

2026

বার্ষিক পরিবর্তনের বিজ্ঞপ্তি

Senior Whole Health of New York NHC
(HMO D-SNP)

New York H5992-007-000

1লা জানুয়ারি থেকে 31শে ডিসেম্বর, 2026 পর্যন্ত কার্যকর

H5992_26_007_NY_ANOC_M

NY-H5992-7-AC-BN-26-L

প্রিয় সদস্য:

আমাদের Medicaid Advantage Plus প্ল্যান, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর সদস্য হওয়ার জন্য আপনাকে ধন্যবাদ। আমরা আপনাকে জানাতে চাই 1লা জানুয়ারি, 2026 থেকে আপনার আপিল প্রক্রিয়া-তে একটি গুরুত্বপূর্ণ পরিবর্তন আসছে।

1লা জানুয়ারি, 2026 থেকে আপনার স্তর 2 আপিল অনুরোধ করার পদ্ধতি পরিবর্তিত হবে। আপনি 2026 সালের বার্ষিক পরিবর্তনের বিজ্ঞপ্তির বিভাগ 2-এ এই পরিবর্তন সম্পর্কে আরও তথ্য পেতে পারেন।

এই পরিবর্তন সম্পর্কে আপনার যদি কোনও প্রশ্ন থাকে, অনুগ্রহ করে সদস্য পরিষেবাগুলিতে, (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন। (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন।)

আমরা ফোন কলের জন্য উপলব্ধ। সময় 1লা অক্টোবর - 31শে মার্চ: স্থানীয় সময় 8 a.m. থেকে 8 p.m. সপ্তাহের 7 দিন। 1লা এপ্রিল থেকে 30শে সেপ্টেম্বর, সোমবার - শুক্রবার, স্থানীয় সময় 8 a.m. থেকে 8 p.m. পর্যন্ত। এই নম্বরগুলিতে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন।

Senior Whole Health of New York, Inc.-এর পক্ষ থেকে Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) অফার করা হয়েছে

2026-এর জন্য বার্ষিক পরিবর্তনের বিজ্ঞপ্তি

আপনি বর্তমানে Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) সদস্য হিসাবে তালিকাভুক্ত।

এই উপকরণটি আগামী বছর আমাদের পরিকল্পনার খরচ এবং সুবিধার পরিবর্তনগুলি বর্ণনা করে।

- **আপনার আগামী বছরের Medicare কভারেজে পরিবর্তন করার জন্য আপনার কাছে 15ই অক্টোবর থেকে 7ই পর্যন্ত সময় রয়েছে।** আপনি যদি 7ই ডিসেম্বর, 2025-এর মধ্যে অন্য কোনো পরিকল্পনায় যোগ না দেন, তবে আপনি Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এ থাকবেন।
- **অন্য কোনো পরিকল্পনায় পরিবর্তন করতে,** www.Medicare.gov দেখুন অথবা আপনার *Medicare & You* 2026 হ্যান্ডবুকের পেছনের তালিকা পর্যালোচনা করুন।
- মনে রাখবেন এটি কেবল পরিবর্তনগুলির একটি সারসংক্ষেপ। খরচ, সুবিধা এবং নিয়ম সম্পর্কে আরও তথ্য **কভারেজের প্রমাণে** রয়েছে। SWHNY.com ওয়েবসাইটে একটি কপি পান অথবা ডাকযোগে একটি কপি পেতে (833) 671-0440 (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন।

অতিরিক্ত সংস্থান

- এই উপাদানটি স্প্যানিশ, চীনা, আরবি, কোরিয়ান, রাশিয়ান, ইতালীয়, ফরাসি, ফরাসি ক্রেওল, ইন্ডিশ, পোলিশ, তাগালগ, বাংলা, আলবেনিয়ান, গ্রীক এবং উর্দু ভাষায় বিনামূল্যে পাওয়া যাচ্ছে।

- আরও তথ্যের জন্য (833) 671-0440 নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীদের 711 নম্বরে কল করা উচিত)। **সময় 1লা অক্টোবর – 31শে মার্চ:** স্থানীয় সময় 8 a.m. থেকে 8 p.m. সপ্তাহের 7 দিন। **1লা এপ্রিল থেকে 30শে সেপ্টেম্বর,** স্থানীয় সময় সোমবার – শুক্রবার, সকাল 8টা থেকে রাত 8টা। এই কলটি বিনামূল্যে করা যাবে।
- আপনি এই নথিটি অন্যান্য ভাষা(সমূহ) বা অন্যান্য ফরম্যাটে বিনামূল্যে পেতে পারেন, যেমন- বড় মুদ্রণ, ব্রেইল বা অডিও আকারে (833) 671-0440, (TTY:711) নম্বরে কল করুন। এই কলটি বিনামূল্যে করা যাবে।

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) সম্পর্কে

- Molina Healthcare হল Medicare-এর সাথে চুক্তিবদ্ধ একটি C-SNP D-SNP এবং HMO প্ল্যান। স্টেট Medicaid প্রোগ্রামের সাথে D-SNP প্ল্যানগুলোর একটি চুক্তি রয়েছে। চুক্তি নবায়নের উপর তালিকাভুক্তি নির্ভর করে। আমাদের পরিকল্পনার New York Medicaid প্রোগ্রামের সাথে একটি লিখিত চুক্তিও রয়েছে যাতে আপনার Medicaid সুবিধা সমন্বয় করা যায়।
- যখন এই উপাদানটি “আমরা” বা “আমাদের” বলে এর মানে হলো Senior Whole Health of New York, Inc. যখন এটি “প্ল্যান” বা “আমাদের পরিকল্পনা” বলে তখন এর মানে হলো Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)।
- **আপনি যদি 7ই ডিসেম্বর, 2025 তারিখের মধ্যে কিছু না করেন, তাহলে আপনি স্বয়ংক্রিয়ভাবে Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এ নথিভুক্ত হবেন। 1লা জানুয়ারি, 2026 থেকে, আপনি Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর মাধ্যমে আপনার চিকিৎসা এবং ওষুধের কভারেজ পাবেন। পরিকল্পনা কীভাবে পরিবর্তন করতে হয় এবং পরিবর্তন করার সময়সীমা সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য বিভাগ 3 দেখুন।**

Annual Notice of Changes for 2026**Table of Contents**

2026 সালের গুরুত্বপূর্ণ ব্যয়ের সারাংশ	4
বিভাগ 1 পরের বছরের সুবিধা ও ব্যয়ের ক্ষেত্রে পরিবর্তন.....	10
বিভাগ 1.1 মাসিক পরিকল্পনা প্রিমিয়ামে পরিবর্তন	10
বিভাগ 1.2 আপনার সর্বাধিক হিসাব বহির্ভূত ব্যয়ের পরিমাণে পরিবর্তন ..	10
বিভাগ 1.3 প্রোভাইডার নেটওয়ার্কে পরিবর্তন	12
বিভাগ 1.4 ফার্মেসি নেটওয়ার্কে পরিবর্তন	12
বিভাগ 1.5 চিকিৎসা পরিষেবার সুবিধা এবং খরচের পরিবর্তন	13
বিভাগ 1.6 পার্ট D এর ওষুধের কভারেজের পরিবর্তন	20
বিভাগ 1.7 প্রেসক্রিপশন ওষুধের সুবিধা এবং খরচের পরিবর্তন.....	21
বিভাগ 2 প্রশাসনিক পরিবর্তন.....	33
বিভাগ 3 কীভাবে পরিকল্পনা পরিবর্তন করতে হয়	38
বিভাগ 3.1 পরিকল্পনা পরিবর্তনের সময়সীমা.....	40
বিভাগ 3.2 বছরের অন্য কোনো সময় কী পরিবর্তন করার সুযোগ আছে?.....	40
বিভাগ 4 প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য অর্থ প্রদানে সহায়তা পান ..	41
বিভাগ 5 কোনো প্রশ্ন আছে?.....	44
বিভাগ 5.1 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর কাছ থেকে সহায়তা পাওয়া.....	44
বিভাগ 5.2 Medicare সম্পর্কে বিনামূল্যে পরামর্শ পান	45
বিভাগ 5.3 Medicare থেকে সাহায্য নিন	45
বিভাগ 5.4 Medicaid থেকে সাহায্য নিন.....	46

2026 সালের গুরুত্বপূর্ণ ব্যয়ের সারাংশ

নীচের টেবিলটি Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর কয়েকটি গুরুত্বপূর্ণ খাতে 2025 খরচ এবং 2026 খরচের তুলনা করে। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে এটি শুধুমাত্র ব্যয়ের সারাংশ।

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
মাসিক পরিকল্পনার প্রিমিয়াম* * আপনার প্রিমিয়াম এই রাশির থেকে বেশি হতে পারে। বিস্তারিত জানার জন্য বিভাগ 1.1 দেখুন।	\$0	\$0
প্রাথমিক পরিচর্যা কার্যালয় ভিজিট	প্রতি ভিজিটে \$0 কোপে	প্রতি ভিজিটে \$0 কোপে
বিশেষজ্ঞ কার্যালয়ে ভিজিট	প্রতি ভিজিটে 30% কোপে	প্রতি ভিজিটে 30% কোপে
হাসপাতালে ভর্তি থাকা রোগী এর মধ্যে রয়েছে ইনপেশেন্ট অ্যাকিউট, ইনপেশেন্ট পুনর্বাসন, দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যা প্রদানকারী হাসপাতাল	\$0 কোপে এই প্ল্যানটি প্রতিটি সুবিধার সময়কালে 90 দিন পর্যন্ত হাসপাতালে ভর্তি রোগীদের পরিচর্যা কভার করে। আপনার কাছে এছাড়াও	\$0 কোপে এই প্ল্যানটি প্রতিটি সুবিধার সময়কালে 90 দিন পর্যন্ত হাসপাতালে ভর্তি রোগীদের পরিচর্যা কভার করে।

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
<p>এবং অন্যান্য ধরণের হাসপাতালে ভর্তি রোগী পরিষেবা। ডাক্তারের নির্দেশে আপনি যেদিন থেকে আনুষ্ঠানিকভাবে হাসপাতালে ভর্তি হবেন, সেদিন থেকেই হাসপাতালে ভর্তি রোগীর পরিচর্যা শুরু হবে। আপনাকে ছেড়ে দেওয়ার আগের দিনটি হল আপনার হাসপাতালে ভর্তি থাকার শেষ দিন।</p>	<p>অতিরিক্ত 60 দিনের কভারেজ আছে, যাকে লাইফটাইম রিজার্ভ ডে বলা হয়। এই 60 দিন শুধুমাত্র একবার ব্যবহার করা যাবে। আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে লাইফটাইম রিজার্ভ ডে প্রয়োগ করা শুরু করব, যদি না আপনি বিশেষভাবে আমাদের তা না করতে বলেন (সুবিধা প্রাপ্তির সময়কাল সম্পর্কে আরও বিশদ বিবরণের জন্য আপনার কভারেজের প্রমাণ দেখুন)।</p>	<p>আপনার কাছে এছাড়াও অতিরিক্ত 60 দিনের কভারেজ আছে, যাকে লাইফটাইম রিজার্ভ ডে বলা হয়। এই 60 দিন শুধুমাত্র একবার ব্যবহার করা যাবে। আমরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে লাইফটাইম রিজার্ভ ডে প্রয়োগ করা শুরু করব, যদি না আপনি বিশেষভাবে আমাদের তা না করতে বলেন (সুবিধা প্রাপ্তির সময়কাল সম্পর্কে আরও বিশদ বিবরণের জন্য আপনার কভারেজের প্রমাণ দেখুন)।</p>

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
পার্ট D ওষুধের কভারেজ	<p>ফরমুলারিতে অন্তর্ভুক্ত পার্ট D আওতাভুক্ত ওষুধ প্রথম টিয়ারে থাকবে। স্ট্যান্ডার্ড খরচ ভাগাভাগি সহ একটি নেটওয়ার্ক ফার্মেসিতে পূরণ করা এক মাসের (31 দিনের) সরবরাহের জন্য আপনার খরচ হল:</p> <p>জেনেরিক এবং পছন্দের মাল্টি-সোর্স ওষুধ: প্রতি প্রেসক্রিপশনে আপনার খরচ \$0</p> <p>অন্য সকল ওষুধ: প্রতি প্রেসক্রিপশনে আপনার খরচ \$0</p>	<p>ছাড়যোগ্য: \$615</p> <p>এই পর্যায়ে, আপনি টিয়ার 1 এবং টিয়ার 6-এ ওষুধের জন্য \$0 খরচ ভাগাভাগি করেন এবং টিয়ার 2, টিয়ার 3, টিয়ার 4 এবং টিয়ার 5-এ ওষুধের প্রযোজ্য খরচ বার্ষিক ছাড়যোগ্য পর্যায়ে না পৌঁছানো পর্যন্ত আপনাকে প্রদান করতে হবে।</p> <p>প্রাথমিক কভারেজ পর্যায়ে কোপেমেন্ট:</p> <p>ওষুধ টিয়ার 1: \$0 কোপে</p>

2025 (এই বছর)

2026 (আগামী বছর)

ওষুধ টিয়ার 2:

জেনেরিক ওষুধের
জন্য \$0, \$1.60,
অথবা \$5.10 কোপে
(জেনেরিক হিসেবে
বিবেচিত ব্র্যান্ডের
ওষুধ সহ)

প্রতি প্রেসক্রিপশনে
অন্যান্য সমস্ত
ওষুধের জন্য \$0,
\$4.90, অথবা \$12.65
কোপে

ওষুধ টিয়ার 3:

জেনেরিক ওষুধের
জন্য \$0, \$1.60,
অথবা \$5.10 কোপে
(জেনেরিক হিসেবে
বিবেচিত ব্র্যান্ডের
ওষুধ সহ)

প্রতি প্রেসক্রিপশনে
অন্যান্য সমস্ত
ওষুধের জন্য \$0,
\$4.90, অথবা \$12.65
কোপে

2025 (এই বছর)**2026 (আগামী বছর)****ওষুধ টিয়ার 4:**

জেনেরিক ওষুধের
জন্য \$0, \$1.60,
অথবা \$5.10 কোপে
(জেনেরিক হিসেবে
বিবেচিত ব্র্যান্ডের
ওষুধ সহ)

প্রতি প্রেসক্রিপশনে
অন্যান্য সমস্ত
ওষুধের জন্য \$0,
\$4.90, অথবা \$12.65
কোপে

ওষুধ টিয়ার 5:

জেনেরিক ওষুধের
জন্য \$0, \$1.60,
অথবা \$5.10 কোপে
(জেনেরিক হিসেবে
বিবেচিত ব্র্যান্ডের
ওষুধ সহ)

