

2026

# Notifica annuale delle modifiche

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

New York H5992-007-000

In vigore dal 1° gennaio al 31 dicembre 2026

H5992\_26\_007\_NY\_ANOC\_M

NY-H5992-7-AC-IT-26-L

Caro Membro:

La ringraziamo per essere entrato a far parte del nostro piano Medicaid Advantage Plus, Senior Whole Health of New York NHC (HMO-DSNP). Le scriviamo per informarla di un'importante modifica alla procedura di ricorso che entrerà in vigore il 1° gennaio 2026.

A partire dal 1° gennaio 2026, cambierà la modalità di presentazione dei ricorsi di Livello 2. Maggiori informazioni su questa modifica sono disponibili nella Sezione 2 della Notifica annuale delle modifiche per il 2026 allegata.

Per qualsiasi domanda relativa a questa modifica, chiami il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440. (Gli utenti TTY sono pregati di chiamare il 711).

Siamo a disposizione per chiamate telefoniche. L'orario è dal 1° ottobre al 31 marzo: dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale, 7 giorni alla settimana. Dal 1° aprile al 30 settembre, dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale. Le chiamate a questi numeri sono gratuite.

## ***Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) offerto da Senior Whole Health of New York, Inc.***

### **Notifica annuale delle modifiche per il 2026**

Lei è un membro del Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Questo materiale descrive le modifiche ai costi e alle prestazioni del nostro piano per il prossimo anno.

- **Se desidera apportare modifiche alla sua copertura Medicare per il prossimo anno, può farlo dal 15 ottobre al 7 dicembre.** Se non si iscrive ad un altro piano entro il 7 dicembre 2025, rimarrà automaticamente iscritto a Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).
- Per passare a un **piano diverso**, visiti il sito [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o consulti l'elenco sul retro del manuale *Medicare & You 2026*.
- Si noti che questo è solo un riepilogo delle modifiche. Maggiori informazioni su costi, prestazioni e regole sono disponibili nella *Prova di copertura*. Può richiedere una copia sul sito [SWHNY.com](http://SWHNY.com) o chiamare il Servizio per i Membri al (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare 711) per ottenerne una copia per posta.

### **Maggiori risorse**

- Questo materiale è disponibile gratuitamente in spagnolo, cinese, arabo, coreano, russo, italiano, francese creolo, francese, yiddish, polacco, tagalog, bengalese, albanese, greco e urdu.
- Per ulteriori informazioni chiami il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare 711). **L'orario è**

**dal 1° ottobre al 31 marzo:** dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale, 7 giorni alla settimana. **Dal 1° aprile al 30 settembre,** dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale. Questa chiamata è gratuita.

- È possibile ottenere gratuitamente questo documento in altre lingue o in altri formati, come la stampa a caratteri grandi, il braille o l'audio. Chiami il numero (833) 671-0440, (TTY:711). Questa chiamata è gratuita.

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

- Molina Healthcare è un piano C-SNP, D-SNP e HMO con un contratto Medicare. I piani D-SNP hanno un contratto con il programma statale Medicaid. La registrazione dipende dal rinnovo del contratto. Il nostro piano ha anche un accordo scritto con il programma New York Medicaid per coordinare le sue prestazioni Medicaid.
- Quando questo materiale dice “noi” o “nostro”, significa Senior Whole Health of New York, Inc. Quando dice “piano” o “nostro piano”, significa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).
- **Se non fa nulla entro il 7 dicembre 2025, sarà automaticamente iscritto a Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).** A partire dal 1° gennaio 2026, la sua copertura medica e dei farmaci sarà garantita da Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Per ulteriori informazioni sulle modalità di modifica dei piani e sulle scadenze, consultare la Sezione 3.

## ***Annual Notice of Changes for 2026***

### **Table of Contents**

<b>Riepilogo dei costi importanti per il 2026 .....</b>	<b>4</b>
<b>SEZIONE 1 Modifiche a costi e prestazioni per il prossimo anno ...</b>	<b>10</b>
Sezione 1.1 Modifiche al premio mensile del piano .....	10
Sezione 1.2 Modifiche all'importo del massimale di spesa.....	10
Sezione 1.3 Modifiche alla rete dei fornitori convenzionati .....	11
Sezione 1.4 Modifiche alla rete di farmacie convenzionate.....	12
Sezione 1.5 Modifiche alle prestazioni e ai costi per i servizi medici ....	13
Sezione 1.6 Modifiche alla copertura dei farmaci della Parte D .....	20
Sezione 1.7 Modifiche alle prestazioni e ai costi dei farmaci su prescrizione.....	21
<b>SEZIONE 2 Modifiche amministrative .....</b>	<b>33</b>
<b>SEZIONE 3 Come modificare i piani .....</b>	<b>38</b>
Sezione 3.1 Termini ultimi per modificare i piani .....	39
Sezione 3.2 Ci sono altri periodi dell'anno in cui fare una modifica? ...	40
<b>SEZIONE 4 Assistenza per il pagamento dei farmaci su prescrizione.....</b>	<b>41</b>
<b>SEZIONE 5 Domande? .....</b>	<b>43</b>
Sezione 5.1 Ottenere assistenza da Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).....	43
Sezione 5.2 Ottenere una consulenza gratuita su Medicare.....	44
Sezione 5.3 Ottenere assistenza da Medicare .....	45
Sezione 5.4 Ottenere assistenza da Medicaid .....	46

## Riepilogo dei costi importanti per il 2026

La tabella seguente confronta i costi del 2025 e i costi del 2026 per il Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) in diverse aree importanti. **Si noti che questo è solo un riepilogo dei costi.**

	2025 (quest'anno)	2026 (il prossimo anno)
<p><b>Premio mensile del piano*</b></p> <p>* Il suo premio può essere superiore a questo importo. Vada alla sezione 1.1 per i dettagli.</p>	\$0	\$0
<p><b>Visite in ambulatorio di assistenza primaria</b></p>	\$0 copay per visita	<b>\$0 copay per visita</b>
<p><b>Visite specialistiche in ambulatorio</b></p>	30% copay per visita	<b>30% copay per visita</b>
<p><b>Ricoveri ospedalieri</b></p> <p>Include l'assistenza con ricovero urgente, la riabilitazione ospedaliera,</p>	<p>\$0 copay</p> <p>Il piano copre fino a 90 giorni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero per ogni periodo di prestazione. Ha anche</p>	<p><b>\$0 copay</b></p> <p><b>Il piano copre fino a 90 giorni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero per ogni periodo di</b></p>

	<b>2025 (quest'anno)</b>	<b>2026 (il prossimo anno)</b>
<p>ospedali di assistenza a lungo termine e altri tipi di servizi di ricovero ospedaliero. L'assistenza in regime di ricovero ospedaliero inizia il giorno in cui viene formalmente ricoverato in ospedale su ordine di un medico. Il giorno prima di essere dimesso è il suo ultimo giorno di degenza.</p>	<p>a disposizione altri 60 giorni di copertura, chiamati giorni di riserva a vita. Questi 60 giorni possono essere utilizzati una sola volta. Inizieremo automaticamente ad applicare i giorni di riserva a vita, a meno che lei non ci dica espressamente di non farlo (per maggiori dettagli sui periodi di prestazione, faccia riferimento alla Prova di copertura).</p>	<p><b>prestazione. Ha anche a disposizione altri 60 giorni di copertura, chiamati giorni di riserva a vita. Questi 60 giorni possono essere utilizzati una sola volta. Inizieremo automaticamente ad applicare i giorni di riserva a vita, a meno che lei non ci dica espressamente di non farlo (per maggiori dettagli sui periodi di prestazione, faccia riferimento alla Prova di copertura).</b></p>

	<b>2025 (quest'anno)</b>	<b>2026 (il prossimo anno)</b>
<b>Copertura dei farmaci della Parte D</b>	<p>I farmaci coperti dalla Parte D presenti nel prontuario saranno su un unico livello. Il suo costo per una fornitura di un mese (31 giorni) dispensata da una farmacia convenzionata con compartecipazione ai costi standard:</p> <p><b>Farmaci generici e farmaci multi-fonte preferiti:</b> Paga <b>\$0</b> per prescrizione</p> <p><b>Tutti gli altri farmaci:</b> Paga <b>\$0</b> per prescrizione</p>	<p><b>Franchigia: \$615</b></p> <p><b>In questa fase, lei paga \$0 di partecipazione ai costi per i farmaci del Livello 1 e del Livello 6 e l'intero costo dei farmaci del Livello 2, del Livello 3, del Livello 4 e del Livello 5 fino al raggiungimento della franchigia annuale.</b></p> <p><b>Copayment durante la fase di copertura iniziale:</b></p> <p><b>Farmaco di livello 1:</b></p>

