

2024

Փոփոխությունների տարեկան ծանուցում

**Molina Medicare Complete Care Plus
(HMO D-SNP) Medicare Medi-Cal
ապահովագրական պլան**

California H3038-003

Սպասարկվում են հետևյալ վարչաշրջանները. Los Angeles, Riverside, San Bernardino
և San Diego:

Ուժի մեջ է 2024 թվականի հունվարի 1-ից դեկտեմբերի 31-ը

Molina Medicare Complete Care Plus-ը (HMO D-SNP) Medicare Medi-Cal ապահովագրական պլան է՝ առաջարկվող Կալիֆոռնիայի Molina Healthcare-ի կողմից:

Փոփոխությունների տարեկան ծանուցում 2024 թվականի համար

Ներածություն

Դուք ներկայումս գրանցվել եք որպես մեր ապահովագրական պլանի անդամ: Հաջորդ տարի որոշ փոփոխություններ կլինեն մեր նպաստներում, ծածկույթում, կանոններում: Այս բաժինը **կամ** Փոփոխությունների տարեկան ծանուցումը ձեզ պատմում է փոփոխությունների մասին և որտեղ կարելի է ավելի շատ տեղեկություններ գտնել դրանց մասին: Նպաստների կամ կանոնների մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար խնդրում ենք դիտել *Անդամների ձեռնարկը*, որը տեղակայված է մեր վեբկայքում՝ www.MolinaHealthcare.com/Medicare: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումներն այբբենական կարգով կարող եք գտնել *ձեռնարկի վերջին գլխում*:

Լրացուցիչ ռեսուրսներ

- Սույն փաստաթուղթը հասանելի է անվճար՝ իսպաներեն, արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, ֆրանսերեն, քրեոլերեն, հինդի, հնոնգ, իտալերեն, գերմաներեն, ճապոներեն, կորեերեն, լաոսերեն, միեն, լեհերեն, պորտուգալերեն, փենջաբերեն, ռուսերեն, տագալոգերեն, թայերեն, ուկրաիներեն և վիետնամերեն լեզուներով:
- Դուք կարող եք անվճար ստանալ այս *Փոփոխությունների տարեկան ծանուցում*՝ այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ խոշոր տառատեսակի, բրայլյան գրի կամ ձայնագրության տեսքով: Զանգահարեք՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, շաբաթը 7 օր, 8 a.m. - 8 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Զանգն անվճար է:
- Կարող եք միշտ դիմել մեզ՝ ուղարկելու տեղեկություններ ձեզ անհրաժեշտ լեզվով կամ ձևաչափով: Սա կոչվում է մշտական պահանջ: Մենք կհետևենք ձեր մշտական պահանջին, որ ձեզանից չպահանջվի առանձին հայտեր ներկայացնել ամեն անգամ, երբ ուղարկում ենք տեղեկություններ:
- Այս փաստաթուղթն անգլերենից բացի այլ լեզվով ստանալու համար խնդրում ենք կապ հաստատել նահանգային սպասարկման հետ՝ (800) 541-5555 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8 a.m. - 5 p.m.՝ տեղական ժամանակով՝ ձեր գրառումը նախընտրելի լեզվով թարմացնելու համար: Այս փաստաթուղթն այլընտրանքային ձևաչափով ստանալու համար խնդրում ենք կապ հաստատել Անդամների սպասարկման բաժնի հետ՝ (855) 665-4627 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, շաբաթը 7 օր, 8 a.m. - 8 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Սպասարկողը կարող է օգնել ձեզ կատարել կամ փոխել մշտական պահանջը: Դուք կարող եք նաև կապ հաստատել Ձեր գործի կառավարչի հետ՝ ստանալու օգնության մշտական պահանջի համար:
- Մենք ունենք անվճար բանավոր թարգմանչի ծառայություններ՝ պատասխանելու ձեր ցանկացած հարցին մեր առողջապահական կամ դեղերի պլանի վերաբերյալ: Բանավոր թարգմանչի դիմելու համար պարզապես զանգահարեք մեզ՝ (855) 665-4627 հեռախոսահամարով: TTY՝ 711: Անձինք, ովքեր խոսում են անգլերեն, իսպաներեն, արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, ֆրանսերեն, կրեոլերեն, հինդի, հնոնգ, իտալերեն, գերմաներեն, ճապոներեն, կորեերեն, լաոսերեն, միեն, լեհերեն, պորտուգալերեն, փենջաբերեն, ռուսերեն, տագալոգ, թայերեն, ուկրաիներեն, վիետնամերեն լեզուներով կարող են օգնել ձեզ: Սա անվճար ծառայություն է:

OMB-ի հաստատում 0938-1444 (Սպառվում է՝ 30 Հունիսի, 2026թ.)



Հարցեր ունենալու դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Molina Medicare Complete Care Plus-ին (HMO D-SNP) (855) 665-4627 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, շաբաթը 7 օր, 8 a.m. - 8 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Զանգն անվճար է: **Ավելին իմանալու համար՝** այցելեք MolinaHealthcare.com/Medicare:

Spanish:

- Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o de medicamentos. Para acceder a los servicios de un intérprete, llámenos al (855) 665-4627 TTY: 711. *Una persona que habla inglés, español, árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, francés, criollo francés, hindi, hmong, italiano, alemán, japonés, coreano, laosiano, mien, polaco, portugués, punjabi, ruso, tagalo, tailandés, ucraniano o vietnamita puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.*

Arabic:

- نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، كل ما عليك هو الاتصال بنا على الرقم (855) 665-4627 وبالنسبة لمستخدمي هاتف الصم والبكم TTY، فيمكنهم الاتصال على: 711. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث الإنجليزية، أو الإسبانية، أو العربية، أو الأرمنية، أو الكمبودية، أو الصينية، أو الفارسية، أو الفرنسية، أو الفرنسية الكريولية، أو الهندية، أو الهمونغية أو الإيطالية أو الألمانية أو اليابانية أو الكورية أو اللتوانية أو لغة المين أو البولندية أو البرتغالية أو البنجابية أو الروسية أو التاجولوغية أو التايلندية أو الأوكرانية أو الفيتنامية. تقدم هذه الخدمة مجانًا.

Armenian:

- Մենք տրամադրում ենք անվճար բանավոր քարգմանչի ծառայություններ՝ պատասխանելու ցանկացած հարցի առողջապահական կամ դեղերին առնչվող մեր ապահովագրական պլանների վերաբերյալ: Բանավոր քարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք մեզ (855) 665-4627 Տաղալերեն 711 հեռախոսահամարով: Անգլերեն, իսպաներեն, արաբերեն, հայերեն, կիմերերեն, չինարեն, պարսկերեն, ֆրանսերեն, ֆրանսիական կրեոլ, հինգի, մոնգոլերեն, իտալերեն, գերմաներեն, ճապոներեն, կորեերեն, լատներեն, մյաո, լեհերեն, պորտուգալերեն, փենջաբի, ռուսերեն, տաղալոզ, սիամերեն, ուկրաիներեն կամ վիետնամերեն խոսող յուրաքանչյուր ո՛ր կարող է օգնել Ձեզ: Սա անվճար ծառայություն է:

Cambodian:

- យើងមានសេវាផ្តល់អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចនឹងមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកកាន់យើងតាមលេខ (855) 665-4627 TTY: 711។ នរណាម្នាក់ដែលចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស អេស៉្បាញ អាវ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វីលីពីន បារាំង បារាំងក្រុង ហិណ្ឌូ ម៉ង អ៊ីតាលី អាស្ត្រីម៉ង ជប៉ុន កូរ៉េ ឡាវ ម៉ឺន ប៉ូឡូញ ព័រទុយហ្គាល់ ពុន ចាប៊ី រុស្ស៊ី តាហ្គាឡុក ថៃ អ៊ុយក្រែន ឬវៀតណាម អាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Chinese:

- 我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，聯絡我們即可，請撥打 (855) 665-4627 TTY: 711。講英語、西班牙語、阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、漢語、波斯語、法語、法語克里奧爾語、北印度語、苗語、意大利語、德語、日語、韓語、老撾語、緬語、波蘭語、葡萄牙語、旁遮普語、俄語、塔加拉族語、泰語、烏克蘭語或越南語的人員可以為您提供幫助。這是免費的服務。

Farsi:

- ما خدمات مترجم شفاهی رایگان داریم تا به هر پرسشی که ممکن است در مورد طرح سلامت یا داروی ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای دسترسی به مترجم شفاهی کافی است از طریق شماره (855) 665-4627 YTT: 711 با ما تماس بگیرید. فردی که به زبان انگلیسی، اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، فرانسوی، کریول فرانسوی، هندی، همونگ، ایتالیایی، آلمانی، ژاپنی، کره‌ای، لاتوسی، مین، لهستانی، پرتغالی، پنجابی، روسی، تآگالوگ، تایلندی، اوکراینی، یا ویتنامی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این خدمات رایگان است.



