

2026

Ετήσια Δήλωση Αλλαγών

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

New York H5992-007-000

Ισχύει από 1 Ιανουαρίου έως 31 Δεκεμβρίου 2026

H5992_26_007_NY_ANOC_M

NY-H5992-7-AC-EL-26-L

Αγαπητό μέλος:

Σας ευχαριστούμε που είστε μέλος του προγράμματος Medicaid Advantage Plus, Senior Whole Health of New York NHC (HMO-DSNP). Επικοινωνούμε μαζί σας για να σας ενημερώσουμε σχετικά με μια σημαντική αλλαγή στη διαδικασία ένστασής σας που ξεκινά την 1η Ιανουαρίου 2026.

Από την 1η Ιανουαρίου 2026, ο τρόπος με τον οποίο ζητάτε ένσταση επιπέδου 2 θα αλλάξει. Μπορείτε να βρείτε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με αυτή την αλλαγή στην Ενότητα 2 της συνημμένης Ετήσιας Δήλωσης Αλλαγών για το 2026.

Εάν έχετε ερωτήσεις σχετικά με αυτήν την αλλαγή, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στον αριθμό (833) 671-0440. (Οι χρήστες TTY καλούν στο 711.)

Μπορείτε να μας καλέσετε τηλεφωνικά. Ώρες λειτουργίας:
1 Οκτωβρίου – 31 Μαρτίου: 8 a.m. έως 8 p.m., τοπική ώρα, 7 ημέρες την εβδομάδα. Από 1 Απριλίου – 30 Σεπτεμβρίου, Δευτέρα – Παρασκευή, 8 a.m. έως 8 p.m., τοπική ώρα. Οι κλήσεις σε αυτούς τους αριθμούς είναι δωρεάν.

Το *Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)* προσφέρεται από την *Senior Whole Health of New York, Inc.*

Ετήσια Δήλωση Αλλαγών για το 2026

Είστε εγγεγραμμένος/η ως μέλος του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Το παρόν υλικό περιγράφει τις αλλαγές στα έξοδα και τις παροχές του προγράμματός μας για το επόμενο έτος.

- **Έχετε στη διάθεσή σας από τις 15 Οκτωβρίου έως τις 7 Δεκεμβρίου για να κάνετε αλλαγές στην κάλυψη Medicare για το επόμενο έτος.** Εάν δεν εγγραφείτε σε άλλο πρόγραμμα έως τις 7 Δεκεμβρίου 2025, θα παραμείνετε στο Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).
- Για να μεταβείτε σε **διαφορετικό πρόγραμμα**, επισκεφθείτε τη διεύθυνση www.Medicare.gov ή διαβάστε τη λίστα στο πίσω μέρος του εγχειριδίου *Medicare & You 2026*.
- Λάβετε υπόψη ότι αυτή είναι μόνο μια περίληψη των αλλαγών. Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα έξοδα, τις παροχές και τους κανόνες παρέχονται στα *Αποδεικτικά κάλυψης*. Λάβετε ένα αντίγραφο στο SWHNY.com ή καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (Οι χρήστες ΤΤΥ μπορούν να καλούν στο 711) για να λάβετε ένα αντίγραφο μέσω ταχυδρομείου.

Περισσότεροι πόροι

- Το παρόν υλικό διατίθεται δωρεάν στα Ισπανικά, Κινεζικά, Αραβικά, Κορεατικά, Ρωσικά, Ιταλικά, Γαλλικά, Γαλλικά Κρεολικά, Γίντις, Πολωνικά, Ταγκαλόγκ, Μπενγκάλι, Αλβανικά, Ελληνικά και Ουρντού.
- Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (Οι χρήστες ΤΤΥ μπορούν να καλούν στο 711.) για περισσότερες πληροφορίες. **Ωράριο: 1 Οκτωβρίου – 31 Μαρτίου:** 8 a.m. έως 8 p.m., τοπική ώρα, 7 ημέρες την εβδομάδα. **Από 1 Απριλίου – 30 Σεπτεμβρίου,** Δευτέρα – Παρασκευή, 8 a.m. – 8 p.m. τοπική ώρα. Η κλήση αυτή είναι χωρίς χρέωση.
- Μπορείτε να λάβετε αυτό το έγγραφο δωρεάν σε άλλες γλώσσες ή άλλες μορφές, όπως μεγάλη εκτύπωση, Μπράιγ ή ήχο. Καλέστε στο (833) 671-0440, (ΤΤΥ:711). Η κλήση αυτή είναι χωρίς χρέωση.

Σχετικά με τα προγράμματα Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

- Το Molina Healthcare είναι ένα πρόγραμμα C-SNP, D-SNP και HMO με σύμβαση Medicare. Τα προγράμματα D-SNP έχουν σύμβαση με το πολιτειακό πρόγραμμα Medicaid. Η εγγραφή εξαρτάται από την ανανέωση της σύμβασης. Το πρόγραμμά μας έχει επίσης γραπτή σύμβαση με το πρόγραμμα New York Medicaid για τον συντονισμό των παροχών Medicaid.
- Η χρήση των αντωνυμιών “εμείς”, “εμάς” ή “μας” αναφέρεται στο Senior Whole Health of New York, Inc.. Η χρήση του όρου

”πρόγραμμα” ή ”πρόγραμμά μας” αναφέρεται στο Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

- **Εάν δεν προβείτε σε καμία ενέργεια μέχρι τις 7 Δεκεμβρίου 2025, θα εγγραφείτε αυτόματα στο Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).** Αυτό σημαίνει ότι από την 1η Ιανουαρίου 2026, θα λαμβάνετε ιατρική κάλυψη και κάλυψη φαρμάκων μέσω του Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Μεταβείτε στην Ενότητα 3 για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο αλλαγής των σχεδίων και των προθεσμιών για την πραγματοποίηση μιας αλλαγής.

H5992_26_007_NY_ANOC_M

Ετήσια Δήλωση Αλλαγών για το 2026

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη	σημαντικού κόστους για το 2026	6
ΤΜΗΜΑ 1	Αλλαγές σε παροχές και κόστος για το επόμενο έτος	13
Τμήμα 1.1	Αλλαγές στο μηνιαίο ασφάλιστρο προγράμματος	13
Τμήμα 1.2	Αλλαγές στο μέγιστο ποσό συμμετοχής σας στα έξοδα	13
Τμήμα 1.3	Αλλαγές στο δίκτυο παρόχων	15
Τμήμα 1.4	Αλλαγές στο δίκτυο φαρμακείων	16
Τμήμα 1.5	Αλλαγές σε παροχές και κόστος για ιατρικές υπηρεσίες	17
Τμήμα 1.6	Αλλαγές στην κάλυψη φαρμάκων Μέρους D	25
Τμήμα 1.7	Αλλαγές στις παροχές και το κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων	26
ΤΜΗΜΑ 2	Διοικητικές Αλλαγές	40
ΤΜΗΜΑ 3	Πώς να αλλάξετε προγράμματα	46
Τμήμα 3.1	Προθεσμία για αλλαγή προγραμμάτων	47
Τμήμα 3.2	Υπάρχουν άλλες περίοδοι εντός του έτους που μπορείτε να κάνετε αλλαγή;	48
ΤΜΗΜΑ 4	Λάβετε βοήθεια για την πληρωμή συνταγογραφούμενων φαρμάκων	49

ΤΜΗΜΑ 5	Ερωτήσεις;	52
Τμήμα 5.1	Λάβετε βοήθεια από το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	52
Τμήμα 5.2	Λάβετε δωρεάν συμβουλευτική για το Medicare	53
Τμήμα 5.3	Λάβετε βοήθεια από το Medicare	54
Τμήμα 5.4	Λάβετε βοήθεια από το Medicaid	55

Περίληψη σημαντικού κόστους για το 2026

Ο παρακάτω πίνακας συγκρίνει το κόστος του 2025 και το κόστος του 2026 για το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) σε διάφορους σημαντικούς τομείς. **Λάβετε υπόψη ότι αυτή είναι μόνο μια περίληψη του κόστους.**

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
Μηνιαία ασφάλιστρα προγράμματος* * Το ασφάλιστρό σας μπορεί να είναι υψηλότερο από αυτό το ποσό. Μεταβείτε στην Ενότητα 1.1 για λεπτομέρειες.	\$0	\$0
Επισκέψεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης	\$0 συμμετοχή ανά επίσκεψη	\$0 συμμετοχή ανά επίσκεψη
Επίσκεψη σε ειδικό γιατρό	30% συμμετοχή ανά επίσκεψη	30% συμμετοχή ανά επίσκεψη
Νοσηλεία σε νοσοκομείο με εισαγωγή	\$0 συμμετοχή Το πρόγραμμα καλύπτει έως και 90	\$0 συμμετοχή Το πρόγραμμα καλύπτει έως και 90

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
<p>Περιλαμβάνει ενδονοσοκομειακή περίθαλψη σε οξείες καταστάσεις, ενδονοσοκομειακή αποκατάσταση, νοσοκομεία μακροχρόνιας φροντίδας και άλλους τύπους υπηρεσιών νοσηλείας σε νοσοκομείο με εισαγωγή. Η νοσοκομειακή περίθαλψη με εισαγωγή ξεκινά την ημέρα που θα εισαχθείτε επίσημα στο νοσοκομείο με εντολή γιατρού. Η ημέρα πριν πάρετε εξιτήριο είναι η τελευταία σας ημέρα νοσηλείας.</p>	<p>ημέρες νοσοκομειακή περίθαλψη με εισαγωγή για κάθε περίοδο παροχών. Έχετε επίσης επιπλέον 60 ημέρες κάλυψης, που ονομάζονται εφεδρικές ημέρες εφ' όρου ζωής. Αυτές οι 60 ημέρες μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνο μία φορά. Θα αρχίσουμε να εφαρμόζουμε αυτόματα τις εφεδρικές ημέρες εφ' όρου ζωής, εκτός εάν μας πείτε ρητά να μην το κάνουμε (ανατρέξτε στα Αποδεικτικά κάλυψης για περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τις περιόδους παροχών).</p>	<p>ημέρες νοσοκομειακή περίθαλψη με εισαγωγή για κάθε περίοδο παροχών. Έχετε επίσης επιπλέον 60 ημέρες κάλυψης, που ονομάζονται εφεδρικές ημέρες εφ' όρου ζωής. Αυτές οι 60 ημέρες μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνο μία φορά. Θα αρχίσουμε να εφαρμόζουμε αυτόματα τις εφεδρικές ημέρες εφ' όρου ζωής, εκτός εάν μας πείτε ρητά να μην το κάνουμε (ανατρέξτε στα Αποδεικτικά κάλυψης για περισσότερες λεπτομέρειες</p>

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
		σχετικά με τις περιόδους παροχών).
Κάλυψη φαρμάκων του Μέρους D	<p>Τα καλυπτόμενα φάρμακα του Μέρους D του καταλόγου φαρμάκων θα είναι σε ένα επίπεδο. Η δαπάνη σας για προμήθεια ενός μήνα (31 ημερών) σε φαρμακείο του δικτύου με τυπικό επιμερισμό δαπάνης:</p> <p>Γενόσημα και προτιμώμενα φάρμακα πολλαπλών πηγών: Πληρώνετε \$0 ανά συνταγή</p> <p>Όλα τα άλλα φάρμακα: Πληρώνετε \$0 ανά συνταγή</p>	<p>Εκπιπτόμενο ποσό: \$615</p> <p>Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, πληρώνετε \$0 επιμερισμό δαπάνης για φάρμακα στα Επίπεδα 1 και 6, και το ισχύον κόστος των φαρμάκων στα Επίπεδα 2, 3, 4 και 5 μέχρι να φτάσετε στο ετήσιο εκπιπτόμενο ποσό.</p> <p>Συμμετοχή κατά το Στάδιο Αρχικής Κάλυψης:</p> <p>Επίπεδο φαρμάκων 1: \$0 συμμετοχή</p>