<b>2025 (quest'anno)</b>	<b>2026 (il prossimo anno)</b>
	<p><b>\$0 copay</b></p> <p><b>Farmaco di livello 2:</b>  <b>\$0, \$1.60, o \$5.10 copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici)</b>  <b>\$0, \$4.90 o \$12.65 copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione</b></p> <p><b>Farmaco di livello 3:</b>  <b>\$0, \$1.60, o \$5.10 copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici)</b>  <b>\$0, \$4.90 o \$12.65 copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione</b></p>

	<b>2025 (quest'anno)</b>	<b>2026 (il prossimo anno)</b>
		<p><b>Farmaco di livello 4:</b>  <b>\$0, \$1.60, o \$5.10 copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici)</b>  <b>\$0, \$4.90 o \$12.65 copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione</b></p> <p><b>Farmaco di livello 5:</b>  <b>\$0, \$1.60, o \$5.10 copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici)</b>  <b>\$0, \$4.90 o \$12.65 copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione</b></p> <p><b>Farmaco di livello 6:</b>  <b>\$0 copay</b></p>

	2025 (quest'anno)	2026 (il prossimo anno)
		<p><b>Copertura catastrofica:</b></p> <p><b>Durante questa fase di pagamento, lei non paga nulla per i farmaci Parte D coperti.</b></p>
<p><b>Massimale di spesa viva</b></p> <p>Questo è il <u>massimale</u> di spesa viva che pagherà per i servizi coperti della Parte A e della Parte B. (Andare alla sezione 1.2 per i dettagli)</p>	<p>\$9,350</p> <p>Se è idoneo a ricevere l'assistenza alla partecipazione ai costi di Medicare nell'ambito di Medicaid, lei non è responsabile del pagamento di alcuna spesa per il massimale di spesa viva per i servizi coperti della Parte A e della Parte B.</p>	<p><b>\$9,250</b></p> <p><b>Se è idoneo a ricevere l'assistenza alla partecipazione ai costi di Medicare nell'ambito di Medicaid, lei non è responsabile del pagamento di alcuna spesa per il massimale di spesa viva per i servizi coperti della Parte A e della Parte B.</b></p>

## SEZIONE 1 Modifiche a costi e prestazioni per il prossimo anno

### Sezione 1.1 Modifiche al premio mensile del piano

	2025 (quest'anno)	2026 (il prossimo anno)
<b>Premio mensile del piano</b> (Inoltre deve continuare a pagare il premio di Medicare Part B, a meno che non venga pagato da Medicaid).	\$0	\$0

### Sezione 1.2 Modifiche all'importo del massimale di spesa

Medicare richiede a tutti i piani sanitari di limitare le spese vive per l'anno. Questo limite è chiamato massimale di spesa viva. Una volta pagato questo importo, in genere non si paga nulla per i servizi coperti della Parte A e della Parte B per il resto dell'anno solare.

	2025 (quest'anno)	2026 (il prossimo anno)
<b>Massimale di spesa viva</b> Poiché i nostri membri ricevono aiuto anche da Medicaid, pochissimi	\$9,350	<b>\$9,250</b> <b>Una volta pagati \$9,250 dollari di tasca propria per</b>

	2025 (quest'anno)	2026 (il prossimo anno)
<p>membri raggiungono questo massimale di spesa viva.</p> <p>Non è responsabile del pagamento di alcuna spesa per il massimale di spesa viva per i servizi coperti della Parte A e della Parte B.</p> <p>Le spese per i servizi medici coperti (come i copayment) <b>contano</b> ai fini dell'importo del massimale di spesa viva. Il premio del nostro piano e le spese per i farmaci su prescrizione <b>non vengono conteggiate</b> nel suo importo massimo di spesa viva.</p>		<p><b>prestazioni coperte della Parte A e della Parte B, non pagherà nulla per le prestazioni coperte della Parte A e della Parte B per il resto dell'anno solare.</b></p>

### Sezione 1.3 Modifiche alla rete dei fornitori convenzionati

La nostra rete di fornitori è cambiata per il prossimo anno. Consulti l' *Elenco dei fornitori 2026* sul sito SWHNY.com per verificare se i suoi fornitori (medico di base, specialisti, ospedali, ecc.) fanno parte della nostra rete di fornitori convenzionati. Ecco come ottenere un *Elenco dei fornitori* aggiornato:

- Visiti il nostro sito web all'indirizzo SWHNY.com.
- Chiami il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare 711) per ottenere informazioni aggiornate sui fornitori o per richiedere l'invio per posta dell'*Elenco dei fornitori*.

Nel corso dell'anno, potremmo modificare gli ospedali, i medici e gli specialisti (fornitori) che fanno parte del piano. Se un cambiamento a metà anno dei nostri fornitori la riguarda, può chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare 711) per ricevere assistenza. Per ulteriori informazioni sui suoi diritti in caso di abbandono del programma da parte di un fornitore convenzionato, consultare il Capitolo 3, Sezione 2.3 della *Prova di copertura*.

#### **Sezione 1.4 Modifiche alla rete di farmacie convenzionate**

Gli importi che paga per i farmaci su prescrizione possono dipendere dalla farmacia che utilizza. I piani farmaceutici Medicare hanno propria una rete di farmacie. Nella maggior parte dei casi, le sue prescrizioni sono coperte *solo* se vengono effettuate presso una delle nostre farmacie convenzionate.

La nostra rete di farmacie è cambiata per il prossimo anno. La preghiamo di consultare l'*Elenco delle farmacie 2026* sul sito SWHNY.com per vedere quali farmacie sono con noi convenzionate. Ecco come ottenere un *Elenco delle farmacie* aggiornato:

- Visiti il nostro sito web all'indirizzo SWHNY.com.

- Chiami il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare 711) per ottenere informazioni aggiornate sulle farmacie o per richiedere l'invio per posta dell'*Elenco delle farmacie*.

Nel corso dell'anno, potremmo modificare le farmacie che fanno parte del nostro piano. Se un cambiamento a metà anno delle nostre farmacie la riguarda, chiami il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare 711) per ricevere assistenza.

### **Sezione 1.5 Modifiche alle prestazioni e ai costi per i servizi medici**

La Notifica annuale delle modifiche informa sulle modifiche apportate ai costi e alle prestazioni di Medicare.

	<b>2025 (quest'anno)</b>	<b>2026 (il prossimo anno)</b>
<b>Prestazioni supplementari speciali per i malati cronici (SSBCI)- Prodotti alimentari e ortofruttili</b>	La prestazione è coperta nelle Prestazioni supplementari speciali per i malati cronici (SSBCI). Coloro che si qualificano ricevono un'indennità di \$73 ogni mese per prodotti alimentari e ortofruttili. La copertura SSBCI è solo per i membri con specifiche condizioni croniche.	<b>I membri con determinate condizioni croniche ricevono ogni mese \$285 dollari per prodotti alimentari e ortofruttili (SSBCI).</b>

	<p><b>2025</b> <b>(quest'anno)</b></p>	<p><b>2026</b> <b>(il prossimo anno)</b></p>
<p><b>Prestazioni supplementari speciali per i malati cronici (SSBCI) - Le utenze</b></p>	<p>Questa non è coperta come prestazione aggiuntiva.</p>	<p><b>I membri con determinate condizioni croniche ricevono ogni mese \$285 dollari per il pagamento delle utenze (elettricità, gas e acqua).</b></p>
<p><b>Prestazioni supplementari speciali per i malati cronici (SSBCI)- Trasporto per esigenze non mediche</b></p>	<p>Questa non è coperta come prestazione aggiuntiva.</p>	<p><b>I membri che si qualificano con determinate condizioni croniche ricevono ogni mese un'indennità combinata di \$285 dollari per accedere al trasporto per esigenze non mediche.</b></p>

	<p><b>2025</b> <b>(quest'anno)</b></p>	<p><b>2026</b> <b>(il prossimo anno)</b></p>
<p><b>Carta di debito prefinanziata (carta Healthy You)</b></p>	<p>Lei era in possesso di una carta Healthy You con un'indennità OTC e servizi per il trasporto, e un'indennità SSBCI separata per prodotti alimentari e ortofrutticoli.</p>	<p><b>Riceverà una carta di debito prefinanziata Healthy You con un'indennità mensile combinata di \$285 per articoli OTC, apparecchi acustici OTC, servizi di trasporto verso luoghi di cura approvati dal piano, SSBCI per prodotti alimentari e ortofrutticoli, trasporto per esigenze non mediche e utenze.</b></p>