French:

- Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pouvez avoir sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance médicaments. Pour profiter de ce service, il suffit de nous appeler au (855) 665-4627 TTY: 711. *Un interlocuteur maîtrisant l'anglais, l'espagnol, l'arabe, l'arménien, le cambodgien, le chinois, le farsi, le français, le créole français, l'hindi, le hmong, l'italien, l'allemand, le japonais, le coréen, le laotien, le mien, le polonais, le portugais, le punjabi, le russe, le tagalog, le thaïlandais, l'ukrainien ou le vietnamien pourra vous aider. Ce service est gratuit.*

Creole:

- Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante ouwa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt jis rele nou nan (855) 665-4627 TTY: 711. *Yon moun ki pale Anglè, Espanyòl, Arab, Amenyen, Kanbòdj, Chinwa, Farsi, Fransè, Fransè Kreyòl, Hindi, Hmong, Italyen, Alman, Japonè, Koreyen, Laosyen, Mien, Polonè, Pòtigè, Punjabi, Ris, Tagalog, Thai, Ukrainian, ouwa Vyetnamyen ka ede w. Sa a se yon sèvis gratis.*

Hindi:

- हमारे स्वास्थ्य या औषधि योजना के बारे में आपके हो सकने वाले किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए बस हमें (855) 665-4627 TTY: 711 पर कॉल करें। *अंग्रेजी, स्पेनिश, अरबी, अर्मेनियाई, कम्बोडियाई, चीनी, फ़ारसी, फ्रेंच, फ्रेंच क्रियोल, हिंदी, हमोंग, इतालवी, जर्मन, जापानी, कोरियाई, लाओटियन, मीन, पोलिश, पुर्तगाली, पंजाबी, रूसी, टैगालोग, थाई, यूक्रेनी, या वियतनामी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।*

Hmong:

- Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kev noj qab haus huv thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus tsuas yog hu rau peb ntawm (855) 665-4627 TTY: 711. *Muaj tus neeg hais lus Askiv, Xab Pees Niv, AsLas Npiv, Asme Nias, Kas Pus Cia, Suav, Fas Lis, Fab Kis, Fab Kis KesLaus, His Du, Hmoob, Is Tas Lij, Yias Lab Mas, Nyiv Pooj, Kaus Lim, Nplog, Co, Paus Lis, Pos Tus Kej, Pa Ca Npi, Lav Xias, Ta Ka Lov, Thaib, Yus Khees los sis Nyab Laj los pab koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.*

Italian:

- Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere sul nostro piano sanitario o farmacologico. Per usufruire di un interprete, ci chiami al numero (855) 665-4627 *supporto telescrivente: 711. Una persona che parla inglese, spagnolo, arabo, armeno, cambogiano, cinese, farsi, francese, creolo francese, hindi, hmong, italiano, tedesco, giapponese, coreano, laotiano, mien, polacco, portoghese, punjabi, russo, tagalog, thailandese, ucraino o vietnamita la aiuterà. Il servizio è gratuito.*

German:

- Wir bieten Ihnen kostenlose Dolmetschdienstleistungen, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Um einen Dolmetscher zu bekommen, rufen Sie uns einfach an unter (855) 665-4627 TTY: 711. *Jemand, der Englisch, Spanisch, Arabisch, Armenisch, Kambodschanisch, Chinesisch, Farsi, Französisch, Französisch-Kreolisch, Hindi, Hmong, Italienisch, Deutsch, Japanisch, Koreanisch, Laotisch, Mien, Polnisch, Portugiesisch, Punjabi, Russisch, Tagalog, Thai, Ukrainisch oder Vietnamesisch spricht, kann Ihnen helfen. Diese Dienstleistung ist kostenlos.*



Japanese:

- 当社の医療保険や処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳をご希望の方は、(855) 665-4627までお電話ください。TTY: 711。英語またはスペイン語、アラビア語、アルメニア語、カンボジア語、中国語、ペルシャ語、フランス語、クレオール語、ヒンディー語、モン語、イタリア語、ドイツ語、日本語、韓国語、ラオス語、ミエン語、ポーランド語、ポルトガル語、パンジャブ語、ロシア語、タガログ語、タイ語、ウクライナ語、ベトナム語を話せる者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。

Korean:

- 당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 의약품 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 (855) 665-4627 TTY: 711로 전화하십시오. 영어, 스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 프랑스어, 프랑스어 크리올어, 힌디어, 몽족어, 이탈리아어, 독일어, 일본어, 한국어, 라오스어, 미엔어, 폴란드어, 포르투갈어, 펀자브어, 러시아어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어 또는 베트남어 지원이 가능합니다. 무료 서비스입니다.

Laotian:

- ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍແປພາສາພາຍໃນໂທຫາພວກເຮົາທີ່ (855) 665-4627 TTY: 711. ມີຜູ້ທີ່ເວົ້າໄດ້ ພາສາອັງກິດ, ສະເປນ, ອາຣັບ, ອາເມເນຍ, ກຳປູເຈຍ, ຈີນ, ຟາຊີ, ຝຣັ່ງ, ຝຣັ່ງ ເຄຣໂອ, ຮິນດູ, ມັງ, ອິຕາລີ, ເຢຍລະມັນ, ອິນດູ, ເກົາຫຼີ, ລາວ, ມຽນ, ໂປແລນ, ປອກຕຸຍການ, ບັ້ນຈາບີ, ລັດເຊຍ, ຕາກາລັອກ, ໄທ, ອູແກຣນ ຫຼື ຫວຽດນາມ ເຊິ່ງສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ການບໍລິການນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ

Mien:

- Yie mbuo liepc duqv maaih faan waac mienh wangv-henh tengx dau waac bun muangx dongh haaix zanc meih qiemx naaic taux yie mbuo goux nyei ziux goux wangc siangx sou-gorn a'fai ndie nyei sou-gorn. Liouh lorx faan waac mienh se korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv (855) 665-4627 TTY: 711. Ninh liepc maaih mienh haih gorngv ang gitv waac, Spanish waac, Arabic waac, Armenian waac, Cambodian waac, Janx-kaevq waac, Farsi waac, French waac, French Creole waac, Hindi waac, Janx-ba'miuh waac, Italian waac, German waac, Janx yi-bernv waac, Korean waac, Janx-laaup waac, Mienh waac, Polish waac, Portuguese waac, Punjabi waac, Russian waac, Tagalog waac, Janx-taiv waac, Ukrainian waac, a'fai janx Vietnam waac liouh tengx faan waac bun meih. Naaiv se wangv henh tengx faan waac bun muangx hnangv.

Polish:

- Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza ustnego, który pomoże uzyskać odpowiedzi na wszelkie pytania dotyczące naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego albo planu ubezpieczenia lekowego. Aby skorzystać z usługi tłumacza ustnego, proszę do nas zadzwonić pod numer (855) 665-4627, z telefonów tekstowych: 711. Ktoś posługujący się językiem angielskim, hiszpańskim, arabskim, armeńskim, kambodżańskim, chińskim, perskim, francuskim, kreolskim, hindi, hmong, włoskim, niemieckim, japońskim, koreańskim, laotańskim, mien, polskim, portugalskim, pendzabskim, rosyjskim, tagalskim, tajskim, ukraińskim albo wietnamskim może Ci pomóc. Ta usługa jest bezpłatna.



Portuguese:

- Disponibilizamos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer perguntas que você possa ter sobre nosso plano de saúde ou de medicamentos. Para solicitar um intérprete, entre em contato conosco pelo telefone (855) 665-4627 TTY: 711. *Você pode ser auxiliado por alguém que fale inglês, espanhol, árabe, armênio, cambojano, chinês, farsi, francês, crioulo francês, hindi, hmong, italiano, alemão, japonês, coreano, laosiano, iu mien, polonês, português, punjabi, russo, tagalo, tailandês, ucraniano ou vietnamita. Esse é um serviço gratuito.*

Punjabi:

- ساڈی صحت یا ڈرگ منصوبے دے حوالے نال تباہے کسے وی سوال دا جواب دین لئی ساڈے مترجم دیاں مفت سروسز موجود نیں۔ مترجم حاصل کرن لئی سائوں (۵۵۸) ۵۶۶-۷۲۶۴ TTY: ۱۷۷ تے کال کرو۔ کوئی وی انگریزی، ہسپانوی، عربی، آرمینیائی، کمبوڈین، چینی، فارسی، فرانسیسی، کیڑول، ہندی، ہونگ، اطالوی، جرمن، جاپانی، کوریائی، لاؤسی، مین، پولش، پرتگالی، پنجابی، روسی، نگالوگ، تھائی، یوکرینی، یا ویتنامی بولن آلا تباہی مدد کر سکا اے۔ ایہ اک مفت سروس اے۔

Russian:

- Если у вас возникли какие-либо вопросы о вашем плане медицинского обслуживания или плане с покрытием лекарственных препаратов, для вас предусмотрены бесплатные услуги переводчика. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по номеру (855) 665-4627, телетайп: 711. Вам поможет сотрудник, владеющий английским, испанским, арабским, армянским, кхмерским, китайским, фарси, французским, гаитянским креольским, хинди, хмонг-мьенским, итальянским, немецким, японским, корейским, лаосским, мьен, польским, португальским, пенджабским, русским, тагальским, тайским, украинским или вьетнамским языком. Эта услуга предоставляется бесплатно.

Tagalog:

- Mayroon kaming libreng mga serbisyo ng interpreter na makakasagot sa anumang tanong na maaaring mayroon ka tungkol sa aming plano sa kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter tumawag lang sa (855) 665-4627 TTY: 711. *Matutulungan ka ng isang taong nakakapagsalita ng English, Spanish, Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, French, French Creole, Hindi, Hmong, Italian, German, Japanese, Korean, Laotian, Mien, Polish, Portuguese, Punjabi, Russian, Tagalog, Thai, Ukrainian, o Vietnamese. Isa itong libreng serbisyo.*

Thai:

- เรามีบริการล่ามให้บริการคุณฟรีสำหรับการตอบคำถามต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพและแผนยาของเรา หากต้องการล่ามสามารถโทรหาเราได้ที่(855) 665-4627 TTY: 711. สำหรับคนที่พูดภาษาอังกฤษ สเปน อารบิก อาร์เมเนีย กัมพูชา จีน ฟาร์ซี ฝรั่งเศส ครีโอลฝรั่งเศส ฮินดี มัง อิตาลี่ เยอรมัน ญี่ปุ่น เกาหลี ลาว เมียนมา โปแลนด์ โปรตุเกส ปัญจาบ รัสเซีย ตากาล็อก ไทย ภาษาเขมรหรือภาษาเวียดนาม เราสามารถช่วยคุณได้ นี่เป็นบริการฟรีสำหรับคุณ



Ukrainian:

- Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, який допоможе відповісти на будь-які запитання про наш план медичного страхування або план покриття ліків. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером (855) 665-4627, телетайп: 711. Вам може допомогти людина, яка розмовляє англійською, іспанською, арабською, вірменською, кхмерською, китайською, фарсі, французькою, гаїтянською креольською, гінді, хмонг, італійською, німецькою, японською, корейською, лаоською, м'єн, польською, португальською, пенджабською, російською, тагальською, тайською, українською або в'єтнамською мовами. Ця послуга надається безкоштовно.