প্রতি প্রেসক্রিপশনে
অন্যান্য সমস্ত
ওষুধের জন্য \$0,
\$4.90, অথবা \$12.65
কোপে

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
		<p>ওষুধ টিয়ার 6: \$0 কোপে বিপত্তিমূলক কভারেজ: এই পেমেন্ট পর্যায়ের সময়, আপনি আপনার আওতাভুক্ত পার্ট D ওষুধের জন্য কিছুই পরিশোধ করবেন না।</p>
<p>সর্বাধিক আউট-অফ-পকেটের পরিমাণ</p> <p>আপনার আওতাভুক্ত করা পার্ট A এবং পার্ট B পরিষেবাগুলির জন্য আপনি এটিই সবচেয়ে বেশি হিসাব বহির্ভূত ব্যয় প্রদান করবেন। (বিস্তারিত জানার জন্য বিভাগ 1.2 দেখুন।)</p>	<p>\$9,350</p> <p>আপনি যদি Medicaid-এর অধীনে Medicare খরচ ভাগাভাগি সহায়তার জন্য যোগ্য হন, তবে আপনি আওতাভুক্ত পার্ট A এবং পার্ট B পরিষেবার সর্বোচ্চ আউট-অফ-পকেট পরিমাণের দিকে কোনো আউট-অফ-পকেট খরচ দিতে দায়ী হবেন না।</p>	<p>\$9,250</p> <p>আপনি যদি Medicaid-এর অধীনে Medicare খরচ ভাগাভাগি সহায়তার জন্য যোগ্য হন, তবে আপনি আওতাভুক্ত পার্ট A এবং পার্ট B পরিষেবার সর্বোচ্চ আউট-অফ-পকেট পরিমাণের দিকে কোনো আউট-অফ-পকেট খরচ দিতে দায়ী হবেন না।</p>

বিভাগ 1 পরের বছরের সুবিধা ও ব্যয়ের ক্ষেত্রে পরিবর্তন

বিভাগ 1.1 মাসিক পরিকল্পনা প্রিমিয়ামে পরিবর্তন

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
মাসিক পরিকল্পনার প্রিমিয়াম (এছাড়াও আপনাকে অবশ্যই আপনার Medicare Part B-এর প্রিমিয়াম প্রদান করে যেতে হবে যদি না এটি আপনার পক্ষ থেকে Medicaid পেমেন্ট করে।)	\$0	\$0

বিভাগ 1.2 আপনার সর্বাধিক হিসাব বহির্ভূত ব্যয়ের পরিমাণে পরিবর্তন

বছরব্যাপী আপনার নিজের পকেট থেকে খরচের হিসাবে কতটা প্রদান করেন তা সীমিত করতে Medicare-এর সমস্ত স্বাস্থ্য বিষয়ক প্ল্যানের প্রয়োজন হয়। এই সীমিত করাকে বলা হয় সর্বাধিক আউট-অব-পকেটের পরিমাণ। একবার আপনি এই পরিমাণ টাকা পেমেন্ট করলে, নির্দিষ্ট ক্যালেন্ডার বছরের বাকি সময়কালে আপনাকে সাধারণত আওতাভুক্ত পার্ট A এবং পার্ট B পরিষেবার জন্য আর কোনো পেমেন্ট করতে হবে না।

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
<p>সর্বাধিক আউট-অফ-পকেটের পরিমাণ</p> <p>কারণ আমাদের সদস্যগণও Medicaid থেকে সহায়তা পান, খুব কম সদস্যই এই আউট-অফ-পকেট এর সর্বোচ্চ সীমায় পৌঁছান।</p> <p>আপনি আওতাভুক্ত পার্ট A এবং পার্ট B পরিষেবার সর্বোচ্চ আউট-অফ-পকেট পরিমাণের জন্য কোনো আউট-অফ-পকেট খরচ দিতে দায়ী হবেন না।</p> <p>আওতাভুক্ত চিকিৎসা পরিষেবার জন্য আপনার খরচ (যেমন কোপেমেেন্ট) সর্বোচ্চ আউট-অফ-পকেট খরচ হিসাবে গণনা করা হয়। আমাদের পরিকল্পনার প্রিমিয়াম এবং প্রেসক্রিপশন ওষুধের খরচ আপনার সর্বোচ্চ আউট-অফ পকেট খরচের মধ্যে গণনা করা হবে না।</p>	\$9,350	<p>\$9,250</p> <p>একবার আপনি আওতাভুক্ত পার্ট A এবং পার্ট B পরিষেবার জন্য আউট অফ পকেট \$9,250 পরিশোধ করলে, ক্যালেন্ডার বছরের বাকি সময় আপনার আওতাভুক্ত পার্ট A এবং পার্ট B পরিষেবার জন্য আপনাকে কিছুই পে করতে হবে না।</p>

বিভাগ 1.3 প্রোভাইডার নেটওয়ার্কে পরিবর্তন

আগামী বছরের জন্য আমাদের প্রদানকারীদের নেটওয়ার্ক পরিবর্তন করা হয়েছে। আপনার পরিষেবা প্রদানকারীরা (প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারী, বিশেষজ্ঞ, হাসপাতাল, ইত্যাদি) আমাদের নেটওয়ার্কে আছেন কিনা তা দেখার জন্য 2026 সালের প্রোভাইডার ডিরেক্টরিটি SWHNY.com থেকে পর্যালোচনা করুন। একটি আপডেট করা প্রদানকারীর ডিরেক্টরী কীভাবে পাবেন তা এখানে দেওয়া হল:

- আমাদের ওয়েবসাইট SWHNY.com-তে দেখুন।
- বর্তমান প্রদানকারীর তথ্য পেতে অথবা আপনাকে একটি প্রদানকারী ডিরেক্টরি ডাকযোগে পাঠাতে আমাদের বলুন, সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)।

আমরা বছর চলাকালীন আমাদের পরিকল্পনার অংশ হিসেবে হাসপাতাল, ডাক্তার এবং বিশেষজ্ঞদের (প্রদানকারীদের) পরিবর্তন করতে পারি। যদি আমাদের পরিষেবা প্রদানকারীদের বছরের মাঝামাঝি সময়ে কোনো পরিবর্তন আপনাকে প্রভাবিত করে, তাহলে সাহায্যের জন্য সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) কল করুন। যখন কোনো নেটওয়ার্ক প্রদানকারী আমাদের পরিকল্পনা ত্যাগ করে তখন আপনার অধিকার সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, আপনার কভারেজের প্রমাণের অধ্যায় 3, বিভাগ 2.3 দেখুন।

বিভাগ 1.4 ফার্মেসি নেটওয়ার্কে পরিবর্তন

আপনি কোন ফার্মেসি ব্যবহার করেন তার ওপর আপনার প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য আপনার অর্থপ্রদানের পরিমাণ নির্ভর করতে পারে। Medicare ওষুধের পরিকল্পনাগুলির জন্য বিভিন্ন ফার্মেসির একটি নেটওয়ার্ক আছে। বেশিরভাগ ক্ষেত্রে, আপনার প্রেসক্রিপশনগুলি কেবল তখনই আওতাভুক্ত করা হয় যখন সেগুলি আমাদের নেটওয়ার্ক ফার্মেসিগুলির কোনো একটিতে পূরণ করা হয়ে থাকে।

আগামী বছরের জন্য আমাদের ফার্মেসির নেটওয়ার্ক পরিবর্তন করা হয়েছে। আমাদের নেটওয়ার্কে কোন কোন ফার্মেসি আছে তা দেখতে SWHNY.com-তে 2026 সালের ফার্মেসি ডিরেক্টরিটি পর্যালোচনা করুন। একটি আপডেটেড ফার্মেসি ডিরেক্টরী কীভাবে পাবেন তা এখানে দেওয়া হল:

- আমাদের ওয়েবসাইট SWHNY.com-তে দেখুন।
- বর্তমান ফার্মেসির তথ্য পেতে অথবা আপনাকে একটি ফার্মেসি ডিরেক্টরি মেইল করতে আমাদের বলুন, সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) নম্বরে কল করুন।

আমরা বছর চলাকালীন আমাদের পরিকল্পনার অংশ হিসেবে থাকা ফার্মেসিগুলিতে পরিবর্তন করতে পারি। যদি আমাদের ফার্মেসিগুলিতে বছরের মাঝামাঝি কোনো পরিবর্তন আপনাকে প্রভাবিত করে, তাহলে সাহায্যের জন্য সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 (TTY ব্যবহারকারীরা 711) নম্বরে কল করুন।

বিভাগ 1.5 চিকিৎসা পরিষেবার সুবিধা এবং খরচের পরিবর্তন

বার্ষিক পরিবর্তনের বিজ্ঞপ্তিতে আপনার Medicare সুবিধা এবং খরচের পরিবর্তন সম্পর্কে বলা হয়েছে।

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থতার জন্য বিশেষ সম্পূরক সুবিধা (SSBCI)- খাদ্য ও উৎপাদন	দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থদের জন্য বিশেষ সম্পূরক সুবিধা (SSBCI) হিসেবে সুবিধাটি কভার করা হয়। যারা যোগ্য তারা স্বাস্থ্যকর খাদ্য এবং উৎপাদিত পণ্যের জন্য প্রতি মাসে \$73 ভাতা পান। SSBCI কভারেজ কেবলমাত্র বিশেষ দুরারোগ্য অবস্থা থাকা সদস্যদের জন্যই।	যোগ্য দীর্ঘমেয়াদী শারীরিক সমস্যাযুক্ত সদস্যরা প্রতি মাসে খাদ্য ও উৎপাদিত পণ্য (SSBCI) এর জন্য \$285 সম্মিলিত ভাতা পাবেন।
দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থদের জন্য বিশেষ সম্পূরক সুবিধা (SSBCI)- ইউটিলিটি	এটি কোনো আওতাভুক্ত সম্পূরক সুবিধা নয়।	যোগ্য দীর্ঘমেয়াদী শারীরিক সমস্যাযুক্ত সদস্যরা প্রতি মাসে ইউটিলিটি বিল (বিদ্যুৎ, প্রাকৃতিক গ্যাস এবং জল) পরিশোধে সহায়তা করার জন্য সম্মিলিত \$285 পাবেন।

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
দীর্ঘমেয়াদী শারীরিক সমস্যাযুক্তদের জন্য বিশেষ সম্পূরক সুবিধা (SSBCI) – অ-চিকিৎসাগত প্রয়োজনের জন্য পরিবহন	এটি কোনো আওতাভুক্ত সম্পূরক সুবিধা নয়।	যোগ্য দীর্ঘমেয়াদী শারীরিক সমস্যাযুক্ত সদস্যরা অ-চিকিৎসাগত প্রয়োজনে পরিবহন ব্যবহারের জন্য প্রতি মাসে \$285 সম্মিলিত ভাতা পাবেন।
প্রি-ফান্ডেড ডেবিট কার্ড (Healthy You কার্ড)	আপনার একটি Healthy You কার্ড ছিল যার মধ্যে একটি সম্মিলিত OTC এবং পরিবহন পরিষেবা ভাতা এবং একটি পৃথক SSBCI খাদ্য ও উৎপাদিত পণ্যের ভাতা অন্তর্ভুক্ত ছিল।	আপনি Healthy You প্রি-ফান্ডেড ডেবিট কার্ড পাবেন যার মধ্যে OTC আইটেম, OTC হিয়ারিং এইড, পরিকল্পনায় অনুমোদিত স্বাস্থ্য সম্পর্কিত স্থানে পরিবহন পরিষেবা, খাদ্য ও উৎপাদিত পণ্যের জন্য SSBCI, অ-চিকিৎসাগত প্রয়োজনের পরিবহন এবং ইউটিলিটিগুলির জন্য সম্মিলিত \$285 মাসিক ভাতা অন্তর্ভুক্ত থাকবে।

2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
	<p>যাতায়াতের পরিষেবাগুলির জন্য ডেবিট কার্ড ব্যবহৃত হতে পারে। OTC আইটেমগুলি ডেবিট কার্ড বা ক্যাটালগ ক্রয়ের মাধ্যমে ক্রয় করা যেতে পারে। ক্যাটালগ ক্রয়ের মাধ্যমে OTC হিয়ারিং এইড ক্রয় করা যেতে পারে। SSBCI-এর অতিরিক্ত সুবিধাগুলি ডেবিট কার্ডের মাধ্যমে অ্যাক্সেস করা যেতে পারে এবং এর মধ্যে রয়েছে খাদ্য ও উৎপাদিত পণ্য, চিকিৎসা বহির্ভূত প্রয়োজনের জন্য পরিবহন এবং জীবনযাত্রার জন্য সাধারণ সহায়তা। অব্যবহৃত ভাতা পরবর্তী মাসে বহন করে না।</p>

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
<p>বাদতি টেলিহেলথ সুবিধা</p>	<p>প্রাথমিক পরিচর্যা ফিজিশিয়ান পরিষেবা সহ নির্দিষ্ট কিছু টেলিহেলথ পরিষেবার জন্য আপনি \$0 কোপেমেেন্ট প্রদান করেন।</p>	<p>কার্ডিয়াক পুনর্বাসন পরিষেবা, প্রাথমিক পরিচর্যা ফিজিশিয়ান পরিষেবা, কাইরোপ্র্যাকটিক পরিষেবা, অকুপেশনাল থেরাপি পরিষেবা, ফিজিশিয়ান স্পেশালিস্ট পরিষেবা, মেন্টাল হেলথ স্পেশালিটি পরিষেবার জন্য ব্যক্তিগত সেশন, মেন্টাল হেলথ স্পেশালিটি পরিষেবার জন্য গ্রুপ সেশন, পোডিয়াট্রি পরিষেবা, অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা পেশাদার, সাইকিয়াট্রিক পরিষেবার জন্য ব্যক্তিগত সেশন, সাইকিয়াট্রিক পরিষেবার জন্য গ্রুপ সেশন, শারীরিক</p>

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
		<p>থেরাপি এবং স্পিচ-ল্যাঙ্গুয়েজ প্যাথলজি পরিষেবা, ওপিওয়েড চিকিৎসা প্রোগ্রাম পরিষেবা, বহির্বিভাগীয় মাদক অপব্যবহারের জন্য পৃথক সেশন এবং বহির্বিভাগীয় মাদক অপব্যবহারের জন্য গ্রুপ সেশন সহ কিছু টেলিহেলথ পরিষেবার জন্য আপনাকে \$0 কোপেমেেন্ট প্রদান করতে হবে।</p>
<p>অনুমোদিত পরিকল্পিত স্থানের জন্য পরিবহন সেবা (সম্পূরক)</p>	<p>পরিবহন ব্যবহারের জন্য আপনি প্রতি মাসে \$100 ভাতা পাবেন। OTC সুবিধার সাথে মিশিয়ে এক সাথে এই অ্যালাউন্স দেওয়া হয়।</p>	<p>আপনি একটি Healthy You প্রি-ফান্ডেড ডেবিট কার্ড পাবেন, যাতে পরিকল্পনায় অনুমোদিত স্বাস্থ্য</p>