	<p><b>2025</b> <b>(quest'anno)</b></p>	<p><b>2026</b> <b>(il prossimo anno)</b></p>
		<p><b>È possibile accedere ai servizi di trasporto tramite carta di debito. Gli articoli OTC possono essere acquistati con carta di debito o tramite catalogo. Gli apparecchi acustici OTC possono essere acquistati tramite catalogo. Le prestazioni aggiuntive di SSBCI possono essere ottenute tramite carta di debito e comprendono prodotti alimenti e ortofrutticoli, trasporto per esigenze non mediche, e supporto generale per la vita quotidiana. L'indennità non utilizzata non viene riportato al mese successivo.</b></p>

	<p><b>2025</b> <b>(quest'anno)</b></p>	<p><b>2026</b> <b>(il prossimo anno)</b></p>
<p><b>Prestazioni aggiuntive di telemedicina</b></p>	<p>Paga \$0 di copayment per alcuni servizi di telemedicina, compresi i servizi del medico di base.</p>	<p><b>Paga \$0 di copayment per alcuni servizi di telemedicina, compresi i servizi di riabilitazione cardiaca, i servizi del medico di base, i servizi di chiropratica, i servizi di terapia occupazionale, i servizi medici specialistici, le sessioni individuali per i servizi specialistici di salute mentale, le sessioni di gruppo per i servizi specialistici di salute mentale, i servizi di podologia, altri professionisti della salute, le sessioni individuali per i servizi psichiatrici, le sessioni di gruppo per i servizi psichiatrici,</b></p>

	<p><b>2025</b> <b>(quest'anno)</b></p>	<p><b>2026</b> <b>(il prossimo anno)</b></p>
		<p><b>Servizi di fisioterapia e logopedia, servizi del programma di trattamento con oppioidi, sessioni individuali per l'abuso di sostanze in regime ambulatoriale e sessioni di gruppo per l'abuso di sostanze in regime ambulatoriale.</b></p>
<p><b>Servizi di trasporto per le località del piano approvate (Supplemento)</b></p>	<p>Riceve un'indennità di \$100 ogni mese per accedere al trasporto. Questa indennità è combinata con la prestazione OTC.</p>	<p><b>Riceverà una carta di debito prefinanziata Healthy You con un'indennità mensile combinata di \$285 per i servizi di trasporto verso luoghi di cura approvati dal piano. Esempi di sedi approvate sono i fornitori convenzionati per</b></p>

	<b>2025 (quest'anno)</b>	<b>2026 (il prossimo anno)</b>
		<b>servizi medici, farmaceutici, dentistici, oculistici e audiologici.</b>
<b>Esami per l'udito (Supplementari)</b>	Questa non è coperta come prestazione aggiuntiva.	<b>Ha diritto a una visita oculistica di routine ogni anno solare.</b>
<b>Apparecchi acustici su prescrizione</b>	Questa non è coperta come prestazione aggiuntiva.	<b>Può ottenere fino a 2 apparecchi acustici preselezionati da un fornitore approvato dal piano ogni 2 anni per entrambe le orecchie combinate.</b>
<b>Articoli da banco (OTC) Apparecchi acustici (Supplementari)</b>	Questa non è coperta come prestazione aggiuntiva.	<b>Riceverà una carta di debito Healthy You prefinanziata con un'indennità mensile combinata di \$285 dollari per apparecchi acustici OTC.</b>

## Sezione 1.6 Modifiche alla copertura dei farmaci della Parte D

### Modifiche al nostro elenco dei farmaci

Il nostro elenco dei farmaci coperti si chiama Prontuario o Elenco dei farmaci. Una copia del nostro Elenco dei farmaci viene fornita elettronicamente.

Abbiamo apportato delle modifiche al nostro Elenco dei farmaci, che potrebbero includere la rimozione o l'aggiunta di farmaci, la modifica delle restrizioni che si applicano alla nostra copertura per alcuni farmaci o il loro spostamento a un diverso livello di condivisione dei costi.

**Esamini l'Elenco dei farmaci per assicurarsi che i suoi farmaci siano coperti l'anno prossimo e per vedere se ci saranno restrizioni o se il suo farmaco è stato spostato a un diverso livello di condivisione dei costi.**

La maggior parte dei cambiamenti nell'Elenco dei farmaci avviene all'inizio di ogni anno. Tuttavia, potremmo apportare altre modifiche consentite dalle regole di Medicare che la riguarderanno durante il corso dell'anno solare. Aggiorniamo il nostro Elenco dei farmaci online almeno una volta al mese, al fine di fornire l'elenco dei farmaci più aggiornato. Se apportiamo una modifica che influisce sul suo accesso a un farmaco che sta assumendo, le verrà inviato un avviso sulla modifica.

Se è interessato da un cambiamento nella copertura dei farmaci all'inizio dell'anno o durante l'anno, riveda il Capitolo 9 della sua *Prova di copertura* e parli con il suo medico per conoscere le sue opzioni, come chiedere una fornitura temporanea, richiedere un'eccezione e/o cercare un nuovo farmaco. Per ulteriori informazioni chiami il Servizio per i Membri al (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare 711).

## **Sezione 1.7 Modifiche alle prestazioni e ai costi dei farmaci su prescrizione**

### **Lei ha diritto a un'Extra Help per pagare i costi della sua copertura dei farmaci?**

Se è iscritto a un programma che la aiuta a pagare i farmaci (Extra Help), **le informazioni sui costi dei farmaci da della Parte D potrebbero non essere a lei applicabili.** Le abbiamo inviato del materiale separato, *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs*, che le fornisce informazioni sul costo dei farmaci. Se riceve l'Extra Help e non ha ricevuto questo materiale, entro il 30 settembre, chiami il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare 711) e chiedi del *LIS Rider*.

### **Fasi di pagamento dei farmaci**

Sono previste 3 **fasi per il pagamento dei farmaci**: la fase della franchigia annuale, la fase di copertura iniziale e la fase della copertura catastrofica. Il Coverage Gap Stage e il Coverage Gap Discount Program non esisteranno più nell'ambito della prestazione nella Parte D.

- ***Fase 1: Franchigia annuale***

Si inizia in questa fase di pagamento ogni anno solare. Durante questa fase, lei paga l'intero costo dei farmaci di della Parte D fino al raggiungimento della franchigia annuale.

- ***Fase 2: Copertura iniziale***

Una volta pagata la franchigia annuale, si passa alla fase di copertura iniziale. In questa fase, il nostro piano paga la propria quota di costo dei farmaci e lei paga la sua parte di costi. In genere si rimane in questa fase fino a quando il costo vivo per i farmaci sostenuto nell'arco dell'anno raggiunge \$2,100.

• **Fase 3: Copertura catastrofica**

Questa è la terza e ultima fase di pagamento dei farmaci. In questa fase, lei non paga nulla per i farmaci Parte D coperti. In genere si rimane in questa fase per il resto dell'anno solare.

Il Coverage Gap Discount Program sarà sostituito dal Manufacturer Discount Program. Nell'ambito del Manufacturer Discount Program, le aziende farmaceutiche pagano una parte del costo totale del nostro piano per i farmaci di marca e i biologici coperti della Parte D durante la fase di copertura iniziale e la fase di copertura catastrofica. Gli sconti versati dai produttori nell'ambito del Manufacturer Discount Program non contano ai fini delle spese vive.

La tabella mostra il costo per ricetta durante questa fase.

	2025 (quest'anno)	2026 (il prossimo anno)
<b>Franchigia annuale</b>	\$0	\$615  <b>In questa fase, lei paga \$0 di partecipazione ai costi per i farmaci del Livello 1 e del Livello 6 e l'intero costo dei farmaci del Livello 2, del Livello 3, del Livello 4 e del Livello 5 fino al raggiungimento della franchigia annuale.</b>

## Costo dei farmaci nella fase 2: Copertura iniziale

La tabella mostra il suo costo per una fornitura di un mese dispensata da una farmacia convenzionata con compartecipazione ai costi standard.

La maggior parte dei vaccini della Parte D per adulti sono coperti senza alcun costo. Per ulteriori informazioni sui costi dei vaccini o informazioni riguardo i costi, consulti il Capitolo 6 della sua *Prova di copertura*.

Dopo aver pagato \$2,100 di tasca propria per i farmaci coperti della Parte D, passerà alla fase successiva (la fase di copertura catastrofica).

