

2026

Ежегодное уведомление об ИЗМЕНЕНИЯХ

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

New York H5992-007-000

Действует с 1 января по 31 декабря 2026 г.

H5992_26_007_NY_ANOC_M

NY-H5992-7-AC-RU-26-L

Уважаемый участник программы страхования!

Благодарим вас за участие в плане Medicaid Advantage Plus, Senior Whole Health от Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк (New York NHC) (HMO-DSNP). Сообщаем вам о важных изменениях в процедуре апелляции, которые вступают в силу 1 января 2026 года.

С 1 января 2026 года изменится способ подачи заявок Уровня 2. Дополнительная информация об этом изменении представлена в Разделе 2 прилагаемого Ежегодного уведомления об изменениях на 2026 год.

Если у вас есть вопросы, касающиеся этого изменения, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711).

Звонки принимаются в следующие часы: с 1 октября по 31 марта — с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени, без выходных. С 1 апреля по 30 сентября — с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. Звонки на эти номера бесплатны.

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

Ежегодное уведомление об изменениях на 2026 г.

Вы являетесь участником страхового плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

В этом документе описаны изменения расходов и покрываемых услуг, предусмотренных нашим планом, в следующем году.

- **У вас есть время с 15 октября по 7 декабря, чтобы внести изменения в страховое покрытие Medicare на следующий год.** Если вы не перейдете в другой план до 7 декабря 2025 г., то останетесь участником плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).
- Чтобы перейти на **другой план**, посетите сайт www.Medicare.gov или просмотрите список в конце брошюры *Medicare и вы (Medicare & You)* за 2026 г.
- Это всего лишь краткий обзор изменений. Более подробная информация о расходах, покрываемых услугах и правилах приведена в *Справочнике участника плана*. Копию можно найти на сайте SWHNY.com. Также можно получить копию по почте, позвонив в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711).

Другие ресурсы

- Этот документ доступен бесплатно на испанском, китайском, арабском, корейском, русском, итальянском, французском,

французском креольском, польском, тагальском, бенгальском, албанском и греческом языке, а также на идиш и урду.

- Чтобы получить дополнительную информацию, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711.). **График работы с 1 октября по 31 марта:** с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени, без выходных. **С 1 апреля по 30 сентября:** с понедельника по пятницу, с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. Звонки бесплатные.
- Вы можете бесплатно получить этот документ в переводе на другие языки или в других форматах, например набранный шрифтом Брайля или крупным шрифтом или же в аудиозаписи. Звоните по номеру (833) 671-0440 (TTY:711). Звонки бесплатные.

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

- Molina Healthcare предлагает планы C-SNP, D-SNP и HMO по договору с Medicare. По планам D-SNP также заключен договор с программой Medicaid штата. Регистрация в программе зависит от продления договора. У нашего плана также есть письменное соглашение с программой Medicaid штата New York о координации ваших покрываемых услуг по программе Medicaid.
- В этом документе слово "мы" и другие формы этого местоимения означают Senior Whole Health of New York, Inc. Слова "план" и "наш план" означают Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

-
- **Если вы не предпримете никаких действий до 7 декабря 2025 года, то автоматически будете зарегистрированы в плане Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).** С 1 января 2026 года вы будете получать покрытие медицинских услуг и покрытие лекарственных препаратов по рецепту в рамках плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Дополнительную информацию о порядке изменения планов и сроках внесения изменений см. в разделе 3.
-

H5992_26_007_NY_ANOC_M

Ежегодное уведомление об изменениях на 2026 год

Содержание

Обзор основных расходов в 2026 г.	6
РАЗДЕЛ 1 Изменения в покрываемом обслуживании и расходах в следующем году	15
Раздел 1.1 Как изменятся ежемесячные страховые взносы..	15
Раздел 1.2 Как изменится максимальная сумма ваших личных расходов за год.....	15
Раздел 1.3 Изменения в сети поставщиков услуг.....	17
Раздел 1.4 Изменения в сети аптек.....	18
Раздел 1.5 Изменения в льготах и расходах на медицинские услуги.....	19
Раздел 1.6 Изменения в покрытии лекарственных препаратов в рамках Части D.....	28
Раздел 1.7 Изменения в льготах и расходах на рецептурные лекарственные препараты.....	29
РАЗДЕЛ 2 Административные изменения	49
РАЗДЕЛ 3 Как поменять план	56
Раздел 3.1 Крайние сроки перехода на другой план.....	57
Раздел 3.2 Можно ли менять страховку в другое время?....	58
РАЗДЕЛ 4 Получение помощи в оплате рецептурных лекарственных препаратов	59

