

2026

Avis de modification annuel

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

New York H5992-007-000

À compter du 1^{er} janvier jusqu'au 31 décembre 2026

H5992_26_007_NY_ANOC_M

NY-H5992-7-AC-FR-26-L

Cher/chère adhérent(e),

Nous vous remercions de compter parmi nos adhérents Medicaid Advantage Plus, Senior Whole Health of New York NHC (HMO-DSNP). Nous vous écrivons pour vous informer d'une modification importante applicable à votre procédure d'appel à compter du 1^{er} janvier, 2026.

À compter du 1^{er} janvier, 2026, une modification sera apportée à la procédure pour introduire un recours de Niveau 2. Vous trouverez de plus amples informations sur cette modification à la Section 2 de l'Avis de modification annuel ci-joint pour l'année 2026.

Si vous avez des questions concernant cette modification, veuillez appeler les Services aux adhérents au (833) 671-0440. (Les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711.)

Nous sommes disponibles pour répondre aux appels téléphoniques du 1^{er} octobre au 31 mars, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale), 7 jours sur 7 et du 1^{er} avril au 30 septembre, du lundi au vendredi, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale). Les appels vers ces numéros sont gratuits.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) proposé par Senior Whole Health of New York, Inc.

Avis de modification annuel de 2026

Vous êtes affilié(e) à Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Ce document décrit les modifications apportées aux coûts et aux prestations de notre régime pour l'année à venir.

- **Du 15 octobre au 7 décembre, vous pouvez apporter des modifications à votre couverture Medicare pour l'année à venir.** Si vous n'adhérez pas à un autre régime avant le 7 décembre 2025, vous resterez affilié(e) au régime Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).
- Pour changer **de régime**, rendez-vous sur le site Web www.Medicare.gov ou consultez la liste au dos de votre guide *Medicare & You* 2026.
- Veuillez noter qu'il ne s'agit que d'un résumé des modifications. De plus amples informations sur les coûts, les prestations et les règles figurent dans la *Preuve de couverture*. Obtenez un exemplaire à l'adresse SWHNY.com ou appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) pour en obtenir un exemplaire par courrier.

Ressources supplémentaires

- Ce document est disponible gratuitement en espagnol, chinois, arabe, coréen, russe, italien, français, créole haïtien, yiddish, polonais, tagalog, bengali, albanais, grec et ourdou.

- Pour plus d'informations, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711). **Les heures d'ouverture sont du 1^{er} octobre au 31 mars** : de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale), 7 jours sur 7, **et du 1^{er} avril au 30 septembre**, du lundi au vendredi, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale). Cet appel est gratuit.
- Vous pouvez obtenir ce document gratuitement dans d'autres langues ou dans d'autres formats (gros caractères, braille ou audio). Appelez le (833) 671-0440, (TTY : 711). Cet appel est gratuit.

À propos des régimes Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

- Molina Healthcare est un régime C-SNP, D-SNP et HMO associé à un contrat Medicare. Les régimes D-SNP ont un contrat avec le programme Medicaid d'État. L'affiliation dépend du renouvellement du contrat. Notre régime a également conclu un contrat avec le programme New York Medicaid afin de coordonner vos prestations Medicaid.
- Lorsque les termes « nous », « notre » ou « nos » sont utilisés dans ce document, ils font référence à Senior Whole Health of New York, Inc. Lorsque les termes « régime » ou « notre régime » sont utilisés dans ce document, ils font référence à Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)
- **Sans action de votre part avant le 7 décembre 2025, vous serez automatiquement affilié(e) à Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).** À compter du 1^{er} janvier 2026, vous bénéficierez de votre couverture médicale et de votre couverture pour les

médicaments par le biais de notre régime Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Consultez la Section 3 pour en savoir plus sur la manière de changer de régime et les dates limites pour procéder à des changements.

H5992_26_007_NY_ANOC_M

Avis de modification annuel pour 2026

Table des matières

Résumé des coûts importants pour 2026	6
SECTION 1	Modifications apportées aux prestations et coûts pour l'année à venir
	13
Section 1.1	Modifications apportées à la prime mensuelle
	13
Section 1.2	Modifications apportées au montant maximal de contribution
	13
Section 1.3	Modifications apportées au réseau de prestataires
	15
Section 1.4	Modifications apportées au réseau de pharmacies
	15
Section 1.5	Modifications apportées aux prestations et coûts des services médicaux
	16
Section 1.6	Modifications apportées à la couverture des médicaments relevant de la Partie D
	25
Section 1.7	Modifications apportées aux prestations et coûts des médicaments sur ordonnance
	26
SECTION 2	Modifications administratives
	39
SECTION 3	Comment changer de régime
	45
Section 3.1	Dates limites pour changer de régime
	46
Section 3.2	Y a-t-il d'autres périodes de l'année pour effectuer un changement ?
	46
SECTION 4	Obtenir de l'aide pour le paiement des médicaments sur ordonnance
	48

SECTION 5	Vous avez des questions ?	51
Section 5.1	Obtenir de l'aide auprès de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	51
Section 5.2	Obtenir des conseils gratuits sur Medicare	52
Section 5.3	Obtenir de l'aide auprès de Medicare	52
Section 5.4	Obtenir de l'aide auprès de Medicaid	53

Résumé des coûts importants pour 2026

Dans le tableau ci-dessous, vous trouverez une comparaison des coûts pour 2025 et des coûts pour 2026 du régime Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) dans plusieurs domaines importants. **Veillez noter qu'il ne s'agit que d'un résumé des coûts.**

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
Prime mensuelle du régime* * Votre prime peut être supérieure à ce montant. Consultez la Section 1.1 pour plus de détails.	\$0	\$0
Consultations de soins primaires au cabinet	\$0 de quote-part par consultation	\$0 de quote-part par consultation
Consultations au cabinet d'un spécialiste	30% de quote-part par consultation	30% de quote-part par consultation
Hospitalisation Inclut les hôpitaux de soins aigus, les hôpitaux de	\$0 de quote-part Le régime prend en charge jusqu'à 90 jours de soins dans le cadre	\$0 de quote-part Le régime prend en charge jusqu'à 90 jours de soins dans

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
<p>réadaptation pour personnes hospitalisées et les hôpitaux de soins de longue durée, ainsi que d'autres types de services d'hospitalisation. Les soins dans le cadre d'une hospitalisation commencent le jour où vous êtes officiellement admis(e) à l'hôpital sur décision médicale. Le jour précédent votre date de sortie d'hôpital autorisée est votre dernier jour d'hospitalisation.</p>	<p>d'une hospitalisation par période de prestation. En plus de cela, vous disposez de 60 jours supplémentaires, appelés « jours de réserve à vie », qui ne peuvent être utilisés qu'une seule fois. Nous commencerons automatiquement à appliquer les jours de réserve à vie, sauf si vous nous demandez expressément de ne pas le faire (reportez-vous à votre Preuve de couverture pour plus de détails sur les périodes de prestation).</p>	<p>le cadre d'une hospitalisation par période de prestation. En plus de cela, vous disposez de 60 jours supplémentaires, appelés « jours de réserve à vie », qui ne peuvent être utilisés qu'une seule fois. Nous commencerons automatiquement à appliquer les jours de réserve à vie, sauf si vous nous demandez expressément de ne pas le faire (reportez-vous à votre Preuve de couverture pour plus de détails sur les périodes de prestation).</p>
<p>Couverture pour les médicaments</p>	<p>Les médicaments couverts par la Partie D</p>	<p>Franchise : \$615</p>

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
relevant de la Partie D	<p>sur la Liste des médicaments remboursables sont classés en un seul niveau. Votre coût pour un approvisionnement d'un mois (31 jours) dans une pharmacie du réseau avec le partage des coûts standard :</p> <p>Médicaments génériques et médicaments préférés de sources multiples : Vous payez \$0 par ordonnance</p> <p>Tous les autres médicaments : Vous payez \$0 par ordonnance</p>	<p>Dans ce palier, vous ne payez aucun partage des coûts pour les médicaments des Niveaux 1 et 6 et vous payez le coût applicable pour les médicaments des Niveaux 2, 3, 4 et 5 jusqu'à ce que vous ayez atteint le montant de franchise annuelle.</p> <p>Quote-part pour le palier de couverture initiale :</p> <p>Médicaments de Niveau 1 : \$0 de quote-part</p> <p>Médicaments de Niveau 2 : \$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les</p>

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
		<p>médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques)</p> <p>\$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments</p> <p>Médicaments de Niveau 3 :</p> <p>\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques)</p> <p>\$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres</p>