2025 (τρέχον έτος)**2026 (επόμενο έτος)****Επίπεδο φαρμάκων
2:****\$0, \$1.60 ή \$5.10
συμμετοχή για
γενόσημα φάρμακα
(συμπεριλαμβανομένων
επώνυμων
φαρμάκων που
αντιμετωπίζονται
ως γενόσημα)****\$0, \$4.90 ή \$12.65
συμμετοχή για όλα
τα άλλα φάρμακα
ανά συνταγή****Επίπεδο φαρμάκων
3:****\$0, \$1.60 ή \$5.10
συμμετοχή για
γενόσημα φάρμακα
(συμπεριλαμβανομένων
επώνυμων
φαρμάκων που**

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
		<p>αντιμετωπίζονται ως γενόσημα)</p> <p>\$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή</p> <p>Επίπεδο φαρμάκων 4:</p> <p>\$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα)</p> <p>\$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή</p> <p>Επίπεδο φαρμάκων 5:</p>

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
		<p>\$0, \$1.60 ή \$5.10 συμμετοχή για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα)</p> <p>\$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή</p> <p>Επίπεδο φαρμάκων 6: \$0 συμμετοχή</p> <p>Καταστροφικής Κάλυψης: Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου πληρωμής, δεν πληρώνετε τίποτα</p>

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
		για τα φάρμακα που καλύπτονται από το Μέρος D.
<p>Ανώτατο ποσό συμμετοχής στα έξοδα</p> <p>Αυτό είναι η <u>μέγιστη</u> συμμετοχή σας σε έξοδα για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες του Μέρους A και του Μέρους B. (Βλ. Ενότητα 1.2 για λεπτομέρειες.)</p>	<p>\$9,350</p> <p>Εάν πληροίτε τα κριτήρια για να λάβετε τη βοήθεια επιμερισμού δαπάνης Medicare στο πλαίσιο του Medicaid, δεν είστε υπεύθυνοι να πληρώνετε οποιαδήποτε συμμετοχή στα έξοδα για να καλύψετε το ανώτατο ποσό συμμετοχής στα έξοδα για υπηρεσίες που καλύπτονται από το Μέρος A και από το Μέρος B.</p>	<p>\$9,250</p> <p>Εάν πληροίτε τα κριτήρια για να λάβετε τη βοήθεια επιμερισμού της δαπάνης της Medicare στο πλαίσιο του Medicaid, δεν είστε υπεύθυνος να πληρώνετε οποιαδήποτε συμμετοχή σε έξοδα για να καλύψετε το ανώτατο ποσό συμμετοχής στα έξοδα για υπηρεσίες που καλύπτονται από το Μέρος A και από το Μέρος B.</p>

ΤΜΗΜΑ 1 Αλλαγές σε παροχές και κόστος για το επόμενο έτος

Τμήμα 1.1 Αλλαγές στο μηνιαίο ασφάλιστρο προγράμματος

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
Μηνιαία ασφάλιστρα προγράμματος (Πρέπει επίσης να συνεχίσετε να πληρώνετε το ασφάλιστρο Medicare Part B, εκτός αν καταβάλλεται για λογαριασμό σας από το Medicaid.)	\$0	\$0

Τμήμα 1.2 Αλλαγές στο μέγιστο ποσό συμμετοχής σας στα έξοδα

Το Medicare απαιτεί από όλα τα προγράμματα υγείας να περιορίζουν το ποσό που πληρώνει ο ασφαλισμένος από την τσέπη του για το έτος. Αυτό το όριο ονομάζεται ανώτατο ποσό συμμετοχής στα έξοδα. Μόλις πληρώσετε αυτό το ποσό, κατά κανόνα, δεν θα πληρώσετε τίποτα για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες του Μέρους Α και του Μέρους Β για το υπόλοιπο του ημερολογιακού έτους.

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
<p>Ανώτατο ποσό συμμετοχής στα έξοδα</p> <p>Επειδή τα μέλη μας λαμβάνουν επίσης βοήθεια και από το Medicaid, πολύ λίγα μέλη συμπληρώνουν αυτό το μέγιστο ποσό συμμετοχής στα έξοδα.</p> <p>Δεν είστε υπεύθυνοι να πληρώνετε οποιαδήποτε συμμετοχή στα έξοδα για να καλύψετε το ανώτατο ποσό συμμετοχής στα έξοδα για καλυπτόμενες υπηρεσίες από το Μέρος Α και από το Μέρος Β.</p> <p>Οι δαπάνες σας για καλυπτόμενες ιατρικές υπηρεσίες (όπως οι συμμετοχές)</p>	\$9,350	<p>\$9,250</p> <p>Αφού πληρώσετε \$9,250 ως δική σας συμμετοχή για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες του Μέρους Α και του Μέρους Β, δεν θα πληρώσετε τίποτα για τις καλυπτόμενες υπηρεσίες του Μέρους Α και του Μέρους Β για το υπόλοιπο του ημερολογιακού</p>

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
<p>προσμετρώνται στο ανώτατο ποσό συμμετοχής σας στα έξοδα. Το ασφάλιστρο του προγράμματός σας και οι δαπάνες για συνταγογραφούμενα φάρμακα δεν προσμετρώνται στο ανώτατο ποσό συμμετοχής σας στα έξοδα.</p>		<p>έτους.</p>

Τμήμα 1.3 Αλλαγές στο δίκτυο παρόχων

Το δίκτυο των παρόχων μας για το επόμενο έτος άλλαξε. Ανατρέξτε στον Κατάλογο παρόχων για το 2026 στη διεύθυνση [SWHNY.com](https://www.swhny.com) για να δείτε εάν οι πάροχοί σας (πάροχος πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ειδικοί, νοσοκομεία κ.λπ.) βρίσκονται στο δίκτυό μας. Δείτε πώς μπορείτε να λάβετε έναν ενημερωμένο *Κατάλογο Παρόχων*:

- Επισκεφθείτε τον ιστότοπό μας στη διεύθυνση [SWHNY.com](https://www.swhny.com).
- Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (Οι χρήστες ΤΤΥ μπορούν να καλούν στο 711) για να λάβετε τις τρέχουσες πληροφορίες του παρόχου ή να μας ζητήσετε να σας ταχυδρομήσουμε έναν *Κατάλογο παρόχων*.

Έχουμε δικαίωμα να κάνουμε αλλαγές στα νοσοκομεία, στους ιατρούς και στους ειδικούς (παρόχους) που αποτελούν μέρος του προγράμματός μας κατά τη διάρκεια του έτους. Εάν μια αλλαγή στους παρόχους μας στα μέσα του έτους σας επηρεάσει, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (Οι χρήστες ΤΤΥ μπορούν να καλούν στο 711) για βοήθεια. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά σας όταν ένας πάροχος δικτύου αποχωρεί από το σχέδιό μας, μεταβείτε στο Κεφάλαιο 3, Ενότητα 2.3 των *Αποδεικτικών Κάλυψης*.

Τμήμα 1.4 Αλλαγές στο δίκτυο φαρμακείων

Τα ποσά που πληρώνετε για τα συνταγογραφούμενα φάρμακά σας μπορεί να εξαρτώνται από το φαρμακείο που χρησιμοποιείτε. Για τα φαρμακευτικά προγράμματα Medicare υπάρχει ένα δίκτυο φαρμακείων. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι συνταγές σας καλύπτονται *μόνο* εάν εκτελούνται σε ένα από τα φαρμακεία του δικτύου μας.

Το δίκτυο των φαρμακείων μας για το επόμενο έτος άλλαξε. Ανατρέξτε στον *2026 Κατάλογο Φαρμακείων* στη διεύθυνση [SWHNY.com](https://www.swhny.com) για να δείτε ποια φαρμακεία βρίσκονται στο δίκτυό μας. Δείτε πώς μπορείτε να λάβετε έναν ενημερωμένο *Κατάλογο Φαρμακείων*.

- Επισκεφθείτε τον ιστότοπό μας στη διεύθυνση [SWHNY.com](https://www.swhny.com).
- Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες ΤΤΥ μπορούν να καλούν στο 711) για να λάβετε τις τρέχουσες πληροφορίες του φαρμακείου ή να μας ζητήσετε να σας ταχυδρομήσουμε έναν *Κατάλογο Φαρμακείων*.

Ενδέχεται να κάνουμε αλλαγές στα φαρμακεία που αποτελούν μέρος του προγράμματος σας κατά τη διάρκεια του έτους. Εάν μια αλλαγή στα φαρμακεία μας στα μέσα του έτους σας επηρεάσει, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (οι χρήστες ΤΤΥ μπορούν να καλούν στο 711) για βοήθεια.

Τμήμα 1.5 Αλλαγές σε παροχές και κόστος για ιατρικές υπηρεσίες

Η Ετήσια Δήλωση Αλλαγών σας ενημερώνει για αλλαγές στις παροχές και το κόστος του Medicare.

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
Ειδικές συμπληρωματικές παροχές για χρονίως πάσχοντες (SSBCI) – Τρόφιμα και προϊόντα	Η παροχή καλύπτεται ως Ειδικές συμπληρωματικές παροχές για χρονίως πάσχοντες (SSBCI). Όσοι πληρούν τις προϋποθέσεις λαμβάνουν ένα επίδομα \$73 κάθε μήνα για υγιεινά τρόφιμα και προϊόντα. Η κάλυψη SSBCI είναι μόνο για μέλη με συγκεκριμένες χρόνιες	Τα μέλη που πληρούν τις προϋποθέσεις για επιλέξιμες χρόνιες παθήσεις λαμβάνουν συνολικά \$285 κάθε μήνα για τρόφιμα και προϊόντα (SSBCI).

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
	παθήσεις.	
Ειδικές συμπληρωματικές παροχές για χρονίως πάσχοντες (SSBCI) – Υπηρεσίες κοινής ωφέλειας	Αυτή δεν είναι μια καλυπτόμενη συμπληρωματική παροχή.	Τα μέλη που πληρούν τις προϋποθέσεις για επιλέξιμες χρόνιες παθήσεις λαμβάνουν συνολικά \$285 κάθε μήνα ως βοήθημα για τους λογαριασμούς υπηρεσιών κοινής ωφέλειας (ηλεκτρικό ρεύμα, φυσικό αέριο και νερό).
Ειδικές συμπληρωματικές παροχές για χρονίως πάσχοντες (SSBCI) – Μεταφορά μη ιατρικής φύσεως	Αυτή δεν είναι μια καλυπτόμενη συμπληρωματική παροχή.	Τα μέλη που πληρούν τις προϋποθέσεις για επιλέξιμες χρόνιες παθήσεις λαμβάνουν συνδυασμένο επίδομα \$285 κάθε μήνα για μεταφορές

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
		μη ιατρικής φύσεως.
Προπληρωμένη χρεωστική κάρτα (κάρτα Healthy You)	Είχατε μια κάρτα Healthy You με ένα συνδυασμένο επίδομα OTC και υπηρεσιών μεταφοράς και ένα ξεχωριστό επίδομα SSBCI για τρόφιμα και προϊόντα.	Λαμβάνετε μια προπληρωμένη χρεωστική κάρτα Healthy You με συνδυασμένο μηνιαίο επίδομα \$285 για OTC είδη, OTC ακουστικά βαρηκοΐας, υπηρεσίες μεταφοράς προς εγκεκριμένες από το πρόγραμμα τοποθεσίες που σχετίζονται με την υγεία, SSBCI για τρόφιμα και προϊόντα, μεταφορές μη ιατρικής φύσεως και υπηρεσίες κοινής ωφέλειας.