	2025 (quest'anno)	2026 (il prossimo anno)
<p><b>Livello 1 (Farmaci generici preferiti):</b></p> <p>Abbiamo cambiato il livello di alcuni farmaci del nostro Elenco dei farmaci. Per sapere se i suoi farmaci saranno inseriti in un altro livello, consulti l'Elenco dei farmaci.</p>	<p>I farmaci coperti dalla Parte D presenti nel prontuario saranno su un unico livello. Il suo costo per una fornitura di un mese (31 giorni) dispensata da una farmacia convenzionata con compartecipazione ai costi standard:</p>	<p><b>\$0 copay del costo totale</b></p>

	<p style="text-align: center;"><b>2025</b> <b>(quest'anno)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>2026</b> <b>(il prossimo anno)</b></p>
	<p><b>Farmaci generici e farmaci multi-fonte preferiti:</b> Paga <b>\$0</b> per prescrizione.</p> <p><b>Tutti gli altri farmaci:</b> Paga <b>\$0</b> per prescrizione. Paga <b>\$0</b> per prescrizione.</p> <p>Dopo aver pagato \$2,000 di tasca propria per i farmaci della Parte D, passerà alla fase successiva (la fase di copertura catastrofica). La sua partecipazione ai costi è pari a \$0 nella fase di copertura catastrofica)</p>	

	<p><b>2025</b> <b>(quest'anno)</b></p>	<p><b>2026</b> <b>(il prossimo anno)</b></p>
<p><b>Livello 2 (Farmaci generici):</b></p>	<p>I farmaci coperti dalla Parte D presenti nel prontuario saranno su un unico livello.</p> <p>Il suo costo per una fornitura di un mese dispensata da una farmacia convenzionata con compartecipazione ai costi standard:</p> <p><b>Farmaci generici e farmaci multi-fonte preferiti:</b> Paga <b>\$0</b> per prescrizione.</p>	<p><b>\$0, \$1.60, o \$5.10 copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici)</b></p> <p><b>\$0, \$4.90 o \$12.65 copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione.</b></p>

	<p style="text-align: center;"><b>2025</b> <b>(quest'anno)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>2026</b> <b>(il prossimo anno)</b></p>
	<p><b>Tutti gli altri farmaci:</b></p> <p>Paga <b>\$0</b> per prescrizione. Dopo aver pagato \$2,000 di tasca propria per i farmaci della Parte D, passerà alla fase successiva (la fase di copertura catastrofica). La sua partecipazione ai costi è pari a \$0 nella fase di copertura catastrofica)</p>	

	<p style="text-align: center;"><b>2025</b> <b>(quest'anno)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>2026</b> <b>(il prossimo anno)</b></p>
<p><b>Livello 3 (Marche di farmaci preferite):</b></p>	<p>I farmaci coperti dalla Parte D presenti nel prontuario saranno su un unico livello.</p> <p>Il suo costo per una fornitura di un mese dispensata da una farmacia convenzionata con compartecipazione ai costi standard:</p> <p><b>Farmaci generici e farmaci multi-fonte preferiti:</b> Paga <b>\$0</b> per prescrizione.</p> <p><b>Tutti gli altri farmaci:</b></p> <p>Paga <b>\$0</b> per prescrizione. Dopo aver pagato \$2,000 di tasca propria per i farmaci della Parte D, passerà alla fase successiva (la fase di</p>	<p><b>\$0, \$1.60, o \$5.10 copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici)</b></p> <p><b>\$0, \$4.90 o \$12.65 copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione.</b></p>

	<p><b>2025</b> <b>(quest'anno)</b></p>	<p><b>2026</b> <b>(il prossimo anno)</b></p>
	<p>copertura catastrofica). La sua partecipazione ai costi è pari a \$0 nella fase di copertura catastrofica)</p>	
<p><b>Livello 4 (Farmaci non preferiti):</b></p>	<p>I farmaci coperti dalla Parte D presenti nel prontuario saranno su un unico livello.</p> <p>Il costo per una fornitura di un mese dispensata da una farmacia convenzionata con una partecipazione ai costi standard:</p> <p><b>Farmaci generici e farmaci multi-fonte preferiti:</b> Paga <b>\$0</b> per prescrizione.</p>	<p><b>\$0, \$1.60, o \$5.10 copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici)</b></p>

	<b>2025 (quest'anno)</b>	<b>2026 (il prossimo anno)</b>
	<p><b>Tutti gli altri farmaci:</b></p> <p>Paga <b>\$0</b> per prescrizione. Dopo aver pagato \$2,000 di tasca propria per i farmaci della Parte D, passerà alla fase successiva (la fase di copertura catastrofica). La sua partecipazione ai costi è pari a \$0 nella fase di copertura catastrofica)</p>	<p><b>\$0, \$4.90 o \$12.65 copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione.</b></p>
<b>Livello 5 (Farmaci speciali):</b>	<p>I farmaci coperti dalla Parte D presenti nel prontuario saranno su un unico livello.</p>	<p><b>\$0, \$1.60, o \$5.10 copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici)</b></p>

	<p style="text-align: center;"><b>2025</b> <b>(quest'anno)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>2026</b> <b>(il prossimo anno)</b></p>
	<p>Il suo costo per una fornitura di un mese dispensata da una farmacia convenzionata con compartecipazione ai costi standard:</p> <p><b>Farmaci generici e farmaci multi-fonte preferiti:</b> Paga <b>\$0</b> per prescrizione.</p> <p><b>Tutti gli altri farmaci:</b> Paga <b>\$0</b> per prescrizione. Dopo aver pagato \$2,000 di tasca propria per i farmaci della Parte D, passerà alla fase successiva (la fase di copertura catastrofica).</p>	<p><b>\$0, \$4.90 o \$12.65 copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione.</b></p>

	<p><b>2025</b> <b>(quest'anno)</b></p>	<p><b>2026</b> <b>(il prossimo anno)</b></p>
	<p>La sua partecipazione ai costi è pari a \$0 nella fase di copertura catastrofica)</p>	
<p><b>Livello 6 (Farmaci selezionati):</b></p>	<p>I farmaci coperti dalla Parte D presenti nel prontuario saranno su un unico livello.</p> <p>Il suo costo per una fornitura di un mese dispensata da una farmacia convenzionata con compartecipazione ai costi standard:</p> <p><b>Farmaci generici e farmaci multi-fonte preferiti:</b> Paga <b>\$0</b> per prescrizione.</p>	<p><b>\$0 del costo totale</b></p>

	<b>2025 (quest'anno)</b>	<b>2026 (il prossimo anno)</b>
	<p><b>Tutti gli altri farmaci:</b></p> <p>Paga <b>\$0</b> per prescrizione. Dopo aver pagato \$2,000 di tasca propria per i farmaci della Parte D, passerà alla fase successiva (la fase di copertura catastrofica).</p> <p>La sua partecipazione ai costi è pari a \$0 nella fase di copertura catastrofica)</p>	

### **Modifiche alla prestazione del suo VBID Parte D**

Nel 2025, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ha partecipato al modello Value Based Insurance Design (VBID), ma quest'anno il programma è stato abbandonato. Come parte delle prestazioni della Parte D del modello VBID, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) offre l'eliminazione della partecipazione ai costi per i farmaci della Parte D. Poiché questo programma è terminato, i membri potrebbero dover sostenere una partecipazione ai costi per tutti i farmaci della Parte D in tutte le fasi di copertura. Per maggiori informazioni chiami il Servizio per i Membri.

## Modifiche alla fase di copertura catastrofica

Per informazioni specifiche sui suoi costi nella fase di copertura catastrofica, consulti il Capitolo 6, Sezione 6, della sua *Prova di copertura*.

## SEZIONE 2 Modifiche amministrative

L'anno prossimo apporteremo dei cambiamenti amministrativi. Le informazioni riportate nella tabella seguente descrivono queste modifiche.

	2025 (quest'anno)	2026 (il prossimo anno)
<b>Dentaquest non è più il fornitore a contratto per il 2026.</b>	I suoi servizi dentistici sono stati amministrati da Dentaquest	<b>I servizi dentistici comprendono sia servizi preventivi che servizi completi selezionati e per il 2026 saranno gestiti da Liberty.</b>
<b>I servizi per l'udito saranno modificati per avvalersi di un fornitore di servizi per l'udito nel 2026</b>	I suoi servizi per l'udito sono stati gestiti da fornitori di servizi per l'udito convenzionati con Molina.	<b>NationsBenefits è il fornitore di servizi uditivi a contratto per il 2026.</b>

	<b>2025 (quest'anno)</b>	<b>2026 (il prossimo anno)</b>
<b>Medicare Prescription Payment Plan</b>	Non applicabile	<p><b>Medicare Prescription Payment Plan è una nuova opzione di pagamento che funziona con la sua attuale copertura dei farmaci e può aiutarla a gestire i costi dei farmaci distribuendoli in pagamenti mensili che variano nel corso dell'anno (gennaio - dicembre).</b></p> <p><b>Per saperne di più su questa opzione di pagamento, ci contatti al numero (833) 671-0440 (TTY: 711) o visiti il sito <a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a></b></p>