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
		<p>médicaments</p> <p>Médicaments de Niveau 4 :</p> <p>\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques)</p> <p>\$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments</p> <p>Médicaments de Niveau 5 :</p> <p>\$0, \$1.60 ou \$5.10 de quote-part pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de</p>

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
		<p>marque considérés comme génériques)</p> <p>\$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments</p> <p>Médicaments de Niveau 6 :</p> <p>\$0 de quote-part</p> <p>Couverture pour les frais majeurs :</p> <p>Pour ce palier de paiement, vous ne payez rien pour les médicaments relevant de la Partie D couverts.</p>

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
<p>Montant maximal de contribution</p> <p>Il s'agit du montant <u>maximal</u> que vous devrez payer vous-même pour les services couverts de la Partie A et de la Partie B. (Consultez la Section 1.2 pour plus de détails).</p>	<p>\$9,350</p> <p>Si vous êtes éligible à l'aide au partage des coûts de Medicare dans le cadre de Medicaid, vous n'aurez aucuns frais à votre charge à concurrence du montant maximal de contribution pour les services couverts relevant de la Partie A et de la Partie B.</p>	<p>\$9,250</p> <p>Si vous êtes éligible à l'aide au partage des coûts de Medicare dans le cadre de Medicaid, vous n'aurez aucuns frais à votre charge à concurrence du montant maximal de contribution pour les services couverts relevant de la Partie A et de la Partie B.</p>

SECTION 1 Modifications apportées aux prestations et coûts pour l'année à venir

Section 1.1 Modifications apportées à la prime mensuelle

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
Prime mensuelle du régime (Vous devez également continuer à payer la prime de Medicare Part B, à moins qu'elle ne soit payée pour vous par Medicaid.)	\$0	\$0

Section 1.2 Modifications apportées au montant maximal de contribution

Medicare exige que tous les régimes d'assurance maladie limitent le montant que vous payez de votre poche pendant l'année. Cette limite s'appelle le montant maximal de contribution. Une fois que vous avez déboursé ce montant, vous ne payez généralement rien pour les services couverts relevant de la Partie A et de la Partie B pour le reste de l'année civile.

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
<p>Montant maximal de contribution</p> <p>Nos adhérents bénéficiant également de l'aide de Medicaid, très peu d'entre eux atteignent ce plafond.</p> <p>Vous n'aurez aucuns frais à votre charge à concurrence du montant maximal de contribution pour les services couverts relevant de la Partie A et de la Partie B.</p> <p>Vos frais pour les services médicaux couverts (tels que les quotes-parts) sont pris en compte dans le calcul de votre montant maximal de contribution. La prime de notre régime et les coûts de médicaments sur ordonnance ne sont pas pris en compte dans le calcul de votre montant maximal de contribution.</p>	\$9,350	<p>\$9,250</p> <p>Une fois que payé \$9,250 de franchise pour les services couverts relevant de la Partie A et de la Partie B, vous n'avez plus rien à payer pour les services couverts relevant de la Partie A et de la Partie B jusqu'à la fin de l'année civile.</p>

Section 1.3 Modifications apportées au réseau de prestataires

Notre réseau de prestataires a été modifié pour l'année à venir. Consultez le *Répertoire des prestataires 2026* à l'adresse [SWHNY.com](https://www.swhny.com) pour vérifier si vos prestataires (prestataire de soins primaires, spécialistes, hôpitaux, etc.) font partie de notre réseau. Voici comment vous procurer une version à jour du *Répertoire des prestataires* :

- Consultez notre site Web à l'adresse [SWHNY.com](https://www.swhny.com).
- Appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) pour obtenir des informations à jour sur les prestataires ou pour nous demander de vous envoyer par courrier un exemplaire du *Répertoire des prestataires*.

Nous pouvons apporter des modifications aux hôpitaux, médecins et spécialistes (prestataires) qui font partie de notre régime au cours de l'année. Si vous êtes concerné(e) par une modification apportée à la liste de nos prestataires en cours d'année, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) pour obtenir de l'aide. Pour plus d'informations sur vos droits lorsqu'un prestataire du réseau quitte notre régime, consultez le Chapitre 3, Section 2.3 de votre *Preuve de couverture*.

Section 1.4 Modifications apportées au réseau de pharmacies

Les montants que vous payez pour vos médicaments sur ordonnance peuvent varier en fonction de la pharmacie à laquelle vous vous adressez. Les régimes de médicaments Medicare disposent d'un réseau de pharmacies. Dans la plupart des cas, vos ordonnances *ne sont couvertes que* si elles sont délivrées par l'une des pharmacies de notre réseau.

Notre réseau de pharmacies a été modifié pour l'année à venir. Consultez le *Répertoire des pharmacies 2026* à l'adresse SWHNY.com pour connaître les pharmacies qui font partie de notre réseau. Voici comment vous procurer une version à jour du *Répertoire des pharmacies* :

- Consultez notre site Web à l'adresse SWHNY.com.
- Appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) pour obtenir des informations à jour sur les pharmacies ou pour nous demander de vous envoyer par courrier un exemplaire du *Répertoire des pharmacies*.

Nous pouvons apporter des modifications aux pharmacies qui font partie de notre régime au cours de l'année. Si vous êtes concerné(e) par une modification apportée à la liste de nos pharmacies en cours d'année, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) pour obtenir de l'aide.

Section 1.5 Modifications apportées aux prestations et coûts des services médicaux

L'Avis de modification annuel vous informe des modifications apportées aux prestations et aux coûts de Medicare.

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
Prestations supplémentaires spéciales pour les malades chroniques	Cette prestation est couverte en tant que prestations supplémentaires	Les adhérents répondant aux critères d'éligibilité souffrant des

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
(« SSBCI ») – Aliments et produits frais	spéciales pour les malades chroniques (« SSBCI »). Les adhérents éligibles bénéficient d'une indemnité mensuelle de \$73 destinée à l'achat d'aliments et de produits frais sains. La couverture des SSBCI est réservée aux adhérents souffrant de maladies chroniques spécifiques.	maladies chroniques éligibles bénéficient d'un montant mensuel cumulé de \$285 destiné à l'achat d'aliments et de produits frais (« SSBCI »).
Prestations supplémentaires spéciales pour les malades chroniques (« SSBCI ») – Règlement de factures de services publics	Il ne s'agit pas d'une prestation supplémentaire couverte.	Les adhérents répondant aux critères d'éligibilité souffrant de maladies chroniques éligibles bénéficient d'un montant mensuel cumulé de \$285 destiné à les aider à payer leurs factures

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
		de services publics (électricité, gaz naturel et eau).
Prestations supplémentaires spéciales pour les malades chroniques (« SSBCI ») – Transport pour des besoins non médicaux	Il ne s'agit pas d'une prestation supplémentaire couverte.	Les adhérents répondant aux critères d'éligibilité souffrant de maladies chroniques éligibles bénéficient d'une indemnité mensuelle cumulée de \$285 destinée à leur permettre d'accéder au transport pour des besoins non médicaux.
Carte de débit précréditée (carte Healthy You)	Vous disposiez d'une carte Healthy You assortie d'une indemnité cumulée destinée à l'achat d'articles OTC, au règlement des services de transport, ainsi que	Vous recevez une carte de débit Healthy You précréditée d'une indemnité mensuelle cumulée de \$285 destinée à l'achat d'articles OTC, d'aides

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
	d'une indemnité SSBCI distincte liée à l'achat d'aliments et produits frais.	auditives OTC, au paiement des services de transport vers des établissements de santé approuvés par le régime, au règlement des SSBCI liées à l'achat d'aliments et de produits frais, au paiement du transport pour les besoins non médicaux ainsi qu'au règlement des factures de services publics. Les services de transport sont accessibles via la carte de débit. Les articles OTC peuvent être achetés avec la carte de débit ou via le catalogue. Les aides auditives OTC

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
		<p>peuvent être achetées via le catalogue. Les prestations supplémentaires de SSBCI sont accessibles via la carte de débit et incluent les aliments et les produits frais, le paiement du transport pour les besoins non médicaux, ainsi que les aides pour les activités de la vie quotidienne. L'indemnité non utilisée n'est pas reportée au mois suivant.</p>
Prestations de télémedecine supplémentaires	Vous ne payez aucune quote-part pour certains services de télémedecine, y	Vous ne payez aucune quote-part pour certains services de télémedecine, y

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
	compris les services dispensés par un médecin de premier recours.	compris les services de réadaptation cardiaque, les services dispensés par un médecin de premier recours, les services de chiropraxie, les services d'ergothérapie, les services dispensés par un médecin spécialiste, les séances individuelles pour les services spécialisés en santé mentale, les séances de groupe pour les services spécialisés en santé mentale, les services de podologie, les autres professionnels de santé, les séances individuelles pour les

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
		services psychiatriques, les séances de groupe pour les services psychiatriques, les services de physiothérapie et d'orthophonie, les services de programmes de traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes, les séances individuelles pour le traitement des troubles liés à la consommation de substances en ambulatoire et les séances de groupe pour le traitement des troubles liés à la consommation de substances en ambulatoire.