РАЗДЕЛ 5	Есть вопросы?	63
Раздел 5.1	Получение помощи по плану Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	63
Раздел 5.2	Получение бесплатных консультаций по программе Medicare	64
Раздел 5.3	Получение помощи по программе Medicare	65
Раздел 5.4	Получение помощи по программе Medicaid	66

Обзор основных расходов в 2026 г.

В таблице ниже мы сравниваем основные статьи расходов в 2025 г. и 2026 г. по страховому плану Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). **Это всего лишь краткий обзор ваших расходов.**

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
<p>Ежемесячный страховой взнос*</p> <p>* Страховой взнос может превышать данную сумму. Подробнее см. в разделе 1.1.</p>	\$0	\$0
Визиты для получения первичной медицинской помощи	\$0 доплаты за прием	\$0 доплаты за прием
Приемы в кабинете специалиста	30% доплаты за прием	30% доплаты за прием
Госпитализация в стационарной	\$0 доплаты	\$0 доплаты

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
<p>больнице</p> <p>Включает лечение острого состояния, реабилитацию в стационаре, лечение в больнице, специализирующейся на долгосрочном уходе, и другие виды стационарного лечения.</p> <p>Стационарное лечение в больнице начинается в тот день, когда вас по направлению врача официально госпитализируют в качестве стационарного пациента.</p> <p>Последний день стационарного лечения — это день</p>	<p>План покрывает не более 90 дней стационарного лечения в больнице за каждый госпитализационный период. Вы также получаете дополнительные 60 дней покрытия, которые называются пожизненными резервными днями. Эти 60 дней можно использовать только один раз. Если вы не дадите нам других указаний, мы начнем применять пожизненные резервные дни покрытия автоматически (подробнее о госпитализационных периодах см. в Справочнике</p>	<p>План покрывает не более 90 дней стационарного лечения в больнице за каждый госпитализационный период. Вы также получаете дополнительные 60 дней покрытия, которые называются пожизненными резервными днями. Эти 60 дней можно использовать только один раз. Если вы не дадите нам других указаний, мы начнем применять пожизненные резервные дни покрытия</p>

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
перед выпиской.	участника плана).	автоматически (подробнее о госпитализационных периодах см. в Справочнике участника плана).
Покрытие лекарственных препаратов по программе Часть D	Указанные в Фармакологическом справочнике покрываемые лекарственные препараты Части D будут одного уровня. Сумма, взимаемая за получение запаса лекарства на один месяц (31 день) в сетевой аптеке при стандартном софинансировании расходов: Непатентованные лекарственные препараты и	Безусловная франшиза: \$615 На этом этапе вы выплачиваете сумму софинансирования расходов в размере \$0 за лекарственные препараты 1-го и 6-го уровней, а также причитающуюся стоимость лекарственных препаратов 2-го, 3-го, 4-го и 5-го уровней, пока не достигнете

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	<p>предпочтительные фирменные препараты и их непатентованные аналоги: вы платите \$0 за каждый назначенный препарат.</p> <p>Все остальные препараты: вы платите \$0 за каждый рецептурный препарат</p>	<p>годового не покрываемого страховкой минимума.</p> <p>Доплата на стадии первоначального страхового покрытия:</p> <p>Лекарственные препараты уровня 1: \$0 доплаты</p> <p>Лекарственные препараты уровня 2: \$0, \$1.60 или \$5.10 доплаты за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные</p>

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
		<p>препараты, рассматриваемые как непатентованные) \$0, \$4.90 или \$12.65 доплаты за все прочие лекарства за каждый рецептурный препарат</p> <p>Лекарственные препараты уровня 3: \$0, \$1.60 или \$5.10 доплаты за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные препараты, рассматриваемые как</p>