	<b>2025 (quest'anno)</b>	<b>2026 (il prossimo anno)</b>
<p><b>Prestazioni supplementari speciali per i malati cronici (SSBCI)</b></p>	<p>Se le vengono diagnosticate delle condizioni croniche eleggibili e soddisfa determinati criteri, potrebbe avere diritto a speciali prestazioni supplementari speciali per i malati cronici. Le condizioni croniche eleggibili includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dipendenza da alcol cronica e altre tossicodipendenze</li> <li>• Disturbi autoimmuni</li> <li>• Cancro</li> <li>• Disturbi cardiovascolari</li> <li>• Scompenso cardiaco cronico</li> <li>• Demenza</li> <li>• Diabete</li> </ul>	<p><b>Se le vengono diagnosticate delle condizioni croniche eleggibili e soddisfa determinati criteri, potrebbe avere diritto a speciali prestazioni supplementari speciali per i malati cronici. Le condizioni croniche eleggibili includono:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disturbi cardiovascolari</b></li> <li>• <b>Scompenso cardiaco cronico</b></li> <li>• <b>Demenza</b></li> <li>• <b>Diabete mellito</b></li> <li>• <b>Disturbi polmonari cronici</b></li> <li>• <b>Malattia renale cronica (CKD)</b></li> </ul>

	<b>2025 (quest'anno)</b>	<b>2026 (il prossimo anno)</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malattia epatica allo stadio terminale</li> <li>• Malattia renale allo stadio terminale (ESRD)</li> <li>• Gravi disturbi ematici</li> <li>• HIV/AIDS</li> <li>• Disturbi polmonari cronici</li> <li>• Condizioni di salute mentale croniche e invalidanti</li> <li>• Disturbi neurologici</li> <li>• Ictus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disturbo cronico da uso di alcol e altri disturbi da uso di sostanze (SUD)</b></li> <li>• <b>Cancro</b></li> <li>• <b>Disturbi autoimmuni</b></li> <li>• <b>Sovrappeso, obesità e sindrome metabolica</b></li> <li>• <b>Malattia gastrointestinale cronica</b></li> <li>• <b>Gravi disturbi ematici</b></li> <li>• <b>HIV/AIDS</b></li> <li>• <b>Condizioni di salute mentale croniche e invalidanti</b></li> </ul>

	<b>2025 (quest'anno)</b>	<b>2026 (il prossimo anno)</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disturbi neurologici</b></li> <li>• <b>Ictus</b></li> <li>• <b>Trapianto di organi</b></li> <li>• <b>Immunodeficienza e disturbi immunosoppressivi</b></li> <li>• <b>Condizioni associate al deterioramento cognitivo</b></li> <li>• <b>Condizioni con sfide funzionali</b></li> <li>• <b>Condizioni croniche che compromettono la vista e l'udito (sordità), gusto, tatto e olfatto</b></li> </ul>

	2025 (quest'anno)	2026 (il prossimo anno)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Condizioni che richiedono servizi terapeutici continui per mantenere o conservare il funzionamento dell'individuo</b></li> </ul>

### **SEZIONE 3 Come modificare i piani**

**Per rimanere in Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), lei non deve fare nulla.** Se non si iscrive a un altro piano o non passa a Original Medicare entro il 7 dicembre, risulterà automaticamente iscritto al nostro Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Se desidera cambiare i piani per il 2026, segua questi passaggi:

- **Per passare a un piano sanitario Medicare diverso**, è necessario si iscriva al nuovo piano. Verrà automaticamente disiscritto dal Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).
- **Per passare ad Original Medicare con copertura dei farmaci Medicare**, è necessario iscriversi al nuovo piano farmacologico Medicare. Verrà automaticamente disiscritto dal Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

- **Per passare a Original Medicare senza piano farmacologico**, ci invii una richiesta scritta per terminare l'iscrizione. Per ulteriori informazioni su come procedere, chiami il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare 711). In alternativa può chiamare **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) e richiedere la cancellazione. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048. Se non ci si iscrive a un piano farmacologico Medicare, potrebbe dover pagare una penale per l'iscrizione tardiva alla Parte D (vada al Capitolo 1, Sezione 4.4 della sua *Prova di copertura*).
- **Per saperne di più su Original Medicare e sui diversi tipi di piani Medicare**, visiti il sito [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov), consulti il manuale *Medicare & You 2026*, chiami lo State Health Insurance Assistance Program (vada alla Sezione 6) o chiami il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

### **Sezione 3.1 Termini ultimi per modificare i piani**

I titolari di Medicare possono modificare la propria copertura dal **15 ottobre al 7 dicembre** di ogni anno.

Se è iscritto a un piano Medicare Advantage dal 1° gennaio 2026 e non le piace la sua scelta, può anche passare a un altro piano sanitario Medicare (con o senza copertura Medicare dei farmaci) o passare a Original Medicare (con o senza copertura Medicare dei farmaci) tra il 1° gennaio e il 31 marzo 2026.

## Sezione 3.2 Ci sono altri periodi dell'anno in cui fare una modifica?

In alcune situazioni, le persone possono avere altre possibilità di cambiare durante l'anno. Esempi sono le persone che:

- Hanno Medicaid
- Hanno ottenuto un Extra Help per il pagamento dei farmaci
- Hanno o stanno lasciando la copertura del datore di lavoro
- Si sono trasferite fuori dall'area di servizio del nostro piano

Poiché è iscritto a Medicaid, può terminare la sua adesione al nostro piano scegliendo una delle seguenti opzioni Medicare in qualsiasi mese dell'anno:

- o Original Medicare *con* un piano per farmaci su prescrizione Medicare separato,
- o Original Medicare *senza* un piano per farmaci su prescrizione Medicare separato (se lei sceglie questa opzione, Medicare potrebbe iscrivere a un piano farmacologico, a meno che lei non abbia rinunciato all'iscrizione automatica.), oppure
- o Se idoneo, un D-SNP integrato che fornisce Medicare e la maggior parte o tutti i servizi e le prestazioni Medicaid in un unico piano.

Se di recente si è trasferito o attualmente vive in un istituto (come una struttura di assistenza qualificata o un ospedale di assistenza a lungo termine), può modificare la copertura Medicare **in qualsiasi momento**. È possibile passare a qualsiasi altro piano sanitario Medicare (con o

senza copertura Medicare dei farmaci) o passare a Original Medicare (con o senza copertura Medicare separate dei farmaci) in qualsiasi momento. Se si è trasferito di recente da un istituto, ha l'opportunità di cambiare piano o di passare a Original Medicare entro 2 mesi interi dal mese in cui si è trasferito.

## **SEZIONE 4 Assistenza per il pagamento dei farmaci su prescrizione**

---

È possibile che lei abbia diritto a un aiuto per il pagamento dei farmaci su prescrizione. Sono disponibili diversi tipi di aiuto:

- **Extra Help da Medicare.** Le persone con un reddito limitato possono beneficiare di un Extra Help per pagare il costo dei farmaci su prescrizione. Se ha i requisiti, Medicare può pagare fino al 75% o più del costo dei farmaci, compresi i premi mensili per piani farmacologici, le franchigie annuali e la compartecipazione. Inoltre, coloro che hanno i requisiti non avranno una penale per l'iscrizione tardiva. Per sapere se si hanno i requisiti, chiami:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048, 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana.
  - Social Security al numero 1-800-772-1213 tra le 8 a.m. e le 7 p.m., dal lunedì al venerdì, per richiedere un rappresentante. I messaggi automatici sono disponibili 24 ore su 24. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-800-325-0778.
  - L'ufficio Medicaid del suo Stato.