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
Services de transport vers les établissements approuvés par le régime (supplémentaires)	Vous bénéficiez d'une indemnité mensuelle de \$100 destinée à vous permettre d'accéder à des services de transport. Cette indemnité est cumulée avec votre prestation de produits OTC.	Vous recevez une carte de débit Healthy You précréditée d'une indemnité mensuelle cumulée de \$285 destinée au règlement des services de transport vers les établissements de santé approuvés par le régime. Sont par exemple approuvés par le régime les prestataires de services médicaux, pharmaceutiques, dentaires, ophtalmologiques et auditifs du réseau.
Examens de l'audition (supplémentaires)	Il ne s'agit pas d'une prestation supplémentaire	Vous bénéficiez d'un examen auditif de routine par année

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
	couverte.	civile.
Aides auditives sur ordonnance	Il ne s'agit pas d'une prestation supplémentaire couverte.	Vous avez droit à 2 aides auditives présélectionnées maximum fournies par un prestataire approuvé par le régime tous les 2 ans pour les deux oreilles combinées.
Articles en vente libre (« OTC ») – Aides auditives (supplémentaires)	Il ne s'agit pas d'une prestation supplémentaire couverte.	Vous recevez une carte de débit Healthy You précréditée d'une indemnité mensuelle cumulée de \$285 destinée à l'achat d'aides auditives OTC.

Section 1.6 Modifications apportées à la couverture des médicaments relevant de la Partie D

Modifications apportées à notre Liste des médicaments

Notre liste des médicaments couverts est appelée Liste des médicaments remboursables ou Liste des médicaments. Une copie de notre Liste des médicaments vous est fournie par voie électronique.

Nous avons apporté des modifications à notre Liste des médicaments, notamment en supprimant ou en ajoutant des médicaments, en modifiant les restrictions applicables à la couverture de certains médicaments ou en les faisant passer à un autre niveau de partage des coûts. **Consultez la Liste des médicaments pour vous assurer que vos médicaments seront couverts l'année à venir et pour voir s'il y aura des restrictions ou si votre médicament a été affecté à un autre niveau de partage des coûts.**

La plupart des modifications apportées à la Liste des médicaments sont prévues pour le début de chaque année. Toutefois, il se peut que nous apportions d'autres modifications autorisées par les règles de Medicare et qui vous concerneront au cours de l'année civile. Nous mettons à jour notre Liste des médicaments en ligne au moins une fois par mois afin de vous fournir la Liste des médicaments la plus récente. Si nous apportons une modification qui affectera votre accès à un médicament que vous prenez, nous vous enverrons un avis à ce sujet.

Si vous êtes concerné(e) par une modification dans la couverture des médicaments en début ou en cours d'année, consultez le Chapitre 9 de votre *Preuve de couverture* et parler à votre prescripteur pour connaître les options qui s'offrent à vous, comme demander un approvisionnement

temporaire, faire une demande d'exception et/ou essayer de trouver un nouveau médicament. Pour plus d'informations, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711).

Section 1.7 Modifications apportées aux prestations et coûts des médicaments sur ordonnance

Bénéficiez-vous de l'Extra Help pour payer les coûts liés à votre couverture des médicaments ?

Si vous bénéficiez d'un programme d'aide au paiement de vos médicaments (Extra Help), **les informations concernant les coûts des médicaments relevant de la Partie D peuvent ne pas s'appliquer à vous.** Nous vous avons envoyé un document séparé, intitulé « *Avenant à la Preuve de couverture pour les personnes bénéficiant de l'Extra Help pour le paiement de leurs médicaments sur ordonnance* », qui détaille les coûts de vos médicaments. Si vous bénéficiez de l'Extra Help et que vous ne recevez pas ce document avant le 30 septembre, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) et demandez l'*Avenant LIS*.

Paliers de paiement des médicaments

Il existe 3 **paliers de paiement des médicaments** : le palier de la franchise annuelle, le palier de couverture initiale et le palier de couverture pour les frais majeurs. Le palier de l'écart de couverture et le programme de réduction de l'écart de couverture (Coverage Gap Discount Program) n'existent plus dans le cadre de la prestation de la Partie D.

- ***Palier 1 : franchise annuelle***

Chaque année civile, vous débutez dans ce palier de paiement. Pour ce palier de paiement, vous payez le coût total de vos médicaments relevant de la Partie D jusqu'à ce que vous atteigniez le montant de franchise annuelle.

- ***Palier 2 : couverture initiale***

Une fois que vous avez payé la franchise annuelle, vous passez au palier de couverture initiale. Dans ce palier, notre régime paie sa part du coût de vos médicaments et vous payez votre part du coût. Vous restez généralement dans ce palier jusqu'à ce que les frais de l'année en cours atteignent \$2,100.

- ***Palier 3 : couverture pour les frais majeurs***

Il s'agit du troisième et dernier palier de paiement des médicaments. Dans ce palier, vous ne payez rien pour vos médicaments couverts relevant de la Partie D. Vous restez généralement dans ce palier pendant le reste de l'année civile.

Le programme de réduction de l'écart de couverture à été remplacé par le programme de remise du fabricant (Manufacturer Discount Program). Dans le cadre de ce programme, les fabricants de médicaments paient une partie du coût total de notre régime pour les médicaments de marque et les produits biologiques couverts par la Partie D pour le palier de couverture initiale et le palier de couverture pour les frais majeurs. Les remises accordées par les fabricants dans le cadre de ce programme ne sont pas prises en compte dans le calcul des frais à votre charge.

Le tableau indique le coût que vous payez par ordonnance pour ce palier.

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
Franchise annuelle	\$0	\$615 Dans ce palier, vous ne payez aucun partage des coûts pour les médicaments des Niveaux 1 et 6 et vous payez le coût applicable pour les médicaments des Niveaux 2, 3, 4 et 5 jusqu'à ce que vous ayez atteint le montant de franchise annuelle.

Coûts des médicaments au palier 2 : couverture initiale

Le tableau indique le coût que vous payez par ordonnance pour un approvisionnement d'un mois dans une pharmacie du réseau avec le partage des coûts standard.

La plupart des vaccins pour adultes relevant de la Partie D sont couverts sans frais à votre charge. Pour plus d'informations sur les coûts des vaccins ou pour obtenir des informations sur les coûts, consultez le Chapitre 6 de votre *Preuve de couverture*.

Une fois que vous aurez payé \$2,100 de franchise pour des médicaments couverts relevant de la Partie D, vous passerez au palier suivant (le palier de couverture pour les frais majeurs).

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
<p>Niveau 1 (médicaments génériques privilégiés) :</p> <p>Nous avons modifié le niveau de certains médicaments de notre Liste des médicaments. Pour savoir si vos médicaments seront classés dans un niveau différent, consultez la Liste des médicaments.</p>	<p>Les médicaments couverts par la Partie D sur la Liste des médicaments remboursables sont classés en un seul niveau. Votre coût pour un approvisionnement d'un mois (31 jours) dans une pharmacie du réseau avec le partage des coûts standard :</p> <p>Médicaments génériques et médicaments préférés de sources multiples :</p> <p>Vous payez \$0 par ordonnance.</p>	<p>\$0 de quote-part du coût total</p>

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
	<p>Tous les autres médicaments : vous payez \$0 par ordonnance.</p> <p>Vous payez \$0 par ordonnance. Une fois que vous aurez payé \$2,000 de votre poche pour des médicaments relevant de la Partie D, vous passerez au palier suivant (le palier de couverture pour les frais majeurs). Votre partage des coûts est de \$0 pour le palier de couverture pour les frais majeurs)</p>	
Niveau 2 (médicaments génériques) :	Les médicaments couverts par la Partie D sur la Liste des médicaments	\$0, \$1.60 ou \$5.10 pour les médicaments génériques (y