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
		<p>সম্পর্কিত স্থানে পরিবহন পরিষেবার জন্য সংযুক্ত \$285 মাসিক ভাতা অন্তর্ভুক্ত থাকবে। অনুমোদিত পরিকল্পনার অবস্থানের উদাহরণগুলোর মধ্যে রয়েছে চিকিৎসা, ফার্মেসি, দাঁতের চিকিৎসা, দৃষ্টি এবং হিয়ারিং এইডের জন্য নেটওয়ার্ক প্রদানকারী।</p>
<p>শ্রবণ পরীক্ষা (সম্পূরক)</p>	<p>এটি কোনো আওতাভুক্ত সম্পূরক সুবিধা নয়।</p>	<p>প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে আপনার একটি নিয়মিত শ্রবণ পরীক্ষা হবে।</p>

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
প্রেসক্রিপশন হিয়ারিং এইড	এটি কোনো আওতাভুক্ত সম্পূরক সুবিধা নয়।	আপনি প্রতি 2 বছর অন্তর একটি পরিকল্পনা- অনুমোদিত প্রদানকারীর কাছ থেকে উভয় কানের জন্য সর্বাধিক 2টি পূর্ব-নির্বাচিত হিয়ারিং এইড পাবেন।
ওভার-দ্য-কাউন্টার (OTC) হিয়ারিং এইড (সম্পূরক)	এটি কোনো আওতাভুক্ত সম্পূরক সুবিধা নয়।	আপনি একটি Healthy You প্রি- ফান্ডেড ডেবিট কার্ড পাবেন এবং OTC হিয়ারিং এইডের জন্য মাসিক \$285 ভাতা পাবেন।

বিভাগ 1.6 পাট D এর ওষুধের কভারেজের পরিবর্তন

আমাদের ওষুধের তালিকা-এর পরিবর্তন

আমাদের আওতাভুক্ত ওষুধের তালিকাকে বলা হয় ফর্মুলারি বা ওষুধের তালিকা। আমাদের ওষুধের তালিকা একটি কপি ইলেকট্রনিকভাবে সরবরাহ করা হয়েছে।

আমরা আমাদের ওষুধের তালিকায় পরিবর্তন এনেছি, যার মধ্যে থাকতে পারে ওষুধ অপসারণ বা সংযোজন, আমাদের কভারেজের নির্দিষ্ট কিছু ওষুধের ক্ষেত্রে বিধিনিষেধ পরিবর্তন বা সেগুলোকে একটি ভিন্ন কস্ট-শেয়ারিং টায়ারে স্থানান্তরকরণ। **আপনার ওষুধগুলো আগামী বছর আওতাভুক্ত থাকবে কি না এবং কোনো নিষেধাজ্ঞা থাকবে কি না বা আপনার ওষুধ কোনো ভিন্ন কস্ট-শেয়ারিং টায়ারে সরানো হয়েছে কি না নিশ্চিত করতে ওষুধের তালিকা পর্যালোচনা করুন।**

ওষুধের তালিকার বেশিরভাগ পরিবর্তন প্রতি বছরের শুরুতে নতুন করে হয়। তবে, আমরা Medicare নিয়ম অনুযায়ী অনুমোদিত অন্যান্য পরিবর্তনগুলি করতে পারি যা আপনাকে ক্যালেন্ডার বছরের মাঝেই প্রভাবিত করবে। আমরা সবচেয়ে আপ-টু-ডেট ওষুধের তালিকা দিতে মাসে অন্তত একবার অনলাইন ওষুধের তালিকা আপডেট করি। যদি আমরা এমন কোনো পরিবর্তন করি যা আপনার গ্রহণ করা ওষুধ হাতে পেতে বাধা দেয়, তাহলে আমরা আপনাকে পরিবর্তন সম্পর্কে একটি বিজ্ঞপ্তি পাঠাব।

যদি বছরের শুরুতে বা বছরের মধ্যে ওষুধের কভারেজের পরিবর্তনের ফলে আপনি প্রভাবিত হন, তাহলে আপনার কভারেজের প্রমাণের অধ্যয়ন 9 পর্যালোচনা করুন এবং আপনার বিকল্পগুলি খুঁজে বের করার জন্য আপনার প্রেসক্রাইবারের সাথে কথা বলুন, যেমন একটি অস্থায়ী সরবরাহের জন্য জিজ্ঞাসা করা, ব্যতিক্রমের জন্য আবেদন করা এবং/অথবা একটি নতুন ওষুধ খুঁজে বের করার জন্য ব্যবস্থা নেওয়া। আরও তথ্যের জন্য (833) 671-0440 নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)।

বিভাগ 1.7 প্রেসক্রিপশন ওষুধের সুবিধা এবং খরচের পরিবর্তন

আপনার ওষুধের কভারেজের খরচ মেটাতে কি আপনি অতিরিক্ত সহায়তা (Extra Help) পান?

যদি আপনি এমন কোনো প্রোগ্রামে থাকেন যা আপনার ওষুধের জন্য পেমেন্ট করতে সহায়তা করে (Extra Help), **তাহলে পার্ট D ওষুধের খরচ**

সম্পর্কে তথ্য আপনার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নাও হতে পারে। আমরা আপনাকে "প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য অতিরিক্ত সাহায্য (Extra Help) পান এমন ব্যক্তিদের জন্য কভারেজ রাইডারের প্রমাণ" নামে একটি পৃথক উপাদান পাঠিয়েছি, যা আপনার ওষুধের খরচ সম্পর্কে বলে। যদি আপনি Extra Help পান এবং 30শে সেপ্টেম্বরের মধ্যে এই উপাদানটি না পান, তাহলে সদস্য পরিষেবাগুলিতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) এবং LIS রাইডারটি চাইতে পারেন।

ওষুধের পেমেন্ট পর্যায়

ওষুধ পেমেন্টের 3টি পর্যায় রয়েছে: বার্ষিক ডিডাকটেবল পর্যায়, প্রাথমিক কভারেজ পর্যায় এবং বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়। পার্ট D সুবিধার মধ্যে কভারেজ ব্যবধান পর্যায় এবং কভারেজ ব্যবধানের ছাড়যোগ্য প্রোগ্রাম আর বিদ্যমান নেই।

• পর্যায় 1: বার্ষিক ছাড়যোগ্য

আপনি প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে এই পেমেন্ট পর্যায়ে শুরু করেন। এই পর্যায়ে, আপনি আপনার পার্ট D ওষুধের সম্পূর্ণ মূল্য পরিশোধ করবেন যতক্ষণ না আপনি বার্ষিক ছাড়যোগ্য সীমায় পৌঁছান।

• পর্যায় 2: প্রাথমিক কভারেজ

একবার আপনি বার্ষিক ডিডাকটেবল টাকা পেমেন্ট করলে, আপনি প্রাথমিক কভারেজ পর্যায়ে চলে যাবেন। এই পর্যায়ে, আমাদের পরিকল্পনা আপনার ওষুধের খরচের তার অংশ বহন করবে, এবং আপনি আপনার অংশের খরচ বহন করবেন। আপনার ইয়ার-টু-ডেট খরচ \$2,100 না পৌঁছানো পর্যন্ত আপনি সাধারণত এই পর্যায়ে থাকেন।

• পর্যায় 3: বিপত্তিমূলক কভারেজ

এটি তৃতীয় এবং শেষ ওষুধের পেমেন্ট পর্যায়। এই পর্যায়ে, আপনার পার্ট D আওতাভুক্ত ওষুধের জন্য আপনাকে কোনো পে হবে না। আপনি সাধারণত ক্যালেন্ডার বছরের বাকি সময় এই পর্যায়ে থাকেন।

কভারেজ গ্যাপ ডিসকাউন্ট প্রোগ্রামটি Manufacturer Discount Program দ্বারা প্রতিস্থাপিত হয়েছে। Manufacturer Discount Program এর অধীনে, ওষুধ প্রস্তুতকারকরা প্রাথমিক কভারেজ পর্যায় এবং বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়ে পার্ট D ব্র্যান্ড নামের ওষুধ এবং জৈবিক পদার্থের জন্য আমাদের পরিকল্পনার সম্পূর্ণ খরচের একটি অংশ প্রদান করে। Manufacturer Discount Program এর অধীনে নির্মাতাদের দ্বারা প্রদত্ত ছাড়গুলি ব্যক্তিগত খরচের মধ্যে গণনা করা হয় না।

এই পর্যায়ে আপনার প্রতি প্রেসক্রিপশনের খরচ টেবিলে দেখানো হয়েছে।

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
বার্ষিক ছাড়যোগ্য	\$0	\$615 এই পর্যায়ে, আপনি টিয়ার 1 এবং টিয়ার 6-এ ওষুধের জন্য \$0 খরচ ভাগাভাগি করেন এবং টিয়ার 2, টিয়ার 3, টিয়ার 4 এবং টিয়ার 5-এ ওষুধের প্রযোজ্য খরচ বার্ষিক ছাড়যোগ্য পর্যায়ে না পৌঁছানো পর্যন্ত আপনাকে প্রদান করতে হবে।

2য় পর্যায়ে ওষুধের খরচ: প্রাথমিক কভারেজ

টেবিলটি স্ট্যান্ডার্ড খরচ ভাগাভাগি সহ একটি নেটওয়ার্ক ফার্মেসিতে পূরণ করা এক মাসের সরবরাহের জন্য আপনার প্রেসক্রিপশন প্রতি খরচ দেখায়।

পার্ট D-এর বেশিরভাগ প্রাপ্ত বয়স্ক ভ্যাকসিনগুলো আপনার জন্য বিনামূল্যে। টিকার খরচ সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, অথবা খরচ সম্পর্কে তথ্যের জন্য, আপনার কভারেজের প্রমাণের অধ্যায় 6 দেখুন।

একবার আপনি পার্ট D আওতাভুক্ত ওষুধের জন্য আউট-অফ-পকেট \$2,100 পরিশোধ করলে, আপনি পরবর্তী পর্যায়ে (বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়ে) চলে যাবেন।

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
<p>টিয়ার 1 (পছন্দের জেনেরিক ওষুধ):</p> <p>আমাদের ওষুধের তালিকার কিছু ওষুধের জন্য আমরা টিয়ার পরিবর্তন করেছি। আপনার ওষুধ অন্য টিয়ারে থাকবে কিনা দেখতে ওষুধের তালিকায় তা দেখুন।</p>	<p>ফরমুলারিতে অন্তর্ভুক্ত পার্ট D আওতাভুক্ত ওষুধ প্রথম টিয়ারে থাকবে। স্ট্যান্ডার্ড খরচ ভাগাভাগি সহ একটি নেটওয়ার্ক ফার্মেসিতে পূরণ করা এক মাসের (31 দিনের) সরবরাহের জন্য আপনার খরচ হল:</p>	<p>মোট খরচের \$0 কোপে</p>

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
	<p>জেনেরিক এবং পছন্দের মাল্টি-সোর্স ওষুধ: প্রতি প্রেসক্রিপশনে আপনার খরচ \$0।</p> <p>অন্য সকল ওষুধ: প্রতি প্রেসক্রিপশনে আপনার খরচ \$0। প্রতি প্রেসক্রিপশনে আপনার খরচ \$0।</p> <p>একবার আপনি পার্ট D ওষুধের জন্য আউট অফ পকেট \$2,000 পরিশোধ করলে, আপনি পরবর্তী পর্যায়ে (বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়) চলে যাবেন। বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায় আপনার কস্ট শেয়ার \$0</p>	

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
টিয়ার 2 (জেনেরিক ওষুধ):	<p>ফরমুলারিতে অন্তর্ভুক্ত পার্ট D আওতাভুক্ত ওষুধ প্রথম টিয়ারে থাকবে। নেটওয়ার্ক ফার্মেসি থেকে স্ট্যান্ডার্ড খরচ ভাগাভাগি সহ এক-মাসের সরবরাহের জন্য আপনার খরচ:</p> <p>জেনেরিক এবং পছন্দের মাল্টি-সোর্স ওষুধ: প্রতি প্রেসক্রিপশনে আপনার খরচ \$0।</p> <p>অন্য সকল ওষুধ: প্রতি প্রেসক্রিপশনে আপনার খরচ \$0। একবার আপনি পার্ট D ওষুধের জন্য আউট অফ পকেট \$2,000 পরিশোধ করলে,</p>	<p>জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, অথবা \$5.10 (জেনেরিক হিসেবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ) প্রতি প্রেসক্রিপশনে অন্যান্য সমস্ত ওষুধের জন্য \$0, \$4.90, অথবা \$12.65 কোপে।</p>

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
	আপনি পরবর্তী পর্যায়ে (বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়) চলে যাবেন। বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়ে আপনার কস্ট শেয়ার \$0	
টিয়ার 3 (পছন্দের ব্র্যান্ডের ওষুধ):	ফরমুলারিতে অন্তর্ভুক্ত পার্ট D আওতাভুক্ত ওষুধ প্রথম টিয়ারে থাকবে। নেটওয়ার্ক ফার্মেসি থেকে স্ট্যান্ডার্ড খরচ ভাগাভাগি সহ এক-মাসের সরবরাহের জন্য আপনার খরচ:	জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, অথবা \$5.10 (জেনেরিক হিসেবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ) প্রতি প্রেসক্রিপশনে অন্যান্য সমস্ত ওষুধের জন্য \$0, \$4.90, অথবা \$12.65 কোপে।

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
	<p>জেনেরিক এবং পছন্দের মাল্টি-সোর্স ওষুধ: প্রতি প্রেসক্রিপশনে আপনার খরচ \$0।</p> <p>অন্য সকল ওষুধ: প্রতি প্রেসক্রিপশনে আপনার খরচ \$0। একবার আপনি পার্ট D ওষুধের জন্য আউট অফ পকেট \$2,000 পরিশোধ করলে, আপনি পরবর্তী পর্যায়ে (বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়) চলে যাবেন। বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়ে আপনার কস্ট শেয়ার \$0</p>	

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
টিয়ার 4 (অপছন্দের ওষুধ):	<p>ফরমুলারিতে অন্তর্ভুক্ত পার্ট D আওতাভুক্ত ওষুধ প্রথম টিয়ারে থাকবে।</p> <p>নেটওয়ার্ক ফার্মেসি থেকে স্ট্যান্ডার্ড খরচ ভাগাভাগি সহ এক-মাসের সরবরাহের জন্য আপনার খরচ:</p> <p>জেনেরিক এবং পছন্দের মাল্টি-সোর্স ওষুধ: প্রতি প্রেসক্রিপশনে আপনার খরচ \$0।</p> <p>অন্য সকল ওষুধ: প্রতি প্রেসক্রিপশনে আপনার খরচ \$0।</p> <p>একবার আপনি পার্ট D ওষুধের জন্য আউট অফ পকেট \$2,000 পরিশোধ করলে, আপনি পরবর্তী পর্যায়ে (বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়) চলে যাবেন। বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়ের আপনার কস্ট শেয়ার \$0)</p>	<p>জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, অথবা \$5.10 (জেনেরিক হিসেবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ)</p> <p>প্রতি প্রেসক্রিপশনে অন্যান্য সমস্ত ওষুধের জন্য \$0, \$4.90, অথবা \$12.65 কোপে।</p>