- **Aiuto dal programma di assistenza farmaceutica del suo Stato (SPAP).** New York ha un programma chiamato EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage) che aiuta le persone a pagare i farmaci su prescrizione in base alle loro esigenze finanziarie, all'età o alle condizioni mediche. Per saperne di più sul programma, si informi presso il suo State Health Insurance Assistance Program (SHIP). Per ottenere il numero di telefono del proprio Stato, visiti [shiphelp.org](http://shiphelp.org), or call 1-800-MEDICARE.
- **Prescription Cost-sharing Assistance per le persone affette da HIV/AIDS.** L'AIDS Drug Assistance Program (ADAP) contribuisce a garantire l'accesso ai farmaci salvavita per l'HIV/AIDS alle persone che ne hanno diritto. Per poter beneficiare dell'ADAP operante nel suo Stato, le persone devono soddisfare determinati criteri, tra cui la prova della residenza nello Stato e dello stato di HIV, il basso reddito come definito dallo Stato e lo stato di non assicurato/ sottoassicurato. I farmaci con prescrizione Medicare Part D che sono anche nel prontuario ADAP si qualificano per l'assistenza alla partecipazione ai costi delle prescrizioni attraverso il New York State Uninsured Care Program (ADAP). Per informazioni sui criteri di idoneità, sui farmaci coperti, su come iscriversi al programma o, se è già iscritto, su come continuare a ricevere l'assistenza, chiami il numero (800) 542-2437 o (844) 685-4058. Quando chiama, si assicuri di indicare il nome del suo piano Medicare Part D o il numero di polizza.
- **Il Medicare Prescription Payment Plan.** Il Medicare Prescription Payment Plan è un'opzione di pagamento che si affianca alla sua attuale copertura dei farmaci per aiutarla a gestire la spesa viva per i farmaci coperti dal nostro piano, distribuendole nell'arco dell'anno solare (gennaio-dicembre). Chiunque abbia un piano

farmacologico Medicare o un piano sanitario Medicare con copertura dei farmaci (come un piano Medicare Advantage con copertura per i farmaci) può utilizzare questa opzione di pagamento. **Questa opzione di pagamento può aiutarla a gestire le spese, ma non le fa risparmiare denaro o ridurre il costo dei farmaci.**

- L'Extra Help di Medicare e l'aiuto dello SPAP e dell'ADAP, per coloro che si qualificano, sono più vantaggiosi della partecipazione al Medicare Prescription Payment Plan. Tutti i membri possono partecipare al Medicare Prescription Payment Plan, a prescindere dal livello del proprio reddito. Per saperne di più su questa opzione di pagamento, ci chiami al (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare 711) o visiti [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

## **SEZIONE 5      Domande?**

---

### **Sezione 5.1      Ottenere assistenza da Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

- **Chiami il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440. (Gli utenti TTY possono chiamare il 711).**

Siamo a disposizione per le chiamate Gli orari sono dal 1° ottobre al 31 marzo, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale, 7 giorni alla settimana. Dal 1° aprile al 30 settembre, dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale. Le chiamate a questi numeri sono gratuite.

- **Legga la *Prova di copertura 2026***

La presente *Notifica annuale delle modifiche* fornisce un riepilogo delle modifiche apportate alle prestazioni e ai costi per il 2026. Per

ulteriori dettagli, consulti la *Prova di copertura* del 2026 per Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). La *Prova di copertura* è la descrizione legale e dettagliata delle prestazioni del piano. Il documento spiega i suoi diritti e le regole da seguire per ottenere i servizi e i farmaci su prescrizione coperti. Può ottenere la *Prova di copertura* sul nostro sito SWHNY.com o chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare 711) per richiedere una copia per posta.

- **Visiti SWHNY.com**

Sul nostro sito web sono disponibili le informazioni più aggiornate sulla nostra rete di fornitori (*Elenco dei fornitori/Elenco delle farmacie*) e il nostro *Elenco dei farmaci coperti (Formulario/Elenco dei farmaci)*.

## **Sezione 5.2 Ottenere una consulenza gratuita su Medicare**

State Health Insurance Assistance Program, SHIP è un programma governativo indipendente con consulenti formati in ogni Stato. A New York, lo SHIP si chiama New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP).

Chiami il New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP) per ottenere una consulenza personalizzata sull'assicurazione sanitaria. Possono aiutarla a capire le scelte del piano Medicare e Medicaid e rispondere alle sue domande sul cambio di piano. Chiami il New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP) al numero (800) 701-0501. Per saperne di più sul New York State Health Insurance Information, Counseling e Assistance Program (HICAP) visiti il sito (<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap>).

## Sezione 5.3 Ottenere assistenza da Medicare

- **Chiamare il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

È possibile chiamare il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore su 24, 7 giorni alla settimana. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

- **Può chattare in tempo reale con [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)**

Può chattare in tempo reale su [www.Medicare.gov/talk-to-someone](http://www.Medicare.gov/talk-to-someone)

- **Scriva a Medicare**

È possibile scrivere a Medicare all'indirizzo PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visiti [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)**

Il sito ufficiale di Medicare contiene informazioni sui costi, sulla copertura e sulle valutazioni della qualità (Star Ratings) per aiutarla a confrontare i piani sanitari Medicare nella sua zona.

- **Legga *Medicare & You 2026***

Il manuale *Medicare & You 2026* viene spedito ogni autunno ai titolari di Medicare. Contiene una sintesi delle prestazioni, dei diritti e delle tutele di Medicare e le risposte alle domande più frequenti su Medicare. Può ottenere una copia sul sito [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o chiamando il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

## Sezione 5.4 Ottenere assistenza da Medicaid

New York State Medicaid Program al numero (800) 541-2831 dal lunedì al venerdì dalle 8 a.m. alle 8 p.m., sabato dalle 9 a.m. all'1 p.m. Utenti TTY 711 per assistenza con l'iscrizione a Medicaid o per domande sulle prestazioni. Può scrivere al suo Local Department of Social Services (LDSS). Trovi qui l'indirizzo del suo LDSS: [https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/)

### New York State Medicaid Program

**SCRIVA A:** Human Resources Administration  
505 Claremont Avenue, 7th Floor  
New York, NY 11238

**CHIAMI:** (800) 541-2831

**SITO WEB:** [https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/)

### Nassau County Department of Social Services

**SCRIVA A:** Nassau County DSS  
60 Charles Lindbergh Blvd.  
Uniondale, NY 11553-3656

**CHIAMI:** (516) 227-7474

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

**Westchester County Department of Social Services**

**SCRIVA A:** White Plains District Office  
85 Court Street  
White Plains, NY 10601-4201

**CHIAMI:** (914) 995-3333

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

## **Ulteriori importanti informazioni sull'assistenza sanitaria e sulle risorse per i membri**

- **Avviso elettronico (ELN) - Come ottenere documenti importanti**
- **Informativa sulla non discriminazione (NDN) - Sezione 1557**
- **Avviso di disponibilità (NOA) - Servizi di assistenza linguistica**
- **Informativa sulle pratiche relative alla privacy sulla privacy (NPP)**

## Come ottenere i documenti importanti del piano



Lei è importante per noi! Facilitiamo il compito di ottenere le informazioni di cui ha bisogno. Vada online per consultare i documenti importanti del piano e trovare un fornitore convenzionato o una farmacia convenzionata. Può consultare i farmaci su prescrizione, in qualsiasi momento, ovunque e da qualsiasi dispositivo. La documentazione del suo piano 2026, come la Prova di copertura, il Formulario e l'Elenco dei fornitori e delle farmacie, sarà disponibile online entro il 15 ottobre 2025.

### Conoscere i documenti del piano

- **Prova di copertura (EOC):** Una guida a ciò che è coperto dal piano. Contiene informazioni dettagliate sulle prestazioni e sulla copertura del piano, sui diritti del membro e altro ancora.
- **Formulario (Elenco dei farmaci):** Un elenco dei farmaci coperti dal piano.
- **Elenco dei fornitori/delle farmacie:** Un elenco di medici, specialisti e farmacie convenzionati rete con numeri di telefono e indirizzi. Può trovare un fornitore convenzionato o una farmacia convenzionata utilizzando la nostra directory online all'indirizzo [MolinaHealthcare.com/ProviderSearch](https://MolinaHealthcare.com/ProviderSearch).
- **Informativa sulla privacy:** La presente informativa descrive come le informazioni mediche che la riguardano possono essere utilizzate e divulgate e come può avere accesso a tali informazioni. Questo si trova sul nostro sito web all'indirizzo [MolinaHealthcare.com/members/ny/it-us/mem/hipaa/home](https://MolinaHealthcare.com/members/ny/it-us/mem/hipaa/home).

## Come visualizzare o richiedere una copia di un documento del piano

### **Online all'indirizzo MolinaHealthcare.com/Medicare**



È possibile visualizzare o scaricare una copia dei documenti del suo piano online in qualsiasi momento e ovunque si trovi. Può utilizzare qualsiasi dispositivo, come computer, tablet o telefono cellulare. I documenti del suo piano 2026 saranno disponibili online entro il 15 ottobre 2025.



### **Online all'indirizzo MyMolina.com.**

Visiti il nostro portale self-service per visualizzare i documenti del suo piano online 24 ore su 24, 7 giorni alla settimana, o per trovare un fornitore convenzionato o una farmacia convenzionata. Acceda al My Molina Member Portal o crei un account su MyMolina.com. Clicchi su “Create an Account” e segua le istruzioni dettagliate per registrarsi.