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
	<p>remboursables sont classés en un seul niveau.</p> <p>Votre coût pour un approvisionnement d'un mois dans une pharmacie du réseau avec le partage des coûts standard :</p> <p>Médicaments génériques et médicaments préférés de sources multiples : Vous payez \$0 par ordonnance.</p> <p>Tous les autres médicaments : Vous payez \$0 par ordonnance. Une fois que vous aurez payé \$2,000 de votre poche pour des</p>	<p>compris les médicaments de marque considérés comme génériques)</p> <p>\$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments.</p>

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
	médicaments relevant de la Partie D, vous passerez au palier suivant (le palier de couverture pour les frais majeurs). Votre partage des coûts est de \$0 pour le palier de couverture pour les frais majeurs)	
Niveau 3 (médicaments de marque préférés) :	<p>Les médicaments couverts par la Partie D sur la Liste des médicaments remboursables sont classés en un seul niveau.</p> <p>Votre coût pour un approvisionnement d'un mois dans une pharmacie du réseau avec le partage des</p>	<p>\$0, \$1.60 ou \$5.10 pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques)</p> <p>\$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres</p>

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
	<p>coûts standard :</p> <p>Médicaments génériques et médicaments préférés de sources multiples : Vous payez \$0 par ordonnance.</p> <p>Tous les autres médicaments : Vous payez \$0 par ordonnance. Une fois que vous aurez payé \$2,000 de votre poche pour des médicaments relevant de la Partie D, vous passerez au palier suivant (le palier de couverture pour les frais majeurs). Votre partage des coûts est de \$0 pour le palier de</p>	<p>médicaments.</p>

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
	couverture pour les frais majeurs)	
Niveau 4 (médicaments non préférés) :	<p>Les médicaments couverts par la Partie D sur la Liste des médicaments remboursables sont classés en un seul niveau.</p> <p>Votre coût pour un approvisionnement d'un mois dans une pharmacie du réseau avec le partage des coûts standard :</p> <p>Médicaments génériques et médicaments préférés de sources multiples : Vous payez \$0 par ordonnance.</p>	<p>\$0, \$1.60 ou \$5.10 pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de marque considérés comme génériques)</p> <p>\$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments.</p>

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
	<p>Tous les autres médicaments :</p> <p>Vous payez \$0 par ordonnance.</p> <p>Une fois que vous aurez payé \$2,000 de votre poche pour des médicaments relevant de la Partie D, vous passerez au palier suivant (le palier de couverture pour les frais majeurs). Votre partage des coûts est de \$0 pour le palier de couverture pour les frais majeurs)</p>	
Niveau 5 (médicaments spécialisés) :	Les médicaments couverts par la Partie D sur la Liste des médicaments remboursables sont classés en un seul	\$0, \$1.60 ou \$5.10 pour les médicaments génériques (y compris les médicaments de

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
	<p>niveau.</p> <p>Votre coût pour un approvisionnement d'un mois dans une pharmacie du réseau avec le partage des coûts standard :</p> <p>Médicaments génériques et médicaments préférés de sources multiples : Vous payez \$0 par ordonnance.</p> <p>Tous les autres médicaments : Vous payez \$0 par ordonnance. Une fois que vous aurez payé \$2,000 de votre poche pour des médicaments relevant de la</p>	<p>marque considérés comme génériques)</p> <p>\$0, \$4.90 ou \$12.65 de quote-part par ordonnance pour tous les autres médicaments.</p>

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
	Partie D, vous passerez au palier suivant (le palier de couverture pour les frais majeurs). Votre partage des coûts est de \$0 pour le palier de couverture pour les frais majeurs)	
Niveau 6 (médicaments Select Care) :	<p>Les médicaments couverts par la Partie D sur la Liste des médicaments remboursables sont classés en un seul niveau.</p> <p>Votre coût pour un approvisionnement d'un mois dans une pharmacie du réseau avec le partage des coûts standard :</p> <p>Médicaments génériques et</p>	\$0 du coût total

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
	<p>médicaments préférés de sources multiples : Vous payez \$0 par ordonnance.</p> <p>Tous les autres médicaments : Vous payez \$0 par ordonnance. Une fois que vous aurez payé \$2,000 de votre poche pour des médicaments relevant de la Partie D, vous passerez au palier suivant (le palier de couverture pour les frais majeurs). Votre partage des coûts est de \$0 pour le palier de couverture pour les frais majeurs)</p>	

Modifications apportées à votre prestation VBID de la Partie D

En 2025, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) a participé au modèle Value Based Insurance Design (littéralement « Conception d'une assurance basée sur la valeur », « VBID »), mais ce programme prend fin cette année. Dans le cadre de la prestation de la Partie D du modèle VBID, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) proposait la suppression du partage des coûts pour les médicaments relevant de la Partie D. Ce programme ayant pris fin, les adhérents pourraient désormais avoir à payer un partage des coûts pour l'ensemble des médicaments relevant de la Partie D, et ce, quel que soit le palier de couverture. Pour plus d'informations, appelez les Services aux adhérents si vous avez des questions.

Modifications apportées aux paliers de couverture pour les frais majeurs

Pour obtenir des informations spécifiques sur les coûts du palier de couverture pour les frais majeurs, consultez le Chapitre 6, Section 6, de votre *Preuve de couverture*.

SECTION 2 Modifications administratives

Nous sommes en train de procéder à des modifications administratives pour l'année à venir. Les informations dans le tableau ci-dessous décrivent ces modifications.

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
Dentaquest ne sera plus le prestataire contractuel en 2026.	Vos services dentaires étaient assurés par Dentaquest.	Vos services dentaires incluront à la fois des services préventifs et

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
		certains services complets. Ils seront notamment assurés par Liberty en 2026.
En 2026, vos services auditifs seront assurés par un prestataire de services	Vos services auditifs ont été assurés par des prestataires de services auditifs sous contrat avec Molina.	NationsBenefits est le prestataire de services auditifs sous contrat pour 2026.
Régime de paiement des médicaments sur ordonnance de Medicare (<i>Medicare Prescription Payment Plan</i>)	Non applicable	Le régime de paiement des médicaments sur ordonnance de Medicare (<i>Medicare Prescription Payment Plan</i>) est une nouvelle option de paiement complémentaire à votre couverture des médicaments actuelle et peut vous aider à gérer les coûts de vos médicaments en étalant leur remboursement sur

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
		<p>l'année sous forme de versements mensuels variables (de janvier à décembre).</p> <p>Pour en savoir plus sur cette option de paiement, veuillez nous contacter au (833) 671-0440 (TTY : 711) ou consultez le site Web Medicare.gov</p>
Prestations supplémentaires spéciales pour les malades chroniques (« SSBCI »)	<p>Si l'on vous diagnostique une ou plusieurs maladies chroniques éligibles et que vous répondez à certains critères, vous pouvez peut-être bénéficier de prestations supplémentaires spécifiques pour les malades chroniques.</p>	<p>Si l'on vous diagnostique une ou plusieurs maladies chroniques éligibles et que vous répondez à certains critères, vous pouvez peut-être bénéficier de prestations supplémentaires spécifiques pour les malades chroniques.</p>

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendance chronique à l'alcool et autre toxicomanie • Maladies auto-immunes • Cancer • Maladies cardiovasculaires • Insuffisance cardiaque chronique • Démence • Diabète • Insuffisance hépatique au stade terminal • Insuffisance rénale au stade terminal (« ESRD ») • Troubles hématologiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Maladies cardiovasculaires • Insuffisance cardiaque chronique • Démence • Diabète sucré • Maladies pulmonaires chroniques • Insuffisance rénale chronique (« CKD ») • Troubles chroniques liés à la consommation d'alcool et d'autres substances (« SUD ») • Cancer • Maladies auto-immunes

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
	<p>sévères</p> <ul style="list-style-type: none"> • VIH/SIDA • Maladies pulmonaires chroniques • Troubles de la santé mentale chroniques et invalidants • Troubles neurologiques • AVC 	<ul style="list-style-type: none"> • Surpoids, obésité et syndrome métabolique • Maladie gastro-intestinale chronique • Troubles hématologiques sévères • VIH/SIDA • Troubles de la santé mentale chroniques et invalidants • Troubles neurologiques • AVC • Après une transplantation d'organe • Immunodéficience et troubles immunosuppresseurs

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
		<ul style="list-style-type: none">• Affections associées à des troubles cognitifs• Affections entraînant des limitations fonctionnelles• Affections chroniques entraînant une altération de la vue, de l'audition (surdité), du goût, du toucher et de l'odorat• Affections nécessitant des services thérapeutiques continus pour permettre aux personnes de maintenir ou conserver leurs