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
		<p>Η πρόσβαση στις υπηρεσίες μεταφοράς είναι δυνατή μέσω χρεωστικής κάρτας. Τα OTC είδη μπορούν να αγοραστούν μέσω χρεωστικής κάρτας ή καταλόγου. Τα OTC ακουστικά βαρηκοΐας μπορούν να αγοραστούν μέσω καταλόγου. Οι πρόσθετες παροχές SSBCI είναι προσβάσιμες μέσω χρεωστικής κάρτας και περιλαμβάνουν τρόφιμα και προϊόντα, μεταφορές μη ιατρικής φύσεως και γενική υποστήριξη για τη διαβίωση. Το</p>

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
		αχρησιμοποίητο επίδομα δεν μεταφέρεται στον επόμενο μήνα.
Πρόσθετες παροχές τηλεϊατρικής	Πληρώνετε \$0 συμμετοχή για ορισμένες υπηρεσίες τηλεϊατρικής, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών ιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης.	Πληρώνετε \$0 συμμετοχή για ορισμένες υπηρεσίες τηλεϊατρικής, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών καρδιακής αποκατάστασης, των υπηρεσιών ιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, των υπηρεσιών χειροπρακτικής, των υπηρεσιών εργοθεραπείας, των υπηρεσιών ειδικών ιατρών, των ατομικών

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
		<p>συνεδριών για ειδικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, των ομαδικών συνεδριών για ειδικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, των υπηρεσιών ποδιατρικής, των άλλων επαγγελματιών υγείας, των ατομικών συνεδριών ψυχιατρικών υπηρεσιών, των ομαδικών συνεδριών ψυχιατρικών υπηρεσιών, των υπηρεσιών φυσικοθεραπείας και λογοπαθολογίας, των υπηρεσιών</p>

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
		προγράμματος θεραπείας με οπιοειδή, των ατομικών εξωνοσοκομειακών συνεδριών για κατάχρηση ουσιών και των ομαδικών εξωνοσοκομειακών συνεδριών για κατάχρηση ουσιών.
Υπηρεσίες μεταφοράς προς εγκεκριμένες από το πρόγραμμα τοποθεσίες (Συμπληρωματικές)	Λαμβάνετε επίδομα \$100 κάθε μήνα για να αποκτήσετε πρόσβαση στα μέσα μεταφοράς. Το επίδομα αυτό συνδυάζεται με την παροχή OTC.	Λαμβάνετε μια προπληρωμένη χρεωστική κάρτα Healthy You με συνδυασμένο μηνιαίο επίδομα \$285 για υπηρεσίες μεταφοράς προς εγκεκριμένες από το πρόγραμμα τοποθεσίες που σχετίζονται με την υγεία.

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
		Παραδείγματα εγκεκριμένων από το πρόγραμμα τοποθεσιών είναι οι πάροχοι δικτύου για ιατρικές, φαρμακευτικές, οδοντιατρικές, οφθαλμολογικές και ακουσολογικές υπηρεσίες.
Εξετάσεις ακοής (Συμπληρωματικές)	Αυτή δεν είναι μια καλυπτόμενη συμπληρωματική παροχή.	Λαμβάνετε μία οφθαλμολογική εξέταση ρουτίνας κάθε ημερολογιακό έτος
Συνταγογραφούμενα ακουστικά βαρηκοΐας	Αυτή δεν είναι μια καλυπτόμενη συμπληρωματική παροχή.	Λαμβάνετε έως και 2 προεπιλεγμένα ακουστικά βαρηκοΐας από εγκεκριμένο πάροχο του προγράμματος κάθε δύο χρόνια και για τα δύο αυτιά

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
		μαζί.
Μη συνταγογραφούμενα (OTC) είδη Ακουστικά βαρηκοΐας (Συμπληρωματικά)	Αυτή δεν είναι μια καλυπτόμενη συμπληρωματική παροχή.	Λαμβάνετε μια προπληρωμένη χρεωστική κάρτα Healthy You με συνδυασμένο μηνιαίο επίδομα \$285 για OTC ακουστικά βαρηκοΐας.

Τμήμα 1.6 Αλλαγές στην κάλυψη φαρμάκων Μέρους D

Αλλαγές στον Κατάλογο Φαρμάκων μας

Ο κατάλογος με τα καλυπτόμενα φάρμακά μας ονομάζεται Κατάλογος Φαρμάκων. Αντίγραφο του Καταλόγου Φαρμάκων μας παρέχεται ηλεκτρονικά.

Κάναμε αλλαγές στον Κατάλογο Φαρμάκων μας, οι οποίες θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν την αφαίρεση ή την προσθήκη φαρμάκων, την αλλαγή των περιορισμών που ισχύουν για την κάλυψή μας για συγκεκριμένα φάρμακα ή τη μετακίνησή τους σε διαφορετικό επίπεδο επιμερισμού δαπάνης. **Ελέγξτε τον Κατάλογο Φαρμάκων για να βεβαιωθείτε ότι τα φάρμακά σας θα καλύπτονται το**

επόμενο έτος και για να δείτε εάν θα υπάρχουν περιορισμοί ή εάν το φάρμακό σας έχει μετακινηθεί σε διαφορετικό επίπεδο επιμερισμού δαπάνης.

Οι περισσότερες αλλαγές στον Κατάλογο Φαρμάκων τίθενται σε ισχύ στην αρχή κάθε έτους. Ωστόσο, ενδέχεται να πραγματοποιήσουμε άλλες αλλαγές που επιτρέπονται από τους κανόνες του Medicare, οι οποίες θα σας επηρεάσουν κατά τη διάρκεια του ημερολογιακού έτους. Ενημερώνουμε τον διαδικτυακό μας Κατάλογο Φαρμάκων τουλάχιστον κάθε μήνα για να παρέχουμε τον πλέον ενημερωμένο κατάλογο φαρμάκων. Εάν κάνουμε μια αλλαγή που θα επηρεάσει την πρόσβασή σας σε ένα φάρμακο που λαμβάνετε, θα σας ειδοποιήσουμε σχετικά με την αλλαγή.

Εάν επηρεάζεστε από μια αλλαγή στην κάλυψη φαρμάκων στην αρχή του έτους ή κατά τη διάρκεια του έτους, ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 9 των *Αποδεικτικών Κάλυψης* και μιλήστε με τον συνταγογράφο σας για να μάθετε τις επιλογές σας, όπως να ζητήσετε προσωρινό απόθεμα, να υποβάλετε αίτηση για εξαίρεση ή/και να βρείτε νέο φάρμακο. Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (Οι χρήστες TTY μπορούν να καλούν στο 711) για περισσότερες πληροφορίες.

Τμήμα 1.7 Αλλαγές στις παροχές και το κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων

Λαμβάνετε Extra Help για να πληρώσετε το κόστος κάλυψης των φαρμάκων σας;

Εάν συμμετέχετε σε πρόγραμμα που σας βοηθά να πληρώσετε για τα φάρμακά σας (Extra Help), **οι πληροφορίες σχετικά με το κόστος για τα φάρμακα του Μέρους D μπορεί να μην ισχύουν για εσάς.**

Σας στείλαμε ένα ξεχωριστό υλικό, που ονομάζεται *Αποδεικτικά κάλυψης για άτομα που λαμβάνουν Extra Help για την πληρωμή συνταγογραφούμενων φαρμάκων*, το οποίο σας ενημερώνει για το κόστος των φαρμάκων σας. Εάν λαμβάνετε Extra Help και δεν λάβατε αυτό το υλικό έως τις 30 Σεπτεμβρίου, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (Οι χρήστες ΤΤΥ μπορούν να καλούν στο 711) και ζητήστε το *Εγχειρίδιο LIS*.

Στάδια πληρωμής φαρμάκων

Υπάρχουν 3 **στάδια πληρωμής φαρμάκων**: το Στάδιο Ετήσιου Εκπιπτόμενου Ποσού, το Στάδιο Αρχικής Κάλυψης και το Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης. Το Στάδιο Κενού Κάλυψης και το πρόγραμμα Coverage Gap Discount Program δεν περιλαμβάνονται πλέον στην παροχή του Μέρους D.

- **Στάδιο 1: Ετήσιου Εκπιπτόμενου ποσού**

Αυτό είναι το αρχικό σας στάδιο πληρωμής κάθε ημερολογιακό έτος. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, πληρώνετε το πλήρες κόστος των φαρμάκων του Μέρους D μέχρι να φτάσετε στο ετήσιο εκπιπτόμενο ποσό.

- **Στάδιο 2: Αρχικής Κάλυψης**

Μόλις πληρώσετε το ετήσιο εκπιπτόμενο ποσό, μεταβαίνετε στο Στάδιο Αρχικής Κάλυψης. Στο στάδιο αυτό, το πρόγραμμά μας καλύπτει το μερίδιό του στο κόστος των φαρμάκων σας και εσείς πληρώνετε το δικό σας μερίδιο. Κατά κανόνα, παραμένετε σε αυτό το στάδιο μέχρι το συνολικό κόστος της συμμετοχής σας στο κόστος των φαρμάκων από την αρχή της χρονιάς φτάσει \$2,100.

- **Στάδιο 3: Καταστροφικής Κάλυψης**

Αυτό είναι το τρίτο και τελευταίο στάδιο πληρωμής φαρμάκων. Σε αυτό το στάδιο πληρωμής δεν πληρώνετε τίποτα για τα καλυπτόμενα φάρμακα του Μέρους D. Κατά κανόνα, παραμένετε σε αυτό το στάδιο μέχρι το τέλος του ημερολογιακού έτους.

Το πρόγραμμα Coverage Gap Discount Program αντικαταστάθηκε από το πρόγραμμα Manufacturer Discount Program. Στο πλαίσιο του προγράμματος Manufacturer Discount Program, οι κατασκευαστές φαρμάκων πληρώνουν ένα μέρος ολόκληρου του κόστους του προγράμματός μας για επώνυμα φάρμακα και βιολογικά προϊόντα που καλύπτονται από το Μέρος D κατά τη διάρκεια του Σταδίου Αρχικής Κάλυψης και του Σταδίου Καταστροφικής Κάλυψης. Οι εκπτώσεις που καταβάλλονται από τους κατασκευαστές στο πλαίσιο του προγράμματος Manufacturer Discount Program δεν υπολογίζονται στη δική σας συμμετοχή στο κόστος.

Ο πίνακας δείχνει το κόστος σας ανά συνταγή σε αυτό το στάδιο.

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
Ετήσιο εκπιπτόμενο ποσό	\$0	\$615 Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, πληρώνετε \$0 επιμερισμό δαπάνης για φάρμακα στα Επίπεδα 1 και 6,

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
		και το ισχύον κόστος των φαρμάκων στα Επίπεδα 2, 3, 4 και 5 μέχρι να φτάσετε στο ετήσιο εκπιπτόμενο ποσό.

Κόστος φαρμάκων στο Στάδιο 2: Αρχικής Κάλυψης

Στον πίνακα αναγράφεται το κόστος σας ανά συνταγή για την προμήθεια ενός μήνα σε φαρμακείο δικτύου με τυπικό επιμερισμό δαπάνης.

Τα περισσότερα εμβόλια του Μέρους D για ενήλικες καλύπτονται χωρίς δαπάνη από εσάς. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το κόστος των εμβολίων ή για πληροφορίες σχετικά με το κόστος, ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 6 των *Αποδεικτικών Κάλυψης*.

Αφού πληρώσετε \$2,100 ως δική σας συμμετοχή για τα φάρμακα που καλύπτονται από το Μέρος D, θα μεταβείτε στο επόμενο στάδιο (Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης).