### **Chiami il numero gratuito**

La preghiamo di comunicarci se non ha accesso a un computer o se preferisce farsi spedire una copia stampata di un EOC, di un Formulario o di un Elenco dei fornitori e delle farmacie. Per richiedere una copia stampata di un documento del piano, chiamare il Servizio per i Membri al numero gratuito **che si trova sul retro della tessera identificativa, dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale.**

### **Siamo qui per aiutare**

Per qualsiasi domanda sulle sue prestazioni o ha bisogno di aiuto per trovare un fornitore convenzionato o una farmacia convenzionata, chiami il Servizio per i Membri al numero gratuito **che si trova sul retro della tessera identificativa.**

# **Informativa sulla non discriminazione**

## **Sezione 1557**

### **Molina Healthcare - Medicare**



Senior Whole Health of New York è conforme alle leggi federali sui diritti civili applicabili e non discrimina in base all'età, al colore, alla disabilità, all'origine nazionale (compresa la limitata conoscenza della lingua inglese), alla razza o al sesso (in linea con l'ambito della discriminazione sessuale descritta al §92.101 [a]).

Per aiutarla a comunicare in modo efficace con noi, Senior Whole Health of New York fornisce servizi gratuiti e in modo tempestivo:

- Senior Whole Health of New York fornisce modifiche ragionevoli e aiuti e servizi appropriati alle persone con disabilità. Ciò comprende: (1) Interpreti qualificati. (2) Informazioni in altri formati, come stampa a caratteri grandi, audio, formati elettronici accessibili e Braille.
- Senior Whole Health of New York fornisce servizi linguistici a persone che parlano un'altra lingua o hanno una conoscenza limitata dell'inglese. Ciò comprende: (1) Interpreti orali qualificati. (2) Informazioni tradotte nella sua lingua.

Se ha bisogno di questi servizi, contatti il Servizio per i Membri di Molina al numero 1-800-665-3086 o TTY/TDD: 711, dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale.

Se ritiene che abbiamo discriminato sulla base di età, colore, disabilità, nazionalità, razza o sesso, può presentare un reclamo. Può presentare un reclamo per telefono, posta, e-mail o online. Se ha bisogno di aiuto per scrivere il suo reclamo, l'aiuteremo. È possibile ottenere la nostra procedura di reclamo visitando il nostro sito Web all'indirizzo **[MolinaHealthcare.com/Members/Common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx](https://www.molinahealthcare.com/Members/Common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx)**

Chiami il nostro coordinatore per i diritti civili al numero 1-866-606-3889, TTY/TDD: 711 o presentare il proprio reclamo a:

Civil Rights Unit

200 Oceangate

Long Beach, CA 90802

**E-mail:** [Civil.Rights@MolinaHealthcare.com](mailto:Civil.Rights@MolinaHealthcare.com)

**Sito web:** [MolinaHealthcare.Alertline.com](https://www.molinahealthcare.com/alertline)

È anche possibile presentare un reclamo per i diritti civili (grievance) all'U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, online attraverso the Office for Civil Rights Portale per i reclami al sito: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or per posta o per telefono al:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

**Telefono:** 1-800-368-1019

**TTY/TDD:** 800-537-7697

I moduli di reclamo sono disponibili qui: **[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 isẹ̀ tó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn ọ̀nà tó rọ̀rùn ló wà lófẹ́. Pe nọmbà Àwọn isẹ̀ 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 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.



# INFORMATIVA SULLE PRATICHE RELATIVE ALLA PRIVACY

**LA PRESENTE INFORMATIVA DESCRIVE COME LE INFORMAZIONI MEDICHE CHE LA RIGUARDANO POSSONO ESSERE UTILIZZATE E DIVULGATE E COME PUÒ AVERE ACCESSO A TALI INFORMAZIONI. SI PREGA DI ESAMINARLA ATTENTAMENTE.**

La presente informativa descrive le procedure in materia di privacy dei piani sanitari affiliati a Molina Healthcare (di seguito denominati “**Molina**”, “**noi**” o “**nostro**”). Utilizziamo e condividiamo informazioni sanitarie protette (“**PHI**”) su di lei per fornirle le prestazioni sanitarie in qualità di Membro di Molina. Utilizziamo e condividiamo il suo PHI per effettuare operazioni di trattamento, pagamento e assistenza sanitaria. Utilizziamo e condividiamo il suo PHI anche per altri motivi, come consentito e richiesto dalla legge. Abbiamo il dovere di mantenere private le sue informazioni sanitarie e di attenerci ai termini della presente Informativa. La data di entrata in vigore di questa informativa è il 1 gennaio 2026.

Le PHI sono informazioni sanitarie che includono il suo nome, numero di membro o altri identificatori e vengono utilizzate o condivise da noi. Le PHI includono informazioni sanitarie sui disturbi da uso di sostanze e informazioni biometriche (come l’ impronta vocale).

## **Perché Molina utilizza o condivide le sue PHI?**

Utilizziamo o condividiamo le sue PHI per fornirle prestazioni sanitarie. Le sue PHI vengono anche utilizzate o condivise per il trattamento, il pagamento e le operazioni di assistenza sanitaria.

## **Per il trattamento**

Possiamo utilizzare o condividere le sue PHI per fornirle o organizzare la sua assistenza medica. Questo trattamento include anche le impegnative tra i suoi medici o altri fornitori di assistenza sanitaria. Ad esempio, potremmo condividere informazioni sulle sue condizioni di

*In vigore dal 1° gennaio 2026*

salute con uno specialista. Questo consente allo specialista di discutere del suo trattamento con il medico.

### **Per il pagamento**

Utilizziamo o condividiamo le PHI per prendere decisioni sul pagamento. Questo può includere richieste di risarcimento, approvazioni di trattamenti e decisioni relative alla necessità di assistenza medica. Il suo nome, la sua condizione, il suo trattamento e le forniture fornite possono essere scritti sulla fattura. Ad esempio, è possibile che venga comunicato a un medico che lei usufruisce delle nostre prestazioni. Inoltre, potremmo comunicare al medico l'importo del conto che pagheremmo.

### **Per le operazioni di assistenza sanitaria**

Possiamo utilizzare o condividere le sue PHI per gestire il nostro piano sanitario. Ad esempio, potremmo utilizzare le informazioni contenute nella sua richiesta per informarla di un programma sanitario che potrebbe aiutarla. Possiamo anche utilizzare o condividere le sue PHI per risolvere i suoi problemi. Le sue PHI possono essere utilizzate anche per verificare che i rimborsi siano pagati correttamente.

Le operazioni di assistenza sanitaria comportano molte esigenze aziendali quotidiane. Esse includono, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quanto segue:

- Migliorare la qualità;
- Azioni nei programmi sanitari per aiutare i membri con determinate condizioni (come l'asma);
- Condurre o organizzare una revisione medica;
- Servizi legali, inclusi programmi di rilevamento e perseguimento di frodi e abusi;
- Azioni per aiutarci a obbedire alle leggi;
- Rispondere alle esigenze dei membri, compresa la risoluzione di reclami e rimostranze.

*In vigore dal 1° gennaio 2026*

Condivideremo le sue PHI con altre società (“**soci in affari**”) che svolgono diversi tipi di attività per il nostro piano sanitario. Possiamo anche utilizzare le sue PHI per fornirle promemoria sui suoi appuntamenti. Possiamo utilizzare le sue PHI per fornirle informazioni su altri trattamenti o altre prestazioni e servizi relativi alla salute.

## **Quando possiamo utilizzare o condividere le sue PHI senza ottenere un'autorizzazione scritta (approvazione) da parte sua?**

Oltre alle operazioni di trattamento, pagamento e assistenza sanitaria, la legge consente o richiede a Molina di utilizzare e condividere le sue PHI per diversi altri scopi, tra cui i seguenti:

### **Richiesto dalla legge**

Utilizzeremo o divideremo le informazioni su di lei come richiesto dalla legge. Condivideremo le sue PHI quando richiesto dal Secretary of the Department of Health and Human Services (HHS). Ciò potrebbe avvenire per una causa in tribunale, per un'altra verifica legale o quando è richiesto per scopi di applicazione della legge.

### **Salute pubblica**

Le sue PHI possono essere utilizzate o condivise per attività di salute pubblica. Ciò può includere l'assistenza alle agenzie per la salute pubblica per prevenire o controllare le malattie.

### **Supervisione dell'assistenza sanitaria**

Le sue PHI possono essere utilizzate o condivise con agenzie governative. Potrebbero aver bisogno delle sue PHI per gli audit.

### **Ricerca**

Le sue PHI possono essere utilizzate o condivise per la ricerca in alcuni casi, ad esempio quando approvate da un comitato di revisione sulla privacy o istituzionale.

## **Procedimenti legali o amministrativi**

Le PHI possono essere utilizzate o condivise per procedimenti legali, ad esempio in risposta a un ordine del tribunale.

## **Forze dell'ordine**

Le sue PHI possono essere utilizzate o condivise con le forze dell'ordine a fini di applicazione della legge, come ad esempio per aiutare a trovare un sospetto, un testimone o una persona scomparsa.