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
টিয়ার 5 (বিশেষ ওষুধ):	<p>ফরমুলারিতে অন্তর্ভুক্ত পার্ট D আওতাভুক্ত ওষুধ প্রথম টিয়ারে থাকবে।</p> <p>নেটওয়ার্ক ফার্মেসি থেকে স্ট্যান্ডার্ড খরচ ভাগাভাগি সহ এক-মাসের সরবরাহের জন্য আপনার খরচ:</p> <p>জেনেরিক এবং পছন্দের মাল্টি-সোর্স ওষুধ: প্রতি প্রেসক্রিপশনে আপনার খরচ \$0।</p> <p>অন্য সকল ওষুধ: প্রতি প্রেসক্রিপশনে আপনার খরচ \$0। একবার আপনি পার্ট D ওষুধের জন্য আউট অফ পকেট \$2,000 পরিশোধ করলে, আপনি পরবর্তী পর্যায়ে (বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়) চলে যাবেন।</p>	<p>জেনেরিক ওষুধের জন্য \$0, \$1.60, অথবা \$5.10 (জেনেরিক হিসেবে বিবেচিত ব্র্যান্ডের ওষুধ সহ)</p> <p>প্রতি প্রেসক্রিপশনে অন্যান্য সমস্ত ওষুধের জন্য \$0, \$4.90, অথবা \$12.65 কোপে।</p>

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
	বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়ে আপনার কস্ট শেয়ার \$0	
টিয়ার 6 (পরিচর্যা ওষুধ নির্বাচন করুন):	ফরমুলারিতে অন্তর্ভুক্ত পার্ট D আওতাভুক্ত ওষুধ প্রথম টিয়ারে থাকবে। নেটওয়ার্ক ফার্মেসি থেকে স্ট্যান্ডার্ড খরচ ভাগাভাগি সহ এক- মাসের সরবরাহের জন্য আপনার খরচ: জেনেরিক এবং পছন্দের মাল্টি-সোর্স ওষুধ: প্রতি প্রেসক্রিপশনে আপনার খরচ \$0।	মোট খরচের \$0

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
	<p>অন্য সকল ওষুধ: প্রতি প্রেসক্রিপশনে আপনার খরচ \$0। একবার আপনি পার্ট D ওষুধের জন্য আউট অফ পকেট \$2,000 পরিশোধ করলে, আপনি পরবর্তী পর্যায়ে (বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়) চলে যাবেন। বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায় আপনার কস্ট শেয়ার \$0</p>	

আপনার VBID পার্ট D সুবিধায় পরিবর্তন

2025 সালে, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) Value Based Insurance Design (VBID) মডেলে অংশগ্রহণ করেছিল, কিন্তু এই প্রোগ্রামটি এই বছর শেষ হয়ে যাচ্ছে। VBID মডেলের পার্ট D সুবিধার অংশ হিসেবে, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) পার্ট D ওষুধের জন্য খরচ ভাগাভাগি বাদ দেওয়ার প্রস্তাব দিয়েছে। যেহেতু এই প্রোগ্রামটি শেষ হয়ে গেছে, সদস্যরা সমস্ত কভারেজ পর্যায় সমস্ত পার্ট D ওষুধের খরচ ভাগাভাগি করতে পারে। আরও তথ্যের জন্য, আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে তাহলে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন।

বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়ে পরিবর্তন

বিপত্তিমূলক কভারেজ পর্যায়ে আপনার খরচ সম্পর্কে সুনির্দিষ্ট তথ্যের জন্য, আপনার কভারেজের প্রমাণের অধ্যায় 6, বিভাগ 6 দেখুন।

বিভাগ 2 প্রশাসনিক পরিবর্তন

আমরা আগামী বছরে প্রশাসনিক পরিবর্তন করছি। নীচের সারণীতে দেওয়া তথ্যে এইসব পরিবর্তন বর্ণনা করা আছে।

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
Dentaquest আর 2026 সালের জন্য চুক্তিবদ্ধ বিক্রেতা নয়।	আপনার দাঁতের চিকিৎসা পরিষেবা Dentaquest দ্বারা পরিচালিত হত।	আপনার দাঁতের চিকিৎসা পরিষেবাতে প্রতিরোধমূলক এবং নির্বাচিত উভয় ধরনের ব্যাপক পরিষেবা অন্তর্ভুক্ত থাকবে এবং 2026 সালের জন্য Liberty দ্বারা পরিচালিত হবে।
আপনার শ্রবণ পরিষেবাগুলি 2026 সালে শ্রবণ ভেডার ব্যবহার করতে পরিবর্তিত হবে	আপনার শ্রবণ পরিষেবাগুলি Molina চুক্তিবদ্ধ শ্রবণ সরবরাহকারী দ্বারা পরিচালিত হয়েছিল।	2026 সালে NationsBenefits চুক্তিবদ্ধ শ্রবণ সংক্রান্ত ভেডার।

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
Medicare Prescription Payment Plan	প্রযোজ্য নয়	Medicare Prescription Payment Plan হল একটি নতুন পেমেন্ট বিকল্প, যা আপনার বর্তমান ওষুধের কভারেজের সাথে মিলিয়ে কাজ করে এবং সারা বছর (জানুয়ারি-ডিসেম্বর) ভিন্ন ভিন্ন মাসিক পেমেন্টে ভাগ করে আপনার ওষুধের খরচ সহজভাবে পরিচালনা করতে সাহায্য করতে পারে। এই পেমেন্ট বিকল্প সম্পর্কে আরও জানতে, অনুগ্রহ করে আমাদের সাথে (833) 671-0440 (TTY: 711) নম্বরে যোগাযোগ করুন অথবা Medicare.gov দেখুন।

দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থদের জন্য বিশেষ সম্পূরক সুবিধা (SSBCI)

2025 (এই বছর)

যদি আপনার কোনো যোগ্য দীর্ঘস্থায়ী রোগ(গুলি) ধরা পড়ে এবং আপনি নির্দিষ্ট মানদণ্ড পূরণ করেন, তাহলে আপনি দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থদের জন্য বিশেষ সম্পূরক সুবিধার জন্য যোগ্য হতে পারেন। যোগ্য দীর্ঘস্থায়ী অবস্থার মধ্যে রয়েছে:

- অতিরিক্তভাবে মদ বা অন্য মাদকে আসক্ত হওয়া
- অটোইমিউন ব্যাধি
- ক্যানসার
- কার্ডিওভাস্কুলার ব্যাধি
- গুরুতর হার্ট ফেলিওর
- ডিমেনশিয়া

2026 (আগামী বছর)

যদি আপনার কোনো যোগ্য দীর্ঘস্থায়ী রোগ(গুলি) ধরা পড়ে এবং আপনি নির্দিষ্ট মানদণ্ড পূরণ করেন, তাহলে আপনি দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থদের জন্য বিশেষ সম্পূরক সুবিধার জন্য যোগ্য হতে পারেন। যোগ্য দীর্ঘস্থায়ী অবস্থার মধ্যে রয়েছে:

- কার্ডিওভাস্কুলার ব্যাধি
- গুরুতর হার্ট ফেলিওর
- ডিমেনশিয়া
- ডায়াবেটিস মেলিটাস
- দীর্ঘস্থায়ী ফুসফুসের সমস্যা

2025 (এই বছর)

- ডায়াবেটিস
- শেষ পর্যায়ে থাকা লিভারের রোগ
- শেষ পর্যায়ে থাকা মূত্রনালীর রোগ (ESRD)
- গুরুতর হেমাটোলজিক ডিসঅর্ডার
- HIV/AIDS
- দীর্ঘস্থায়ী ফুসফুসের সমস্যা
- গুরুতর এবং প্রতিবন্ধকতা সৃষ্টিকারী মানসিক স্বাস্থ্যের সমস্যা
- স্নায়বিক ব্যাধি
- স্ট্রোক

2026 (আগামী বছর)

- দীর্ঘস্থায়ী কিডনি রোগ (CKD)
- দীর্ঘস্থায়ী অ্যালকোহল ব্যবহারের ব্যাধি এবং অন্যান্য মাদক ব্যবহারের ব্যাধি (SUDs)
- ক্যানসার
- অটোইমিউন ব্যাধি
- অতিরিক্ত ওজন, স্থূলতা এবং বিপাকীয় সিন্ড্রোম
- দীর্ঘস্থায়ী গ্যাস্ট্রোইনটেস্টাইনাল রোগ

2025 (এই বছর)

2026 (আগামী বছর)

- গুরুতর হেমাটো-লজিক ডিসঅর্ডার
- HIV/AIDS
- গুরুতর এবং প্রতিবন্ধকতা সৃষ্টিকারী মানসিক স্বাস্থ্যের সমস্যা
- স্নায়বিক ব্যাধি
- স্ট্রোক
- পোস্ট অর্গান ট্রান্সপ্ল্যান্টেশন
- ইমিউনোডে-ফিশিয়েন্সি এবং ইমিউনো-সাপ্রেসিভ সংক্রান্ত ব্যাধি
- জ্ঞানীয় দুর্বলতার সাথে সম্পর্কিত শর্ত

	2025 (এই বছর)	2026 (আগামী বছর)
		<ul style="list-style-type: none"> • কার্যকরী চ্যালেঞ্জ সহ শর্ত • দীর্ঘস্থায়ী সমস্যা যা দৃষ্টি, শ্রবণশক্তি (বধিরতা), স্বাদ, স্পর্শ এবং গন্ধকে ব্যাহত করে • এমন সমস্যা যা ব্যক্তিদের বজায় রাখা বা বজায় রাখার জন্য অব্যাহত থেরাপি পরিষেবার প্রয়োজন

বিভাগ 3 কীভাবে পরিকল্পনা পরিবর্তন করতে হয়

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এ থাকতে আপনার কোনো পদক্ষেপ নেওয়ার প্রয়োজন নেই। আপনি যদি 7ই ডিসেম্বর-এর মধ্যে অন্য কোনো পরিকল্পনায় ভর্তির জন্য সাইন আপ না করেন বা Original Medicare-এ পরিবর্তন না করেন, তবে আপনাকে স্বয়ংক্রিয়ভাবে Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এ তালিকাভুক্ত করা হবে।

আপনি যদি 2026 সালের পরিকল্পনা পরিবর্তন করতে চান, তাহলে এই পদক্ষেপগুলি অনুসরণ করুন:

- **অন্য কোনো Medicare স্বাস্থ্য পরিকল্পনায় পরিবর্তন করতে,** নতুন পরিকল্পনায় নাম নথিভুক্ত করুন। আপনাকে স্বয়ংক্রিয়ভাবে Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর তালিকাভুক্তি থেকে বাতিল করা হবে।
- **Medicare ওষুধের কভারেজ সহ Original Medicare-এ পরিবর্তন করতে,** নতুন Medicare ওষুধের পরিকল্পনার নাম নথিভুক্ত করুন। আপনাকে স্বয়ংক্রিয়ভাবে Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর তালিকাভুক্তি থেকে বাতিল করা হবে।
- **ওষুধের পরিকল্পনা ছাড়াই Original Medicare পরিবর্তন করতে,** আপনি আমাদের তালিকা থেকে নাম প্রত্যাহারের জন্য একটি লিখিত অনুরোধ পাঠাতে পারেন। এটি কীভাবে করবেন সেই সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য (833) 671-0440 নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন)। অথবা **Medicare-এ** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) এ কল করুন এবং তালিকাভুক্তি বাতিল করার জন্য অনুরোধ করুন। TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে ফোন করতে পারেন। আপনি যদি Medicare ওষুধের পরিকল্পনায় তালিকাভুক্ত না হন, তবে আপনাকে Part D দেহিতে ভর্তির জরিমানা দিতে হতে পারে (আপনার কভারেজের প্রমাণের অধ্যায় 1, বিভাগ 4.4 দেখুন)।
- **Original Medicare এবং বিভিন্ন ধরনের Medicare পরিকল্পনা সম্পর্কে আরও জানতে,** www.Medicare.gov দেখুন, *Medicare & You 2026* হ্যান্ডবুকটি দেখুন, State Health Insurance Assistance Program কল করুন (বিভাগ 6 দেখুন), অথবা 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করুন।

বিভাগ 3.1 পরিকল্পনা পরিবর্তনের সময়সীমা

Medicare রয়েছে এমন ব্যক্তির প্রতি বছর **15ই অক্টোবর থেকে 7ই ডিসেম্বর** পর্যন্ত তাদের কভারেজ পরিবর্তন করতে পারবেন।

আপনি যদি 1 লা জানুয়ারী, 2026-এর জন্য একটি Medicare Advantage পরিকল্পনায় তালিকাভুক্ত হন এবং আপনার পরিকল্পনার পছন্দ না হয়, তবে আপনি 1 লা জানুয়ারী – 31 মার্চ, 2026-এর মধ্যে অন্য Medicare স্বাস্থ্য পরিকল্পনায় (Medicare ওষুধের কভারেজ সহ বা ছাড়া) বা Original Medicare-এ (সাথে বা আলাদা Medicare ওষুধের কভারেজ সহ) পরিবর্তন করতে পারেন।

বিভাগ 3.2 বছরের অন্য কোনো সময় কী পরিবর্তন করার সুযোগ আছে?