	2025 (cette année)	2026 (l'année à venir)
		capacités fonctionnelles

SECTION 3 Comment changer de régime

Pour rester affilié(e) à Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), aucune action de votre part n'est nécessaire. À moins que vous ne souscriviez à un autre régime ou ne passiez à Original Medicare avant le 7 décembre, vous serez automatiquement affilié(e) à notre régime Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Si vous souhaitez changer de régime pour 2026, suivez les étapes suivantes :

- **Pour changer de régime de soins de santé Medicare**, affiliiez-vous au nouveau régime. Vous serez automatiquement désaffilié(e) de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).
- **Pour passer à Original Medicare avec une couverture des médicaments de Medicare**, vous devez vous affilier au nouveau régime de prise en charge des médicaments de Medicare. Vous serez automatiquement désaffilié(e) de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).
- **Pour passer à Original Medicare sans régime de prise en charge des médicaments**, vous pouvez nous envoyer une demande écrite de désaffiliation. Pour plus d'informations sur la marche à suivre, appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711), ou appelez **Medicare** au

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) et demandez à être désaffilié(e). Les utilisateurs de TTY peuvent appeler le 1-877-486-2048. Si vous ne vous affiliez pas à un régime de prise en charge des médicaments de Medicare, vous pourriez être amené(e) à payer une pénalité pour adhésion tardive à la Partie D (consultez le Chapitre 1, Section 4.4 de votre *Preuve de couverture*).

- **Pour en savoir plus sur Original Medicare et les différents types de régimes Medicare**, rendez-vous sur le site Web www.Medicare.gov, consultez le guide *Medicare & You 2026*, appelez le State Health Insurance Assistance Program (Programme d'assistance pour les régimes d'assurance maladie octroyés par l'État) de votre État (voir la Section 6), ou appelez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Section 3.1 Dates limites pour changer de régime

Les personnes bénéficiant de Medicare peuvent apporter des modifications à leur couverture du **15 octobre au 7 décembre** de chaque année.

Si vous vous êtes affilié(e) à un régime Medicare Advantage au 1^{er} janvier 2026 et que vous êtes insatisfait(e) du régime choisi, vous pouvez changer de régime de soins de santé Medicare (avec ou sans couverture des médicaments de Medicare) ou passer à Original Medicare (avec ou sans couverture séparée des médicaments de Medicare) du 1^{er} janvier au 31 mars 2026.

Section 3.2 Y a-t-il d'autres périodes de l'année pour effectuer un changement ?

Dans certaines situations, il est possible pour les personnes de modifier à d'autres moments de l'année. Il s'agit notamment des personnes qui :

- bénéficiaire de Medicaid ;
- bénéficiaire de l'Extra Help pour le paiement de leurs médicaments ;
- disposent d'une couverture par leur employeur ou qui la quittent ;
- déménagent hors de la zone de service de notre régime.

Étant donné que vous bénéficiez de Medicaid, vous pouvez mettre fin à votre affiliation à notre régime en choisissant l'une des options Medicare suivantes n'importe quel mois de l'année :

o Original Medicare *avec* un régime séparé de prise en charge des médicaments sur ordonnance de Medicare ;

o Original Medicare *sans* régime séparé de prise en charge des médicaments sur ordonnance de Medicare (si vous choisissez cette option, Medicare pourrait vous affilier automatiquement à un régime de prise en charge des médicaments, sauf si vous avez choisi de ne pas être affilié[e] automatiquement) ; ou

o si vous y êtes éligible, un D-SNP intégré qui regroupe vos prestations Medicare ainsi que la plupart ou la totalité de vos prestations Medicaid en un seul régime.

Si vous avez récemment emménagé ou vivez actuellement dans une institution (comme un établissement de soins infirmiers qualifiés ou un hôpital de soins de longue durée), vous pouvez modifier votre couverture Medicare **à tout moment**. Vous pouvez changer à tout moment pour tout autre régime de soins de santé Medicare (avec ou sans couverture des médicaments de Medicare) ou passer à Original Medicare (avec ou sans

couverture séparée des médicaments de Medicare). Si vous avez récemment quitté une institution, vous avez la possibilité de changer de régime ou de passer à Original Medicare pendant 2 mois complets à compter du départ de cette institution.

SECTION 4 Obtenir de l'aide pour le paiement des médicaments sur ordonnance

Vous pouvez être éligible à une aide pour le paiement des médicaments sur ordonnance. Différents types d'aide sont disponibles :

- **Extra Help de Medicare.** Les personnes ayant des revenus limités peuvent bénéficier de l'Extra Help pour payer les coûts de leurs médicaments sur ordonnance. Si vous remplissez les conditions requises, Medicare peut prendre en charge jusqu'à 75% ou plus des coûts de vos médicaments, y compris les primes mensuelles du régime de prise en charge des médicaments, les franchises annuelles et la coassurance. De plus, les personnes qui remplissent les conditions requises n'auront pas à payer de pénalité pour adhésion tardive. Pour vérifier si vous remplissez les conditions requises, appelez :
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs de TTY peuvent appeler le 1-877-486-2048, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
 - Pour obtenir les services d'un représentant, il convient d'appeler la Sécurité sociale au 1-800-772-1213 entre 8 a.m. et 7 p.m., du lundi au vendredi. Des messages automatisés sont disponibles 24 heures sur 24. Les utilisateurs de TTY peuvent appeler le 1-800-325-0778.

- le bureau Medicaid de votre État.
- **Aide du programme d'assistance pharmaceutique de votre État (« SPAP »).** New York dispose d'un programme appelé EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage) qui aide les personnes à payer les médicaments sur ordonnance en fonction de leurs besoins financiers, de leur âge ou de leur état de santé. Pour en savoir plus sur ce programme, adressez-vous au State Health Insurance Assistance Program (Programme d'assistance pour les régimes d'assurance maladie octroyés par l'État, « SHIP »). Pour obtenir le numéro de téléphone dédié de votre État, consultez le site Web shiphelp.org ou appelez le 1-800-MEDICARE.
- **Aide au partage des coûts de prescription pour les personnes atteintes du HIV/AIDS.** Le programme d'aide à la prise en charge des médicaments contre le AIDS (« ADAP ») aide les personnes vivant avec le HIV/AIDS et éligibles à l'ADAP à avoir accès à des médicaments contre le HIV qui peuvent leur sauver la vie. Pour pouvoir bénéficier de l'ADAP dans votre État, vous devez répondre à certains critères, notamment une preuve de résidence dans l'État et de HIV, un faible revenu tel que défini par l'État et le statut de non-assuré(e) ou de sous-assuré(e). Les médicaments sur ordonnance relevant de Medicare Part D qui sont aussi couverts par l'ADAP donnent également droit à une aide au partage des coûts pour les médicaments sur ordonnance par l'intermédiaire de l'New York State Uninsured Care Program (ADAP). Pour obtenir des informations sur les critères d'éligibilité, les médicaments couverts, comment vous affilier au programme ou, si vous êtes déjà affilié(e), comment continuer à recevoir de l'aide, appelez le (800) 542-2437 ou le (844) 685-4058. N'oubliez pas, lorsque vous appelez, d'indiquer le nom de votre

régime relevant de Medicare Part D ou le numéro de votre police d'assurance.

- **Le régime de paiement des médicaments sur ordonnance de Medicare.** Le régime de paiement des médicaments sur ordonnance de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan) est une option de paiement qui fonctionne avec votre couverture des médicaments actuelle pour vous aider à gérer les frais à votre charge pour les médicaments couverts par notre régime en étalant leur remboursement sur l'année civile (de janvier à décembre). Toute personne bénéficiant d'un régime de prise en charge des médicaments Medicare ou d'un régime de soins de santé Medicare incluant une couverture des médicaments (comme un régime Medicare Advantage incluant une couverture des médicaments) peut recourir à cette option de paiement. **Cette option de paiement peut vous aider à gérer vos dépenses, mais elle ne vous permet pas d'économiser de l'argent ni de réduire le coût de vos médicaments.**
- L'Extra Help de Medicare et l'aide de votre SPAP et ADAP, pour ceux qui y ont droit, sont plus avantageuses que la participation au régime de paiement des médicaments sur ordonnance de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan). Tous les adhérents peuvent participer au régime de paiement des médicaments sur ordonnance de Medicare, quel que soit leur niveau de revenu. Pour en savoir plus sur cette option de paiement, appelez-nous au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) ou consultez le site Web www.Medicare.gov.