## **Salute e sicurezza**

Le sue PHI potrebbero essere condivise al fine di prevenire una minaccia grave e imminente alla salute o alla sicurezza di una persona o della collettività.

## **Funzioni governative**

Le sue PHI possono essere condivise con le autorità governative per funzioni speciali. Un esempio potrebbe essere quello di proteggere il Presidente.

## **Vittime di abuso, negligenza o violenza domestica**

Le PHI possono essere condivise con le autorità legali se riteniamo che una persona sia vittima di abuso o negligenza.

## **Retribuzione dei lavoratori**

Le PHI possono essere utilizzate o condivise per obbedire alle leggi sulla retribuzione dei lavoratori.

## **Altre divulgazioni**

Le sue PHI possono essere condivise con gli impresari funebri o i medici legali per aiutarli a svolgere il loro lavoro.

## **Ulteriori restrizioni all'uso e alla divulgazione.**

Alcune leggi federali e statali possono richiedere speciali protezioni della privacy che limitano l'uso e la divulgazione di alcuni tipi di informazioni sanitarie. Tali leggi possono proteggere i seguenti tipi di informazioni: disturbi da uso di alcol e sostanze, informazioni

*In vigore dal 1° gennaio 2026*

biometriche, abuso o abbandono di minori o adulti, compresa la violenza sessuale, malattie trasmissibili, informazioni genetiche, HIV/AIDS, salute mentale, informazioni sui minori, prescrizioni mediche, salute riproduttiva e malattie a trasmissione sessuale. Seguiremo la legge più severa, laddove è a noi applicabile.

### **Informazioni sui disturbi da uso di sostanze (SUD).**

Sebbene non siamo un programma di trattamento dei disturbi da uso di sostanze ai sensi della legge federale (un “Programma SUD”), potremmo ricevere informazioni su di lei da un Programma SUD. Non possiamo divulgare le informazioni SUD per utilizzarle in un procedimento civile, penale, amministrativo o legislativo nei suoi confronti, a meno che non abbiamo (i) il suo consenso scritto, o (ii) un'ordinanza del tribunale accompagnata da una citazione in giudizio o un altro requisito legale che imponga la divulgazione, emessa dopo che noi e lei ne siamo stati informati e abbiamo avuto l'opportunità di essere ascoltati.

### **Quando abbiamo bisogno della sua autorizzazione scritta (approvazione) per utilizzare o condividere le sue PHI?**

Abbiamo bisogno della sua autorizzazione scritta per utilizzare o condividere le sue PHI per scopi diversi da quelli elencati nella presente Informativa. Abbiamo bisogno della sua autorizzazione prima di divulgare le sue PHI per quanto segue: (1) la maggior parte degli utilizzi e delle divulgazioni delle note di psicoterapia; (2) gli utilizzi e le divulgazioni a scopo di marketing; e (3) gli utilizzi e le divulgazioni che comportano la vendita di PHI. È possibile annullare un'approvazione scritta che ci ha dato. La sua cancellazione non si applicherà alle azioni già intraprese da noi a causa dell'approvazione che ci ha già dato.

## Quali sono i suoi diritti in materia di informazioni sanitarie?

Ha il diritto di:

- **Richiedere restrizioni sugli usi o sulle divulgazioni delle PHI (condivisione delle sue PHI)**

Può chiedere di non condividere le sue PHI per effettuare trattamenti, pagamenti o operazioni di assistenza sanitaria. Può inoltre chiederci di non condividere le sue PHI con familiari, amici o altre persone da lei nominate coinvolte nella sua assistenza sanitaria. Tuttavia, non siamo tenuti ad accettare la sua richiesta. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il nostro modulo per effettuare la richiesta.

- **Richiedere comunicazioni riservate di PHI**

Può chiedere a Molina di comunicarle le sue PHI in un certo modo o in un certo luogo per essere certi di mantenere private le sue PHI. Seguiremo le richieste ragionevoli, se ci dirà in che modo la condivisione di tutte o parte di tali PHI potrebbero mettere a rischio la sua vita. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il nostro modulo per effettuare la richiesta.

- **Esaminare e copiare le PHI**

Ha il diritto di rivedere e ottenere una copia delle sue PHI in nostro possesso. Ciò può includere i registri utilizzati per la copertura, le richieste di risarcimento e altre decisioni su di lei in quanto nostro membro. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il nostro modulo per effettuare la richiesta. Potremmo addebitarle una commissione ragionevole per la copia e la spedizione dei registri. In alcuni casi, potremmo negare la richiesta. *Nota importante: Non abbiamo copie complete della sua cartella clinica. Se desidera consultare, ottenere una copia o modificare le sue cartelle cliniche, la preghiamo di contattare il suo medico o la sua clinica.*

*In vigore dal 1° gennaio 2026*

- **Modificare le PHI**

Può chiederci di modificare (cambiare) le sue PHI. Ciò riguarda solo i registri da noi conservati su di lei come membro. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il nostro modulo per effettuare la richiesta. Può presentare una lettera di disaccordo in caso di rifiuto della richiesta.

- **Ricevere un elenco delle divulgazioni delle PHI (condivisione delle PHI)**

Può chiedere di ricevere un elenco di alcune parti con cui abbiamo condiviso le sue PHI nei sei anni precedenti la data della richiesta. L'elenco non includerà le PHI condivise come segue:

- per il trattamento, il pagamento o le operazioni di assistenza sanitaria;
- alle persone in merito alle loro stesse PHI;
- condivisione effettuata con la sua autorizzazione;
- in relazione a un uso o a una divulgazione altrimenti consentiti o richiesti dalla legge applicabile;
- PHI rilasciate nell'interesse della sicurezza nazionale o per scopi di intelligence; oppure
- come parte di un insieme limitato di dati in conformità alla legge applicabile.

Addebiteremo una commissione ragionevole per ciascun elenco se lo richiede più di una volta in un periodo di 12 mesi. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il nostro modulo per effettuare la richiesta.

Può effettuare una qualsiasi delle richieste sopra elencate, oppure può ottenere una copia cartacea di questo avviso. Chiami il Servizio per i Membri al numero gratuito indicato sul retro della tessera identificativa,

*In vigore dal 1° gennaio 2026*

7 giorni alla settimana, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale. Gli utenti TTY/TDD sono pregati di chiamare il 711.

### **Cosa può fare se i suoi diritti non sono stati tutelati?**

Se ritiene che i suoi diritti in materia di privacy siano stati violati, può presentarci un reclamo a Molina e al Department of Health and Human Services. Non faremo nulla contro di lei per aver presentato un reclamo. Le sue cure e le sue prestazioni non cambieranno in alcun modo.

*Può presentare un reclamo all'indirizzo:*

Chiami il Servizio per i Membri al numero gratuito indicato sul retro della tessera identificativa, 7 giorni alla settimana, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale. Gli utenti TTY/TDD sono pregati di chiamare il 711. Oppure può scriverci a:

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

*Può presentare un reclamo al Secretary of U.S. Department of Health and Human Services all'indirizzo:*

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)

### **Quali sono i nostri compiti?**

Siamo tenuti a:

- Mantenere private le sue PHI;
- Fornirle informazioni scritte come questa sui nostri doveri e sulle pratiche sulla privacy relative alle sue PHI;

*In vigore dal 1° gennaio 2026*

- Fornirle un avviso in caso di violazione delle sue PHI non protette;
- Non utilizzare o divulgare le sue informazioni genetiche a fini di sottoscrizione;
- Attenersi ai termini di questo avviso.

### **Questo avviso è soggetto a modifiche**

**Ci riserviamo il diritto di modificare le proprie pratiche informative e i termini della presente Informativa in qualsiasi momento. Qualora lo facessimo, i nuovi termini e pratiche si applicheranno a tutte le PHI che conserviamo. Se apportiamo modifiche sostanziali, pubblicheremo l'Informativa rivista sul nostro sito Web e invieremo l'Informativa rivista, o le informazioni sulla modifica sostanziale e su come ottenere l'Informativa rivista, nella nostra prossima mailing annuale ai nostri membri allora da noi coperti. La presente informativa è disponibile sul nostro sito web all'indirizzo [MolinaHealthcare.com](http://MolinaHealthcare.com).**

### **Informazioni su come contattarci**

In caso di domande su questa Informativa, la invitiamo a contattarci. Chiami il Servizio per i Membri al numero gratuito indicato sul retro della tessera identificativa, 7 giorni alla settimana, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale. Gli utenti TTY/TDD sono pregati di chiamare il 711. Oppure scriva al Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

È possibile ottenere questo documento gratuitamente in altri formati, come a caratteri grandi, braille o audio. Chiami il numero (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, 7 giorni alla settimana, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale. La chiamata è gratuita.

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

Informazioni importanti su Molina Healthcare



NYACIT26L00815