Vietnamese:

- Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số (855) 665-4627 TTY: 711. Sẽ có người nói tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Pháp, tiếng Pháp Creole, tiếng Hindi, tiếng Hmong, tiếng Ý, tiếng Đức, tiếng Nhật, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Miên, tiếng Ba Lan, tiếng Bồ Đào Nha, tiếng Punjabi, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Thái, tiếng Ukraina hoặc tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.



Բովանդակություն

A. Հրաժարում պատասխանատվությունից.....	10
B. Հաջորդ տարվա Ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի ապահովագրության վերանայում.....	10
B1. Տեղեկատվություն Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)-ի մասին.....	11
B2. Կարևոր անելիքներ.....	11
C. Մեր ցանցային մատակարարների և դեղատների փոփոխություններ.....	12
D. Հաջորդ տարվա նպաստների փոփոխություններ.....	12
D1. Բժշկական ծառայությունների նպաստների փոփոխություններ.....	12
D2. Փոփոխություններ դեղատոմսով դեղերի ծածկում.....	16
E. Վարչական փոփոխություններ.....	18
F. Պլանի ընտրություն.....	18
F1. Մեր պլանի հետ շարունակությունը.....	18
F2. Ապահովագրական պլանների փոփոխությունը.....	18
G. Օգնության ստացում.....	21
G1. Մեր ապահովագրական պլանը.....	21
G2. Առողջության ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP).....	22
G3. Ombuds ծրագիր.....	22
G4. Medicare.....	22
G5. Կալիֆոռնիայի Կառավարվող բուժսպասարկման ղեկարտամենտ.....	23



Հրաժարում պատասխանատվությունից

- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-DSNP)-ն առողջապահական պլան է, որը պայմանագրեր ունի Medicare-ի և պետական Medicaid ծրագրերի հետ: Molina Medicare Complete Care Plus-ում գրանցվելը կախված է պայմանագրի երկարաձգումից:
- Molina Healthcare-ը համապատասխանում է գործող դաշնային օրենսդրությամբ սահմանված քաղաքացիական իրավունքներին և թույլ չի տալիս խտրականություն ըստ ռասայի, էթնիկ պատկանելության, ազգային ծագման, դավանանքի, սեռի, տարիքի, մտավոր կամ ֆիզիկական անաշխատունակության, առողջական կարգավիճակի, բուժխնամքի ստացման, ապահովագրական պատահարների պատմության, բժշկական պատմության, գենետիկական տեղեկատվության, ապահովագրական ապացույցների, աշխարհագրական դիրքի:
- Ապահովագրված դեղերի ցանկը և (կամ) դեղատնների և մատակարարների ցանցերը կարող են փոփոխվել տարվա ընթացքում: Մենք ձեզ ծանուցում կուղարկենք նախքան ձեզ վերաբերող փոփոխություն կատարելը:
- Համապատասխանելիությունը Մոդել-նպաստի կամ RI ծրագրերի պահանջներին, որոնք գործում են VBIID մոդելի շրջանակում, երաշխավորված չէ և սահմանվում է MAO-ի կողմից հաշվառում կատարելուց հետո՝ հիմք ընդունելով համապատասխան չափանիշները [օրինակ՝ կլինիկական ախտորոշումները, համապատասխանելիության չափանիշները, հիվանդության պետական կառավարման ծրագրում մասնակցությունը] և այն ակնկալիքով, որ թիրախային հաշվառումների համապատասխանելիությունը Մոդել-նպաստների կամ RI ծրագրերի պահանջներին երաշխավորված չէ կամ չի կարող սահմանվել ապահովագրական տարեկան պլանից առաջ, եթե այն կիրառելի է:
- Medicare-ը հավանություն է տվել Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)-ին՝ Մաս D-ի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի համար ապահովելու ավելի ցածր համավճարներ՝ որպես Value-Based Insurance Design ծրագրի մաս: Այս ծրագիրը Medicare-ին թույլ է տալիս փորձարկել Medicare Advantage պլանները բարելավելու նոր ուղիներ:

B. Հաջորդ տարվա ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի ապահովագրության վերանայում

Կարևոր է վերանայել ձեր ծածկույթը հիմա՝ համոզվելու համար, որ այն դեռ կբավարարի ձեր կարիքները հաջորդ տարվա համար: Եթե այն չի բավարարում Ձեր կարիքներին, դուք կարող եք լքել մեր պլանը: Տե՛ս **Բաժին F2-ը** հաջորդ տարվա ձեր նպաստների փոփոխությունների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

Եթե որոշեք լքել մեր պլանը, ձեր անդամակցությունը կավարտվի Ձեր հայտի ներկայացման ամսվա վերջին օրը: Դուք դեռ կշարունակեք մնալ Medicare և Medi-Cal ծրագրերում, քանի դեռ իրավասու եք:

Եթե դուրս գաք մեր պլանից, կարող եք տեղեկություններ ստանալ՝

- Medicare-ի ընտրատարբերակների մասին **Բաժին F2-ում**:
- Medi-Cal ընտրատարբերակների և ծառայությունների մասին **Բաժին F2-ում**:



B1. Տեղեկատվություն Molina Medicare Complete Care Plus-ի (HMO D-SNP) մասին

- Molina Medicare Complete Care Plus-ը (HMO D-SNP) բժշկական ապահովագրության ծրագիր է, որն իր վրա է վերցնում Medicare և Medi-Cal պարտականությունները՝ նպաստներ տրամադրելու երկու ծրագրերի մասնակիցներին:
- Molina Medicare Complete Care Plus-ի (HMO D-SNP) ծածկույթը որակավորող առողջապահական ծածկույթ է, որը կոչվում է «նվազագույն էական ծածկույթ»: Այն բավարարում է Բուժառուների պաշտպանության և մատչելի խնամքի մասին օրենքի (ACA) անհատական համատեղ պատասխանատվության պահանջը: Այցելեք ներքին եկամուտների ծառայության (IRS) կայքը՝ www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families՝ անհատական համատեղ պատասխանատվության պահանջի մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:
- Երբ այս Փոփոխությունների մասին տարեկան ծանուցման մեջ օգտագործվում են՝ «Մենք», «Մեզ», «Մեր» կամ «Մեր պլանը», ապա խոսքը վերաբերվում է Medicare Medi-Cal պլանին:

B2. Կարևոր անելիքներ

- Ստուգեք, թե արդյո՞ք մեր նպաստների փոփոխությունները կարող են ազդել ձեզ վրա:
 - Կա՞ն փոփոխություններ, որոնք ազդում են ձեր կողմից օգտագործվող ծառայությունների վրա:
 - Վերանայեք նպաստների փոփոխությունները՝ համոզվելու համար, որ դրանք հարմար կլինեն ձեզ համար հաջորդ տարի:
 - Անցեք **Բաժին D1**՝ տեղեկանալու մեր պլանի նպաստների փոփոխությունների մասին:
- Ստուգեք, արդյո՞ք կան փոփոխություններ մեր դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի ապահովագրության մեջ, որոնք կարող են ազդել ձեզ վրա:
 - Ձեր դեղերն ապահովագրվելու են: Արդյո՞ք դրանք ծախսերի բաշխման այլ մակարդակում են: Կարող եք օգտվել նույն դեղատներից:
 - Վերանայեք փոփոխությունները՝ համոզվելու համար, որ մեր դեղերի ապահովագրությունը հարմար կլինի ձեզ համար հաջորդ տարի:
 - Անցեք **Բաժին D2**՝ տեղեկանալու մեր դեղերի ծածկույթի փոփոխությունների մասին:
- Ստուգեք, արդյո՞ք ձեր մատակարարներն ու դեղատները կլինեն մեր ցանցում հաջորդ տարի:
 - Արդյո՞ք ձեր բժիշկները, ներառյալ ձեր մասնագետները, մեր ցանցում ընդգրկված են: Ձեր դեղատունը, իվանդանոցները կամ այլ մատակարարները, որոնցից դուք օգտվում եք:
 - Անցեք **Բաժին G1** մեր Մատակարարների և Դեղատների Տեղեկատվի վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար:
- Հաշվարկեք պլանում ձեր ընդհանուր ծախսերը:
 - Որքա՞ն գումար կծախսեք ձեր գրպանից՝ պարբերաբար օգտագործվող ծառայությունների և դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի համար:
 - Ինչպե՞ս են ընդհանուր ծախսերը համեմատվում ծածկույթի այլ տարբերակների հետ:
 - **Think about whether you are happy with our plan.**

OMB-ի հաստատում 0938-1444 (Սպառվում է՝ 30 Հունիսի, 2026թ.)