SECTION 5 Vous avez des questions ?

Section 5.1 Obtenir de l'aide auprès de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

- **Appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440. (Les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711.)**

Nous sommes disponibles pour répondre aux appels téléphoniques de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale), 7 jours sur 7 du 1^{er} octobre au 31 mars, et du 1^{er} avril au 30 septembre, du lundi au vendredi, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale). Les appels vers ces numéros sont gratuits.

- **Consultez votre *Preuve de couverture* 2026**

Cet *Avis de modification annuel* vous donne un résumé des modifications apportées à vos prestations et à vos coûts pour 2026. Pour plus de détails, consultez la *Preuve de couverture* 2026 pour Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). La *Preuve de couverture* est la description légale et détaillée des prestations de votre régime. Elle explique vos droits et les règles à suivre pour bénéficier des services et des médicaments sur ordonnance couverts. Obtenez la *Preuve de couverture* sur notre site Web à l'adresse SWHNY.com ou appelez les Services aux adhérents au (833) 671-0440 (les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711) pour nous demander de vous envoyer un exemplaire par courrier.

- **Consultez le site Web SWHNY.com**

Notre site Web contient les informations les plus récentes sur notre réseau de prestataires (*Répertoire des prestataires/Répertoire des*

pharmacies) et notre Liste des médicaments couverts (Liste des médicaments remboursables/Liste des médicaments).

Section 5.2 Obtenir des conseils gratuits sur Medicare

Le State Health Insurance Assistance Program (Programme d'assistance pour les régimes d'assurance maladie octroyés par l'État, « SHIP ») est un programme gouvernemental indépendant qui dispose de conseillers formés dans chaque État. Dans l'État de l'New York, le SHIP s'appelle New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP).

Appelez la New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP) pour obtenir des conseils personnalisés en matière d'assurance maladie. Les équipes peuvent vous aider à comprendre les choix qui s'offrent à vous en matière de régimes Medicare et Medicaid et répondre à vos questions sur le changement de régime. Appelez la New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP) au (800) 701-0501. Obtenez plus d'informations sur la New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP) en consultant le site Web (<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap>).

Section 5.3 Obtenir de l'aide auprès de Medicare

- **Composez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).**

Vous pouvez appeler le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Les utilisateurs de TTY peuvent appeler le 1-877-486-2048.

- **Discutez en direct via www.Medicare.gov**

Discutez en direct via le site Web www.Medicare.gov/talk-to-someone

- **Écrivez à Medicare**

Vous pouvez écrire à Medicare à l'adresse suivante : PO Box 1270,
Lawrence, KS 66044

- **Consultez le site Web www.Medicare.gov**

Le site Web officiel de Medicare contient des informations sur le coût, la couverture et les notes de qualité par étoiles pour vous aider à comparer les régimes de soins de santé Medicare dans votre région.

- **Consultez *Medicare & You 2026***

Le guide *Medicare & You 2026* est envoyé par courrier aux bénéficiaires de Medicare chaque automne. Il contient un résumé des prestations, des droits et des protections Medicare, ainsi que des réponses aux questions les plus fréquemment posées sur Medicare. Vous pouvez en obtenir un exemplaire sur le site Web www.Medicare.gov ou en appelant le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs de TTY peuvent appeler le 1-877-486-2048.

Section 5.4 Obtenir de l'aide auprès de Medicaid

Programme Medicaid de l'État de New York au (800) 541-2831 du lundi au vendredi de 8 a.m. à 8 p.m. et le samedi de 9 a.m. à 1 p.m. Les utilisateurs de TTY sont priés d'appeler le 711 pour obtenir de l'aide concernant les questions relatives aux prestations ou à l'affiliation à Medicaid. Vous

pouvez écrire à votre Département local des services sociaux (« LDSS », de l'anglais « Local Department of Social Services »). Trouvez l'adresse de votre LDSS à l'adresse suivante : https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

Programme Medicaid de l'État de New York

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

**PAR
TÉLÉPHONE :** (800) 541-2831

SITE WEB : https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

Département des services sociaux du comté de Nassau

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

**PAR
TÉLÉPHONE :** (516) 227-7474

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

Département des services sociaux du comté de Westchester

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

**PAR
TÉLÉPHONE :** (914) 995-3333

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

Informations supplémentaires importantes sur les soins de santé et les ressources pour les adhérents

- **Avis électronique (ELN) - Comment obtenir les documents importants**
- **Avis de non-discrimination (NDN) - Section 1557**
- **Avis de disponibilité (NOA) - Services d'assistance linguistique**
- **Avis sur les pratiques en matière de protection de la vie privée (NPP)**

Comment obtenir les documents importants du régime



Vous comptez beaucoup pour nous ! Nous vous facilitons l'accès aux informations dont vous avez besoin. Rendez-vous sur Internet pour consulter les documents importants du régime et trouver un prestataire ou une pharmacie du réseau. Vous pouvez également consulter vos médicaments sur ordonnance, à tout moment, partout et depuis n'importe quel appareil. Vos documents du régime 2026, tels que la Preuve de couverture, la Liste des médicaments remboursables et le Répertoire des prestataires/pharmacies, seront disponibles en ligne d'ici le 15 octobre 2025.

Connaître les documents de votre régime

- **Preuve de couverture (« EOC »)** : un guide sur ce qui est pris en charge dans le cadre de votre régime. Elle contient des détails sur les prestations et la couverture de votre régime, les droits des adhérents, et plus encore.
- **Liste des médicaments remboursables (Liste des médicaments)** : une liste des médicaments couverts par votre régime.
- **Répertoire des prestataires/pharmacies** : une liste de médecins, de spécialistes et de pharmacies du réseau, avec leurs numéros de téléphone et leurs adresses. Vous pouvez trouver un prestataire ou une pharmacie du réseau à l'aide de notre répertoire en ligne aux adresses suivantes : MolinaHealthcare.com/ProviderSearch.
- **Avis de confidentialité** : cet Avis décrit comment les renseignements médicaux vous concernant peuvent être utilisés et divulgués et comment vous pouvez avoir accès à ces renseignements. Cet Avis est disponible sur notre site Web aux adresses suivantes : MolinaHealthcare.com/members/ny/en-us/mem/hipaa/home.

Vous pouvez consulter ou demander une copie d'un document relatif au régime

 **En ligne aux adresses suivantes :** MolinaHealthcare.com/Medicare

Vous pouvez consulter ou télécharger une copie des documents de votre régime en ligne, à tout moment et partout. Utilisez n'importe quel appareil, comme votre ordinateur, votre tablette ou votre téléphone portable. Les documents relatifs à votre régime 2026 seront disponibles en ligne d'ici le 15 octobre 2025.

 **En ligne aux adresses suivantes** MyMolina.com.

Rendez-vous sur notre portail adhérent en ligne pour consulter les documents de votre régime en ligne 24 h/24, 7 j/7, ou pour trouver un prestataire ou une pharmacie du réseau. Connectez-vous à votre portail adhérent My Molina ou créez un compte sur MyMolina.com. Cliquez sur « Create an Account » (Créer un compte) et suivez les instructions étape par étape pour adhérer.

 **Appel gratuit**

Faites-nous savoir si vous n'avez pas accès à un ordinateur ou si vous préférez recevoir une copie imprimée d'une EOC, d'une Liste des médicaments remboursables ou d'un Répertoire des prestataires/pharmacies par courrier. Pour demander une copie imprimée d'un document du régime, appelez les Services aux adhérents **au numéro gratuit figurant au dos de votre carte d'adhérent, du lundi au vendredi, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale).**

Nous sommes là pour vous aider

Si vous avez des questions sur vos prestations ou si vous avez besoin d'aide pour trouver un prestataire ou une pharmacie du réseau, appelez les Services aux adhérents **au numéro gratuit figurant au dos de votre carte d'adhérent.**

Avis de non-discrimination

Section 1557

Molina Healthcare - Régime



Senior Whole Health of New York respecte les lois fédérales applicables en matière de droits civils et ne pratique aucune discrimination fondée sur l'âge, la couleur, le handicap, l'origine nationale (y compris la maîtrise limitée de l'anglais), la race ou le sexe (conformément à la portée de la discrimination fondée sur le sexe décrite à l'article 92.101[a]).