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
		<p>непатентованные) \$0, \$4.90 или \$12.65 доплаты за все прочие лекарства за каждый рецептурный препарат</p> <p>Лекарственные препараты уровня 4: \$0, \$1.60 или \$5.10 доплаты за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные препараты, рассматриваемые как непатентованные) \$0, \$4.90 или \$12.65 доплаты за все</p>

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
		<p>прочие лекарства за каждый рецептурный препарат</p> <p>Лекарственные препараты уровня 5:</p> <p>\$0, \$1.60 или \$5.10 доплаты за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные препараты, рассматриваемые как непатентованные)</p> <p>\$0, \$4.90 или \$12.65 доплаты за все прочие лекарства за каждый рецептурный</p>

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
		<p>препарат</p> <p>Лекарственные препараты уровня 6:</p> <p>\$0 доплаты</p> <p>Страховое покрытие по достижении предела самостоятельных расходов:</p> <p>На этом этапе оплаты вы ничего не платите за покрываемые лекарственные препараты Части D.</p>

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
<p>Максимальная сумма ваших личных расходов</p> <p>Это <u>максимальная</u> сумма, которую вам потребуется самостоятельно оплатить за услуги, покрываемые по Части А и Части В. (Подробнее см. в разделе 1.2.)</p>	<p>\$9,350</p> <p>Если в рамках программы Medicaid вы имеете право на помощь с оплатой сумм софинансирования расходов по программе Medicare, то вы не несете какие-либо самостоятельные расходы за покрываемые услуги по программам Часть А и Часть В.</p>	<p>\$9,250</p> <p>Если в рамках программы Medicaid вы имеете право на помощь с оплатой сумм софинансирования расходов по программе Medicare, то вы не несете какие-либо самостоятельные расходы за покрываемые услуги по программам Часть А и Часть В.</p>

РАЗДЕЛ 1 Изменения в покрываемом обслуживании и расходах в следующем году

Раздел 1.1 Как изменятся ежемесячные страховые взносы

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
Ежемесячный страховой взнос плана (Вы также должны платить страховой взнос по программе Medicare Part B, если программа Medicaid не покрывает его за вас.)	\$0	\$0

Раздел 1.2 Как изменится максимальная сумма ваших личных расходов за год

Программа Medicare требует от всех планов медицинского страхования, чтобы они ограничивали максимальную сумму личных выплат участников за год. Этот предел называется максимальной суммой личных выплат. Когда вы достигнете данной суммы, то до конца календарного года больше ничего не будете платить за покрываемые услуги в рамках Частей А и В.

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
<p>Максимальная сумма ваших личных расходов</p> <p>Поскольку участники нашего плана получают помощь также по программе Medicaid, очень немногие из них достигают максимальной суммы собственных расходов.</p> <p>Вы не несете какие-либо самостоятельные расходы за покрываемые услуги по программам Часть А и Часть В.</p> <p>В счет максимальной суммы личных расходов засчитываются ваши затраты на покрываемые медицинские услуги (например, доплаты). Страховой взнос по</p>	<p>\$9,350</p>	<p>\$9,250</p> <p>Когда ваши личные расходы на покрываемые услуги по программам Часть А и Часть В достигнут \$9,250, вы ничего не будете платить за покрываемые услуги по программам Часть А и Часть В до конца календарного</p>

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
нашему плану и ваши расходы на рецептурные лекарственные препараты не учитываются в максимальную сумму ваших личных расходов.		года.

Раздел 1.3 Изменения в сети поставщиков услуг

Наша сеть поставщиков на следующий год изменилась. Проверьте в *каталоге поставщиков медицинских услуг за 2026 г.* на веб-сайте SWHNY.com, состоят ли поставщики услуг (основной врач, врачи-специалисты, больницы и т. д.) в нашей сети. Как получить обновленный *каталог поставщиков медицинских услуг*

- Посетите наш сайт по адресу SWHNY.com.
- Позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711) и попросите предоставить актуальную информацию о поставщиках услуг или выслать *каталог поставщиков медицинских услуг* почтой.

