داخل الشبكة. استخدم بطاقتك لشراء العناصر التي تُباع دون وصفة طبية بما فيها: مستلزمات الإسعافات الأولية، واختبارات كوفيد-19، وغسول الجسم، ورعاية الأسنان، وعلاجات البرد والأنفلونزا لدى تجار التجزئة داخل الشبكة. بالنسبة للأعضاء الذين يعانون من أمراض مزمنة، يمكنهم استخدام البديل ربع السنوي على CCA Healthy Savings card لشراء الطعام المعتمد من CCA من تجار التجزئة داخل الشبكة وكذلك لسداد مدفوعات المرافق مثل الغاز والكهرباء والإنترنت/خدمات الكابل من تجار المرافق المسجلين الذين يقبلون Visa. ليس كل الأعضاء مؤهلين. ² | العناصر التي تُصرف بدون وصفة طبية (OTC) | |

² تُعد مزايا التأمين ضد سرقة الهوية، والمرافق، والأحذية الرياضية، والطعام المذكورة جزءاً من برنامج تكميلي خاص للأشخاص الذين يعانون من حالات مزمنة مؤهلة. ليس كل الأعضاء مؤهلين. قد تُطبق بعض القيود. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 855-959-5855 (الهاتف النصي 711) لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً. ليس كل الأعضاء مؤهلين.

| CCA MEDICARE MAXIMUM (HMO D-SNP) | المزايا الإضافية |
|--|--|
| \$0 دفعة سداد مشترك يلزم الحصول على تصريح مسبق | غسيل الكلى |
| مكافأة بقيمة \$25 على CCA Healthy Savings card الخاصة بالعضو نظير إكمال الفحص البدني أو زيارة العافية | مكافأة زيارة العافية السنوية والفحص البدني |
| الحد الأقصى السنوي \$100 على Healthy Savings card لشراء الأحذية الرياضية من متاجر الأحذية المسجلة التي تقبل Visa للأعضاء الذين يعانون من حالات مزمنة. ليس كل الأعضاء مؤهلين. ² | بدل الحذاء الرياضي |
| \$0 دفعة سداد مشترك نظير خدمات الطوارئ \$0 دفعة سداد مشترك نظير خدمات الرعاية العاجلة \$0 دفعة سداد مشترك نظير النقل في حالات الطوارئ مشمولة بالتغطية لخدمات الطوارئ والنقل في حالات الطوارئ والرعاية العاجلة خارج الولايات المتحدة وأقاليمها، حتى \$100,000 سنويًا لجميع الخدمات مجتمعة. | التغطية العالمية |

² تُعد مزايا التأمين ضد سرقة الهوية، والمرافق، والأحذية الرياضية، والطعام المذكورة جزءًا من برنامج تكميلي خاص للأشخاص الذين يعانون من حالات مزمنة مؤهلة. ليس كل الأعضاء مؤهلين. قد تُطبق بعض القيود. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 855-959-5855 (الهاتف النصي 711) لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً. ليس كل الأعضاء مؤهلين.

إشعار عدم التمييز

تمتثل CCA Health Michigan لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تمارس التمييز، أو تستبعد الأشخاص أو تعاملهم بشكل مختلف، بسبب الحالة الطبية أو الحالة الصحية أو حصولهم على خدمات صحية أو تجربة المطالبات أو التاريخ الطبي أو الإعاقة (بما في ذلك الإعاقة العقلية) أو الحالة الاجتماعية أو العمر أو الجنس (بما في ذلك الصور النمطية الجنسية والهوية الجنسية) أو التوجه الجنسي أو الأصل القومي أو العرق أو اللون أو الدين أو العقيدة أو المساعدة العامة أو مكان الإقامة. CCA Health Michigan:

- تقدم مساعدات وخدمات مجانية للأشخاص ذوي الإعاقة للتواصل معنا بفعالية، مثل:
 - مترجمون فوريون للغة الإشارة مؤهلون
 - معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (طباعة بحروف كبيرة، صوت، تنسيقات إلكترونية سهل الوصول إليها، تنسيقات أخرى)
- تقدم خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لغتهم الأساسية غير الإنجليزية، مثل:
 - مترجمون فوريون مؤهلون
 - معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل بخدمات الأعضاء.

إذا كنت تعتقد أن CCA Health Michigan لم تقدم هذه الخدمات أو مارست التمييز بطريقة أخرى على أساس الحالة الطبية أو الحالة الصحية أو الحصول على خدمات صحية أو تجربة المطالبات أو التاريخ الطبي أو الإعاقة (بما في ذلك الإعاقة العقلية) أو الحالة الاجتماعية أو العمر أو الجنس (بما في ذلك الصور النمطية الجنسية والهوية الجنسية) أو التوجه الجنسي أو الأصل القومي أو العرق أو اللون أو الدين أو العقيدة أو المساعدة العامة أو مكان الإقامة، يمكنك تقديم شكوى إلى:

CCA Health Michigan, Inc.
Civil Rights Coordinator
30 Winter Street
Boston, MA 02108

الهاتف: 617-960-0474، الرقم الداخلي 3932 (الهاتف النصي 711) فاكس: 857-453-4517
البريد الإلكتروني: civilrightscoordinator@commonwealthcare.org

يمكنك تقديم الشكوى بصورة شخصية أو عن طريق البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في تقديم شكوى، فإن منسق الحقوق المدنية متاح لمساعدتك.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى بشأن الحقوق المدنية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية، إلكترونيًا من خلال بوابة مكتب شكاوى الحقوق المدنية، على ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf، أو عبر البريد أو الهاتف على:

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

الهاتف: 800-537-7697، 800-368-1019 (جهاز الاتصالات للصم)

نماذج الشكاوى متاحة على www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

خدمات الترجمة الفورية متعددة اللغات

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-959-5855 (TTY 711). 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 1-855-959-5855 (TTY 711). 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 1-855-959-5855 (TTY 711)。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 1-855-959-5855 (TTY 711)。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 1-855-959-5855 (TTY 711). 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 1-855-959-5855 (TTY 711). 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 1-855-959-5855 (TTY 711) 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 1-855-959-5855 (TTY 711). 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 1-855-959-5855 (TTY 711) 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 1-855-959-5855 (телетайп 711). 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 1-855-959-5855 (رقم هاتف الصم والبكم 711). 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 1-855-959-5855 (TTY 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-959-5855 (TTY 711). 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 1-855-959-5855 (TTY 711). 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 1-855-959-5855 (TTY 711). 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 1-855-959-5855 (TTY 711). 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、
1-855-959-5855 (TTY 711) 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。

Gujarati: અમારી આરોગ્ય અથવા દવાની યોજના વિશે તમને હોય તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે મફત દુભાષિયા સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, અમને ફક્ત 1-855-959-5855 (TTY 711) પર કોલ કરો. અંગ્રેજી/ગુજરાતી બોલતી વ્યક્તિ તમને મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

Lao/Laotian: ພວກເຮົາມີບໍລິການວ່າມແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບທຸກຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຍາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍວ່າມແປພາສາ, ພາຍໃຫ້ພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-855-959-5855 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.

Cambodian: យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬផ្តារបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-855-959-5855 (TTY 711) ។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។