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
<p>Επίπεδο 1 (Προτιμώμενα γενόσημα φάρμακα):</p> <p>Αλλάξαμε το επίπεδο για ορισμένα από τα φάρμακα στον Κατάλογο Φαρμάκων μας. Για να δείτε εάν τα φάρμακά σας θα βρίσκονται σε διαφορετικό επίπεδο, αναζητήστε τα στον Κατάλογο Φαρμάκων.</p>	<p>Τα καλυπτόμενα φάρμακα του Μέρους D του καταλόγου φαρμάκων θα είναι σε ένα επίπεδο. Η δαπάνη σας για προμήθεια ενός μήνα (31 ημερών) σε φαρμακείο του δικτύου με τυπικό επιμερισμό δαπάνης:</p> <p>Γενόσημα και προτιμώμενα φάρμακα πολλαπλών πηγών:</p> <p>Πληρώνετε \$0 ανά συνταγή.</p> <p>Όλα τα άλλα φάρμακα:</p> <p>Πληρώνετε \$0 ανά συνταγή.</p>	<p>\$0 συμμετοχή στο συνολικό κόστος</p>

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
	<p>Πληρώνετε \$0 ανά συνταγή. Αφού πληρώσετε \$2,000 ως δική σας συμμετοχή για φάρμακα του Μέρους D, θα μεταβείτε στο επόμενο στάδιο (το Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης). Η συμμετοχή σας στο κόστος είναι \$0 στο Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης)</p>	
Επίπεδο 2 (Γενόσημα φάρμακα):	Τα καλυπτόμενα φάρμακα του Μέρους D του καταλόγου φαρμάκων θα είναι σε ένα επίπεδο.	\$0, \$1.60 ή \$5.10 για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων επώνυμων φαρμάκων που

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
	<p>Η δαπάνη σας για προμήθεια ενός μήνα σε φαρμακείο του δικτύου με τυπικό επιμερισμό δαπάνης:</p> <p>Γενόσημα και προτιμώμενα φάρμακα πολλαπλών πηγών: Πληρώνετε \$0 ανά συνταγή.</p> <p>Όλα τα άλλα φάρμακα: Πληρώνετε \$0 ανά συνταγή. Αφού πληρώσετε \$2,000 ως δική σας συμμετοχή για φάρμακα του Μέρους D, θα μεταβείτε στο επόμενο στάδιο (το</p>	<p>αντιμετωπίζονται ως γενόσημα)</p> <p>\$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή.</p>

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
	Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης). Η συμμετοχή σας στο κόστος είναι \$0 στο Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης)	
Επίπεδο 3 (Προτιμώμενα επώνυμα φάρμακα):	Τα καλυπτόμενα φάρμακα του Μέρους D του καταλόγου φαρμάκων θα είναι σε ένα επίπεδο. Η δαπάνη σας για προμήθεια ενός μήνα σε φαρμακείο του δικτύου με τυπικό επιμερισμό δαπάνης: Γενόσημα και προτιμώμενα	\$0, \$1.60 ή \$5.10 για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα) \$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή.

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
	<p>φάρμακα πολλαπλών πηγών: Πληρώνετε \$0 ανά συνταγή.</p> <p>Όλα τα άλλα φάρμακα: Πληρώνετε \$0 ανά συνταγή. Αφού πληρώσετε \$2,000 ως δική σας συμμετοχή για φάρμακα του Μέρους D, θα μεταβείτε στο επόμενο στάδιο (το Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης). Η συμμετοχή σας στο κόστος είναι \$0 στο Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης)</p>	

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
Επίπεδο 4 (Μη προτιμώμενα φάρμακα):	<p>Τα καλυπτόμενα φάρμακα του Μέρους D του καταλόγου φαρμάκων θα είναι σε ένα επίπεδο.</p> <p>Η δαπάνη σας για προμήθεια ενός μήνα σε φαρμακείο του δικτύου με τυπικό επιμερισμό δαπάνης:</p> <p>Γενόσημα και προτιμώμενα φάρμακα πολλαπλών πηγών: Πληρώνετε \$0 ανά συνταγή.</p> <p>Όλα τα άλλα φάρμακα: Πληρώνετε \$0 ανά συνταγή.</p>	<p>\$0, \$1.60 ή \$5.10 για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα)</p> <p>\$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή.</p>

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
	Αφού πληρώσετε \$2,000 ως δική σας συμμετοχή για φάρμακα του Μέρους D, θα μεταβείτε στο επόμενο στάδιο (το Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης). Η συμμετοχή σας στο κόστος είναι \$0 στο Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης)	
Επίπεδο 5 (Ειδικά φάρμακα):	Τα καλυπτόμενα φάρμακα του Μέρους D του καταλόγου φαρμάκων θα είναι σε ένα επίπεδο. Η δαπάνη σας για προμήθεια ενός μήνα σε φαρμακείο	\$0, \$1.60 ή \$5.10 για γενόσημα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων επώνυμων φαρμάκων που αντιμετωπίζονται ως γενόσημα)

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
	<p>του δικτύου με τυπικό επιμερισμό δαπάνης:</p> <p>Γενόσημα και προτιμώμενα φάρμακα πολλαπλών πηγών: Πληρώνετε \$0 ανά συνταγή.</p> <p>Όλα τα άλλα φάρμακα: Πληρώνετε \$0 ανά συνταγή.</p> <p>Αφού πληρώσετε \$2,000 ως δική σας συμμετοχή για φάρμακα του Μέρους D, θα μεταβείτε στο επόμενο στάδιο (το Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης). Η</p>	<p>\$0, \$4.90 ή \$12.65 συμμετοχή για όλα τα άλλα φάρμακα ανά συνταγή.</p>

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
	συμμετοχή σας στο κόστος είναι \$0 στο Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης)	
Επίπεδο 6 (Επιλεγμένα φάρμακα φροντίδας):	<p>Τα καλυπτόμενα φάρμακα του Μέρους D του καταλόγου φαρμάκων θα είναι σε ένα επίπεδο.</p> <p>Η δαπάνη σας για προμήθεια ενός μήνα σε φαρμακείο του δικτύου με τυπικό επιμερισμό δαπάνης:</p> <p>Γενόσημα και προτιμώμενα φάρμακα πολλαπλών πηγών: Πληρώνετε \$0 ανά συνταγή.</p>	\$0 του συνολικού κόστους

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
	<p>Όλα τα άλλα φάρμακα:</p> <p>Πληρώνετε \$0 ανά συνταγή.</p> <p>Αφού πληρώσετε \$2,000 ως δική σας συμμετοχή για φάρμακα του Μέρους D, θα μεταβείτε στο επόμενο στάδιο (το Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης). Η συμμετοχή σας στο κόστος είναι \$0 στο Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης)</p>	

Αλλαγές στην παροχή Μέρους D στο πλαίσιο του VBID

Το 2025, το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) συμμετείχε στο πρόγραμμα Value Based Insurance Design (VBID) Model, αλλά αυτό το πρόγραμμα λήγει φέτος. Ως μέρος της παροχής Μέρους D του Μοντέλου VBID, το Senior Whole Health of New York

NHC (HMO D-SNP) προσέφερε εξάλειψη του επιμερισμού δαπάνης για τα φάρμακα του Μέρους D. Επειδή αυτό το πρόγραμμα έληξε, τα μέλη μπορεί να λαμβάνουν επιμερισμό δαπάνης σε όλα τα φάρμακα του Μέρους D σε όλες τις φάσεις κάλυψης. Για περισσότερες πληροφορίες, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών αν έχετε ερωτήσεις.

Αλλαγές στο Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης

Για συγκεκριμένες πληροφορίες σχετικά με το κόστος σας στο Στάδιο Καταστροφικής Κάλυψης, μεταβείτε στο Κεφάλαιο 6, Ενότητα 6 των *Αποδεικτικών Κάλυψης*.

ΤΜΗΜΑ 2 Διοικητικές Αλλαγές

Πραγματοποιούμε ορισμένες διοικητικές αλλαγές για την επόμενη χρονιά. Οι πληροφορίες στον παρακάτω πίνακα περιγράφουν αυτές τις αλλαγές.

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
Η Dentaquest δεν είναι πλέον ο συμβεβλημένος πάροχος για το 2026.	Τις οδοντιατρικές υπηρεσίες σας διαχειρίστηκε η Dentaquest.	Οι οδοντιατρικές σας υπηρεσίες θα περιλαμβάνουν τόσο προληπτικές όσο και επιλεγμένες ολοκληρωμένες υπηρεσίες και θα παρέχονται από την Liberty για το 2026.

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
Οι υπηρεσίες ακοής σας θα αλλάξουν και από το 2026 θα παρέχονται μέσω Παρόχου Υπηρεσιών Ακοής	Συμβεβλημένοι πάροχοι υπηρεσιών ακοής της Molina διαχειρίζονταν τις υπηρεσίες ακοής σας.	Η NationsBenefits είναι ο συμβεβλημένος πάροχος των υπηρεσιών ακοής για το 2026.
Πρόγραμμα πληρωμής συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare	Δεν ισχύει	Το Πρόγραμμα πληρωμής συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare είναι η νέα επιλογή πληρωμής που λειτουργεί με την τρέχουσα κάλυψη φαρμάκων σας και μπορεί να σας βοηθήσει να διαχειρίζεστε το κόστος των φαρμάκων σας μοιράζοντάς το σε μηνιαίες πληρωμές που ποικίλλουν κατά τη διάρκεια του έτους (Ιανουάριος – Δεκέμβριος).

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
		<p>Για να μάθετε περισσότερα σχετικά με αυτήν την επιλογή πληρωμής, επικοινωνήστε μαζί μας στο (833) 671-0440 (TTY: 711) ή επισκεφθείτε τη διεύθυνση Medicare.gov</p>
Ειδικές συμπληρωματικές παροχές για χρονίως πάσχοντες (SSBCI)	<p>Εάν διαγνωστείτε με μια επιλέξιμη(-ες) χρόνια (-ες) πάθηση (-εις) και πληροίτε ορισμένα κριτήρια, ενδέχεται να δικαιούστε ειδικές συμπληρωματικές παροχές για χρονίως πάσχοντες. Στις επιλέξιμες χρόνιες παθήσεις συμπεριλαμβάνονται:</p>	<p>Εάν διαγνωστείτε με μια επιλέξιμη(-ες) χρόνια (-ες) πάθηση (-εις) και πληροίτε ορισμένα κριτήρια, ενδέχεται να δικαιούστε ειδικές συμπληρωματικές παροχές για χρονίως πάσχοντες. Στις επιλέξιμες χρόνιες παθήσεις συμπεριλαμβάνονται:</p>

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
	<ul style="list-style-type: none"> • Χρόνια εξάρτηση από το αλκοόλ και άλλα ναρκωτικά • Αυτοάνοσες διαταραχές • Καρκίνος • Καρδιαγγειακές διαταραχές • Χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια • Άνοια • Διαβήτης • Ηπατική νόσος τελικού σταδίου • Νεφρική νόσος τελικού σταδίου (ESRD) • Σοβαρές αιματολογικές διαταραχές • HIV/AIDS 	<ul style="list-style-type: none"> • Καρδιαγγειακές διαταραχές • Χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια • Άνοια • Σακχαρώδης διαβήτης • Χρόνιες πνευμονικές διαταραχές • Χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ) • Χρόνια διαταραχή χρήσης αλκοόλ και άλλες διαταραχές χρήσης ουσιών (SUD) • Καρκίνος • Αυτοάνοσες διαταραχές

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
	<ul style="list-style-type: none">• Χρόνιες πνευμονικές διαταραχές• Χρόνιες και αναπηρικές ψυχικές νόσοι• Νευρολογικές παθήσεις• Εγκεφαλικό	<ul style="list-style-type: none">• Υπερβολικό βάρος, παχυσαρκία και μεταβολικό σύνδρομο• Χρόνια γαστρεντερική νόσος• Σοβαρές αιματολογικές διαταραχές• HIV/AIDS• Χρόνιες και αναπηρικές ψυχικές νόσοι• Νευρολογικές παθήσεις• Εγκεφαλικό• Παθήσεις μετά από μεταμόσχευση οργάνου

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
		<ul style="list-style-type: none">• Ανοσολογική ανεπάρκεια και ανοσοκατασταλτικές διαταραχές• Παθήσεις που σχετίζονται με τη γνωστική εξασθένηση• Παθήσεις με λειτουργικές διαταραχές• Χρόνιες παθήσεις που βλάπτουν την όραση, την ακοή (κώφωση), τη γεύση, την αφή και την όσφρηση• Παθήσεις που απαιτούν συνεχείς υπηρεσίες

	2025 (τρέχον έτος)	2026 (επόμενο έτος)
		<p>θεραπείας προκειμένου τα άτομα να συντηρήσουν ή να διατηρήσουν τη λειτουργικότητά τους</p>

ΤΜΗΜΑ 3 Πώς να αλλάξετε προγράμματα

Για να παραμείνετε στο Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), δεν χρειάζεται να κάνετε τίποτα. Εάν δεν εγγραφείτε σε διαφορετικό πρόγραμμα ή δεν αλλάξετε την εγγραφή σας στο Original Medicare έως τις 7 Δεκεμβρίου, θα εγγραφείτε αυτόματα στο Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Εάν θέλετε να αλλάξετε πρόγραμμα για το 2026, ακολουθήστε τα παρακάτω βήματα:

- **Για να μεταφερθείτε σε διαφορετικό πρόγραμμα υγείας Medicare**, εγγραφείτε στο νέο πρόγραμμα. Η εγγραφή σας στο Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) θα καταργηθεί αυτόματα.
- **Για να μεταφερθείτε στο Original Medicare με κάλυψη φαρμάκων Medicare**, εγγραφείτε στο νέο πρόγραμμα φαρμάκων

Medicare. Η εγγραφή σας στο Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) θα καταργηθεί αυτόματα.