কিছু পরিস্থিতিতে, বছরের মধ্যে মানুষের পরিবর্তনের অন্যান্য সুযোগ থাকতে পারে। উদাহরণগুলির মধ্যে রয়েছে এমন ব্যক্তির যাদের:

- Medicaid আছে
- তাদের ওষুধের খরচ বহন করতে অতিরিক্ত সহায়তা (Extra Help) পান
- নিয়োগকর্তার কভারেজ আছে বা ছেড়ে যাচ্ছেন
- আমাদের পরিকল্পনার পরিষেবা এলাকার বাইরে চলে যাচ্ছেন

যেহেতু আপনার Medicaid আছে, তাই আপনি বছরের যে কোনো মাসে নিম্নলিখিত Medicare বিকল্পগুলির মধ্যে একটি বেছে নিয়ে আমাদের পরিকল্পনায় আপনার সদস্যপদ শেষ করতে পারেন:

- o একটি পৃথক Medicare প্রেসক্রিপশন ওষুধের পরিকল্পনা সহ Original Medicare,

- o আলাদা Medicare প্রেসক্রিপশন ওষুধের পরিকল্পনা ছাড়াই Original Medicare (যদি আপনি এই বিকল্পটি বেছে নেন, তাহলে Medicare আপনাকে একটি ওষুধের পরিকল্পনা তালিকাভুক্ত করতে পারে, যদি না আপনি স্বয়ংক্রিয় তালিকাভুক্তি থেকে বেরিয়ে আসেন।), অথবা
- o যোগ্য হলে, একটি সমন্বিত D-SNP যা আপনার Medicare এবং আপনার বেশিরভাগ বা সমস্ত Medicaid সুবিধা এবং পরিষেবাগুলি একটি পরিকল্পনায় প্রদান করে।

আপনি যদি সম্প্রতি এমন কোনও প্রতিষ্ঠানে থাকতে যান বা বর্তমানে বাস করেন (যেমন একটি দক্ষ নার্সিং সুবিধা বা দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যার জন্য হাসপাতালে), আপনি যে **কোনও সময়** আপনার Medicare কভারেজ পরিবর্তন করতে পারেন। আপনি যে কোনো সময় অন্য যে কোনো Medicare স্বাস্থ্য পরিকল্পনায় (Medicare ওষুধের কভারেজ সহ বা ছাড়া) পরিবর্তন করতে পারেন অথবা Original Medicare এ (আলাদা Medicare ওষুধের কভারেজ সহ বা ছাড়া) সুইচ করতে পারেন। যদি আপনি সম্প্রতি একটি প্রতিষ্ঠান থেকে বেরিয়ে এসে থাকেন, তবে আপনার কাছে পরিকল্পনা পরিবর্তন বা Original Medicare-এ পরিবর্তন করার সুযোগ আছে সেই মাসের পরে 2টি পূর্ণ মাস পর্যন্ত, যখন আপনি বেরিয়ে এসেছেন।

বিভাগ 4 প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য অর্থ প্রদানে সহায়তা পান

আপনি প্রেসক্রিপশন ওষুধের অর্থ প্রদানে সহায়তা পেতে যোগ্য হতে পারেন। বিভিন্ন ধরনের সহায়তা পাওয়া যায়:

- **Medicare থেকে অতিরিক্ত সহায়তা (Extra Help)**। সীমিত আয়ের ব্যক্তিরা তাদের প্রেসক্রিপশন ওষুধের খরচের জন্য অতিরিক্ত সহায়তা (Extra Help)র জন্য যোগ্য হতে পারেন। আপনি যদি যোগ্যতা অর্জন করেন, Medicare আপনার ওষুধের খরচের 75% বা তার বেশি অর্থ প্রদান করতে পারে, যার মধ্যে মাসিক ওষুধের পরিকল্পনার প্রিমিয়াম,

বার্ষিক ছাড় এবং কয়েন বীমা অন্তর্ভুক্ত। এছাড়াও, যারা যোগ্যতা অর্জন করবেন তাদের দেহিতে ভর্তির জরিমানা হবে না। আপনি যোগ্যতা অর্জন করেছেন কিনা তা দেখতে, কল করুন:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) এ কল করে পাওয়া যায়। TTY ব্যবহারকারীদের 1-877-486-2048 নম্বরে কল করতে হবে, দিনে 24 ঘন্টা, সপ্তাহে 7 দিন;
- একজন প্রতিনিধির জন্য সোমবার থেকে শুক্রবার 8 a.m. থেকে 7 p.m. এর মধ্যে 1-800-772-1213 নম্বরে সামাজিক নিরাপত্তার সাথে যোগাযোগ করুন। স্বয়ংক্রিয় বার্তাগুলি দিনে 24 ঘন্টা পাওয়া যায়। TTY ব্যবহারকারীরা, 1-800-325-0778 নম্বরে কল করতে পারেন।
- আপনার স্টেটের Medicaid অফিস।
- **আপনার স্টেটের ফার্মাসিউটিক্যাল সহায়তা কর্মসূচি (SPAP) থেকে সাহায্য পান।** New York EPIC (এন্ডারলি ফার্মাসিউটিক্যাল ইন্স্যুরেন্স কভারেজ) নামে একটি প্রোগ্রাম রয়েছে, যা লোকেদের তাদের আর্থিক প্রয়োজন, বয়স বা চিকিৎসাগত সমস্যার ভিত্তিতে প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য অর্থ প্রদান করতে সহায়তা করে। প্রোগ্রামটি সম্পর্কে আরও জানতে, আপনার State Health Insurance Assistance Program (SHIP) এর সাথে যোগাযোগ করুন। আপনার রাজ্যের জন্য ফোন নম্বর পেতে, shiphelp.org-এ যান, বা 1-800-MEDICARE নম্বরে কল করুন।
- **HIV/AIDS সহ ব্যক্তিদের জন্য প্রেসক্রিপশন খরচ-শেয়ারিং-এর সহায়তা।** AIDS Drug Assistance Program (ADAP) HIV/AIDS আক্রান্ত ADAP-যোগ্য ব্যক্তিদের জীবন রক্ষাকারী HIV ওষুধের অ্যাক্সেস রয়েছে তা নিশ্চিত করতে সহায়তা করে। আপনার রাজ্যে ADAP পরিচালনার জন্য যোগ্যদের অবশ্যই কিছু মানদণ্ড পূরণ করতে হবে, যার মধ্যে রাজ্যে বসবাসের প্রমাণ এবং HIV সম্পর্কিত স্থিতি, রাজ্যে কর্তৃক

সংজ্ঞায়িত কম আয় এবং বীমাহীন/অ-বীমাকৃত অবস্থা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। Medicare Part D প্রেসক্রিপশন ওষুধগুলি যা ADAP-এর আওতাভুক্ত সেগুলি New York State Uninsured Care Program (ADAP)-এর মাধ্যমে প্রেসক্রিপশনের খরচ শেয়ার করার সহায়তার জন্য যোগ্যতা অর্জন করে। যোগ্যতা মানদণ্ড, আওতাভুক্ত ওষুধ, প্রোগ্রামে কিভাবে তালিকাভুক্ত হওয়া যায়, অথবা আপনি বর্তমানে তালিকাভুক্ত থাকলে কিভাবে সহায়তা চালিয়ে যেতে হবে, সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য (800) 542-2437 বা (844) 685-4058-এ কল করুন। কল করার সময়, আপনার Medicare Part D পরিকল্পনার নাম বা পলিসি নম্বর তাদের জানানোর বিষয়টি নিশ্চিত করুন।

- **Medicare Prescription Payment Plan** | Medicare Prescription Payment পরিকল্পনা হল একটি পেমেন্ট বিকল্প যা আপনার বর্তমান ওষুধের কভারেজের সাথে কাজ করে যা আপনাকে ক্যালেন্ডার বছর (জানুয়ারি - ডিসেম্বর) জুড়ে আমাদের পরিকল্পনার আওতাভুক্ত ওষুধের জন্য আপনার পকেটের বাইরের খরচগুলি পরিচালনা করতে সহায়তা করে। Medicare ওষুধের পরিকল্পনা বা Medicare স্বাস্থ্য পরিকল্পনা যার ওষুধের কভারেজ আছে (যেমন Medicare Advantage প্ল্যান যার ওষুধের কভারেজ আছে) যে কেউ এই পেমেন্ট বিকল্পটি ব্যবহার করতে পারেন। **অর্থপ্রদানের এই বিকল্পটি আপনাকে আপনার খরচ পরিচালনা করতে সাহায্য করলেও এটি আপনার অর্থ সাশ্রয় করে না বা আপনার ওষুধের খরচ কমিয়ে দেয় না।**
- যারা যোগ্য তাদের জন্য Medicare Prescription Payment Plan অংশগ্রহণের চেয়ে Medicare থেকে Extra Help এবং আপনার SPAP এবং ADAP থেকে সাহায্য বেশি সুবিধাজনক। আয়ের স্তর নির্বিশেষে, সকল সদস্য Medicare Prescription Payment পরিকল্পনার অংশগ্রহণের যোগ্য। এই পেমেন্ট বিকল্প সম্পর্কে আরও জানতে, আমাদের (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) অথবা www.Medicare.gov দেখুন।

বিভাগ 5 কোনো প্রশ্ন আছে?

বিভাগ 5.1 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর কাছ থেকে সহায়তা পাওয়া

- (833) 671-0440 নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন। (TTY ব্যবহারকারীরা, 711 নম্বরে কল করুন।)

আমরা ফোন কলের জন্য উপলব্ধ। সময় হল 1লা অক্টোবর - 31শে মার্চ, স্থানীয় সময় 8 a.m. থেকে 8 p.m., সপ্তাহের 7 দিন। 1লা এপ্রিল থেকে 30শে সেপ্টেম্বর, সোমবার - শুক্রবার, স্থানীয় সময় 8 a.m. থেকে 8 p.m. পর্যন্ত। এই নম্বরগুলিতে বিনামূল্যে কল করতে পারবেন।

- **আপনার 2026 সালের কভারেজের প্রমাণ পড়ুন**

এই বার্ষিক পরিবর্তনের বিজ্ঞপ্তিটি আপনাকে 2026 সালের জন্য আপনার সুবিধা এবং খরচের পরিবর্তনের একটি সংক্ষিপ্ত বিবরণ দেয়। বিস্তারিত জানতে, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)-এর 2026 এর কভারেজের প্রমাণ দেখুন। কভারেজের প্রমাণ হল আপনার পরিকল্পনার সুবিধাগুলির আইনি, বিস্তারিত বিবরণ। এটি আপনার অধিকার এবং আওতাভুক্ত পরিষেবা ও প্রেসক্রিপশনের ওষুধ পেতে আপনাকে যে নিয়মগুলি অনুসরণ করতে হবে তা ব্যাখ্যা করে। আমাদের ওয়েবসাইট SWHNY.com থেকে কভারেজের প্রমাণ পান অথবা (833) 671-0440 নম্বরে সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন) এবং আমাদের একটি কপি আপনাকে ডাকযোগে পাঠাতে বলুন।

- **SWHNY.com দেখুন**

আমাদের ওয়েবসাইটে আমাদের প্রোভাইডার নেটওয়ার্ক (প্রোভাইডার ডিরেক্টরি/ফার্মেসি ডিরেক্টরি) এবং আমাদের আওতাভুক্ত ওষুধের তালিকা (ফর্মুলারি/ওষুধের তালিকা) সম্পর্কে সবচেয়ে আপ-টু-ডেট তথ্য রয়েছে।

বিভাগ 5.2 Medicare সম্পর্কে বিনামূল্যে পরামর্শ পান

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) হলো প্রতিটি স্টেটে প্রশিক্ষিত পরামর্শদাতাদের নিয়ে একটি স্বাধীন সরকারি প্রোগ্রাম। New York-এ, SHIP-কে New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP) বলা হয়।

ব্যক্তিগতকৃত স্বাস্থ্য বীমা পরামর্শ পেতে New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP) কে কল করুন। তারা আপনার Medicare এবং Medicaid পরিকল্পনার পছন্দগুলি বুঝতে এবং পরিকল্পনা পরিবর্তন সম্পর্কে প্রশ্নের উত্তর দিতে সাহায্য করতে পারে। (800) 701-0501 নম্বরে New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP)-এ কল করুন। (<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hicap>) এ গিয়ে New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP)-এর সম্পর্কে আরও জানুন।

বিভাগ 5.3 Medicare থেকে সাহায্য নিন

• 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করুন

আপনি 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে, দিনে 24 ঘন্টা, সপ্তাহে 7 দিন কল করতে পারেন। TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে ফোন করতে পারেন।

• www.Medicare.gov-এর সাথে সরাসরি চ্যাট করুন

আপনি www.Medicare.gov/talk-to-someone ওয়েবসাইটে সরাসরি চ্যাট করতে পারেন

• Medicare-এ চিঠি লিখুন

আপনি Medicare-কে PO Box 1270, Lawrence, KS 66044 ঠিকানায় চিঠি পাঠাতে পারেন

• www.Medicare.gov দেখুন

আপনার এলাকার Medicare স্বাস্থ্য পরিকল্পনার তুলনা করতে সাহায্য করার জন্য অফিসিয়াল Medicare ওয়েবসাইটে খরচ, কভারেজ এবং মানসম্পন্ন স্টার রেটিং সম্পর্কে তথ্য রয়েছে।

• *Medicare & You 2026* পড়ুন

Medicare & You 2026 হ্যান্ডবুকটি প্রতি শরতে Medicare-এর আওতায় অন্তর্ভুক্ত ব্যক্তিদের কাছে ডাকযোগে পাঠানো হয়। এতে Medicare সুবিধা, অধিকার ও সুরক্ষাগুলির সংক্ষিপ্তসার এবং Medicare সম্পর্কে প্রায়শই জিজ্ঞাসিত প্রশ্নের উত্তরগুলি থাকে। www.Medicare.gov ওয়েবসাইটে অথবা 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করে একটি কপি পান। TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে ফোন করতে পারেন।

বিভাগ 5.4 Medicaid থেকে সাহায্য নিন

New York State Medicaid Program-এ (800) 541-2831-এ সোমবার থেকে শুক্রবার সকাল 8 a.m. থেকে সন্ধ্যা 8 p.m., শনিবার 9 a.m. থেকে 1 p.m. পর্যন্ত যোগাযোগ করুন। Medicaid-এ তালিকাভুক্তি বা সুবিধা সম্পর্কিত প্রশ্নের জন্য TTY ব্যবহারকারীরা 711-এ কল করুন। আপনি আপনার স্থানীয় সোশ্যাল সার্ভিসেস বিভাগের (LDSS) কাছে চিঠি পাঠাতে পারেন। আপনার LDSS-এর ঠিকানা এখানে খুঁজুন: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

New York State Medicaid Program

লিখুন: Human Resources Administration
505 Claremont Avenue, 7th Floor
New York, NY 11238

কল করুন: (800) 541-2831

ওয়েবসাইট: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

Nassau County Department of Social Services

লিখুন: Nassau County DSS
60 Charles Lindbergh Blvd.
Uniondale, NY 11553-3656

কল করুন: (516) 227-7474

ওয়েবসাইট: <https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html>

Westchester County Department of Social Services

লিখুন: White Plains District Office
85 Court Street
White Plains, NY 10601-4201

কল করুন: (914) 995-3333

ওয়েবসাইট: <http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices>

অতিরিক্ত গুরুত্বপূর্ণ স্বাস্থ্যসেবা এবং সদস্য সংস্থান তথ্য

- ইলেকট্রনিক বিজ্ঞপ্তি (ELN) - গুরুত্বপূর্ণ নথিগুলি কীভাবে পাবেন
- বৈষম্যহীনতার বিজ্ঞপ্তি (NDN) - ধারা 1557
- উপলভ্যতার বিজ্ঞপ্তি (NOA) - ভাষা সহায়তা পরিষেবাসমূহ
- গোপনীয়তা অনুশীলনের বিজ্ঞপ্তি (NPP)

পরিকল্পনার গুরুত্বপূর্ণ নথিগুলি কিভাবে পাবেন





আপনি আমাদের কাছে গুরুত্বপূর্ণ! আপনার প্রয়োজনীয় তথ্য পাওয়া আমরা সহজ করি। প্ল্যানের গুরুত্বপূর্ণ নথিগুলি দেখতে এবং নেটওয়ার্ক প্রদানকারী বা ফার্মেসি খুঁজে পেতে অনলাইনে যান। আপনি আপনার প্রেসক্রিপশনের ওষুধগুলি যেকোনো সময়, যেকোনো জায়গায়, যেকোনো ডিভাইস থেকে দেখতে পাবেন। আপনার 2026 সালের পরিকল্পনার নথি, যেমন আপনার কভারেজের প্রমাণ, সূত্র এবং প্রদানকারী/ফার্মেসি ডিরেক্টরি 15ই অক্টোবর, 2025 এর মধ্যে অনলাইনে পাওয়া যাবে।