Հարցեր ունենալու դեպքում խնդրում ենք գանգահարել Molina Medicare Complete Care Plus-ին (HMO D-SNP) (855) 665-4627 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, շաբաթը 7 օր, 8 a.m. - 8 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Զանգն անվճար է: **Ավելին իմանալու համար՝** այցելեք MolinaHealthcare.com/Medicare:

Եթե որոշեք մնալ Molina Medicare Complete Care Plus-ում (HMO D-SNP).	Եթե որոշել եք փոխել ապահովագրական պլանները.
Եթե ցանկանում եք մնալ մեզ հետ հաջորդ տարի, ապա դա հեշտ է. ձեզ ոչինչ պետք չէ անել: Եթե փոփոխություն չանեք, դուք ինքնաբերաբար մնում եք գրանցված Molina Medicare Complete Care Plus-ում (HMO D-SNP):	Եթե որոշեք, որ այլ ծածկույթն ավելի լավ կբավարարի Ձեր կարիքները, դուք կարող եք փոխել պլանները (հավելյալ տեղեկությունների համար տես Բաժին F2): Եթե դուք գրանցվեք նոր պլանում կամ փոխեք Original Medicare-ի, ապա ձեր նոր ապահովագրությունը կսկսվի հաջորդ ամսվա առաջին օրը:

C. Մեր ցանցային մատակարարների և դեղատների փոփոխությունները

Հաջորդ տարվա համար մենք ոչ մի փոփոխություն չենք կատարել մեր մատակարարների և դեղատների ցանցում:

Այնուամենայնիվ, կարևոր է, որ դուք իմանաք, որ տարվա ընթացքում մենք կարող ենք մեր ցանցում փոփոխություններ կատարել: Եթե ձեր մատակարարը դուրս է գալիս մեր պլանից, դուք ունեք որոշակի իրավունքներ և պաշտպանված եք: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար դիտեք **Գլուխ 3-րդը** ձեր *Անդամի ձեռնարկում*:

Խնդրում ենք վերանայել 2024թ. մատակարարների և դեղատների տեղեկատվություն, որպեսզի պարզեք, թե արդյո՞ք ձեր մատակարարները կամ դեղատունը գտնվում են մեր ցանցում: Մատակարարների և դեղատների թարմացված տեղեկատվություն տեղակայված է մեր վեբկայքում www.MolinaHealthcare.com/Medicare. Դուք կարող եք նաև զանգահարել Անդամների սպասարկում էջի ներքևի համարներով՝ մատակարարի թարմացված տեղեկատվության համար կամ խնդրել մեզ փոստով ուղարկել Ձեզ *մատակարարների և դեղատների տեղեկատու*:

Հարկ ենք համարում նշել, որ մենք կարող ենք նաև տարվա ընթացքում փոփոխություններ կատարել մեր ցանցում: Եթե ձեր մատակարարը դուրս է գալիս մեր պլանից, դուք ունեք որոշակի իրավունքներ և պաշտպանված եք: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար դիտեք **Անդամի ձեռնարկի 3-րդ գլուխը**:

D. Հաջորդ տարվա նպաստների փոփոխությունները

D1. Բժշկական ծառայությունների նպաստների փոփոխություններ

Մենք փոխում ենք մեր ապահովագրությունը որոշակի բժշկական ծառայությունների համար և այն, ինչ դուք վճարում եք այս ապահովագրված բժշկական ծառայությունների համար հաջորդ տարի: Ստորև բերված աղյուսակը նկարագրում է այս փոփոխությունները:



Medicare նպաստ	2023 (այս տարի)	2024 (հաջորդ տարի)
Medicare Մաս D-ի դեղատոմսով դեղեր	Ապահովագրական պլանի մաս D-ի փոխհատուցվող դեղերը գտնվում են տարբեր օղակներում:	Ապահովագրական պլանի տեղեկագրում ներառված Մաս D-ի փոխհատուցվող դեղերը կլինեն մեկ օղակում:
	Medi-Cal ունենալու դեպքում, դուք արդեն գրանցված եք «Լրացուցիչ օգնություն-ում (Extra Help)», որը նաև կոչվում է ցածր եկամուտների սուբսիդիա, 2023թ. -ին, ձեր արժեքը ցանցի դեղատան կողմից լրացված դեղատոմսի համար կախված կլինի Ձեր ցածր եկամուտների սուբսիդիայի (LIS) համավճարից և դեղորայքի մակարդակից:	Medi-Cal ունենալու դեպքում, դուք արդեն գրանցված եք «Լրացուցիչ օգնություն-ում (Extra Help)», որը նաև կոչվում է ցածր եկամուտների սուբսիդիա: 2024թ.-ին, ցանցում գործող դեղատանը նշանակված դեղատոմսի ձեր արժեքը կկազմի \$0՝ Մաս D-ով սահմանվող նպաստի բոլոր փուլերում՝ դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի համար, Value Based Insurance Design (VBID) ծրագրի ընդլայնված նպաստի շրջանակներում:
	Նշում՝ այս ծածկույթը նախատեսված է Medicare-ի կողմից ապահովագրված Մաս D-ով դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի համար: Հիշեք, որ ձեզ անհրաժեշտ է ձեր Medi-Cal քարտը կամ նպաստների նույնականացման քարտը (BIC)՝ Medi-Cal Rx փոխհատուցվող դեղերը ստանալու համար:	
Medicare-ի լրացուցիչ նպաստ. ներտնային աջակցության ծառայություններ	Նպաստը փոխհատուցվում է որպես Medicare-ի լրացուցիչ նպաստ՝ տարեկան մինչև 90 ժամ, որը տրամադրվում է մեր վաճառողի կողմից	Նպաստը չի փոխհատուցվում որպես Medicare-ի լրացուցիչ նպաստ
	Նշում՝ այս ապահովագրությունը Medicare-ի լրացուցիչ IHSS նպաստի համար է: Եթե դուք օգնության կարիք ունեք ձեր Medi-Cal-ի ներտնային աջակցության ծառայությունների (IHSS) նպաստների հետ կապված, դիմեք ձեր շրջանի սոցիալական ծառայությունների տեղական բաժին: IHSS ծրագիրը կարող է ծառայություններ մատուցել, որպեսզի դուք կարողանաք ապահով մնալ ձեր սեփական տանը: IHSS-ը համարվում է տնից դուրս խնամքի այլընտրանք, ինչպիսիք են՝ ծերանոցները կամ գիշերօթիկ և խնամքի հաստատությունները: IHSS-ին դիմելու համար դիմեք ձեր տեղական շրջանի IHSS գրասենյակ:	



Medicare նպաստ	2023 (այս տարի)	2024 (հաջորդ տարի)
Medicare-ի լրացուցիչ նպաստ. Մշտական ատամնաբուժական ծառայություններ	Նպաստը փոխհատուցվում է որպես Medicare-ի լրացուցիչ նպաստ Կանխարգելիչ և համապարփակ ատամնաբուժական ծառայությունները ապահովագրվում են այս արտոնության շրջանակներում, երբ դուք օգտագործում եք ձեր MyChoice քարտը: Դուք ընդհանուր ունեք \$4000 նպաստ ամեն տարի կանխարգելիչ և համապարփակ ատամնաբուժական ծառայությունների համար: Դուք ստացել եք կանխավճարային դեբետային MyChoice քարտ, որը կարող է օգտագործվել Ձեր պլանի լրացուցիչ նպաստի համար:	Նպաստը ապահովագրվում է որպես՝ Medicare-ի լրացուցիչ նպաստ 2024 թվականին ձեր պարբերական ատամնաբուժական կարիքների համար ձեզ ավելի շատ տարբերակներ տրամադրելու նպատակով կարող եք ընտրել երկու տարբերակներից մեկը. 1: Եթե դուք օգտվում եք մեր ատամնաբուժական մատակարարներից, ապա անվճար կստանաք հետևյալ կանխարգելիչ ատամնաբուժական ծառայությունները. ■ 2 Բերանի խոռոչի հետազոտություն, ■ 2 մաքրում, ■ 2 ֆտորով բուժում, ■ Ատամնաբուժական ռենտգեն հետազոտություններ Ի հավելում, դուք ամեն տարի ունեք \$1,000 համապարփակ ատամնաբուժական նպաստ: Դուք կարող եք շարունակել օգտագործել ձեր MyChoice քարտը համապարփակ ատամնաբուժական ծառայությունների համար: 2: Եթե դուք որոշել եք օգտագործել ցանցից դուրս ատամնաբուժական մատակարար, ապա բոլոր պլանային ատամնաբուժական ծառայությունները կփոխհատուցվեն միայն այն ժամանակ, երբ դուք օգտագործեք ձեր \$1,000 տարեկան նպաստը՝ ձեր MyChoice քարտով:
	Նշում՝ այս ապահովագրությունը Medicare-ի լրացուցիչ ատամնաբուժական նպաստի համար է: Որոշ ատամնաբուժական ծառայություններ հասանելի են Medi-Cal Dental Program-ի միջոցով: Ատամնաբուժական նպաստները հասանելի են Medi-Cal Dental Program-ում՝ որպես ծառայության վճար: Ավելին իմանալու համար, կամ եթե օգնության կարիք ունեք Medi-Cal Dental Program-ն ընդունող ատամնաբույժ գտնելու հարցում, զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման գիծ՝ 1-800-322-6384 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները զանգահարում են՝ 1-800-735-2922 հեռախոսահամարով): Զանգն անվճար է: Medi-Cal Dental Services Program-ի ներկայացուցիչները պատրաստ են ձեզ օգնել երկուշաբթից ուրբաթ, ժամը՝ 8:00 a.m.-ից 5:00 p.m.-ը: Կարող եք նաև այցելել dental.dhcs.ca.gov/ կայք՝ ավելին իմանալու համար:	

OMB-ի հաստատում 0938-1444 (Սպառվում է՝ 30 Հունիսի, 2026թ.)