Pour vous aider à communiquer efficacement avec nous, Senior Whole Health of New York fournit des services gratuits et en temps opportun :

- Senior Whole Health of New York fournit des modifications raisonnables et des aides et services appropriés aux personnes en situation de handicap, tels que : (1) des interprètes qualifiés, (2) des ressources disponibles dans d'autres formats, tels que les gros caractères, le format audio, les formats électroniques accessibles, le braille.
- Senior Whole Health of New York propose des services linguistiques aux personnes qui parlent une autre langue ou dont la maîtrise de l'anglais est limitée, tels que : (1) des interprètes qualifiés, (2) des ressources traduites dans votre langue.

Si vous avez besoin de ces services, contactez les Services aux adhérents de Molina au 1-800-665-3086 ou TTY/TDD : 711, du lundi au vendredi, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale).

Si vous estimez que nous avons commis une discrimination fondée sur l'âge, la couleur, le handicap, l'origine nationale, la race ou le sexe, vous

pouvez déposer un grief. Vous pouvez le faire par téléphone, par courrier, par e-mail ou en ligne. Si vous avez besoin d'aide pour rédiger votre réclamation, nous vous aiderons. Vous pouvez obtenir notre procédure de dépôt de grief en consultant notre site Web à l'adresse :

[MolinaHealthcare.com/Members/Common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx](https://www.molinahealthcare.com/Members/Common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx)

Appelez notre coordinateur des droits civils au 1-866-606-3889, TTY/TDD : 711 ou envoyez votre réclamation à l'adresse suivante :

Civil Rights Unit

200 Oceangate

Long Beach, CA 90802

E-mail : Civil.Rights@MolinaHealthcare.com

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

Vous pouvez également déposer une plainte (grief) pour violation des droits civils auprès de l'Office for Civil Rights (Bureau des droits civils) de l'U.S Department of Health and Human Services (Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis), en ligne sur le portail des plaintes de l'Office for Civil Rights à l'adresse : <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ou par courrier ou par téléphone à l'adresse suivante :

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

Numéro de téléphone : 1-800-368-1019

TTY/TDD : 800-537-7697

Les formulaires de plainte sont disponibles à l'adresse suivante : [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 tologia 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 tologia. 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 jiił'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.

AVIS SUR LES PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

CET AVIS DÉCRIT COMMENT LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX VOUS CONCERNANT PEUVENT ÊTRE UTILISÉS ET DIVULGUÉS ET COMMENT VOUS POUVEZ AVOIR ACCÈS À CES RENSEIGNEMENTS. VEUILLEZ LE LIRE ATTENTIVEMENT.

Le présent Avis décrit les pratiques en matière de protection de la vie privée des régimes de santé affiliés à Molina Healthcare (désignés ci-après par **Molina, nous** ou **nos**). Nous utilisons et partageons des renseignements sur la santé protégés (**PHI**) vous concernant afin de vous fournir des prestations de santé en tant qu'adhérent(e) de Molina. Nous utilisons et partageons vos PHI pour effectuer le traitement, le paiement et les opérations de soins de santé. Nous utilisons et partageons également vos PHI à d'autres fins, dans la mesure où la loi l'autorise et l'exige. Nous avons le devoir de préserver la confidentialité de vos renseignements sur la santé et de respecter les conditions du présent Avis. La date d'entrée en vigueur du présent Avis est le 1^{er} janvier 2026.

Les PHI sont des renseignements sur la santé qui comprennent votre nom, votre numéro d'adhérent ou d'autres identifiants, et qui sont utilisés ou partagés par nous. Les PHI comprennent les renseignements sur la santé relatifs aux troubles liés à l'usage de substances ainsi que les informations biométriques (comme une empreinte vocale).

Pourquoi utilisons-nous ou partageons-nous vos PHI ?

Nous utilisons ou partageons vos PHI pour vous fournir des prestations de soins de santé. Vos PHI sont également utilisés ou partagés à des fins de traitement, de paiement et d'opérations de soins de santé.

Pour le traitement

Nous pouvons utiliser ou partager vos PHI pour vous fournir des soins médicaux ou les organiser. Ce traitement comprend également les

En vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026

échanges entre vos médecins ou d'autres prestataires de soins de santé. Par exemple, nous pouvons partager des données sur votre état de santé avec un spécialiste. Cela permet au spécialiste de parler de votre traitement avec votre médecin.

Pour le paiement

Nous pouvons utiliser ou partager des PHI pour prendre des décisions en matière de remboursement. Il peut s'agir de demandes de remboursement, d'approbations de traitement et de décisions concernant les besoins médicaux. Votre nom, votre état de santé, votre traitement et les fournitures données peuvent figurer sur la facture. Par exemple, nous pouvons faire savoir à un médecin que vous bénéficiez de nos prestations. Nous lui indiquerons également le montant de la facture que nous paierons.

Pour les opérations de soins de santé

Nous pouvons utiliser ou partager des PHI vous concernant pour gérer notre/nos régime(s) de soins de santé. Par exemple, nous pouvons utiliser les informations contenues dans votre demande de remboursement pour vous informer d'un programme de santé qui pourrait vous aider. Nous pouvons également utiliser ou partager vos PHI pour résoudre vos problèmes. Vos PHI peuvent également être utilisés pour s'assurer que les demandes de remboursement sont payées correctement.

Les opérations de soins de santé impliquent de nombreux besoins opérationnels quotidiens. Cela comprend notamment les éléments suivants :

- l'amélioration de la qualité ;
- les actions menées dans le cadre de programmes de santé pour aider les adhérents souffrant de certaines affections (comme l'asthme) ;
- la réalisation ou l'organisation d'un examen médical ;

- des services juridiques, y compris des programmes de détection et de poursuite des fraudes et des abus ;
- des actions visant à nous aider à respecter les lois ;
- répondre aux besoins des adhérents, y compris résoudre les plaintes et les griefs.

Nous partagerons vos PHI avec d'autres sociétés (**business associates**) qui effectuent différents types d'activités pour notre/nos régime(s) de soins de santé. Nous pouvons également utiliser vos PHI pour vous rappeler vos rendez-vous. Nous pouvons utiliser vos PHI pour vous donner des informations sur d'autres traitements ou d'autres prestations et services liés à la santé.

Quand peut-on utiliser ou partager vos PHI sans obtenir votre autorisation (approbation) par écrit ?

Outre le traitement, le paiement et les opérations de soins de santé, la loi autorise ou exige que Molina utilise et partage vos PHI à plusieurs autres fins, notamment les suivantes :

Exigences légales

Nous utiliserons ou partagerons les informations vous concernant comme l'exige la loi. Nous partagerons vos PHI lorsque le secrétaire du Department of Health and Human Services (Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, HHS) l'exigera. Cela peut être dans le cadre d'une procédure judiciaire ou d'un autre examen juridique, ou à des fins d'application de la loi.

Santé publique

Vos PHI peuvent être utilisés ou partagés dans le cadre d'activités de santé publique. Il peut s'agir d'aider les organismes de santé publique à prévenir ou à lutter contre les maladies.

Surveillance des soins de santé

Vos PHI peuvent être utilisés par des agences gouvernementales ou partagés avec celles-ci. Elles peuvent avoir besoin de vos PHI pour des audits.

Recherche

Vos PHI peuvent être utilisés ou partagés à des fins de recherche dans certains cas, par exemple en cas d'approbation par un comité de protection de la vie privée ou des personnes.

Procédures judiciaires ou administratives

Vos PHI peuvent être utilisés ou partagés dans le cadre d'une procédure judiciaire, par exemple en réponse à une décision de justice.

Application de la loi

Vos PHI peuvent être utilisés ou partagés à la police à des fins d'application de la loi, par exemple pour aider à trouver un suspect, un témoin ou une personne disparue.

Santé et sécurité

Vos PHI peuvent être partagés afin de prévenir une menace grave et imminente pour la santé ou la sécurité publique/d'une personne.

Fonctions gouvernementales

Vos PHI peuvent être partagés au gouvernement pour des fonctions spéciales. Un exemple serait de protéger le Président.

Victimes d'abus, de négligence ou de violence domestique

Vos PHI peuvent être partagés avec les autorités légales si nous pensons qu'une personne est victime d'abus ou de négligence.

Indemnisations des accidentés du travail

Vos PHI peuvent être utilisés ou partagés dans le cadre du respect des lois sur l'indemnisation des accidentés du travail.

Autres divulgations

Vos PHI peuvent être partagés à des entreprises de pompes funèbres ou à des médecins légistes pour les aider à faire leur travail.

Restrictions supplémentaires relatives à l'utilisation et à la divulgation.