আপনার প্ল্যানের ডকুমেন্ট সম্পর্কে জানুন

- **কভারেজের প্রমাণ (EOC):** আপনার প্ল্যানের আওতায় কী রয়েছে তার একটি সহায়িকা। এতে আপনার পরিকল্পনার সুবিধা ও কভারেজ, সদস্যের অধিকার এবং আরও অনেক কিছু সম্পর্কে বিশদ বিবরণ রয়েছে।
- **ফর্মুলারি (ওষুধের তালিকা):** আপনার প্ল্যানের আওতাভুক্ত ওষুধের একটি তালিকা।
- **প্রোভাইডার/ফার্মেসি ডিরেক্টরি:** ফোন নম্বর ও ঠিকানা সহ নেটওয়ার্ক চিকিৎসক, বিশেষজ্ঞ এবং ফার্মেসিগুলির একটি তালিকা। আপনি MolinaHealthcare.com/ProviderSearch-এ আমাদের অনলাইন ডিরেক্টরি ব্যবহার করে একটি নেটওয়ার্ক প্রদানকারী বা ফার্মেসি খুঁজে পেতে পারেন।
- **গোপনীয়তা অনুশীলনের বিজ্ঞপ্তি:** এই বিজ্ঞপ্তি বর্ণনা করে কিভাবে আপনার চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য ব্যবহার এবং প্রকাশ করা যেতে পারে এবং আপনি কিভাবে এই তথ্য অ্যাক্সেস করতে পারেন। এটি আমাদের ওয়েবসাইট MolinaHealthcare.com/members/ny/en-us/mem/hipaa/home-এ আছে।

কিভাবে কোনো প্ল্যানের নথির কপি দেখবেন বা অনুরোধ করবেন

 **MolinaHealthcare.com/Medicare-এ অনলাইনে**
অনলাইনে যেকোনো সময়, যেকোনো স্থান থেকে আপনার প্ল্যান সংশ্লিষ্ট ডকুমেন্টের কপি দেখুন বা ডাউনলোড করুন। আপনার কম্পিউটার, ট্যাবলেট বা মোবাইল ফোনের মতো যেকোনো ডিভাইস ব্যবহার করুন। আপনার 2026 সালের পরিকল্পনার নথি 15ই অক্টোবর, 2025 সালের মধ্যে অনলাইনে পাওয়া যাবে।

 **MyMolina.com-এ অনলাইন**
আপনার প্ল্যান সংশ্লিষ্ট ডকুমেন্ট 24/7 অনলাইনে দেখতে অথবা নেটওয়ার্ক প্রোভাইডার বা ফার্মেসি খুঁজতে আমাদের সেলফ-সার্ভিস মেম্বার পোর্টাল দেখুন। আপনার My Molina মেম্বার পোর্টালে সাইন ইন করুন বা MyMolina.com এ একটি অ্যাকাউন্ট সেট আপ করুন। "একটি অ্যাকাউন্ট তৈরি করুন" এ ক্লিক করুন এবং সাইন আপ করার জন্য ধাপে ধাপে নির্দেশাবলী অনুসরণ করুন।

 **টোল ফ্রিতে কল করুন**
কম্পিউটার অ্যাক্সেস না থাকলে বা আপনি যদি EOC, ফর্মুলারি বা প্রোভাইডার/ফার্মেসি ডিরেক্টরির মুদ্রিত কোনো কপি আপনার মেলের মাধ্যমে পেতে চান তবে তা আমাদের জানান। পরিকল্পনা নথির একটি মুদ্রিত কপি পেতে, **আপনার আইডি কার্ডের পিছনে অবস্থিত নম্বরে সদস্য পরিষেবার টোল-ফ্রি কল করুন, সোমবার - শুক্রবার, স্থানীয় সময় 8 a.m. থেকে 8 p.m. পর্যন্ত।**

সহায়তা করার জন্যই আমরা আছি

আপনার সুবিধা সম্পর্কে যদি আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে অথবা নেটওয়ার্ক প্রদানকারী বা ফার্মেসি খুঁজে পেতে সাহায্যের প্রয়োজন হয়, তাহলে **আপনার আইডি কার্ডের পিছনে থাকা নম্বরে সদস্য পরিষেবার টোল-ফ্রি নম্বরে কল করুন।**

বৈষম্যহীনতার বিজ্ঞপ্তি

বিভাগ 1557



Molina Healthcare - Medicare

Senior Whole Health of New York প্রযোজ্য ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন মেনে চলে এবং বয়স, রঙ, অক্ষমতা, জাতীয় উৎপত্তি (সীমিত ইংরেজি দক্ষতা সহ), জাতি, বা লিঙ্গের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না (§ 92.101(a) এ বর্ণিত লিঙ্গ বৈষম্যের সুযোগের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ)।

আমাদের সঙ্গে কার্যকরীভাবে যোগাযোগ করতে আপনাকে সহায়তা করার জন্য, Senior Whole Health of New York বিনামূল্যে এবং সময়মত পরিষেবা প্রদান করে:

- Senior Whole Health of New York প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য যুক্তিসঙ্গত পরিবর্তন এবং উপযুক্ত সাহায্য এবং পরিষেবা প্রদান করে। এতে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে: (1) যোগ্য দোভাষী। (2) অন্যান্য বিন্যাসে তথ্য, যেমন বড় প্রিন্ট, অডিও, অ্যাক্সেসযোগ্য ইলেকট্রনিক ফরম্যাট, ব্রেইল।
- Senior Whole Health of New York এমন ব্যক্তিদের ভাষা পরিষেবা প্রদান করে যারা অন্য ভাষায় কথা বলে অথবা যাদের ইংরেজিতে দক্ষতা সীমিত। এতে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে: (1) যোগ্য মৌখিক দোভাষী। (2) আপনার ভাষায় অনুবাদ করা তথ্য।

যদি আপনার এই পরিষেবাগুলির প্রয়োজন হয়, তাহলে, 1-800-665-3086 নম্বরে অথবা TTY/TDD: 711 নম্বরে Molina সদস্য পরিষেবার সাথে যোগাযোগ করুন, সোমবার থেকে শুক্রবার, স্থানীয় সময় 8 a.m. থেকে 8 p.m. পর্যন্ত।

আপনার যদি মনে হয় যে আমরা বয়স, বর্ণ, অক্ষমতা, জাতীয় উৎস, জাতি বা লিঙ্গের ভিত্তিতে বৈষম্য করেছি, তাহলে আপনি একটি অভিযোগ দায়ের করতে পারেন। আপনি ফোন, মেল, ইমেল বা অনলাইনের মাধ্যমে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন। আপনার অভিযোগ লেখার জন্য

1557 বৈষম্যহীনতা

H5992_25_6144_NYNDN_C

NY-H5992-ND-BN-26-L

সহায়তার প্রয়োজন হলে, আমরা আপনাকে সহায়তা করব। আপনি আমাদের অভিযোগ প্রক্রিয়াটি [MolinaHealthcare.com/Members/Common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx](https://www.molinahealthcare.com/Members/Common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx) ওয়েবসাইটে গিয়ে পেতে পারেন

আমাদের নাগরিক অধিকার সমন্বয়কারীকে 1-866-606-3889 নম্বরে কল করুন, TTY/TDD: 711 অথবা আপনার অভিযোগ জমা দিন:

Civil Rights Unit

200 Oceangate

Long Beach, CA 90802

ইমেল: Civil.Rights@MolinaHealthcare.com

ওয়েবসাইট: MolinaHealthcare.Alertline.com

এছাড়াও আপনি U.S.

Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights-এ, Office for Civil Rights Complaint Portal-এর মাধ্যমে অনলাইনে নাগরিক অধিকারের অভিযোগ (অভিযোগ) ফাইল করতে পারেন:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> অথবা মেল বা ফোনের মাধ্যমে এখানে:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

ফোন: 1-800-368-1019

TTY/TDD: 800-537-7697

অভিযোগ ফর্মগুলি এখানে পাওয়া যাবে: [HHS.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf)

Notice of Availability

We offer free interpreter and translation services to help you understand your health or drug plan. This includes support from someone who speaks your language.

We also provide free aids and services—such as sign language interpreters and written materials in alternative formats—to ensure everyone can access the information they need. To request these services, please call Member Services at the number listed on your Member ID card.

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the Member Services number on the back of your ID card or speak to your provider.

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos para asistirle en su idioma. También dispone de ayudas y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o hable con su proveedor.

Simplified Chinese

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 ID 卡背面的客户服务号码或咨询您的服务提供商。

Traditional Chinese

注意：如果您說台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打您 ID 卡背面的會員服務部電話號碼或諮詢您的服務提供者。

Russian

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки.

Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также бесплатны. Позвоните по номеру службы поддержки клиентов, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты, или обратитесь к своему поставщику услуг.

Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nimewo Sèvis Manm ki sou do kat ID ou a oswa pale ak pwofesyonèl swen sante ou a.

Korean

주의:한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. ID 카드 뒷면에 있는 회원 서비스 번호로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Italian

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente strumenti ausiliari e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Si prega di contattare il numero del Servizio per i membri riportato sul retro della propria tessera identificativa o di rivolgersi al proprio fornitore.

Yiddish

אַכטונג: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פריי פאר דיר. פאַסיקע אידס און באַדינונגס פֿאַר צושטעלן אינפֿאַרמאַציע אין צוטריטלעך פֿאַרמאַטירונגען זענען אויך פריי בנימצא. רופט דעם מיטגליד באַדינען נומער אין קריק פֿון דיין ID קאַרטל אָדער רעדט מיט דיין צושטעלער.

Bengali

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। আপনার আইডি কার্ডের পিছনে থাকা সদস্য পরিষেবা নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

Polish

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer Działu Obsługi Klienta podany na odwrocie Twojej karty identyfikacyjnej lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً. كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات إضافية مناسبة لتوفير المعلومات بصيغ يمكن الوصول إليها من دون أية تكلفة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدون على ظهر بطاقة هويتك أو تحدث إلى مقدم الخدمات.

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés sont également mis à votre disposition gratuitement pour vous fournir les informations dans des formats accessibles. Appelez les Services aux adhérents au numéro figurant au dos de votre carte d'adhérent, ou adressez-vous à votre prestataire.

Urdu

اردو

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت لسانی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ ممبر سروسز کو اپنے ID کارڈ کی پچھلی جانب موجود نمبر پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo sa Miyembro sa likod ng ID card mo o makipag-usap sa iyong provider.

Greek

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε τον αριθμό των υπηρεσιών Μέλους που βρίσκεται στο πίσω μέρος της κάρτας αναγνωριστικού σας ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

Albanian

VINI RE: Nëse flisni anglisht, shërbimet falas të ndihmës gjuhësore janë të disponueshme për ju. Gjithashtu, disponohen falas ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të aksesueshme. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në numrin që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit ose flisni me ofruesin tuaj të shërbimit.

German

HINWEIS: Wenn Sie Sprache einfügen sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzenzienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste für die Übermittlung von Informationen in zugänglicher Form sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer des Mitgliederservices auf der Rückseite Ihres Ausweises an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Pennsylvania Dutch

GEB ACHT: Wann du Pennsylvanisch Deitsch schwetzsch, Schprooch Hilfe Services sin meeglich mitaus Koscht. Appropriate Auxiliary Aids un Services un Services Information zu gewwe in helfreiche Formats sin aa meeglich mitaus Koscht. Ruf die Member Services Nummer uff die Rickseit vun dei ID Kaart odder Schwetz mit dei Provider.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Ngoài ra, chúng tôi còn có các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ khác phù hợp, hoàn toàn miễn phí để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ sử dụng. Vui lòng gọi đến số điện thoại của bộ phận Dịch vụ thành viên có trên mặt sau thẻ ID của quý vị để trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

Somali

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Agabka kaalmaatiga oo sax ah iyo adeegyada xogta ku bixiya qaab la heli karo ayaa sidoo kale lagu heli karaa lacag la'aan. Wac lambarka Adeegyada Macaamiisha ee ku qoran dhabarka danbe ee kaarkaaga aqoonsiga ama la hadal dhakhtarkaaga.

Japanese

注意：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。IDカードの裏面にある会員サービス番号に電話するか、プロバイダーにご相談ください。

Ukrainian

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби й послуги з надання інформації в доступних форматах також пропонуються безкоштовно. Зателефонуйте на номер служби підтримки учасників, указаний на звороті вашого посвідчення особи, або зверніться до свого постачальника послуг.

Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți română, aveți la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunt disponibile gratuit ajutoare și servicii auxiliare adecvate pentru furnizarea informațiilor în formate accesibile. Contactați Serviciul pentru Membri la numărul de telefon înscris pe verso-ul cardului de identificare sau adresați-vă furnizorului dumneavoastră.

Amharic

ማስታወሻ፡ አማርኛ የምናገኛ ከሆነ፣ ነፃ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ለእርስዎ ይኖራል። እንዲሁም፣ በሚገኙ ቅርፀቶች መረጃ ለማቅረብ ተገቢ የመረጃ ድጋፎች እና አገልግሎቶች በነፃ ይኖራሉ። በID ካርድዎ ጀርባ ላይ በለው የአበላት አገልግሎቶች ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย
เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้
ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่
เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อหมายเลข
ฝ่ายบริการสมาชิกที่ระบุไว้ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณหรือพูดคุยกับผู้
ให้บริการของคุณ

Persian

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شماست. همچنین، خدمات و کمک‌های لازم برای ارائه اطلاعات به صورت‌های مختلف و قابل دسترسی، به صورت رایگان در اختیار شما قرار می‌گیرد. با شماره خدمات اعضا که پشت کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

Samoan

FAAMATALAGA: Afai e te tautala faa-Samoa, o loo i ai gagana fesoasoani i gagana e Le totogia mo oe. Fesoasoani fa'aopopo talafeagai ma auaunaga ina ia tuuina atu ai faamatalaga e maua i limits e faigofie ona maua o loo maua foi e le totogia. Vala'au le Auaunaga a Sui Auai i le numera o i taua o lau ID card pe talanoa i lauvrautua.

Ilocano

PAKAAMMO: No agsasaoka iti Ilocano, magun-odam dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti format a nalaka a ma-access. Tawagam ti numero ti Serbisio para Kadagiti Miembro iti likudan ti ID card-mo wenno makisaritaka iti provider-mo.

Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા ID કાર્ડની પાછળ આપેલા સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Portuguese

ATENÇÃO: se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Também estão disponíveis, de forma gratuita, ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para o número dos Serviços de apoio aos membros que se encontra no verso do seu cartão de identificação ou fale com o seu prestador de serviços de saúde.