- **Για να μεταφερθείτε στο Original Medicare χωρίς πρόγραμμα φαρμάκων**, μπορείτε να μας στείλετε γραπτό αίτημα διαγραφής. Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (Οι χρήστες ΤΤΥ μπορούν να καλούν στο 711) για περισσότερες σχετικές πληροφορίες. Ή καλέστε το **Medicare** στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) και ζητήστε τη διαγραφή σας. Οι χρήστες ΤΤΥ μπορούν να καλούν στο 1-877-486-2048. Εάν δεν εγγραφείτε σε πρόγραμμα φαρμάκων Medicare, μπορεί να πληρώσετε πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής στο Μέρος D (ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 1, Ενότητα 4.4 των *Αποδεικτικών Κάλυψης*).
- **Για να μάθετε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το Original Medicare και για τους διαφορετικούς τύπους προγραμμάτων Medicare**, επισκεφθείτε τη διεύθυνση www.Medicare.gov, ανατρέξτε στο εγχειρίδιο *Medicare & You 2026*, καλέστε το Πρόγραμμα Πολιτειακής Ασφάλισης Υγείας (ανατρέξτε στην Ενότητα 6) ή καλέστε στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Τμήμα 3.1 Προθεσμία για αλλαγή προγραμμάτων

Τα μέλη του προγράμματος Medicare μπορούν να κάνουν αλλαγές στην κάλυψή τους το διάστημα **15 Οκτωβρίου έως 7 Δεκεμβρίου** κάθε έτους.

Εάν έχετε εγγραφεί σε πρόγραμμα Medicare Advantage για την 1η Ιανουαρίου 2026 και δεν σας αρέσει η επιλογή του προγράμματος

που κάνατε, μπορείτε να μεταβείτε σε άλλο πρόγραμμα υγείας Medicare (με ή χωρίς κάλυψη φαρμάκων Medicare) ή να μεταβείτε στο Original Medicare (με ή χωρίς ξεχωριστή κάλυψη φαρμάκων Medicare) το διάστημα από 1η Ιανουαρίου έως 31 Μαρτίου 2026.

Τμήμα 3.2 Υπάρχουν άλλες περιόδους εντός του έτους που μπορείτε να κάνετε αλλαγή;

Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα μέλη ενός προγράμματος μπορεί να έχουν και άλλες ευκαιρίες να αλλάξουν κατά τη διάρκεια του έτους, όπως για παράδειγμα:

- Έχουν Medicaid
- Λαμβάνουν Extra Help για την πληρωμή των φαρμάκων τους
- Έχουν ή χάνουν την κάλυψη εργοδότη
- Έχουν φύγει από την περιοχή εξυπηρέτησης του προγράμματός μας

Επειδή έχετε το Medicaid, μπορείτε να τερματίσετε τη συνδρομή σας στο πρόγραμμά μας κάνοντας μία από τις παρακάτω επιλογές Medicare οποιονδήποτε μήνα του έτους:

- ο Original Medicare με ξεχωριστό πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare,
- ο Original Medicare χωρίς ξεχωριστό πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare (εάν κάνετε αυτήν την επιλογή, η Medicare μπορεί να σας εγγράψει σε ένα πρόγραμμα

φαρμάκων, εκτός εάν έχετε εξαιρεθεί από την αυτόματη εγγραφή), ή

ο Εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις, να επιλέξετε ένα ολοκληρωμένο D-SNP που παρέχει το Medicare σας και τις περισσότερες ή όλες τις παροχές και τις υπηρεσίες του Medicaid σε ένα πρόγραμμα.

Εάν μετακομίσατε πρόσφατα ή ζείτε αυτή τη στιγμή σε ένα ίδρυμα (όπως εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα ή ένα νοσοκομείο μακροχρόνιας περίθαλψης), μπορείτε να αλλάξετε την κάλυψή σας στο Medicare **ανά πάσα στιγμή**. Μπορείτε να αλλάξετε σε οποιοδήποτε άλλο πρόγραμμα υγείας Medicare (με ή χωρίς κάλυψη φαρμάκων Medicare) ή να μεταβείτε στο Original Medicare (με ή χωρίς ξεχωριστή κάλυψη φαρμάκων Medicare) ανά πάσα στιγμή. Εάν μετακομίσατε πρόσφατα από ένα ίδρυμα, έχετε την ευκαιρία να αλλάξετε πρόγραμμα ή να μεταβείτε στο Original Medicare για 2 ολόκληρους μήνες μετά τον μήνα που θα αποχωρήσετε.

ΤΜΗΜΑ 4 Λάβετε βοήθεια για την πληρωμή συνταγογραφούμενων φαρμάκων

Μπορεί να πληροίτε τις προϋποθέσεις για να λάβετε βοήθεια για την πληρωμή συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Διατίθενται διάφορα είδη βοήθειας:

- **Extra Help από το Medicare.** Άτομα με περιορισμένα εισοδήματα μπορεί να πληρούν τις προϋποθέσεις για Extra Help για να πληρώσουν για το κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις, η Medicare θα

μπορούσε να καταβάλει έως και το 75% ή περισσότερο του κόστους των φαρμάκων σας, συμπεριλαμβανομένων των μηνιαίων ασφαλίσεων του προγράμματος φαρμάκων, των ετήσιων εκπιπτόμενων ποσών και της συνασφάλισης. Επίσης, το πρόστιμο καθυστερημένης εγγραφής δεν ισχύει για τα άτομα που πληρούν τις προϋποθέσεις. Για να δείτε αν πληροίτε τις προϋποθέσεις, καλέστε:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Οι χρήστες ΤΤΥ μπορούν να καλούν στο 1-877-486-2048, 24 ώρες το εικοσιτετράωρο, 7 ημέρες την εβδομάδα.
 - Την Κοινωνική Ασφάλιση στο 1-800-772-1213 μεταξύ 8 a.m. και 7 p.m., Δευτέρα – Παρασκευή για να μιλήσετε με έναν εκπρόσωπο. Διατίθενται υποστήριξη με αυτοματοποιημένα μηνύματα 24 ώρες το εικοσιτετράωρο. Οι χρήστες ΤΤΥ μπορούν να καλούν στο 1-800-325-0778.
 - Το γραφείο Medicaid στην πολιτεία σας.
- **Βοήθεια από το πρόγραμμα State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP).** Η πολιτεία New York έχει ένα πρόγραμμα που ονομάζεται EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage) το οποίο συνεισφέρει στο κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων με βάση την οικονομική ανάγκη, την ηλικία ή την πάθηση των ατόμων. Για να μάθετε περισσότερα σχετικά με το πρόγραμμα, συμβουλευτείτε το Πρόγραμμα Πολιτειακής Ασφάλισης Υγείας (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Για να βρείτε τον αριθμό τηλεφώνου

για την πολιτεία σας, επισκεφτείτε το shiphelp.org ή καλέστε στο 1-800-MEDICARE.

- **Βοήθεια επιμερισμού δαπάνης συνταγογράφησης για άτομα με HIV/AIDS.** Το πρόγραμμα AIDS Drug Assistance Program (ADAP) βοηθά τους δικαιούχους με HIV/AIDS να αποκτήσουν πρόσβαση σε σωτήρια φάρμακα για τον HIV. Για να ενταχθείτε στο πρόγραμμα ADAP που λειτουργεί στην Πολιτεία σας, πρέπει να πληροίτε ορισμένα κριτήρια, όπως να διαθέτετε αποδεικτικό κατοικίας στην πολιτεία και μόλυνσης από HIV, να έχετε χαμηλό εισόδημα όπως ορίζεται από την πολιτεία και καθεστώς ανασφάλιστου/υποασφαλισμένου. Τα συνταγογραφούμενα φάρμακα του Medicare Part D που καλύπτονται επίσης από το ADAP πληρούν τις προϋποθέσεις για τη βοήθεια επιμερισμού δαπάνης συνταγογράφησης μέσω του New York State Uninsured Care Program (ADAP). Για πληροφορίες σχετικά με τα κριτήρια επιλεξιμότητας, τα καλυπτόμενα φάρμακα, τον τρόπο εγγραφής στο πρόγραμμα ή, εάν είστε ήδη εγγεγραμμένοι, για το πώς να συνεχίσετε να λαμβάνετε βοήθεια, καλέστε στο (800) 542-2437 or (844) 685-4058. Φροντίστε, όταν καλέσετε, να αναφέρετε το όνομα του προγράμματος του Medicare Part D ή τον αριθμό του ασφαλιστηρίου σας.
- **Το Πρόγραμμα πληρωμής συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare.** Το πρόγραμμα πληρωμής συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare είναι μια επιλογή πληρωμής που συνδυάζεται με την τρέχουσα κάλυψη φαρμάκων σας και σας βοηθά να διαχειριστείτε τη συμμετοχή σας στα έξοδα για τα φάρμακα που καλύπτονται από το πρόγραμμά μας, κατανέμοντάς το σε ολόκληρο το ημερολογιακό έτος (Ιανουάριος - Δεκέμβριος).

Οποιοσδήποτε διαθέτει πρόγραμμα φαρμάκων Medicare ή πρόγραμμα υγείας Medicare με κάλυψη φαρμάκων (όπως είναι το πρόγραμμα Medicare Advantage με κάλυψη φαρμάκων) μπορεί να χρησιμοποιήσει αυτήν την επιλογή πληρωμής. **Αυτή η επιλογή πληρωμής μπορεί να σας βοηθήσει να διαχειριστείτε τα έξοδά σας, αλλά δεν σας εξοικονομεί χρήματα ούτε μειώνει το κόστος των φαρμάκων σας.**

- Το πρόγραμμα Extra Help από το Medicare και η βοήθεια από το SPAP και το ADAP, για όσους πληρούν τις προϋποθέσεις, είναι πιο συμφέρουσα από τη συμμετοχή στο Πρόγραμμα πληρωμής συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare. Όλα τα μέλη δικαιούνται να συμμετάσχουν στο Πρόγραμμα πληρωμής συνταγογραφούμενων φαρμάκων Medicare, ανεξάρτητα από το εισόδημά τους. Για να μάθετε περισσότερα σχετικά με αυτήν την επιλογή πληρωμής, καλέστε μας στο (833) 671-0440 (Οι χρήστες TTY μπορούν να καλούν στο 711) ή επισκεφθείτε τη διεύθυνση www.Medicare.gov.

ΤΜΗΜΑ 5 Ερωτήσεις;

Τμήμα 5.1 Λάβετε βοήθεια από το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

- **Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440. (Οι χρήστες TTY μπορούν να καλούν στο 711.)**

Μπορείτε να μας καλέσετε Ώρες λειτουργίας 1 Οκτωβρίου – 31 Μαρτίου, 8 a.m. έως 8 p.m. τοπική ώρα, 7 ημέρες την εβδομάδα. Από 1 Απριλίου – 30 Σεπτεμβρίου, Δευτέρα – Παρασκευή, 8 a.m.

έως 8 p.m., τοπική ώρα. Οι κλήσεις σε αυτούς τους αριθμούς είναι δωρεάν.