Հարցեր ունենալու դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Molina Medicare Complete Care Plus-ին (HMO D-SNP) (855) 665-4627 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, շաբաթը 7 օր, 8 a.m. - 8 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Զանգն անվճար է: **Ավելին իմանալու համար՝** այցելեք MolinaHealthcare.com/Medicare:

Medicare նպաստ	2023 (այս տարի)	2024 (հաջորդ տարի)
Medicare-ի լրացուցիչ նպաստ. Լսողության պլանային ծառայություններ	Նպաստը ապահովագրված է որպես Medicare-ի լրացուցիչ նպաստ՝ մինչև 2 նախապես ընտրված լսողական սարքերի համար, որը հաստատվում է ծրագրի կողմից ամեն տարի: Դուք կարող եք օգտագործել ներցանցային մատակարար՝ այս նպաստից օգտվելու համար:	Նպաստը ապահովագրված է որպես Medicare-ի լրացուցիչ նպաստ՝ մինչև 2 նախապես ընտրված լսողական սարքերի համար, որը հաստատվում է ծրագրի կողմից 2 տարվա կտրվածքով: Դուք պետք է HearUSA-ից՝ այս նպաստից օգտվելու համար:
	Նշում՝ այս ապահովագրությունը Medicare-ի լսողության լրացուցիչ նպաստի համար է: Ձեր Medi-Cal (Medicaid) նպաստի շրջանակներում դուք ապահովագրված եք պլանի միջոցով ստանալու լրացուցիչ լսողական օգնության և լսողական ծառայություններ:	
Medicare-ի լրացուցիչ նպաստ. Սննդի նպաստ	Նպաստը ապահովագրում է որպես Medicare-ի լրացուցիչ նպաստ: Ներառում է օրական 2 անգամյա սնունդ 14 օրվա ընթացքում՝ ընդհանուր 28 ճաշերի առաքմամբ: Դուք կարող եք նաև որակավորվել 14 օրվա ընթացքում հավելյալ 28 ճաշ ստանալու համար՝ հաստատման դեպքում: Պլանի առավելագույն ծածկույթը 4 շաբաթ է, և յուրաքանչյուր օրացուցային տարի տրամադրվում է մինչև 56 ճաշ:	Նպաստը չի փոխհատուցվում որպես Medicare-ի լրացուցիչ նպաստ
	Նշում՝ այս ծածկույթը Medicare-ի հավելյալ սննդի նպաստի համար է: Խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին կամ կապ հաստատել ձեր Գործի կառավարչի հետ, եթե ձեզ անհրաժեշտ են համայնքային ռեսուրսներ՝ սննդային անապահովության խնդիրը լուծելու համար: Ի հավելումն, ձեր Սննդային/Դիետիկ խորհրդատվության նպաստի շրջանակներում դուք կարող եք ուղեգրով ստանալ սնունդման անհատական հեռախոսային խորհրդատվություն՝ ըստ պահանջի:	
Medicare-ի լրացուցիչ նպաստ. Առանց դեղատոմսի (OTC) դուրս գրվող դեղեր	Նպաստը ապահովագրվում է որպես Medicare-ի լրացուցիչ նպաստ:	Նպաստը ապահովագրվում է որպես Medicare-ի լրացուցիչ նպաստ:
	Ծածկույթը ներառում է \$400 նպաստ յուրաքանչյուր եռամսյակում՝ պլանի կողմից հաստատված առանց դեղատոմսի (OTC) պարագաների վրա ծախսելու համար: Դուք ստացել եք կանխավճարային դեբետային MyChoice քարտ, որը կարող է օգտագործվել ձեր լրացուցիչ առանց դեղատոմսի (OTC) պարագաների ապահովագրության նպաստների համար:	Ծածկույթը ներառում է 320\$ նպաստ յուրաքանչյուր եռամսյակում՝ պլանի կողմից հաստատված առանց դեղատոմսի (OTC) պարագաների վրա ծախսելու համար: Ձեր կանխավճարային դեբետային MyChoice քարտը կարող է օգտագործվել ձեր լրացուցիչ առանց դեղատոմսի (OTC) պարագաների ապահովագրության նպաստների համար:
Նշում՝ այս ծածկույթը նախատեսված է Medicare-ի լրացուցիչ առանց դեղատոմսի (OTC) պարագաների ապահովագրության նպաստի համար: Որոշ առանց դեղատոմսի (OTC) դեղամիջոցներ և որոշ վիտամիններ կարող են ապահովագրվել Medi-Cal Rx-ի ներքո: Խնդրում ենք այցելել Medi-Cal Rx կայքը՝ (medi-calrx.dhcs.ca.gov) ավելին իմանալու համար: Կարող եք նաև զանգահարել Medi-Cal Rx-ի հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ 800-977-2273 հեռախոսահամարով:		

OMB-ի հաստատում 0938-1444 (Սպառվում է՝ 30 Հունիսի, 2026թ.)



Հարցեր ունենալու դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Molina Medicare Complete Care Plus-ին (HMO D-SNP) (855) 665-4627 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, շաբաթը 7 օր, 8 a.m. - 8 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Զանգն անվճար է: **Ավելին իմանալու համար՝** այցելեք MolinaHealthcare.com/Medicare:

Medicare նպաստ	2023 (այս տարի)	2024 (հաջորդ տարի)
Medicare-ի լրացուցիչ նպաստ. Արտակարգ իրավիճակների արձագանքման անհատական համակարգ (PERS)	Նպաստը ապահովագրվում է որպես Medicare-ի լրացուցիչ նպաստ:	Նպաստը չի փոխհատուցվում որպես Medicare-ի լրացուցիչ նպաստ
	Նշում՝ այս ծածկույթը նախատեսված է Medicare-ի լրացուցիչ PERS նպաստի համար: Խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին կամ կապ հաստատել ձեր Գործի կառավարչի հետ, եթե ձեզ անհրաժեշտ են համայնքային ռեսուրսներ կամ նպաստներից հրաժարման հետ կապված աջակցություն:	
Medicare-ի լրացուցիչ նպաստ. Պլանային ոտնաբուժական ծառայություններ	Նպաստը ապահովագրվում է որպես Medicare-ի լրացուցիչ նպաստ: պլանային տարում մինչև 12 այցելության համար	Նպաստը չի փոխհատուցվում որպես Medicare-ի լրացուցիչ նպաստ
	Նշում Այս ծածկույթը նախատեսված է Medicare-ի լրացուցիչ պլանային ոտնաբուժության նպաստի համար: Դուք ձեր պլանի միջոցով ապահովագրված եք ստանալու ոտնաբուժական լրացուցիչ ծառայություններ՝ ձեր Medi-Cal (Medicaid) նպաստի ներքո:	
Medicare-ի լրացուցիչ նպաստ. Պլանային տրանսպորտային փոխադրումների ծառայություններ	Նպաստը ապահովագրվում է որպես Medicare-ի լրացուցիչ նպաստ: Ծածկույթը ներառում է \$200 նպաստ յուրաքանչյուր եռամսյակում՝ պլանային տրանսպորտային փոխադրումների ծառայությունների վրա ծախսելու համար: Դուք ստացել եք կանխավճարային դեբետային MyChoice քարտ, որը կարող է օգտագործվել ձեր լրացուցիչ առանց դեղատոմսի (OTC) պարագաների ապահովագրության նպաստների համար:	Նպաստը չի փոխհատուցվում որպես Medicare-ի լրացուցիչ նպաստ
	Նշում՝ այս նախատեսված է Medicare-ի լրացուցիչ պլանային տրանսպորտային փոխադրումների նպաստի համար: Դուք ապահովագրված եք ձեր Medi-Cal (Medicaid) նպաստի ներքո պլանի միջոցով ստանալու պլանային տրանսպորտային ծառայություններ:	

D2. Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի փոխհատուցմանը վերաբերող փոփոխություններ Փոփոխություններ մեր Դեղերի ցանկում

Դուք կստանաք 2024 թ. *Փոխհատուցվող Դեղերի ցանկը* առանձին նամակագրությամբ: Ապահովագրված դեղերի թարմացված *ցանկը* տեղադրված է մեր կայքում՝ www.MolinaHealthcare.com/Medicare: Դուք կարող եք նաև զանգահարել Անդամների սպասարկում էջի ներքևի հեռախոսահամարներով՝ թարմացված դեղերի մասին տեղեկություններ ստանալու համար կամ դիմել մեզ փոստով ուղարկել ձեզ *Ապահովագրված դեղերի ցանկը*: Ապահովագրված *Դեղերի ցանկը* կոչվում է նաև «Դեղացանկ»:

Մենք փոփոխություններ ենք կատարել մեր Դեղացանկում, ներառյալ՝ մեր կողմից ապահովագրվող դեղերի և որոշ դեղերի մեր ապահովագրությանը վերաբերող սահմանափակումների հետ կապված փոփոխություններ:

Վերանայեք դեղացանկը **համոզվելու համար, որ ձեր դեղերը ապահովագրված կլինեն հաջորդ տարի** և պարզելու, թե արդյո՞ք կան որևէ սահմանափակումներ:

Եթե ձեզ վրա ազդում է դեղերի ապահովագրության փոփոխությունը, մենք ձեզ խրախուսում ենք.

- Աշխատել ձեր բժշկի (կամ այլ դեղորայք նշանակողի) հետ՝ գտնելու այլ մեր կողմից փոխհատուցվող դեղամիջոց:
 - Դուք կարող եք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին էջի ներքևի համարներով կամ կապ հաստատել ձեր Գործի կառավարչի հետ՝ նույն հիվանդությունների բուժմանն ուղղված դեղերի ցանկը ստանալու համար:
 - Այս ցանկը կարող է օգնել ձեր մատակարարին գտնել ապահովագրված դեղ, որը կարող է ձեզ համար հարմար լինել:
 - Աշխատեք ձեր բժշկի (կամ այլ դեղորայք նշանակողի) հետ և դեղորայքի փոխհատուցման համար բացառություն անելու հայտ ներկայացրեք մեզ:
 - Դուք կարող եք բացառություն անելու հայտ ներկայացնել մինչև հաջորդ տարի, և մենք ձեզ կպատասխանենք ձեր հայտը (կամ ձեր դեղորայք նշանակողի հաստատումը) ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
 - Իմանալու համար, թե ինչ պետք է անել բացառություն անելու հայտ ներկայացնելու համար՝ ստուգեք **Գլուխ 9-ը**՝ ձեր *անդամի ձեռնարկում* կամ զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում տեղադրված հեռախոսահամարներով:
 - Եթե բացառություն անելու հայտ ներկայացնելու հետ կապված օգնության կարիք ունեք, դիմեք Անդամների սպասարկման բաժին կամ ձեր Գործի կառավարչին: Ստուգեք **Գլուխ 2-ը և 3-ը**՝ ձեր *Անդամի ձեռնարկում* Ձեր Գործի կառավարչի հետ կապ հաստատելու մասին ավելին իմանալու համար:
 - Դիմեք մեզ ապահովագրելու դեղամիջոցի ժամանակավոր պաշարը:
 - Որոշ իրավիճակներում մենք ապահովագրում ենք դեղամիջոցի **ժամանակավոր** պաշարը օրացուցային տարվա առաջին (90) օրերի ընթացքում:
 - Այս ժամանակավոր պաշարը նախատեսված է մինչև (31 օր) մեկ ամսվա համար: (Մանրամասն տեղեկանալու համար, թե երբ կարող եք ժամանակավոր պաշար ստանալ և ինչպես դրա հայտ ներկայացնել, տես **Գլուխ 5՝** ձեր *Անդամի ձեռնարկում*.)
- Երբ ստանաք դեղամիջոցի ժամանակավոր պաշարը, խոսեք ձեր բժշկի հետ, իմանալու, թե ինչ պետք է անել, երբ ձեր ժամանակավոր պաշարը սպառվի: Դուք կարող եք կամ անցնել մեկ այլ դեղամիջոցի, որն ապահովագրում է մեր ծրագիրը, կամ ձեզ համար բացառություն անելու հայտ ներկայացնել մեզ և ապահովագրել ձեր ընթացիկ դեղորայքը:

Կարևոր հաղորդագրություն այն մասին, թե ինչ եք վճարում պատվաստանյութերի համար

Մեր ապահովագրական պլանը անվճար հիմունքներով ծածկում է Մաս D-ի պատվաստանյութերի մեծ մասը:

Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի արժեքների փոփոխություններ

Մենք Դեղերի ցանկի բոլոր դեղերը տեղափոխել ենք մեկ մակարդակ:

Հետևյալ աղյուսակը ցույց է տալիս ձեր մեկ մակարդակի դեղերի արժեքները մեր 1-ին օղակի յուրաքանչյուր դեղացանկում:

OMB-ի հաստատում 0938-1444 (Սպառվում է՝ 30 Հունիսի, 2026թ.)



Հարցեր ունենալու դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Molina Medicare Complete Care Plus-ին (HMO D-SNP) (855) 665-4627 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, շաբաթը 7 օր, 8 a.m. - 8 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Զանգն անվճար է: **Ավելին իմանալու համար՝** այցելեք MolinaHealthcare.com/Medicare:

	2023 (այս տարի)	2024 (հաջորդ տարի)
Մաս D-ի Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղեր Մեր պլանն անվճար հիմունքներով փոխհատուցում է Մաս D-ի պատվաստանյութերը	Մաս D-ի փոխհատուցվող դեղերը գտնվում են պլանի դեղացանկի տարբեր մակարդակներում: Քանի որ դուք օգտվում եք Medi-Cal-ից, ապա դուք արդեն գրանցված եք «Լրացուցիչ օգնություն (Extra Help)»-ում , որը նաև կոչվում է ցածր եկամուտների սուբսիդիա: 2023թ. -ին, ձեր արժեքը ցանցի դեղատան կողմից լրացված դեղատոմսի համար կախված կլինի Ձեր ցածր եկամուտների սուբսիդիայի (LIS) համավճարից և դեղորայքի մակարդակից:	Ապահովագրական պլանի տեղեկագրում ներառված Մաս D-ի փոխհատուցվող դեղերը կլինեն մեկ օղակում: Քանի որ դուք օգտվում եք Medi-Cal-ից, ապա դուք արդեն գրանցված եք «Լրացուցիչ օգնություն (Extra Help)»-ում , որը նաև կոչվում է ցածր եկամուտների սուբսիդիա: 2024թ.-ին, ցանցում գործող դեղատանը նշանակված դեղատոմսի ձեր արժեքը կկազմի \$0՝ Մաս D-ով սահմանվող նպաստի բոլոր փուլերում՝ դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի համար, Value Based Insurance Design (VBID) ծրագրի ընդլայնված նպաստի շրջանակներում:

E. Վարչական փոփոխություններ

Հաջորդ տարվա համար մենք վարչական փոփոխություններ ենք իրականացնում: Ստորև բերված աղյուսակում ներկայացված տեղեկատվությունը նկարագրում է այս փոփոխությունները:

	2023 (այս տարի)	2024 (հաջորդ տարի)
Ձեր պայմանագրի/պլանի նպաստների փաթեթը (PBP) փոփոխվել է:	H5810-016	H3038-003

F. Ինչպես պլան ընտրել

F1. Ինչպես մնալ մեր պլանում

Հուսով ենք, որ դուք կշարունակեք մեր պլանի անդամ մնալ: Մեր պլանում մնալու համար ձեզ ոչինչ անել պետք չէ: Եթե դուք **չփոխեք** Medicare-ի մեկ այլ պլանով կամ տեղափոխվեք Original Medicare, ապա ավտոմատ կերպով մեր պլանի գրանցված անդամ կմնաք 2024թ. -ին.

F2. Պլանների փոփոխություն

Medicare-ից օգտվող մարդկանցից շատերը կարող են դադարեցնել իրենց անդամակցությունը տարվա որոշակի ժամանակահատվածում: Քանի որ դուք օգտվում եք Medi-Cal-ից, ապա կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը մեր պլանին կամ անցնել այլ պլանի մեկ անգամ՝ հետևյալ **Գրանցման հատուկ ժամանակաշրջաններից** յուրաքանչյուրի ընթացքում:

- հունվարից մարտ
- ապրիլից հունիս
- հուլիսից սեպտեմբեր

Ի հավելումն այս երեք հատուկ գրանցման ժամանակաշրջանների, դուք կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը մեր պլանում հետևյալ ժամանակահատվածներում:

- **Տարեկան գրանցման ժամանակաշրջան**, որը տևում է հոկտեմբերի 15-ից դեկտեմբերի 7-ը: Եթե այս ժամանակահատվածում ընտրեք նոր պլան, ապա նոր պլանին ձեր անդամակցությունը կսկսվի հաջորդ ամսվա առաջին օրը:
- **Medicare Advantage (MA) Բաց գրանցման շրջան**, որը տևում է հունվարի 1-ից մինչև մարտի 31-ը: Եթե այս ժամանակահատվածում ընտրեք նոր պլան, ապա նոր պլանին ձեր անդամակցությունը կսկսվի հաջորդ ամսվա առաջին օրը:

Կարող են լինել այլ իրավիճակներ, երբ դուք կարող եք ձեր գրանցման մեջ փոփոխություն կատարել: Օրինակ, երբ՝

- դուք տեղափոխվել եք մեր սպասարկման տարածքից,
- Medi-Cal-ի կամ Լրացուցիչ օգնության (Extra Help) ձեր իրավասությունը փոխվել է, **կամ**
- եթե վերջերս եք տեղափոխվել, ներկայումս խնամք եք ստանում կամ պարզապես տեղափոխվել եք բուժքույրական հաստատությունից կամ երկարատև խնամքի հիվանդանոցից:

Ձեր Medicare ծառայությունները

Դուք ունեք՝ ձեր Medicare ծառայությունները ստանալու երեք տարբերակ: Ընտրելով այս տարբերակներից մեկը՝ դուք ավտոմատ կերպով դադարեցնում եք ձեր անդամակցությունը մեր պլանին:



1: Դուք կարող եք անցնել. Մեկ այլ Medicare առողջապահական պլանի, ներառյալ մեկ այլ Medicare Medi-Cal պլանի	Ահա թե ինչ պետք է անել. Զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), օրը 24 ժամ, շաբաթական 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն՝ 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Տարեցների համապարփակ խնամքի ծրագրի (PACE) հարցումների համար զանգահարեք 1-855-921-PACE (7223): Եթե օգնության կամ ավելի շատ տեղեկատվության կարիք ունեք. ■ Զանգահարեք Կալիֆորնիայի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագրի (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00 a.m.-ից 5:00 p.m.-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածքում HICAP տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք՝ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/: ԿԱՍ Գրանցվեք Medicare-ի նոր պլանում: Դուք ավտոմատ կերպով կհեռացվեք մեր պլանից, երբ սկսվի ձեր նոր պլանի ծածկույթը: Ձեր Medi-Cal պլանը կարող է փոխվել:
2: Դուք կարող եք անցնել. Original Medicare՝ Medicare-ի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի առանձին պլանով	Ահա թե ինչ պետք է անել. Զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), օրը 24 ժամ, շաբաթական 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 համարով: Եթե օգնության կամ ավելի շատ տեղեկատվության կարիք ունեք. ■ Զանգահարեք California-ի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8 a.m.-ից 5 p.m.-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածքում HICAP տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք՝ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/: ԿԱՍ Գրանցվեք Medicare-ի նոր դեղատոմսով դեղերի պլանում: Դուք ավտոմատ կերպով կհեռացվեք մեր պլանից, երբ սկսվի ձեր Original Medicare-ի ապահովագրությունը: Ձեր Medi-Cal պլանը չի փոփոխվի:

OMB-ի հաստատում 0938-1444 (Սպառվում է՝ 30 Հունիսի, 2026թ.)



Հարցեր ունենալու դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Molina Medicare Complete Care Plus-ին (HMO D-SNP) (855) 665-4627 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, շաբաթը 7 օր, 8 a.m. - 8 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Զանգն անվճար է: **Ավելին իմանալու համար՝** այցելեք MolinaHealthcare.com/Medicare:

3: Դուք կարող եք անցնել.**Original Medicare՝ առանց Medicare-ի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի առանձին պլանի**

ՆՇՈՒՄ. Եթե դուք անցնում եք Original Medicare-ին և չեք գրանցվում Medicare-ի առանձին դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի պլանում, Medicare-ը կարող է գրանցել ձեզ դեղերի պլանում, եթե չհայտնեք Medicare-ին, որ չեք ցանկանում միանալ պլանին:

Դուք պետք է հրաժարվեք դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի ապահովագրությունից միայն այն դեպքում, եթե դեղերի ապահովագրություն այլ աղբյուր ունեք օրինակ՝ գործատուն կամ արհմիությունը: Եթե ուզում եք իմանալ, արդյո՞ք ձեզ անհրաժեշտ է դեղերի ապահովագրություն, ապա զանգահարեք Կալիֆորնիայի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00 a.m.-ից 5:00 p.m.-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածքում HICAP տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք՝ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/:

Ահա թե ինչ պետք է անել.

Զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), օրը 24 ժամ, շաբաթական 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն՝ 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

Եթե օգնության կամ ավելի շատ տեղեկատվության կարիք ունեք.

- Զանգահարեք Կալիֆորնիայի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00 a.m.-ից 5:00 p.m.-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածքում HICAP տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք՝ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/:

Դուք ավտոմատ կերպով կհեռացվեք մեր պլանից, երբ սկսվի ձեր Original Medicare-ի ապահովագրությունը:

Ձեր Medi-Cal պլանը չի փոփոխվի:

Ձեր Medi-Cal ծառայությունները

Մեր պլանից դուրս գալուց հետո Medi-Cal պլանի ընտրության կամ Medi-Cal ծառայությունները ստանալու հետ կապված հարցերի դեպքում կապ հաստատեք Health Care Options-ի հետ՝ 1-800-430-4263 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ 8 a.m.-ից 6 p.m.-ը: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն՝ 1-800-430-7077: Հարցրեք, թե ինչպես է ազդում Medi-Cal-ի ձեր ապահովագրությունը ստանալու վրա մեկ այլ պլանին միանալը կամ Original Medicare-ին վերադառնալը:

Գ. Օգնություն**Գ1. Մեր պլանը**

Մենք այստեղ ենք հարցերի դեպքում ձեզ օգնելու համար: Նշված աշխատանքային օրերի և ժամերի ընթացքում զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում տեղադրված հեռախոսահամարներով: Այս զանգերն անվճար են:

OMB-ի հաստատում 0938-1444 (Սպառվում է՝ 30 Հունիսի, 2026թ.)



Հարցեր ունենալու դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Molina Medicare Complete Care Plus-ին (HMO D-SNP) (855) 665-4627 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, շաբաթը 7 օր, 8 a.m. - 8 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Զանգն անվճար է: **Ավելին իմանալու համար՝** այցելեք MolinaHealthcare.com/Medicare:

Կարդացեք ձեր Անդամների ձեռնարկը

Ձեր *Անդամների ձեռնարկը* մեր պլանի նպաստների օրինական, մանրամասն նկարագրությունն է: Այն 2024թ. նպաստների և արժեքների մասին մանրամասներ է ներառում: Այն բացատրում է ձեր իրավունքները և այն կանոնները, որոնց պետք է հետևեք մեր կողմից ապահովագրվող ծառայությունները և դեղատոմսով դեղերը ստանալու համար:

2024 թվականի *Անդամների ձեռնարկը* հասանելի կլինի մինչև հոկտեմբերի 15-ը: Դուք կարող եք նաև ծանոթանալ փոստով առանձին նամակով ուղարկված *Անդամների ձեռնարկին*՝ պարզելու համար, թե արդյոք այլ նպաստների կամ ծախսերի փոփոխությունները կարող են ազդել ձեզ վրա: Անդամների ձեռնարկի թարմացված պատճենը *միշտ* հասանելի է մեր կայքում՝ www.MolinaHealthcare.com/Medicare: Դուք կարող եք նաև զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով՝ խնդրելով փոստով ուղարկել ձեզ 2024 թվականի *Անդամների ձեռնարկը*:

Մեր կայքը

Դուք կարող եք այցելել մեր կայքը՝ www.MolinaHealthcare.com/Medicare. Որպես հիշեցում, մեր կայքում տեղադրված է ամենաարդի տեղեկատվությունը՝ մեր մատակարարների և դեղատոմսերի ցանցի (*Մատակարարների և դեղատոմսերի տեղեկատու*) և մեր Դեղերի ցանկի մասին (*Ապահովագրված դեղերի ցանկ*):

G2. Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP)

Կարող եք նաև զանգահարել State Health Insurance Assistance Program-ին (SHIP) (Բժշկական ապահովագրության հարցերով աջակցության նահանգային ծրագիր): California-ում SHIP-ը կոչվում է Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP): Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP) խորհրդատուները կարող են օգնել ձեզ հասկանալ ձեր պլանի ընտրությունը և պատասխանել ծրագրերի փոփոխման վերաբերյալ հարցերին: HICAP-ը կապված չէ մեզ հետ կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական պլանի հետ: HICAP-ն ունի վերապատրաստված խորհրդատուներ յուրաքանչյուր վարչաշրջանում, իսկ ծառայություններն անվճար են: HICAP-ի հեռախոսահամարն է՝ 1-800-434-0222: TTY՝ 711: Ավելի շատ տեղեկությունների կամ ձեր տարածքում HICAP տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք՝ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

G3. Ombuds ծրագիր

Medicare Medi-Cal Ombuds Program-ը կարող է օգնել ձեզ, եթե մեր ծրագրի հետ կապված խնդիր ունեք:

Օմբուդսմենի ծառայություններն անվճար են և հասանելի բոլոր լեզուներով: Medicare Medi-Cal Ombuds ծրագիրը՝

- աշխատում է որպես փաստաբան ձեր անունից: Նրանք կարող են պատասխանել հարցերին, եթե դուք խնդիր կամ բողոք ունեք, և կարող են օգնել ձեզ հասկանալ, թե ինչ անել,
- ապահովում է, որ դուք տեղեկացված լինեք ձեր իրավունքների և պաշտպանության ձևերի մասին և ինչպես կարող եք լուծել ձեր մտահոգությունները,
- կապված չէ մեզ հետ կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական պլանի հետ: Medicare Medi-Cal Ombuds ծրագրի հեռախոսահամարն է՝ 1-888-804-3536.

G4. Medicare

Անմիջապես Medicare-ից տեղեկատվություն ստանալու համար զանգահարեք՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), օրը 24 ժամ, շաբաթական 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 համարով:



Medicare-ի կայք

Դուք կարող եք այցելել Medicare կայք՝ (www.medicare.gov): Եթե դուք նախընտրում եք դուրս գալ մեր պլանից և գրանցվել Medicare-ի մեկ այլ պլանում, ապա Medicare-ի կայքում տեղեկություններ են տեղադրված ծախսերի, ծածկույթի և որակի գնահատականների մասին, որոնք կօգնեն ձեզ համեմատել պլանները:

Դուք կարող եք տեղեկություններ գտնել ձեր տարածքում հասանելի Medicare-ի պլանների մասին՝ Medicare-ի կայքում օգտագործելով Medicare Plan Finder-ը: (Պլանների մասին տեղեկություններ ստանալու համար, անցեք՝ www.medicare.gov և սեղմեք «Գտնել պլաններ»):

Medicare-ը և դուք 2024թ.

Դուք կարող եք կարդալ *Medicare-ը և դուք 2024թ.* ձեռնարկը: Ամեն տարի աշնանը այս գրքույկը փոստով ուղարկվում է Medicare-ից օգտվող մարդկանց: Այն պարունակում է Medicare-ի նպաստների, իրավունքների և պաշտպանությունների ամփոփագիր, ինչպես նաև Medicare-ի վերաբերյալ ամենահաճախ տրվող հարցերի պատասխանները: Այս ձեռնարկը հասանելի է նաև իսպաներեն, չինարեն և վիետնամերեն:

Եթե դուք չունեք այս գրքույկի պատճենը, կարող եք այն ստանալ Medicare-ի կայքում՝ (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) կամ զանգահարելով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)՝ օրը 24 ժամ, շաբաթական 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 համարով:

G5. California-ի Կառավարվող բուժսպասարկման դեպարտամենտ

Կալիֆոռնիայի Կառավարվող բուժսպասարկման բաժանմունքը (DMHC)՝ պատասխանատու է առողջապահական ծառայությունների պլանների կարգավորման համար: DMHC Օգնության կենտրոնը կարող է օգնել ձեզ Medi-Cal ծառայությունների վերաբերյալ բողոքարկման և բողոքների հարցում: Եթե ձեր առողջական պլանի դեմ բողոք ունեք, նախ պետք է զանգահարեք ձեր առողջապահական պլան՝ (855) 665-4627 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711 և օգտագործեք ձեր առողջապահական պլանի բողոքարկման գործընթացը՝ նախքան բաժանմունքի հետ կապ հաստատելը: Բողոքարկման այս գործընթացի կիրառումն արգելք չի հանդիսանում որևէ հավանական իրավունքի կամ դատական պաշտպանության միջոցների համար, որոնք կարող են Ձեզ հասանելի լինել: Եթե դուք օգնության կարիք ունեք բողոքարկման առնչությամբ, որը արտակարգ իրավիճակ է ներառում, բողոքարկում, որը բավարար չափով չէ կարգավորվել մեր բժշկական ապահովագրության պլանի կողմից, կամ բողոքարկում, որը չլուծված է մնացել ավելի քան 30 օր, դուք կարող եք աջակցման համար զանգահարել Դեպարտամենտ: Դուք կարող եք նաև անկախ բժշկական փորձաքննության (Independent Medical Review, IMR) իրավունք ունենալ: Եթե դուք IMR-ի իրավունք ունեք, IMR-ի գործընթացը կապահովի առաջարկվող ծառայության կամ բուժման բժշկական անհրաժեշտությանն առնչվող բժշկական ապահովագրության պլանի կողմից կայացրած բժշկական որոշումների, իրենց բնույթով փորձարարական կամ հետազոտական հանդիսացող բուժումների վերաբերյալ ապահովագրման որոշումների և արտակարգ կամ շտապ անհրաժեշտ բժշկական ծառայությունների համար վճարման վեճերի անկողմնակալ ուսումնասիրություն: Բաժանմունքում կա նաև անվճար հեռախոսահամար **(1-888-466-2219)** և TDD հեռախոսագիծ **(1-877-688-9891)** լսողության և խոսքի խանգարումներ ունեցող անձանց համար: Բաժանմունքի ինտերնետային կայքում www.dmhc.ca.gov կան բողոքների ձևակերպման ձևաթղթեր, IMR դիմումի ձևեր և առցանց հրահանգներ:



Ապահովագրական պլանի
կարևոր փաստաթղթեր



Ինչպես ստանալ ծրագրի կարևոր փաստաթղթեր

Դուք կարևոր եք մեզ համար: Մենք հեշտացնում ենք ձեզ անհրաժեշտ տեղեկատվությունը ստանալու: Այցելեք առցանց պլանին առնչվող կարևոր փաստաթղթերը դիտելու և ցանցի մատակարար կամ դեղատուն գտնելու համար: Դուք կարող եք նաև փնտրել ձեր դեղատոմսով դեղերը, ցանկացած ժամանակ, ցանկացած սարքից: Ձեր **2024թ.** պլանին առնչվող փաստաթղթերը, ինչպիսիք են՝ ձեր Անդամների ձեռնարկը, Դեղացանկը և Մատակարարների/դեղատների Տեղեկատվություն առցանց հասանելի կլինեն մինչև **2023թ. հոկտեմբերի 15-ը**:

Ծանոթացեք ձեր ծրագրի փաստաթղթերին

- **Evidence of Coverage (EOC).** ուղեցույց է այն մասին, թե ինչ է ապահովագրվում ձեր պլանով: Այն պարունակում է մանրամասներ ձեր ծրագրի նպաստների և ապահովագրման, անդամների իրավունքների և այլնի մասին:
- **Դեղացանկ.** ձեր ծրագրի շրջանակներում ապահովագրված դեղերի ցանկ:
- **Մատակարարների/Դեղատների տեղեկատվություն:** ցանցային բժիշկների, մասնագետների և դեղատների ցանկ՝ հեռախոսահամարներով և հասցեներով: Դուք կարող եք գտնել ցանցային մատակարար կամ դեղատուն՝ օգտագործելով մեր առցանց Տեղեկատվություն՝ [MolinaHealthcare.com/ProviderSearch](https://www.molinahealthcare.com/ProviderSearch) կայքում:
- **Ծանուցում գաղտնիության կանոնների մասին.** Այս ծանուցման մեջ նկարագրվում է, թե ինչպես կարող են օգտագործվել և բացահայտվել ձեր մասին բժշկական տեղեկությունները, և ինչպես կարող եք ստանալ այս տեղեկատվությունը: Սա տեղադրված է մեր կայքում՝ https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/terms_privacy.aspx

Ինչպես դիտել կամ պահանջել ծրագրի փաստաթղթի պատճենը



Առցանց՝ [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.molinahealthcare.com/Medicare)

Դիտեք կամ ներբեռնեք ձեր ծրագրի փաստաթղթերի պատճենը առցանց ցանկացած պահի, ցանկացած վայրում: Օգտագործեք ցանկացած սարք՝ ինչպիսին է Ձեր համակարգիչը, պլանշետը կամ բջջային հեռախոսը: Ձեր 2024թ. պլանի փաստաթղթերը հասանելի կլինեն մինչև 2023թ. հոկտեմբերի 15-ը:



Առցանց՝ [MyMolina.com](https://www.mymolina.com):

Այցելեք մեր Անդամների ինքնասպասարկման պորտալ՝ 24/7 ձեր պլանի փաստաթղթերն առցանց դիտելու կամ ցանցի մատակարար կամ դեղատուն գտնելու համար: Մուտք գործեք ձեր My Molina Անդամների պորտալ կամ ստեղծեք հաշիվ՝ [MyMolina.com-ում](https://www.mymolina.com): Գրանցվելու համար սեղմեք «Ստեղծել հաշիվ» և քայլ առ քայլ հետևեք հրահանգներին:



Ձանգահարեք անվճար:

Տեղեկացրեք մեզ, եթե համակարգիչ օգտվելու հնարավորություն չունեք կամ նախընտրում եք ունենալ ձեզ ուղարկված EOC-ի, Դեղացանկի կամ մատակարարների/դեղատների Տեղեկատվության տպագիր պատճեն: Պլանի փաստաթղթի տպագիր օրինակը ստանալու համար անվճար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ **(855) 665-4627 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, երկուշաբթի ուրբաթ, 8 a.m.-ից 8 p.m.՝ տեղական ժամանակով:**

Մենք պատրաստ ենք օգնել ձեզ

Եթե հարցեր ունեք ձեր նպաստների վերաբերյալ կամ օգնության կարիք ունեք կապված ցանցի մատակարար կամ դեղատուն գտնելու հետ, կամ ցանկանում եք հրաժարվել փոստով ուղարկվող նյութերից, խնդրում ենք անվճար զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին՝ **(855) 665-4627 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711:**

Y0050_24_3526_LRWelcKitElectNote_C

OMB-ի հաստատում 0938-1444 (Սպառվում է՝ 30 Հունիսի, 2026թ.)



Հարցեր ունենալու դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Molina Medicare Complete Care Plus-ին (HMO D-SNP) (855) 665-4627 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, շաբաթը 7 օր, 8 a.m. - 8 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Զանգն անվճար է: **Ավելին իմանալու համար՝** այցելեք [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.molinahealthcare.com/Medicare):



Language Assistance Services

Free aids and services, such as sign language interpreters, written translations, and written information in alternative formats, are available to you. Call 1-855-665-4627 (TTY: 711).

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 1-855-665-4627. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish:

Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al 1-855-665-4627. Alguien que hable Español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin:

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们：1-855-665-4627。说普通话的人士会帮助您。这是免费服务。

Chinese Cantonese:

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打1-855-665-4627 聯絡我們。能說广东话的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

Tagalog:

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-855-665-4627. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong lib्रेng serbisyo.

Vietnamese:

Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-855-665-4627. Một người nói Tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

H5810_23_50_CASNPStateMLI_C016

Korean:

당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 처방약 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 1-855-665-4627 로 전화하십시오. 한국말 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 무료 서비스입니다.

Russian:

Если у вас возникли какие-либо вопросы о вашем плане медицинского обслуживания или плане с покрытием лекарственных препаратов, для вас предусмотрены бесплатные услуги переводчика. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по номеру 1-855-665-4627. Вам поможет сотрудник, владеющий русским языком. Эта услуга предоставляется бесплатно.

Arabic:

نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية لمجانلة أي أسئلة ترا وحدوك الخطة ال صأحوية خطة الأدوية. لدينا ول وللحص على مترجم فوري، 1. ويلمك نشخص يث تحد ا للغة 1-855-665-4627 تفضل بالا تبصنال على ا مل 8 ر 9 ق 08. مساعد تتأكد مهذه الخدم. ة م جانا

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 1-855-665-4627 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Japanese:

弊社の健康保険や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳サービスを利用するには、1-855-665-4627までお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Armenian:

Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարե՛ք մեզ՝ 1-855-665-4627 հեռախոսահամարով: Ինչ-որ մեկն, ով խոսում է հայերեն, կարող է օգնել Ձեզ: Սա անվճար ծառայություն է:

Cambodian:

យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងសំណួរនានា ដែលអ្នកអាចនឹងមាន អំពីគម្រោងសុខភាពនិងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ ផ្ទាល់មាត់ម្នាក់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមក យើងខ្ញុំតាមលេខ 1-855-665-4627 ។ មនុស្សម្នាក់ដែល និយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះ មិនគិតថ្លៃនោះទេ។

H5810_23_50_CASNPStateMLI_CO16

Persian (Farsi):

برای پاسخگویی به سؤالاتی که ممکن است درباره طرح های سلامت یا دارویی ما داشته باشید می توانید از خدمات ترجمه رایگان ما استفاده کنید. برای دسترسی به مترجم شفاهی، کافی است با شماره 1-855-665-4627 با ما تماس بگیرید. فردی که به زبان فارسی صحبت می کند به شما کمک خواهد کرد. این سرویس رایگان است.

Hmong:

Peb muaj cov kev pab cuam pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog peb txoj phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis tshuaj. Yog xav tau ib tus neeg txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-855-665-4627. Ib tus neeg uas hais lus Hmoob tuaj yeem pab koj. Qhov no yog ib qho kev pab cuam pub dawb.

Laotian:

ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ການຢາຂອງພວກ ເຮົາ. ຖ້າຕ້ອງການນາຍແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-855-665-4627. ຄົນທີ່ເວົ້າ ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍ ທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

Mien:

Yie mbuo mv nongc zinh taengx meih mbienv wac daih dau meih, haih doix yie mbuo nyei sinh beih nongx faix bong ndie nyei nyungh nyungc geh naiv. Oix duqv taux taengx meih mbienv wac, kungx zuqc mboqv yie mbuo nyei dienx wac 1-855-665-4627. Haih gorngv mienh wac nyei mienh haih bong taengx zuqc meih. Naiv se yietc nyungc mv nongc zinh nyei bong taengx.

Punjabi:

ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-855-665-4627 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Thai:

เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการรับบริการล่าม เพียงโทรหาเราที่ 1-855-665-4627 คนที่สามารถพูดภาษา ภาษาไทย สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้เป็นบริการที่ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian:

У нас є безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які питання, які ви можете мати про наш план здоров'я або наркотиків. Щоб отримати інтерпретатор, просто зателефонуйте нам на 1-855-665-4627. Хтось, хто говорить Українська мова, може вам допомогти. Це безкоштовна послуга.

H5810_23_50_CASNPStateMLI_CO16

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 1-855-665-4627. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

German:

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-665-4627. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

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 1-855-665-4627. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português:

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 1-855-665-4627. 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 1-855-665-4627. 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 1-855-665-4627. Ta usługa jest bezpłatna.