Certaines lois fédérales et nationales peuvent exiger des protections spéciales de la vie privée qui limitent l'utilisation et la divulgation de certains types de renseignements sur la santé. Ces lois peuvent protéger les types de renseignements suivants : troubles liés à la consommation d'alcool et de substances, informations biométriques, maltraitance ou négligence infligée aux enfants ou aux adultes (y compris les agressions sexuelles), maladies transmissibles, informations génétiques, VIH/SIDA, santé mentale, informations relatives aux mineurs, ordonnances, santé reproductive et maladies sexuellement transmissibles. Nous respecterons loi la plus stricte, dans les cas où elle s'applique à nous.

Informations sur les troubles liés à l'usage de substances (« SUD »).

Bien que nous ne soyons pas un programme de traitement des troubles liés à l'usage de substances en vertu de la loi fédérale (un programme de traitement des SUD), nous pouvons recevoir des informations vous concernant d'un programme de traitement des SUD. Nous ne pouvons pas divulguer les informations relatives aux SUD pour une utilisation dans une procédure civile, pénale, administrative ou législative à votre rencontre, sauf si nous disposons de (i) votre consentement écrit, ou (ii) d'une ordonnance du tribunal accompagnée d'une citation à comparaître ou d'une autre exigence légale imposant la divulgation, émise après que vous et nous avons reçu un avis et avons eu la possibilité d'être entendus.

Quand avons-nous besoin de votre autorisation (approbation) par écrit pour utiliser ou partager vos PHI ?

Nous avons besoin de votre autorisation par écrit pour utiliser ou partager vos PHI à des fins autres que celles énumérées dans le présent Avis. Nous

avons besoin de votre autorisation avant de divulguer vos PHI dans les cas suivants : (1) la plupart des utilisations et divulgations de notes de psychothérapie ; (2) les utilisations et divulgations à des fins de marketing ; et (3) les utilisations et divulgations qui impliquent la vente de PHI. Vous pouvez annuler une autorisation écrite que vous nous avez accordée. Votre annulation ne s'appliquera pas aux actions déjà entreprises de notre part en raison de cette autorisation que vous nous avez déjà donnée.

Quels sont vos droits concernant les renseignements sur la santé ?

Vous avez le droit de :

- **Demander des restrictions à l'utilisation ou à la divulgation des PHI (partage de vos PHI)**

Vous pouvez nous demander de ne pas partager vos PHI dans le cadre d'un traitement, d'un paiement ou d'opérations de soins de santé. Vous pouvez également nous demander de ne pas partager vos PHI avec votre famille, avec vos amis ou avec d'autres personnes de votre choix qui sont impliquées dans vos soins de santé. Toutefois, nous ne sommes pas tenus d'accéder à votre demande. Vous devrez formuler votre demande par écrit. Vous pouvez utiliser notre formulaire pour introduire votre demande.

- **Demander la communication confidentielle de PHI**

Vous pouvez demander à Molina de vous fournir vos PHI d'une certaine manière ou à un certain endroit afin de préserver la confidentialité de vos PHI. Nous donnerons suite aux demandes raisonnables, si vous nous expliquez comment la communication de la totalité ou d'une partie de ces PHI pourrait mettre votre vie en danger. Vous devrez formuler votre demande par écrit. Vous pouvez utiliser notre formulaire pour introduire votre demande.

- **Consulter et obtenir une copie de vos PHI**

En vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026

Vous avez le droit de consulter et d'obtenir une copie des PHI que nous détenons à votre sujet. Il peut s'agir de dossiers utilisés pour prendre des décisions en matière de couverture, de demandes de remboursement et d'autres décisions en tant qu'adhérent(e). Vous devrez formuler votre demande par écrit. Vous pouvez utiliser notre formulaire pour introduire votre demande. Nous pouvons vous facturer des frais raisonnables de copie et d'envoi des dossiers. Dans certains cas, nous pouvons refuser la demande. *Remarque importante : Nous ne disposons pas de copies complètes de vos dossiers médicaux. Si vous souhaitez consulter, obtenir une copie ou modifier vos dossiers médicaux, veuillez contacter votre médecin ou votre clinique.*

- **Modifier vos PHI**

Vous pouvez nous demander de modifier (changer) vos PHI. Cela ne concerne que les dossiers que nous conservons à votre sujet à titre d'adhérent(e). Vous devrez formuler votre demande par écrit. Vous pouvez utiliser notre formulaire pour introduire votre demande. Vous pouvez déposer une lettre de contestation si nous refusons votre demande.

- **Recevoir un compte rendu des divulgations de PHI (partage de vos PHI)**

Vous pouvez nous demander de vous fournir une liste de certaines parties avec lesquelles nous avons partagé vos PHI au cours des six années précédant la date de votre demande. La liste ne comprendra pas les PHI partagés dans les cas suivants :

- dans le cadre d'un traitement médical, de remboursements et pour les opérations de soins de santé ;
- à des personnes au sujet de leurs propres PHI ;
- communication effectuée avec votre autorisation ;

- dans le cadre d'une utilisation ou d'une divulgation par ailleurs autorisée ou requise en vertu de la législation en vigueur ;
- les PHI divulgués dans l'intérêt de la sécurité nationale ou à des fins de renseignement ; ou
- dans le cadre d'un ensemble limité de données conformément à la législation en vigueur.

Nous facturerons une somme raisonnable pour chaque liste si vous demandez cette liste plus d'une fois au cours d'une période de 12 mois. Vous devrez formuler votre demande par écrit. Vous pouvez utiliser notre formulaire pour introduire votre demande.

Vous pouvez faire l'une des demandes énumérées ci-dessus ou obtenir une copie papier du présent avis. Veuillez appeler notre département des Services aux adhérents au numéro de téléphone gratuit figurant au dos de votre carte d'adhérent, 7 jours sur 7, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale). Les utilisateurs de TTY/TDD sont priés d'appeler le 711.

Que pouvez-vous faire si vos droits n'ont pas été protégés ?

Vous pouvez déposer une plainte auprès de nous et du Department of Health and Human Services (Département de la Santé et des Services sociaux) si vous estimez que vos droits à la vie privée ont été violés. Nous ne prendrons aucune mesure à votre encontre pour avoir déposé une plainte. Vos soins et prestations ne seront en aucun cas modifiés.

Vous pouvez déposer une plainte en nous contactant à l'adresse suivante :

Appelez les Services aux adhérents au numéro de téléphone gratuit figurant au dos de votre carte d'adhérent, 7 jours sur 7, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale). Les utilisateurs de TTY/TDD sont priés d'appeler le 711. Ou écrivez-nous à l'adresse suivante :

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

Vous pouvez déposer une plainte auprès du Secrétaire du U.S. Department of Health and Human Services (Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis) à l'adresse suivante :

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 (FAX)

Quelles sont nos obligations ?

Nous sommes tenus de :

- préserver la confidentialité de vos PHI ;
- vous fournir des informations écrites, comme les présentes, sur nos obligations et nos pratiques en matière de protection de la vie privée concernant vos PHI ;
- vous fournir un avis en cas de violation de vos PHI non sécurisés ;
- ne pas utiliser ni divulguer vos données génétiques à des fins de souscription ;
- respecter les conditions du présent Avis.

Cet Avis est susceptible d'être modifié

Nous nous réservons le droit de modifier nos pratiques en matière d'informations ainsi que les dispositions du présent Avis à tout moment. Le cas échéant, les nouvelles conditions et pratiques s'appliqueront alors à tous les PHI que nous conservons. Si nous apportons des modifications importantes, nous publierons l'Avis

En vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026

révisé sur notre site Web et enverrons l’Avis révisé, ou les informations sur les modifications importantes et sur la manière d’obtenir l’Avis révisé, dans notre prochain envoi annuel à nos adhérents alors couverts par notre régime. Le présent Avis est disponible sur notre site Web à l’adresse MolinaHealthcare.com.

Informations de contact

Pour toute question concernant le présent Avis, veuillez nous contacter. Appelez notre département des Services aux adhérents au numéro de téléphone gratuit figurant au dos de votre carte d’adhérent, 7 jours sur 7, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale). Les utilisateurs de TTY/TDD sont priés d’appeler le 711. Ou écrivez à l’adresse suivante : Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Vous pouvez obtenir ce document gratuitement dans d’autres formats, par exemple en gros caractères, en braille ou en version audio. Appelez le (855) 882-3901, TTY/TDD : 711, 7 jours sur 7, de 8 a.m. à 8 p.m. (heure locale). L’appel est gratuit.

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

Informations importantes sur Molina Healthcare



NYACFR26L00812