- **Διαβάστε τα Αποδεικτικά Κάλυψης για το 2026**

Αυτή η *Ετήσια Δήλωση Αλλαγών* σας παρέχει μια σύνοψη των αλλαγών στις παροχές και το κόστος για το 2026. Για λεπτομέρειες, ανατρέξτε στα Αποδεικτικά Κάλυψης για το 2026 για το Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Τα *Αποδεικτικά κάλυψης* είναι η νομική, λεπτομερής περιγραφή των παροχών του προγράμματός σας. Εξηγεί τα δικαιώματά σας και τους κανόνες που πρέπει να ακολουθήσετε για να λάβετε τις καλυπτόμενες υπηρεσίες και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα. Κατεβάστε τα *Αποδεικτικά Κάλυψης* από τον ιστότοπό μας [SWHNY.com](https://www.swhny.com) ή καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στο (833) 671-0440 (Οι χρήστες ΤΤΥ μπορούν να καλούν στο 711) για να μας ζητήσετε να σας ταχυδρομήσουμε ένα αντίγραφο.

- **Επισκεφθείτε το [SWHNY.com](https://www.swhny.com)**

Ο ιστότοπός μας έχει τις πιο ενημερωμένες πληροφορίες σχετικά με το δίκτυο παρόχων μας (*Κατάλογος Παρόχων/Κατάλογος Φαρμακείων*) και τον *Κατάλογο Καλυπτόμενων Φαρμάκων* (*Κατάλογος Φαρμάκων*).

Τμήμα 5.2 Λάβετε δωρεάν συμβουλευτική για το Medicare

Το Πρόγραμμα Βοήθειας Πολιτειακής Ασφάλισης Υγείας (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) είναι ένα ανεξάρτητο πολιτειακό πρόγραμμα με εκπαιδευμένους συμβούλους σε κάθε πολιτεία. Στην

πολιτεία New York, το πρόγραμμα SHIP ονομάζεται New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP).

Καλέστε το New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP) για να λάβετε εξατομικευμένες συμβουλές ασφάλειας υγείας . Μπορούν να σας βοηθήσουν να κατανοήσετε τις επιλογές του προγράμματος Medicare και Medicaid και να απαντήσουν σε απορίες σχετικά με την αλλαγή προγράμματος. Καλέστε το New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP) στο (800) 701-0501. Μάθετε περισσότερα για το New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP) ανατρέχοντας στο (<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap>).

Τμήμα 5.3 Λάβετε βοήθεια από το Medicare

- **Καλέστε το 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Μπορείτε να καλέσετε το 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ώρες το εικοσιτετράωρο, 7 ημέρες την εβδομάδα. Οι χρήστες TTY μπορούν να καλούν στο 1-877-486-2048.

- **Συνομιλήστε ζωντανά με το www.Medicare.gov**

Μπορείτε να συνομιλήσετε ζωντανά στο www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Στείλτε επιστολή στο Medicare**

Μπορείτε να στείλετε επιστολή στο Medicare στη διεύθυνση PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Επισκεφθείτε τη διεύθυνση www.Medicare.gov**

Ο επίσημος ιστότοπος Medicare παρέχει πληροφορίες σχετικά με τις δαπάνες, τις καλύψεις και τις αξιολογήσεις της ποιότητας με αστέρια για να σας βοηθήσει να συγκρίνετε τα προγράμματα υγείας του Medicare στην περιοχή σας.

- **Διαβάστε το *Medicare & You 2026***

Το εγχειρίδιο *Medicare & You 2026* ταχυδρομείται στα μέλη του προγράμματος Medicare κάθε φθινόπωρο. Παρουσιάζει συνοπτικά τις παροχές, τα δικαιώματα, τις διατάξεις προστασίας της Medicare και παρέχει απαντήσεις στις συνήθεις ερωτήσεις σχετικά με το Medicare. Λάβετε ένα αντίγραφο στη διεύθυνση www.Medicare.gov ή καλώντας στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Οι χρήστες TTY μπορούν να καλούν στο 1-877-486-2048.

Τμήμα 5.4 Λάβετε βοήθεια από το Medicaid

Πρόγραμμα New York State Medicaid Program στο (800) 541-2831 Δευτέρα έως Παρασκευή 8 a.m. - 8 p.m., Σάββατο 9 a.m. - 1 p.m. Χρήστες TTY 711 για βοήθεια με την εγγραφή στο Medicaid ή ερωτήσεις σχετικά με τις παροχές. Μπορείτε να γράψετε στο Τοπικό Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών (LDSS). Βρείτε τη διεύθυνση για το LDSS σας εδώ: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

New York State Medicaid Program

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

ΚΑΛΕΣΤΕ: (800) 541-2831

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

Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών Κομητείας Nassau

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

ΚΑΛΕΣΤΕ: (516) 227-7474

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

Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών Κομητείας Westchester

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

ΚΑΛΕΣΤΕ: (914) 995-3333

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

**Πρόσθετες σημαντικές πληροφορίες για την υγειονομική
περίθαλψη
και τους πόρους των μελών**

- Ηλεκτρονική δήλωση (Electronic Notice, ELN) - Πώς να λάβετε σημαντικά έγγραφα
- Ειδοποίηση για τη Μη Εισαγωγή Διακρίσεων (NDN) - Άρθρο 1557
- Δήλωση Διαθεσιμότητας (Notice of Availability, NOA) - Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας
- Δήλωση για τις Πρακτικές Απορρήτου (Notice of Privacy Practices, NPP)

Πώς να λάβετε σημαντικά έγγραφα για το πρόγραμμα



Είστε σημαντικοί για εμάς! Γι' αυτό, σας προσφέρουμε τη δυνατότητα να λάβετε εύκολα τις πληροφορίες που χρειάζεστε. Επισκεφθείτε μας στο διαδίκτυο για να δείτε σημαντικά έγγραφα του προγράμματος και βρείτε έναν πάροχο ή ένα φαρμακείο δικτύου. Μπορείτε επίσης να αναζητήσετε τα συνταγογραφούμενα φάρμακά σας, ανά πάσα στιγμή, οπουδήποτε, από οποιαδήποτε συσκευή. Τα έγγραφα του προγράμματός σας για το 2026, όπως τα Αποδεικτικά κάλυψης, ο Κατάλογος Φαρμάκων και ο Κατάλογος Παρόχων/Φαρμακείων θα είναι διαθέσιμα στο διαδίκτυο έως τις 15 Οκτωβρίου 2025.

Μάθετε τα έγγραφα του προγράμματός σας

- **Αποδεικτικά κάλυψης (EOC):** Ένας οδηγός για το τι καλύπτει το πρόγραμμά σας. Παρέχει λεπτομέρειες σχετικά με τις παροχές και καλύψεις του προγράμματός σας, τα δικαιώματα των μελών και πολλά άλλα.
- **Κατάλογος Φαρμάκων:** Ένας κατάλογος με τα καλυπτόμενα φάρμακα του προγράμματός σας.
- **Κατάλογος Παρόχων/Φαρμακείων:** Ένας κατάλογος με τους γιατρούς, τους γιατρούς ειδικότητας και τα φαρμακεία του δικτύου με αριθμούς τηλεφώνων και διευθύνσεις. Μπορείτε να βρείτε έναν πάροχο ή ένα φαρμακείο δικτύου χρησιμοποιώντας τον ηλεκτρονικό μας κατάλογο στη διεύθυνση MolinaHealthcare.com/ProviderSearch.
- **Δήλωση για τις Πρακτικές Απορρήτου:** Αυτή η ειδοποίηση περιγράφει πώς μπορούν να χρησιμοποιηθούν και να γνωστοποιηθούν ιατρικές πληροφορίες για εσάς και πώς μπορείτε να αποκτήσετε πρόσβαση σε αυτές τις πληροφορίες. Βρίσκεται

στον ιστότοπό μας στη διεύθυνση MolinaHealthcare.com/members/ny/en-us/mem/hipaa/home.

Πώς να προβάλετε ή να ζητήσετε αντίγραφο ενός εγγράφου του προγράμματος

 **Μέσω διαδικτύου στη διεύθυνση MolinaHealthcare.com/Medicare**

Προβάλετε ή κατεβάστε ένα αντίγραφο των εγγράφων του προγράμματός σας στο διαδίκτυο ανά πάσα στιγμή, οπουδήποτε. Χρησιμοποιήστε οποιαδήποτε συσκευή, όπως τον υπολογιστή, το tablet ή το κινητό σας τηλέφωνο. Τα έγγραφα του προγράμματός σας για το 2026 θα είναι διαθέσιμα στο διαδίκτυο έως τις 15 Οκτωβρίου 2025.

 **Μέσω διαδικτύου στη διεύθυνση MyMolina.com.**

Επισκεφτείτε την πύλη αυτοεξυπηρέτησης μελών για να προβάλετε τα έγγραφα του προγράμματός σας ηλεκτρονικά 24/7 ή για να βρείτε έναν πάροχο ή ένα φαρμακείο δικτύου. Συνδεθείτε στην Πύλη μελών My Molina ή δημιουργήστε έναν λογαριασμό στο MyMolina.com. Κάντε κλικ στο “Δημιουργία λογαριασμού” και ακολουθήστε τις οδηγίες βήμα προς βήμα για να εγγραφείτε.

 **Κλήση χωρίς χρέωση**

Ενημερώστε μας εάν δεν έχετε πρόσβαση σε υπολογιστή ή εάν προτιμάτε να σας ταχυδρομηθεί ένα τυπωμένο αντίγραφο του EOC, του Καταλόγου φαρμάκων ή του Καταλόγου παρόχων/ φαρμακείων. Για να ζητήσετε ένα έντυπο αντίγραφο ενός εγγράφου του προγράμματος, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών χωρίς χρέωση στον **αριθμό που βρίσκεται στο πίσω μέρος της ταυτότητάς σας, Δευτέρα - Παρασκευή, 8 a.m. έως 8 p.m., τοπική ώρα.**

Είμαστε εδώ για να σας βοηθήσουμε

Αν έχετε ερωτήσεις σχετικά με τις παροχές σας ή χρειάζεστε βοήθεια για να βρείτε έναν πάροχο ή ένα φαρμακείο δικτύου, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών χωρίς χρέωση **στον αριθμό που βρίσκεται στο πίσω μέρος της ταυτότητάς σας.**

Δήλωση περί Μη Διακρίσεων
Άρθρο 1557
Molina Healthcare - Medicare



Το Senior Whole Health of New York συμμορφώνεται με τους ισχύοντες ομοσπονδιακούς νόμους για τα πολιτικά δικαιώματα και δεν κάνει διακρίσεις με βάση την ηλικία, το χρώμα, την αναπηρία, την εθνική καταγωγή (συμπεριλαμβανομένης της περιορισμένης γνώσης της αγγλικής), τη φυλή ή το φύλο [εντός του εύρους των διακρίσεων λόγω φύλου που περιγράφεται στην § 92.101(α)].

Για να σας βοηθήσουμε να επικοινωνείτε αποτελεσματικά μαζί μας, το Senior Whole Health of New York παρέχει υπηρεσίες δωρεάν και έγκαιρα:

- Το Senior Whole Health of New York παρέχει εύλογες τροποποιήσεις και κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες σε άτομα με αναπηρίες. Αυτές περιλαμβάνουν: (1) Ειδικευμένους διερμηνείς. (2) Πληροφορίες σε άλλες μορφές, όπως μεγάλα γράμματα, ήχος, προσβάσιμες ηλεκτρονικές μορφές, και Μπράιγ.
- Το Senior Whole Health of New York παρέχει γλωσσικές υπηρεσίες σε άτομα που μιλούν άλλη γλώσσα ή έχουν περιορισμένες γνώσεις Αγγλικών. Αυτές περιλαμβάνουν: (1) Ειδικευμένους διερμηνείς. (2) Πληροφορίες μεταφρασμένες στη γλώσσα σας.