Перечень сотрудничающих с нами больниц, врачей и других специалистов (поставщиков) может меняться в течение года. Если изменения, внесенные в список поставщиков услуг в течение года, затрагивают вас, обратитесь за помощью в Отдел

обслуживания по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711).

Дополнительную информацию о ваших правах в ситуации, когда сетевой поставщик покидает наш план, см. в разделе 2.3 главы 3 *Справочника участника плана*.

Раздел 1.4 Изменения в сети аптек

Сумма, которую вы сами платите за рецептурные лекарственные препараты, может зависеть от того, в какую аптеку вы обращаетесь. Планы Medicare, покрывающие лекарства, принимаются в сети аптек. В большинстве случаев мы оплачиваем рецептурные лекарственные препараты, *только* если они получены в одной из наших сетевых аптек.

Наша сеть аптек на следующий год изменилась. Проверьте по *2026 каталогу аптек* на сайте SWHNY.com, какие аптеки состоят в нашей сети. Как получить обновленный *Каталог аптек*.

- Посетите наш сайт по адресу SWHNY.com.
- Позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711), чтобы получить актуальную информацию об аптеках или попросить отправить вам *каталог аптек* по почте.

Перечень аптек, входящих в сеть вашего страхового плана, может меняться в течение года. Если изменения, внесенные в список аптек в течение года, затрагивают вас, обратитесь за помощью в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711).

Раздел 1.5 Изменения в льготах и расходах на медицинские услуги

Ежегодное уведомление об изменениях содержит информацию об изменениях в отношении ваших расходов и покрываемых услуг по программе Medicare.

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
Особое дополнительное страховое покрытие для лиц с хроническими заболеваниями (Special Supplemental Benefits for the Chronically III, SSBCI) – Продукты питания, в частности свежие растительные продукты	Эта услуга предоставляется в рамках программы “Особое дополнительное страховое покрытие для лиц с хроническими заболеваниями, SSBCI” Лица, отвечающие требованиям программы, ежемесячно получают компенсацию в размере \$73 на здоровую пищу и свежие	Участники с соответствующими критериям хроническими заболеваниями ежемесячно получают комбинированное пособие в размере \$285 на приобретение продуктов питания и свежих растительных продуктов (SSBCI).

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
	растительные продукты. Покрытие SSBCI предоставляется только участникам с определенными хроническими заболеваниями.	
Особое дополнительное страховое покрытие для лиц с хроническими заболеваниями (Special Supplemental Benefits for the Chronically III, SSBCI) – коммунальные услуги	Не является дополнительным страховым покрытием.	Участники с соответствующими критериям хроническими заболеваниями получают \$285 каждый месяц на оплату коммунальных услуг (электричество, природный газ и вода).
Особое дополнительное страховое	Не является дополнительным страховым	Участники с соответствующими критериям

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
покрытие для лиц с хроническими заболеваниями (Special Supplemental Benefits for the Chronically III, SSBCI) – транспортные расходы, не связанные с медицинскими потребностями	покрытием.	хроническими заболеваниями получают комбинированное ежемесячное пособие в размере \$285 на транспортные расходы, не связанные с медицинскими потребностями.
Предварительно пополненная дебетовая карта (карта Healthy You)	У вас была карта Healthy You с комбинированным пособием на товары ОТС и транспортные услуги и отдельным пособием SSBCI на продукты питания и свежие растительные продукты.	Вы получаете предварительно пополненную дебетовую карту Healthy You с совокупным ежемесячным пособием в размере \$285 на безрецептурные (ОТС) товары,

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
		<p>безрецептурные (ОТС) слуховые аппараты, транспортные услуги для поездок в утвержденные планом медицинские учреждения, SSBCI на продукты питания, свежие растительные продукты, транспортные услуги, не связанные с медицинскими потребностями, и коммунальные услуги. Транспортные услуги можно получить с помощью дебетовой карты.</p>