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। अपने ID कार्ड के पीछे दिए गए सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Khmer

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាភាគតិចត្រូវតែមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខសេវាបម្រើសមាជិកនៅខាងក្រោយកាត ID របស់អ្នក ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Laotian

ឡើងឧបៈ រ៉ាំរ៉ាន់វ៉ាវាសា លាវ,
ຈະມີបំណិການឧ່ວមດ້ານພາສາແບបបំເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາ ມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້.
ໂທຫາເບີບໍລິການສະມາຊິກຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

Karen

ဟ်သုဉ်ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤ ကညိကျိၣ် အယိ, တၢ်အိၣ်ဒီး
ကျိၣ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလၢ်ဘျုးလၢ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိၣ်ဒီး
တၢ်မၤစၢၤတၢ်န့ၢ်ဟူပီးလီၤဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအကြးအဘၣ်
လၢကဟ့ၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၣ် လၢတၢ်မၤန့ၢ်အိၣ်သ့တဖၣ်
လၢတလၢ်ဘျုးလၢ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး ကရုဖိတၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ
အလီတဲစိနီၣ်ဂံၢ်လၢ အိၣ်ဖဲန့ၢ်အုၣ်သး (ID) ခးက့အလီၤ မ့တမ့ၢ်
တဲတၢ်ဒီး ပုၤလၢအဟ့ၣ်န့ၢ်တၢ်ကွၢ်ထွဲန့ၣ် တက့ၢ်.

Swahili

KUMBUKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa zinapatikana pia bila malipo. Piga simu kwa nambari ya Huduma za Wanachama iliyo nyuma ya kadi yako ya kitambulisho au zungumza na mtoa huduma wako.

Serbian

PAŽNJA: Ukoliko govorite Srpski, dostupne su vam besplatne usluge jezičke podrške. Dostupne su vam i besplatne odgovarajuće pomoći i usluge za pružanje informacija u formatima za lak pristup. Pozovite broj za usluge za članove koji se nalazi na poledini vaše ID kartice ili se obratite pružaocu usluge.

Croatian

PAŽNJA: Ako pričate Hrvatski, na raspolaganju su vam besplatne usluge pomoći za jezik. Odgovarajuća pomoćna sredstva i usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima također su dostupne besplatno. Nazovite broj Službe za članove na poledini vaše osobne iskaznice ili razgovarajte sa svojim pružateljem usluga.

Nepali

सावधान: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। ID कार्डको पछाडिपट्टि लेखिएको Member Services नम्बरमा फोन गर्नुहोस्, नभए डाक्टरसँग कुरा गर्नुहोस्।

Yoruba

ÀKÍYÈSÍ: Bí o bá n sọ èdè Yorùbá, àwọn isẹ̀ irànlọ̀wọ̀ èdè ọ̀fẹ́ wà fún ọ. Àwọn ohun èlò irànlọ̀wọ̀ àti àwọn isẹ́ tó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn ọ̀nà tó rọ̀rùn ló wà lófẹ́. Pe nọmbà Àwọn isẹ́ Ọmọ ẹgbé tó wà ní ẹ̀yìn káàdì ìdánimọ̀ rẹ̀ tàbí bá olùpèsè rẹ̀ sọ̀rò.

Tamil

கவனிக்கவும்: நீங்கள் தமிழ் பேசுபவர் என்றால், உங்களுக்கு இலவச மொழி உதவிச் சேவைகள் கிடைக்கும். அணுகல் வசதிக் கேற்ற வடிவங்களில் தகவலை வழங்குவதற்கான தகுந்த, கூடுதல் உதவி அம்சங்களும் சேவைகளும் கூட கட்டணமின்றிக் கிடைக்கும். உங்கள் வழங்குநரிடம் பேச, உங்கள் ஐடி கார்டின் பின்பக்கமுள்ள உறுப்பினர் சேவை மைய எண்ணை அழைக்கவும்.

Navajo

SHOOH: Diné bizaad yiníłti', t'áá jiił'ehgo saad bee áká'ánída'awo'ígíí t'áá hadoohkáát nihá kée' hóló. T'áá ajikii íiyisí át'éego nihá át'éego bee haz'ánígíí dóó t'áá ádáhodoonígíí biniiyé t'áá jíik'eh nihá kée' hóló Member Services béésh bee hane'í bikáá' dah naaznil doo ID card ni' dooleet ná'ádoolwołígíí bikáá' nihá át'é.

Shoshone

NENKAHI: Uuiss en taikw Sosohni, yu yowk taikwa tuwahntsawaiyn mahhpittsiyahnkuuk en. To kwain tuwahntsawaiyn tes tuwahntsawaiyn uut uutinantuinkehn uukuup tsa taw natehpop suwait mampittsiyankunk yuyowk nai nimeht. Nimai suun suhmah tuwahntsawaiyn tetehtsep piinak tehpop en nuwaiyn en taikw uhmah natsu tainepeh tes waipeh.

Choctaw

KULLÓSHI: Chi Chahta anumpa ish anumpuli hosh, aiittola towa la hosh chi chiahullo li. Himona, achukma ut ish anumpuli hinla ia, il im anumpuli holisso kapvchi shulush isht ia, towa la hosh chi. Chi ID holisso okpulo bok aiittola na isht ia hosh pisa, il chi isht ia isht iachi pisa.

গোপনীয়তা নীতি বিজ্ঞপ্তি

এই বিজ্ঞপ্তি বর্ণনা করে কিভাবে আপনার চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য ব্যবহার এবং প্রকাশ করা যেতে পারে এবং আপনি কিভাবে এই তথ্য অ্যাক্সেস করতে পারেন। অনুগ্রহ করে এটি মনোযোগ দিয়ে পর্যালোচনা করুন।

এই বিজ্ঞপ্তিতে Molina Healthcare এর অনুমোদিত স্বাস্থ্য পরিকল্পনাগুলির গোপনীয়তা অনুশীলনগুলি বর্ণনা করা হয়েছে (এখানে "Molina", "আমরা" বা "আমাদের" হিসাবে উল্লেখ করা হয়েছে)। Molina সদস্য হিসেবে আপনার স্বাস্থ্য সুবিধা প্রদানের জন্য আমরা আপনার সম্পর্কে সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য ("PHI") ব্যবহার করি এবং শেয়ার করি। আমরা চিকিৎসা, অর্থ প্রদান এবং স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রম পরিচালনার জন্য আপনার PHI ব্যবহার করি এবং শেয়ার করি। আইন অনুসারে অনুমোদিত এবং প্রয়োজনীয় অন্যান্য কারণেও আমরা আপনার PHI ব্যবহার এবং শেয়ার করি। আপনার স্বাস্থ্য তথ্য গোপন রাখা এবং এই বিজ্ঞপ্তির শর্তাবলী অনুসরণ করা আমাদের দায়িত্ব। এই বিজ্ঞপ্তির কার্যকর তারিখ 1 জানুয়ারী, 2026।

PHI হল স্বাস্থ্য তথ্য যাতে আপনার নাম, সদস্য নম্বর বা অন্যান্য শনাক্তকারী তথ্য থাকে এবং আমরা এটি ব্যবহার বা ভাগ করে নিই। PHI-তে মাদক ব্যবহারের ব্যাধি সম্পর্কে স্বাস্থ্য তথ্য এবং বায়োমেট্রিক তথ্য (যেমন ভয়েসপ্রিন্ট) অন্তর্ভুক্ত থাকে।

আমরা কেন আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করব?

আপনাকে স্বাস্থ্য-পরিচর্যার সুবিধাগুলো সরবরাহ করতে আমরা আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করি। আপনার PHI চিকিৎসা, পেমেন্ট এবং স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রমের জন্যও ব্যবহৃত বা ভাগ করা হয়।

চিকিৎসার জন্য

আমরা আপনার চিকিৎসা পরিচর্যা প্রদানের জন্য অথবা ব্যবস্থা করার জন্য আপনার PHI ব্যবহার করতে বা ভাগ করে নিতে পারি। এই চিকিৎসায় আপনার চিকিৎসক বা অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের মধ্যে রেফারেলগুলোও অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। উদাহরণস্বরূপ, আমরা একজন বিশেষজ্ঞের সাথে আপনার স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে তথ্য শেয়ার করতে

1 লা জানুয়ারী, 2026 তারিখ থেকে কার্যকর

পারি। এটি আপনার চিকিৎসা সম্পর্কে আপনার ডাক্তারের সাথে কথা বলতে বিশেষজ্ঞকে সহায়তা করে।

পেমেন্টের জন্য

আমরা পেমেন্টের সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য PHI ব্যবহার করতে বা শেয়ার করতে পারি। এর মধ্যে দাবি, চিকিৎসার অনুমোদন এবং চিকিৎসার প্রয়োজন সম্পর্কে সিদ্ধান্ত অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। আপনার নাম, আপনার সমস্যা, আপনার চিকিৎসা এবং প্রদত্ত সরবরাহ বিলের উপর লেখা থাকতে পারে। উদাহরণস্বরূপ, আমরা একজন ডাক্তারকে জানাতে পারি যে আপনার জন্য আমাদের সুবিধা রয়েছে। আমরা বিলের যে পরিমাণ পরিশোধ করব তাও ডাক্তারকে জানিয়ে দেব।

স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রমের জন্য

আমাদের স্বাস্থ্য পরিকল্পনা(গুলি) পরিচালনার জন্য আমরা আপনার সম্পর্কে PHI ব্যবহার করতে বা ভাগ করতে পারি। উদাহরণস্বরূপ, আমরা আপনাকে সহায়তা করতে পারে এমন একটি স্বাস্থ্য প্রোগ্রাম সম্পর্কে আপনাকে জানানোর জন্য আপনার দাবি থেকে তথ্য ব্যবহার করতে পারি। আপনার উদ্বেগ সমাধানের জন্য আমরা আপনার PHI ব্যবহার বা ভাগ করতে পারি। দাবী সঠিকভাবে পরিশোধ করা হয়েছে তা দেখার জন্য আপনার PHI ব্যবহার করা হতে পারে।

স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রমে অনেক দৈনন্দিন ব্যবসায়িক চাহিদা জড়িত। এতে নিম্নলিখিতগুলো অন্তর্ভুক্ত রয়েছে তবে এতে সীমাবদ্ধ নয়:

- গুণমান উন্নত করা;
- স্বাস্থ্য প্রোগ্রামে সদস্যদের নির্দিষ্ট কিছু রোগে (যেমন হাঁপানি) সাহায্য করার জন্য পদক্ষেপ;
- চিকিৎসা পর্যালোচনার জন্য পরিচালনা বা ব্যবস্থা করা;
- জালিয়াতি ও অপব্যবহার সনাক্তকরণ এবং প্রসিকিউশন প্রোগ্রাম সহ আইনি পরিষেবা;
- আমাদের আইন মেনে চলতে সহায়তা করার জন্য ক্রিয়াকলাপ;
- অভিযোগ এবং অভিযোগের সমাধান সহ সদস্যদের প্রয়োজনের ঠিকানা।

1 লা জানুয়ারী, 2026 তারিখ থেকে কার্যকর

আপনার PHI অন্যান্য কোম্পানির ("ব্যবসায়িক সহযোগী") সাথে আমরা শেয়ার করব যারা আমাদের স্বাস্থ্য পরিকল্পনার জন্য বিভিন্ন ধরনের কার্যকলাপ করে। আমরা আপনার অ্যাপয়েন্টমেন্ট সম্পর্কে আপনাকে রিমাইন্ডার দেওয়ার জন্য আপনার PHI ব্যবহার করতে পারি। অন্যান্য চিকিৎসা(গুলি), অথবা অন্যান্য স্বাস্থ্য-সম্পর্কিত সুবিধা এবং পরিষেবা সম্পর্কে তথ্য দেওয়ার জন্য আমরা আপনার PHI ব্যবহার করতে পারি।

আপনার লিখিত অনুমোদন (অনুমোদন) ছাড়া আমরা কখন আপনার PHI ব্যবহার বা ভাগ করে নিতে পারি?

চিকিৎসা, পেমেন্ট এবং স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রমের পাশাপাশি, আইন Molina-কে অনুমোদন বা বাধ্য করে আপনার PHI ব্যবহার এবং শেয়ার করতে বিভিন্ন অন্যান্য উদ্দেশ্যে, যার মধ্যে রয়েছে নিম্নলিখিত:

আইন অনুসারে

আইন অনুসারে আমরা আপনার সম্পর্কে তথ্য ব্যবহার বা শেয়ার করব। Secretary of the Department of Health and Human Services (HHS) দ্বারা প্রয়োজনে আমরা আপনার PHI শেয়ার করব। এটি হতে পারে একটি আদালতের মামলা, অন্যান্য আইনি পর্যালোচনা, অথবা আইন প্রয়োগ সংক্রান্ত প্রয়োজনের জন্য।

জনস্বাস্থ্য

জনস্বাস্থ্য ক্রিয়াকলাপের জন্য আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করা যেতে পারে। এর মধ্যে জনস্বাস্থ্য সংস্থাগুলোকে রোগ প্রতিরোধ বা নিয়ন্ত্রণে সহায়তা করা অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।

স্বাস্থ্যসেবা তদারকি

আপনার PHI সরকারি সংস্থাগুলোর সাথে ব্যবহার বা শেয়ার করা যেতে পারে। অডিটের জন্য আপনার PHI তাদের প্রয়োজন হতে পারে।

গবেষণা

নির্দিষ্ট ক্ষেত্রে গবেষণার জন্য আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করা যেতে পারে, যেমন যখন কোনো গোপনীয়তা বা প্রাতিষ্ঠানিক পর্যালোচনা বোর্ড দ্বারা অনুমোদিত হয়।

আইনি বা প্রশাসনিক কার্যক্রম

আপনার PHI আইনী কার্যক্রমের জন্য যেমন আদালতের আদেশের প্রতিক্রিয়া হিসাবে ব্যবহার বা শেয়ার করা যেতে পারে।

আইন প্রয়োগকারী

আইন প্রয়োগের উদ্দেশ্যে পুলিশের সাথে আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করা যেতে পারে, যেমন সন্দেহভাজন, সাক্ষী বা নিখোঁজ ব্যক্তিকে খুঁজে পেতে সহায়তা করতে।

স্বাস্থ্য ও নিরাপত্তা

কোনো ব্যক্তি বা জনসাধারণের স্বাস্থ্য বা নিরাপত্তার জন্য গুরুতর এবং আসন্ন হুমকি প্রতিরোধ করার জন্য আপনার PHI ভাগ করা যেতে পারে।

সরকারি কার্যাবলী

বিশেষ কাজের জন্য সরকারের সাথে আপনার PHI শেয়ার করা যেতে পারে। উদাহরণ হিসেবে বলা যায়, প্রেসিডেন্টকে রক্ষা করা।

অপব্যবহার, অবহেলা বা পারিবারিক সহিংসতার শিকার

আমরা যদি মনে করি যে একজন ব্যক্তি অপব্যবহার বা অবহেলার শিকার তবে আইনি কর্তৃপক্ষের সাথে আপনার PHI শেয়ার করা হতে পারে।

শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ

শ্রমিক ক্ষতিপূরণ আইন মেনে চলার জন্য আপনার PHI ব্যবহার বা শেয়ার করা হতে পারে।

অন্যান্য ডিসক্লোজার

আপনার PHI অন্ত্যেষ্টিক্রিয়া পরিচালক বা করোনারদের সাথে ভাগ করে নেওয়া হতে পারে যাতে তারা তাদের কাজ করতে পারে।

ব্যবহার এবং প্রকাশের উপর অতিরিক্ত বিধিনিষেধ।

কিছু ফেডারেল এবং রাজ্য আইনের জন্য বিশেষ গোপনীয়তা সুরক্ষার প্রয়োজন হতে পারে যা নির্দিষ্ট ধরনের স্বাস্থ্য তথ্যের ব্যবহার এবং প্রকাশকে সীমাবদ্ধ করে। এই ধরনের আইন নিম্নলিখিত ধরনের তথ্য রক্ষা করতে পারে: অ্যালকোহল এবং মাদক ব্যবহারের ব্যাধি, বায়োমেট্রিক তথ্য, শিশু বা প্রাপ্তবয়স্কদের নির্যাতন বা অবহেলা, যার মধ্যে রয়েছে যৌন নির্যাতন, সংক্রামক রোগ, জেনেটিক তথ্য, HIV/AIDS, মানসিক স্বাস্থ্য,

1 লা জানুয়ারী, 2026 তারিখ থেকে কার্যকর

অপ্রাপ্তবয়স্কদের তথ্য, প্রেসক্রিপশন, প্রজনন স্বাস্থ্য এবং যৌনবাহিত রোগ। আমরা আরও কঠোর আইন অনুসরণ করব, যেখানে এটি আমাদের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য।

মাদক ব্যবহারের ব্যাধি (SUD) তথ্য ।

যদিও আমরা ফেডারেল আইনের অধীনে মাদকদ্রব্য ব্যবহারের ব্যাধি চিকিৎসা প্রোগ্রাম ("SUD প্রোগ্রাম") নই, তবুও আমরা আপনার সম্পর্কে SUD প্রোগ্রাম থেকে তথ্য পেতে পারি। আমরা আপনার বিরুদ্ধে দেওয়ানি, ফৌজদারি, প্রশাসনিক বা আইনী কার্যক্রমে ব্যবহারের জন্য SUD তথ্য প্রকাশ করতে পারি না যদি না আমাদের (i) আপনার লিখিত সম্মতি থাকে, অথবা (ii) আমাদের এবং আপনাকে বিজ্ঞপ্তি এবং শুনানির সুযোগ দেওয়ার পরে জারি করা একটি আদালতের আদেশের সাথে একটি সমন বা অন্যান্য আইনি প্রয়োজনীয়তা থাকে যা বাধ্যতামূলক প্রকাশ করে।

আপনার PHI ব্যবহার বা ভাগ করে নেওয়ার জন্য কখন আমাদের আপনার লিখিত অনুমোদন (অনুমতি) প্রয়োজন?

এই বিজ্ঞপ্তিতে তালিকাভুক্ত উদ্দেশ্যে ব্যতীত অন্য কোনো উদ্দেশ্যে আপনার PHI ব্যবহার বা ভাগ করে নেওয়ার জন্য আমাদের আপনার লিখিত অনুমোদনের প্রয়োজন। নিম্নলিখিত বিষয়গুলির জন্য আপনার PHI প্রকাশ করার আগে আমাদের আপনার অনুমোদনের প্রয়োজন: (1) সাইকোথেরাপি নোটগুলোর সর্বাধিক ব্যবহার এবং প্রকাশ; (2) বিপণনের উদ্দেশ্যে ব্যবহার ও প্রকাশ; এবং (3) PHI-এর বিক্রয়ে জড়িত এমন ব্যবহার এবং প্রকাশ। আপনি আমাদের যে লিখিত অনুমোদন দিয়েছেন তা বাতিল করতে পারেন। আপনার ইতিমধ্যেই আমাদের অনুমোদন দেওয়ার কারণে আমরা ইতিমধ্যেই যে পদক্ষেপ নিয়েছি, আপনার বাতিলকরণ তার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হবে না।

আপনার স্বাস্থ্য তথ্য অধিকারগুলো কি কি?

আপনার করার অধিকার আছে:

- PHI ব্যবহার বা প্রকাশের উপর বিধিনিষেধের অনুরোধ করুন (আপনার PHI ভাগ করে নেওয়া)

আপনি আমাদেরকে চিকিৎসা, পেমেন্ট বা স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রমের জন্য আপনার PHI শেয়ার না করার জন্য বলতে পারেন। আপনি আমাদেরকে

1 লা জানুয়ারী, 2026 তারিখ থেকে কার্যকর

আপনার PHI পরিবার, বন্ধুবান্ধব বা আপনার নাম যাদের নাম আপনার স্বাস্থ্য পরিচর্যার সাথে জড়িত তাদের সাথে শেয়ার না করার জন্যও বলতে পারেন। তবে, আপনার অনুরোধে আমাদের সম্মত হতে হবে না। আপনাকে আমাদের লিখিতভাবে অনুরোধ করতে হবে। আপনার অনুরোধ জানাতে আপনি আমাদের ফর্মটি ব্যবহার করতে পারেন।

• PHI এর গোপনীয় যোগাযোগের জন্য অনুরোধ করুন

আপনার PHI গোপন রাখার জন্য আপনি Molina-কে নির্দিষ্ট উপায়ে বা নির্দিষ্ট স্থানে আপনার PHI দিতে বলতে পারেন। আমরা যুক্তিসঙ্গত অনুরোধগুলো অনুসরণ করব, যদি আপনি আমাদের জানান যে কিভাবে সেই PHI-এর সমস্ত বা একটি অংশ শেয়ার করা আপনার জীবনকে ঝুঁকিতে ফেলতে পারে। আপনাকে আমাদের লিখিতভাবে অনুরোধ করতে হবে। আপনার অনুরোধ জানাতে আপনি আমাদের ফর্মটি ব্যবহার করতে পারেন।

• আপনার PHI পর্যালোচনা এবং কপি করুন

আমাদের কাছে থাকা আপনার PHI-এর একটি কপি পর্যালোচনা করার এবং পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। Molina-র সদস্য হিসাবে কভারেজ, ক্লেম এবং অন্যান্য সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষেত্রে ব্যবহৃত রেকর্ডগুলি এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। আপনাকে আমাদের লিখিতভাবে অনুরোধ করতে হবে। আপনার অনুরোধ জানাতে আপনি আমাদের ফর্মটি ব্যবহার করতে পারেন। রেকর্ড কপি এবং মেল করার জন্য আমরা আপনাকে একটি যুক্তিসঙ্গত ফি চার্জ করতে পারি। বিশেষ কিছু ক্ষেত্রে, আমরা অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করতে পারি। গুরুত্বপূর্ণ তথ্য: আমাদের কাছে আপনার চিকিৎসা রেকর্ডের সম্পূর্ণ কপি নেই। আপনি যদি আপনার চিকিৎসা রেকর্ড দেখতে, একটি কপি পেতে বা পরিবর্তন করতে চান, তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার ডাক্তার বা ক্লিনিকে যোগাযোগ করুন।

• আপনার PHI সংশোধন করুন

আপনি আপনার PHI সংশোধন (পরিবর্তন) করার জন্য আমাদের অনুরোধ করতে পারেন। এর মধ্যে কেবলমাত্র আপনার সদস্য হিসেবে

আমাদের দ্বারা সংরক্ষিত রেকর্ডগুলিই জড়িত। আপনাকে আমাদের লিখিতভাবে অনুরোধ করতে হবে। আপনার অনুরোধ জানাতে আপনি আমাদের ফর্মটি ব্যবহার করতে পারেন। আমরা অনুরোধ অস্বীকার করলে আপনি আমাদের সাথে অসম্মতি জানিয়ে একটি চিঠি ফাইল করতে পারেন।

• PHI প্রকাশের একটি অ্যাকাউন্টিং পান (আপনার PHI শেয়ার করা)

অনুরোধের তারিখের আগের শেষ ছয় বছর ধরে যে সমস্ত পক্ষের সঙ্গে আমরা আপনার PHI শেয়ার করেছি, সেই নির্দিষ্ট পক্ষগুলির একটি তালিকার জন্য আপনি অনুরোধ করতে পারেন। এই তালিকায় PHI শেয়ার করা নিম্নরূপ অন্তর্ভুক্ত থাকবে না:

- চিকিৎসা, পেমেন্ট বা স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রমের জন্য;
- ব্যক্তিদের তাদের নিজস্ব PHI সম্পর্কে;
- আপনার অনুমোদনের সাথে শেয়ার করা হয়েছে;
- একটি ব্যবহার বা প্রকাশের ঘটনা অন্যথায় অনুমোদিত বা প্রযোজ্য আইনের অধীনে প্রয়োজনীয়;
- PHI জাতীয় নিরাপত্তার স্বার্থে বা সুরক্ষার উদ্দেশ্যে প্রকাশ করা হয়েছে; বা
- প্রযোজ্য আইন অনুসারে একটি সীমিত ডেটা সেটের অংশ হিসাবে।

আপনি যদি 12 মাসের মধ্যে একাধিকবার এই তালিকাটি চান, তাহলে আমরা প্রতিটি তালিকার জন্য যুক্তিসঙ্গত ফি নেব। আপনাকে আমাদের লিখিতভাবে অনুরোধ করতে হবে। আপনার অনুরোধ জানাতে আপনি আমাদের ফর্মটি ব্যবহার করতে পারেন।

আপনি উপরে তালিকাভুক্ত যেকোনো অনুরোধ করতে পারেন অথবা এই বিজ্ঞপ্তির একটি কাগজের কপি পেতে পারেন। অনুগ্রহ করে আপনার আইডি কার্ডের পিছনে দেওয়া টোল-ফ্রি নম্বরে আমাদের সদস্য পরিষেবা বিভাগে সপ্তাহের 7 দিন, স্থানীয় সময় 8 a.m. থেকে 8 p.m. মধ্যে কল করুন। TTY/ TDD ব্যবহারকারীরা অনুগ্রহ করে 711 নম্বরে কল করুন।

1 লা জানুয়ারী, 2026 তারিখ থেকে কার্যকর

আপনার অধিকার সুরক্ষিত না হলে আপনি কি করতে পারেন?

যদি আপনার মনে হয় আপনার গোপনীয়তার অধিকার লঙ্ঘিত হয়েছে, তাহলে আপনি আমাদের কাছে এবং Department of Health and Human Services-এর কাছে অভিযোগ করতে পারেন। আমরা অভিযোগ দায়ের করার জন্য আপনার বিরুদ্ধে কিছু করব না। আপনার পরিচর্যা এবং সুযোগ-সুবিধাগুলো কোনো ভাবেই পরিবর্তন হবে না।

আপনি এতে আমাদের কাছে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন:

আপনার আইডি কার্ডের পিছনে দেওয়া টোল-ফ্রি নম্বরে সপ্তাহের 7 দিন, স্থানীয় সময় 8 a.m. থেকে 8 p.m. পর্যন্ত সদস্য পরিষেবাগুলিতে কল করুন। TTY/TDD ব্যবহারকারীরা অনুগ্রহ করে 711 নম্বরে কল করুন। অথবা আমাদের এই ঠিকানায় লিখুন:

Molina Healthcare
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977

আপনি *Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services-এর কাছে অভিযোগ করতে পারেন:*

U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights
200 Independence Ave., S.W. Suite 509F, HHH Building Washington,
D.C. 20201

(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (ফ্যাক্স)

আমাদের কর্তব্যগুলি কী কী?

আমাদের প্রয়োজন:

- আপনার PHI ব্যক্তিগত রাখুন;
- আপনার PHI সম্পর্কে আমাদের কর্তব্য এবং গোপনীয়তা অনুশীলন সম্পর্কে আপনাকে লিখিত তথ্য প্রদান করুন;

1 লা জানুয়ারী, 2026 তারিখ থেকে কার্যকর

- আপনার অসুরক্ষিত PHI-এর কোনো লঙ্ঘনের ক্ষেত্রে আপনাকে একটি নোটিশ প্রদান করুন;
- আন্ডাররাইটিং এর উদ্দেশ্যে আপনার জেনেটিক তথ্য ব্যবহার অথবা প্রকাশ না করা;
- এই নোটিশের শর্তাবলী অনুসরণ করুন।

এই নোটিশটি পরিবর্তন সাপেক্ষে

আমরা যে কোনো সময় এই বিজ্ঞপ্তির তথ্য পদ্ধতি এবং শর্তাবলী পরিবর্তন করার অধিকার সংরক্ষণ করি। যদি আমরা তা করি, তাহলে নতুন শর্তাবলী এবং অনুশীলনগুলি আমাদের কাছে থাকা সমস্ত PHI-এর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হবে। যদি আমরা কোনো গুরুত্বপূর্ণ পরিবর্তন করি, তাহলে আমরা আমাদের ওয়েবসাইটে সংশোধিত বিজ্ঞপ্তিটি পোস্ট করব এবং আমাদের পরবর্তী বার্ষিক মেইলিংয়ে আমাদের সদস্যদের কাছে সংশোধিত বিজ্ঞপ্তি, অথবা গুরুত্বপূর্ণ পরিবর্তন এবং সংশোধিত বিজ্ঞপ্তিটি কীভাবে পেতে হয় সে সম্পর্কে তথ্য পাঠাব। এই বিজ্ঞপ্তিটি আমাদের ওয়েবসাইট

MolinaHealthcare.com-এ উপলভ্য।

যোগাযোগের তথ্য

এই বিজ্ঞপ্তি সম্পর্কে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে, অনুগ্রহ করে আমাদের সাথে যোগাযোগ করুন।

আপনার আইডি কার্ডের পিছনে দেওয়া টোল-ফ্রি নম্বরে আমাদের সদস্য পরিষেবা বিভাগে কল করুন; সপ্তাহের 7 দিন, স্থানীয় সময় 8 a.m. থেকে 8 p.m. পর্যন্ত। TTY/TDD ব্যবহারকারীরা অনুগ্রহ করে 711 নম্বরে কল করুন।

Molina Member Service, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802 ঠিকানায় লিখুন।

আপনি এই নথিটি বিনামূল্যে অন্যান্য ফর্ম্যাটে পেতে পারেন, যেমন বড় মুদ্রণ, ব্রেইল, অথবা অডিও। (855) 882-3901, TTY/TDD: 711-এ কল করুন, সপ্তাহের 7 দিন, স্থানীয় সময় 8 a.m. থেকে 8 p.m. পর্যন্ত। কলটি বিনামূল্যে করা যাবে।

1 লা জানুয়ারী, 2026 তারিখ থেকে কার্যকর

PO Box 298
Monroe, WI 53566-0298
Attn: Enrollment Accounting

Molina Healthcare সম্পর্কিত গুরুত্বপূর্ণ তথ্য



NYACBN26L00819