Εάν χρειάζεστε αυτές τις υπηρεσίες, επικοινωνήστε με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών της Molina στο 1-800-665-3086 ή TTY/TDD: 711, Δευτέρα έως Παρασκευή, από 8 a.m. έως 8 p.m. τοπική ώρα.

Εάν πιστεύετε ότι έχουμε κάνει διακρίσεις με βάση την ηλικία, το χρώμα, την αναπηρία, την εθνική καταγωγή, τη φυλή ή το φύλο, μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία. Μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία μέσω τηλεφώνου, ταχυδρομείου, email ή ηλεκτρονικά. Εάν χρειάζεστε βοήθεια για να συντάξετε την καταγγελία σας, θα σας βοηθήσουμε. Μπορείτε να βρείτε τη διαδικασία καταγγελιών μας στον ιστότοπό μας, στη διεύθυνση [MolinaHealthcare.com/Members/Common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx](https://www.molinahealthcare.com/Members/Common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx)

Καλέστε τον Συντονιστή Πολιτικών Δικαιωμάτων στο 1-866-606-3889, TTY/TDD: 711 ή υποβάλετε την καταγγελία σας στη διεύθυνση:

Civil Rights Unit

200 Oceangate

Long Beach, CA 90802

Email: Civil.Rights@MolinaHealthcare.com

Ιστότοπος: [MolinaHealthcare.Alertline.com](https://www.molinahealthcare.com/alertline)

Μπορείτε επίσης να υποβάλετε καταγγελία για πολιτικά δικαιώματα στο Department of Health and Human Services των ΗΠΑ, Office for Civil Rights, ηλεκτρονικά μέσω της Πύλης Καταγγελιών της Υπηρεσίας Πολιτικών Δικαιωμάτων στη διεύθυνση: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ή μέσω ταχυδρομείου ή τηλεφώνου στη διεύθυνση:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

Τηλέφωνο: 1-800-368-1019

TTY/TDD: 800-537-7697

Μπορείτε να βρείτε έντυπα καταγγελίας εδώ: [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 የአባላት 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।

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 ẹgbẹ́ 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 béesh 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.

ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ

ΑΥΤΗ Η ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ ΠΩΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΚΑΙ ΝΑ ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΕΣΑΣ ΚΑΙ ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΠΟΚΤΗΣΕΤΕ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΑΥΤΕΣ ΤΙΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ. ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ.

Η παρούσα Δήλωση περιγράφει τις πρακτικές απορρήτου των συνεργαζόμενων προγραμμάτων υγείας της Molina Healthcare (που αναφέρονται στο παρόν ως “**Molina**”, “**εμείς**” ή “**εμάς**”).

Χρησιμοποιούμε και κοινοποιούμε προστατευμένες πληροφορίες για την υγεία (“**PHI**”) σχετικά με εσάς για να σας προσφέρουμε παροχές υγείας ως μέλος της Molina. Χρησιμοποιούμε και κοινοποιούμε τις πληροφορίες PHI σας για την εκτέλεση θεραπειών, πληρωμών και εργασιών νοσοκομειακής περίθαλψης. Χρησιμοποιούμε και κοινοποιούμε επίσης τις πληροφορίες PHI σας για άλλους λόγους που επιτρέπονται και απαιτούνται από τη νομοθεσία. Οφείλουμε να διατηρούμε τις πληροφορίες για την υγεία σας απόρρητες και να τηρούμε τους όρους της παρούσας Ειδοποίησης. Η ημερομηνία έναρξης ισχύος της παρούσας Δήλωσης είναι η 1η Ιανουαρίου 2026.

Οι πληροφορίες PHI είναι πληροφορίες για την υγεία που περιλαμβάνουν το ονοματεπώνυμό σας, τον αριθμό μέλους ή άλλα αναγνωριστικά και χρησιμοποιούνται ή κοινοποιούνται από εμάς. Οι πληροφορίες PHI περιλαμβάνουν πληροφορίες για την υγεία σχετικά με διαταραχές χρήσης ουσιών και βιομετρικές πληροφορίες (όπως ένα φωνητικό αποτύπωμα).

Γιατί χρησιμοποιούμε ή κοινοποιούμε τις πληροφορίες PHI σας; Χρησιμοποιούμε ή κοινοποιούμε τις πληροφορίες PHI σας για να σας προσφέρουμε παροχές υγειονομικής περίθαλψης. Οι πληροφορίες

PHI σας χρησιμοποιούνται ή κοινοποιούνται επίσης για σκοπούς θεραπείας, πληρωμών και εργασιών υγειονομικής περίθαλψης.

Για θεραπεία

Μπορεί να χρησιμοποιήσουμε ή να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας για να σας παράσχουμε ή να κανονίσουμε την ιατρική σας φροντίδα. Αυτή η θεραπεία περιλαμβάνει επίσης παραπομπές μεταξύ των γιατρών σας ή άλλων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, μπορεί να κοινοποιήσουμε πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας σε έναν εξειδικευμένο γιατρό ειδικότητας. Αυτό θα βοηθήσει τον γιατρό ειδικότητας να μιλήσει για τη θεραπεία σας με τον γιατρό σας.

Για πληρωμή

Μπορεί να χρησιμοποιήσουμε ή να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI για να λάβουμε αποφάσεις σχετικά με την πληρωμή. Οι αποφάσεις αυτές αφορούν θέματα αξιώσεων, εγκρίσεις για θεραπεία και αποφάσεις για ιατρικές ανάγκες. Στον λογαριασμό ενδέχεται να αναγράφονται το όνομά σας, η κατάστασή σας, η θεραπεία σας και οι προμήθειες που παρέχονται. Για παράδειγμα, μπορεί να ενημερώσουμε έναν γιατρό ότι έχετε τις παροχές μας. Μπορεί επίσης να ενημερώσουμε τον γιατρό για το ποσό του λογαριασμού που θα πληρώσουμε.

Για εργασίες νοσοκομειακής περίθαλψης

Μπορεί να χρησιμοποιήσουμε ή να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας για να εκτελέσουμε το πρόγραμμα υγείας μας. Για παράδειγμα, μπορεί να χρησιμοποιήσουμε πληροφορίες από την αξίωσή σας για να σας ενημερώσουμε σχετικά με ένα πρόγραμμα υγείας που θα μπορούσε να σας βοηθήσει. Ενδέχεται επίσης να χρησιμοποιήσουμε ή να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας για να διευθετήσουμε τυχόν ανησυχίες σας. Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί επίσης να

χρησιμοποιηθούν για να διαπιστώσουμε ότι οι αξιώσεις σας έχουν πληρωθεί σωστά.

Οι εργασίες νοσοκομειακής περίθαλψης περιλαμβάνουν πολλές καθημερινές επιχειρηματικές ανάγκες. Αυτές περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τις ακόλουθες:

- βελτίωση της ποιότητας·
- ενέργειες σε προγράμματα υγείας για την παροχή βοήθειας σε μέλη με ορισμένες παθήσεις (όπως το άσθμα)·
- διεξαγωγή ή διευθέτηση ιατρικών εξετάσεων·
- νομικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων προγραμμάτων εντοπισμού απάτης και καταχρήσεων, καθώς και δίωξης·
- ενέργειες που θα μας βοηθήσουν να συμμορφωθούμε με τη νομοθεσία·
- κάλυψη των αναγκών των μελών, συμπεριλαμβανομένης της επίλυσης καταγγελιών και παραπόνων.

Θα κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας σε άλλες εταιρείες (“**επιχειρηματικοί συνεργάτες**”) που εκτελούν διάφορες δραστηριότητες για το πρόγραμμα υγείας μας. Ενδέχεται επίσης να χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας για να σας στέλνουμε υπενθυμίσεις σχετικά με τα ραντεβού σας. Ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας για να σας δώσουμε πληροφορίες σχετικά με άλλη θεραπεία ή άλλες παροχές και υπηρεσίες που σχετίζονται με την υγεία.

Πότε μπορούμε να χρησιμοποιούμε ή να κοινοποιούμε τις πληροφορίες PHI σας χωρίς να λάβουμε γραπτή εξουσιοδότηση (έγκριση) από εσάς;

Εκτός από την εκτέλεση θεραπειών, πληρωμών και εργασιών νοσοκομειακής περίθαλψης, ο νόμος επιτρέπει ή απαιτεί από τη Molina να χρησιμοποιεί και να κοινοποιεί τις πληροφορίες PHI σας για διάφορους άλλους σκοπούς, συμπεριλαμβανομένων των εξής:

Απαιτείται από τη νομοθεσία

Θα χρησιμοποιήσουμε ή θα κοινοποιήσουμε τα στοιχεία σας, όπως ορίζει η νομοθεσία. Θα κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας στις περιπτώσεις που ορίζει ο Υπουργός του Department of Health and Human Services (HHS). Αυτές μπορεί να αφορούν δικαστικές υποθέσεις, άλλους νομικούς ελέγχους ή όταν απαιτείται για σκοπούς επιβολής της νομοθεσίας.

Δημόσια υγεία

Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί να χρησιμοποιηθούν ή να κοινοποιηθούν για δραστηριότητες δημόσιας υγείας. Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν την παροχή συνδρομής στους φορείς δημόσιας υγείας για την πρόληψη ή τον έλεγχο νόσων.

Επίβλεψη υγειονομικής περίθαλψης

Οι πληροφορίες PHI σας μπορούν να χρησιμοποιηθούν ή να κοινοποιηθούν σε κρατικούς φορείς. Μπορεί να χρειαστούν οι πληροφορίες PHI σας για ελέγχους.

Έρευνα

Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί να χρησιμοποιηθούν ή να κοινοποιηθούν για έρευνα σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως όταν εγκριθεί από συμβούλιο προστασίας προσωπικών δεδομένων ή θεσμικής αναθεώρησης.

Νομικές ή διοικητικές διαδικασίες

Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί να χρησιμοποιηθούν ή να κοινοποιηθούν για νομικές διαδικασίες, όπως ως απάντηση σε δικαστική απόφαση.

Επιβολή του νόμου

Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί να χρησιμοποιηθούν ή να κοινοποιηθούν στην αστυνομία για σκοπούς επιβολής του νόμου, όπως για να βοηθήσουν στην εύρεση υπόπτου, μάρτυρα ή αγνοούμενου.

Υγεία και ασφάλεια

Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί να κοινοποιηθούν για την πρόληψη σοβαρής και άμεσης απειλής για την υγεία ή την ασφάλεια ενός ατόμου, ή για τη δημόσια υγεία και ασφάλεια.

Κυβερνητικές λειτουργίες

Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί να κοινοποιηθούν στην κυβέρνηση για ειδικές λειτουργίες. Ένα παράδειγμα είναι η προστασία του Προέδρου.

Θύματα κακοποίησης, παραμέλησης ή ενδοοικογενειακής βίας

Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί να κοινοποιηθούν στις νομικές αρχές εάν πιστεύουμε ότι ένα άτομο είναι θύμα κακοποίησης ή παραμέλησης.

Αποζημίωση εργαζομένων

Οι πληροφορίες PHI σας μπορούν να χρησιμοποιηθούν ή να κοινοποιηθούν για να συμμορφωθούμε με τους νόμους περί αποζημίωσης εργαζομένων.

Άλλες κοινοποιήσεις

Οι πληροφορίες PHI σας μπορεί να κοινοποιηθούν σε διευθυντές κηδεϊών ή ιατροδικαστές για να τους βοηθήσουν στο έργο τους.

Πρόσθετοι περιορισμοί χρήσης και γνωστοποίησης.

Ορισμένοι ομοσπονδιακοί και πολιτειακοί νόμοι ενδέχεται να απαιτούν ειδική προστασία απορρήτου που περιορίζει τη χρήση και την αποκάλυψη ορισμένων τύπων πληροφοριών για την υγεία. Οι νόμοι αυτοί ενδέχεται να προστατεύουν τους ακόλουθους τύπους πληροφοριών: διαταραχές χρήσης αλκοόλ και ουσιών, βιομετρικές

πληροφορίες, κακοποίηση ή παραμέληση παιδιών ή ενηλίκων, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής επίθεσης, των μεταδοτικών ασθενειών, των γενετικών πληροφοριών, του HIV/AIDS, της ψυχικής υγείας, των πληροφοριών των ανηλίκων, των συνταγών, της αναπαραγωγικής υγείας και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών. Θα ακολουθήσουμε τον αυστηρότερο νόμο, όπου ισχύει για εμάς.