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
		<p>Товары ОТС можно приобрести с помощью дебетовой карты или по каталогу. Слуховые аппараты ОТС можно приобрести по каталогу. Дополнительные покрываемые услуги в рамках SSBCI могут быть доступны через дебетовую карту и включают в себя продукты питания, свежие растительные продукты, услуги транспортировки для немедицинских нужд и общую поддержку бытовых</p>

	<p>2025 (этот год)</p>	<p>2026 (следующий год)</p>
		<p>потребностей. Неиспользованная сумма не переносится на следующий месяц.</p>
<p>Дополнительные услуги телемедицины</p>	<p>Вы вносите \$0 доплаты за определенные услуги телемедицины, включая услуги основного лечащего врача.</p>	<p>Вы вносите \$0 доплаты за определенные услуги телемедицины, включая услуги по кардиологической реабилитации, услуги основного лечащего врача, услуги мануальной терапии, услуги по трудотерапии, услуги врачей-специалистов, индивидуальные и групповые сеансы специалистов по психическому</p>

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
		здоровью, услуги подиатра, услуги других медицинских специалистов, индивидуальные и групповые сеансы психиатров, услуги физиотерапии и логопедии, услуги программы лечения опиоидной зависимости, индивидуальные сеансы для амбулаторного лечения злоупотребления психоактивными веществами и групповые сеансы для амбулаторного лечения злоупотребления

	<p>2025 (этот год)</p>	<p>2026 (следующий год)</p>
		<p>психоактивными веществами.</p>
<p>Услуги по транспортировке в утвержденные заведения в рамках плана (дополнительно)</p>	<p>Вы получаете \$100 каждый месяц на транспортные расходы. Это пособие объединяется с покрытием товаров ОТС.</p>	<p>Вы получаете предварительно пополненную дебетовую карту Healthy You с комбинированным ежемесячным пособием в размере \$285 на транспортные услуги для поездок в утвержденные планом учреждения в связи со здоровьем. Примерами утвержденных планом мест являются сетевые поставщики медицинских,</p>

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
		фармацевтических, стоматологических, офтальмологических и аудиологических услуг.
Проверка слуха (дополнительно)	Не является дополнительным страховым покрытием.	Вы проходите одну плановую проверку слуха каждый календарный год.
Слуховые аппараты, отпускаемые по рецепту	Не является дополнительным страховым покрытием.	Вы получаете не более 2 слуховых аппаратов из утвержденного списка (для обеих ушей) от одобренного планом поставщика услуг каждые 2 года.
Безрецептурные (ОТС) товары Слуховые	Не является дополнительным страховым	Вы получаете предварительно пополненную

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
аппараты (дополнительно)	покрытием.	дебетовую карту Healthy You с ежемесячным пособием в размере \$285 на безрецептурные (OTC) слуховые аппараты.

Раздел 1.6 Изменения в покрытии лекарственных препаратов в рамках Части D

Изменения в списке лекарственных препаратов

Перечень покрываемых лекарственных препаратов в рамках плана называется "фармакологический справочник" или "список лекарственных препаратов". Экземпляр Списка лекарственных препаратов предоставляется в электронном виде.

Мы внесли изменения в список лекарственных препаратов: некоторые лекарства могли быть удалены, а другие добавлены; могли измениться ограничения на страховое покрытие некоторых лекарств; для некоторых лекарств изменился уровень софинансирования расходов. **Проверьте по новому Списку лекарственных препаратов, будут ли ваши лекарственные препараты покрываться в следующем году, не установлены**

ли новые ограничения на их страховое покрытие, а также не изменился ли уровень вашего участия в оплате.

Большинство изменений в Списке лекарственных препаратов вносятся в начале каждого года. Однако в течение календарного года мы можем вносить и другие изменения с разрешения Medicare. Последняя версия Списка лекарственных препаратов, который мы обновляем по крайней мере раз в месяц, доступна на сайте. Если изменения окажут влияние на доступ к принимаемому вами препарату, мы отправим уведомление.