Πληροφορίες για τις διαταραχές χρήσης ουσιών (Substance Use Disorder, SUD).

Παρόλο που δεν είμαστε πρόγραμμα θεραπείας διαταραχών χρήσης ουσιών σύμφωνα με τον ομοσπονδιακό νόμο (“Πρόγραμμα SUD”), ενδέχεται να λάβουμε πληροφορίες από ένα Πρόγραμμα SUD σχετικά με εσάς. Δεν μπορούμε να γνωστοποιήσουμε πληροφορίες SUD για χρήση σε αστική, ποινική, διοικητική ή νομοθετική διαδικασία εναντίον σας, εκτός εάν έχουμε (i) τη γραπτή συγκατάθεσή σας ή (ii) δικαστική εντολή συνοδευόμενη από κλήτευση ή άλλη νομική απαίτηση που επιβάλλει τη γνωστοποίηση που εκδόθηκε μετά την ειδοποίησή μας και την ευκαιρία ακρόασης.

Πότε χρειαζόμαστε τη γραπτή σας εξουσιοδότηση (έγκριση) για να χρησιμοποιήσουμε ή να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας;

Χρειαζόμαστε τη γραπτή έγκρισή σας για να χρησιμοποιήσουμε ή να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας για σκοπό διαφορετικό από αυτούς που αναφέρονται στην παρούσα Δήλωση. Χρειαζόμαστε την εξουσιοδότησή σας προτού αποκαλύψουμε τις πληροφορίες PHI σας για τα ακόλουθα: (1) τις περισσότερες χρήσεις και κοινοποιήσεις των σημειώσεων ψυχοθεραπευτή, (2) τις χρήσεις και γνωστοποιήσεις για σκοπούς μάρκετινγκ και (3) τις χρήσεις και γνωστοποιήσεις που αφορούν την πώληση πληροφοριών PHI. Μπορείτε να ακυρώσετε μια γραπτή έγκριση που μας έχετε δώσει. Η εκ μέρους σας ακύρωση

δεν θα ισχύει για ενέργειες που έχουμε ήδη κάνει στο πλαίσιο έγκρισης που μας έχετε ήδη δώσει.

Ποια είναι τα δικαιώματά σας για πληροφορίες σχετικά με την υγεία;

Έχετε το δικαίωμα:

- **Να ζητήσετε περιορισμούς στις χρήσεις ή κοινοποιήσεις των πληροφοριών PHI σας (Κοινοποίηση των πληροφοριών PHI σας)**

Μπορείτε να μας ζητήσετε να μην κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας για την εκτέλεση θεραπειών, πληρωμών ή εργασιών νοσοκομειακής περίθαλψης. Μπορείτε επίσης να μας ζητήσετε να μην κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες PHI σας σε συγγενείς, φίλους ή άλλα πρόσωπα που θα κατονομάσετε και τα οποία εμπλέκονται στην υγειονομική σας περίθαλψη. Ωστόσο, δεν είμαστε υποχρεωμένοι να συμφωνήσουμε με το αίτημά σας. Θα πρέπει να υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το έντυπό μας για να υποβάλετε το αίτημά σας.

- **Να ζητήσετε εμπιστευτική κοινοποίηση πληροφοριών PHI**
Μπορείτε να ζητήσετε από τη Molina να σας δώσει τις πληροφορίες PHI σας με έναν συγκεκριμένο τρόπο ή σε ένα συγκεκριμένο μέρος για να σας βοηθήσει να διατηρήσετε τις πληροφορίες PHI σας απόρρητες. Θα εκπληρώσουμε όλα τα εύλογα αιτήματα, εφόσον μας πείτε τους λόγους για τους οποίους η κοινοποίηση όλων ή μέρους των εν λόγω πληροφοριών PHI θα μπορούσε να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή σας. Θα πρέπει να υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το έντυπό μας για να υποβάλετε το αίτημά σας.

- **Να ζητήσετε τον έλεγχο και την αντιγραφή των πληροφοριών PHI σας**

Ισχύει από τις 1 Ιανουαρίου 2026

Έχετε το δικαίωμα να ελέγξετε και να λάβετε ένα αντίγραφο των πληροφοριών PHI σας που έχουμε στην κατοχή μας. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει αρχεία που χρησιμοποιούνται για τη λήψη κάλυψης, αξιώσεων και άλλων αποφάσεων για εσάς ως μέλη μας. Θα πρέπει να υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το έντυπό μας για να υποβάλετε το αίτημά σας. Ενδέχεται να σας χρεώσουμε ένα εύλογο τέλος για την αντιγραφή και την αποστολή των αρχείων. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ενδέχεται να αρνηθούμε το αίτημα. *Σημαντική σημείωση: Δεν διατηρούμε πλήρη αντίγραφα των ιατρικών σας αρχείων. Εάν θέλετε να δείτε, να λάβετε αντίγραφο ή να αλλάξετε τα ιατρικά σας αρχεία, επικοινωνήστε με τον γιατρό ή την κλινική σας.*

- **Να τροποποιήσετε τις πληροφορίες PHI σας**

Μπορείτε να μας ζητήσετε να τροποποιήσουμε (να αλλάξουμε) τις πληροφορίες PHI σας. Αυτό αφορά μόνο τα αρχεία που διατηρούμε για εσάς ως μέλος. Θα πρέπει να υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το έντυπό μας για να υποβάλετε το αίτημά σας. Μπορείτε να υποβάλετε επιστολή διαφωνίας μαζί μας, εάν δεν κάνουμε δεκτό το αίτημα.

- **Να λάβετε ένα αρχείο κοινοποιήσεων πληροφοριών PHI (κοινοποίηση των πληροφοριών PHI σας)**

Μπορείτε να ζητήσετε να σας δώσουμε έναν κατάλογο ορισμένων μερών στα οποία κοινοποιήσαμε τις πληροφορίες PHI σας εντός των τελευταίων έξι ετών πριν από την ημερομηνία του αιτήματός σας. Ο κατάλογος δεν θα περιλαμβάνει πληροφορίες PHI που κοινοποιούνται ως εξής:

- για θεραπεία, πληρωμή ή εργασίες νοσοκομειακής περίθαλψης·
- σε άτομα σχετικά με τις δικές τους πληροφορίες PHI·

- για κοινοποιήσεις που έγιναν με την άδειά σας·
- σε περίπτωση χρήσης ή γνωστοποίησης που επιτρέπεται ή απαιτείται βάσει της ισχύουσας νομοθεσίας·
- πληροφορίες PHI που κοινοποιήθηκαν για το συμφέρον της εθνικής ασφάλειας ή για σκοπούς των μυστικών υπηρεσιών πληροφοριών ή
- ως μέρος ενός περιορισμένου συνόλου δεδομένων σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

Θα χρεώσουμε ένα εύλογο τέλος για κάθε κατάλογο, εάν ζητήσετε τον κατάλογο αυτό περισσότερες από μία φορές σε περίοδο 12 μηνών. Θα πρέπει να υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το έντυπό μας για να υποβάλετε το αίτημά σας.

Μπορείτε να υποβάλετε οποιοδήποτε από τα παραπάνω αιτήματα ή να λάβετε αντίγραφο της παρούσας Ειδοποίησης σε έντυπη μορφή. Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στον αριθμό τηλεφώνου χωρίς χρέωση που αναγράφεται στο πίσω μέρος της ταυτότητάς σας, 7 ημέρες την εβδομάδα, από τις 8 a.m. έως τις 8 p.m., τοπική ώρα. Οι χρήστες TTY/TDD θα πρέπει να καλέσουν το 711.

Τι μπορείτε να κάνετε εάν τα δικαιώματά σας δεν έχουν προστατευτεί;

Μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία σε εμάς και στο Department of Health and Human Services εάν πιστεύετε ότι παραβιάστηκαν τα δικαιώματά σας στην προστασία της ιδιωτικής σας ζωής. Δεν θα προβούμε σε καμία ενέργεια εναντίον σας επειδή υποβάλατε την καταγγελία. Η περίθαλψη και οι παροχές σας δεν θα αλλάξουν με κανέναν τρόπο.

Μπορείτε να μας υποβάλετε καταγγελία στη διεύθυνση:

Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στον αριθμό τηλεφώνου χωρίς χρέωση που αναγράφεται στο πίσω μέρος της ταυτότητάς σας, 7 ημέρες την εβδομάδα, από τις 8 a.m. έως τις 8 p.m., τοπική ώρα. Οι χρήστες ΤΤΥ/TDD θα πρέπει να καλέσουν το 711. Εναλλακτικά γράψτε μας στη διεύθυνση:

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

Μπορείτε να υποβάλετε καταγγελία στο Department of Health and Human Services των ΗΠΑ:

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 (ΦΑΞ)

Ποια είναι τα καθήκοντά μας;

Είμαστε υποχρεωμένοι να:

- Να διατηρεί τις πληροφορίες PHI σας απόρρητες,
- Να σας δώσει γραπτές πληροφορίες όπως αυτή σχετικά με τα καθήκοντά μας και τις πρακτικές απορρήτου σχετικά με τις πληροφορίες PHI σας,
- Να σας παρέχει ειδοποίηση σε περίπτωση παραβίασης των μη ασφαλών PHI σας,
- Να μην χρησιμοποιεί ή να μην κοινοποιεί τις γενετικές σας πληροφορίες για σκοπούς αξιολογήσεων ιατρικού ιστορικού,
- Να τηρεί τους όρους της παρούσας Ειδοποίησης.

Η παρούσα Ειδοποίηση υπόκειται σε αλλαγές

Ισχύει από τις 1 Ιανουαρίου 2026

Διατηρούμε το δικαίωμα να αλλάξουμε τις πρακτικές πληροφοριών και τους όρους της παρούσας Δήλωσης ανά πάσα στιγμή. Εάν το πράξουμε αυτό, οι νέοι όροι και πρακτικές θα ισχύουν τότε για όλες τις πληροφορίες PHI που διατηρούμε. Εάν προβούμε σε ουσιαστικές αλλαγές, θα δημοσιεύσουμε την αναθεωρημένη Δήλωση στον ιστότοπό μας και θα στείλουμε την αναθεωρημένη Δήλωση ή πληροφορίες σχετικά με την ουσιαστική αλλαγή και τον τρόπο απόκτησης της αναθεωρημένης Δήλωσης, στην επόμενη ετήσια αλληλογραφία μας προς τα μέλη μας που καλύπτεται τότε από εμάς. Η παρούσα Δήλωση είναι διαθέσιμη στον ιστότοπό μας στη διεύθυνση MolinaHealthcare.com.

Στοιχεία Επικοινωνίας

Αν έχετε ερωτήσεις σχετικά με την παρούσα Δήλωση, επικοινωνήστε μαζί μας.

Καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στον αριθμό τηλεφώνου χωρίς χρέωση που αναγράφεται στο πίσω μέρος της ταυτότητάς σας, 7 ημέρες την εβδομάδα, από τις 8 a.m. έως τις 8 p.m., τοπική ώρα. Οι χρήστες TTY/TDD θα πρέπει να καλέσουν το 711. Εναλλακτικά, επικοινωνήστε γραπτώς με το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών της Molina, 200 OceanGate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Μπορείτε να λάβετε αυτό το έγγραφο δωρεάν σε άλλες μορφές, όπως μεγάλη εκτύπωση, Μπράιγ ή ήχο. Καλέστε (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, 7 ημέρες την εβδομάδα, 8 a.m. έως 8 p.m., τοπική ώρα. Η κλήση είναι χωρίς χρέωση.

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

Σημαντικές πληροφορίες Molina Healthcare



NYACEL26L00813