Если внесенное в начале или в течение года изменение в покрытие лекарственных препаратов затронуло вас, обратитесь к главе 9 *Справочника участника плана* и обсудите с врачом возможные варианты действий. Можно, например, попросить обеспечить временный запас препарата, подать запрос на продление покрытия лекарства в порядке исключения и (или) принять меры по поиску другого средства. Чтобы получить дополнительную информацию, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711).

Раздел 1.7 Изменения в льготах и расходах на рецептурные лекарственные препараты

Участвуете ли вы в программе Extra Help для покрытия лекарственных препаратов?

Если вы участник программы дополнительной помощи Extra Help, помогающей оплатить лекарства, **информация о расходах на лекарственные препараты по Части D может вас не касаться.** Мы отправили вам отдельный документ под названием

*Дополнение к справочнику участника плана для лиц, пользующихся Extra Help для оплаты рецептурных лекарственных препаратов, в котором говорится о стоимости лекарственных препаратов для вас. Если вы участвуете в программе Extra Help и не получили этот документ до 30 сентября, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711) и попросите прислать вам *Дополнение LIS*.*

Стадии оплаты лекарственных препаратов

Существует 3 **стадии оплаты лекарств**: стадия годовой безусловной франшизы, стадия первоначального страхового покрытия и стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов. Льготы согласно Части D больше не предусматривают стадию отсутствия страхового покрытия и программу скидок при отсутствии страхового покрытия.

- ***Стадия 1. Годовая безусловная франшиза***

Вы начинаете с этого этапа оплаты каждый календарный год. На этом этапе вы оплачиваете полную стоимость своих препаратов Части D, пока не достигнете годовой безусловной франшизы.

- ***Стадия 2. Первоначальное страховое покрытие***

После выплаты ежегодной безусловной франшизы вы переходите к стадии первоначального страхового покрытия. В течение этого периода план платит свою долю, а вы — свою часть стоимости лекарств. Обычно вы остаетесь на этом этапе до тех пор, пока сумма самостоятельных расходов с начала года не достигнет \$2,100.

• Стадия 3. Страхование покрытие по достижении предела самостоятельных расходов

Это третий и завершающий этап оплаты лекарственных препаратов. На этой стадии вы ничего не платите за лекарства, покрываемые по условиям Части D. Как правило, вы остаетесь на этой стадии до конца календарного года.

Также программа скидок от производителя заменила программу скидок при отсутствии страхового покрытия. Согласно этой программе производители будут оплачивать часть полной стоимости фирменных препаратов и биопрепаратов, которые покрываются в рамках Части D, на стадиях первоначального страхового покрытия и страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов. Эти скидки от производителей по упомянутой выше программе не учитываются в сумме личных расходов.

В таблице указан размер ваших расходов за рецептурные лекарственные препараты на этой стадии.

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
Годовая безусловная франшиза	\$0	\$615 На этом этапе вы выплачиваете сумму софинансирования

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
		<p>расходов в размере \$0 за лекарственные препараты 1-го и 6-го уровней, а также причитающуюся стоимость лекарственных препаратов 2-го, 3-го, 4-го и 5-го уровней, пока не достигнете годового не покрываемого страховкой минимума.</p>

Стоимость лекарственных препаратов на стадии 2. Первоначальное страховое покрытие

В таблице указана сумма, взимаемая за месячный запас каждого рецептурного лекарственного препарата в сетевой аптеке при стандартном софинансировании расходов.

За большинство вакцин для взрослых, покрываемых по условиям Части D, вам ничего платить не нужно. Для получения дополнительной информации о стоимости вакцин или прочих расходах см. главу 6 своего *Справочника участника плана*.

Когда ваши личные расходы на покрываемые по условиям Части D лекарства составят \$2,100, вы перейдете на следующий этап (стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов).

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
<p>Уровень 1 (предпочтительные непатентованные лекарственные препараты):</p> <p>Мы изменили уровень для некоторых препаратов из Списка лекарственных препаратов. Чтобы узнать, изменился ли уровень необходимых лекарственных препаратов, найдите их</p>	<p>Указанные в Фармакологическом справочнике покрываемые лекарственные препараты Части D будут одного уровня. Сумма, взимаемая за получение запаса лекарства на один месяц (31 день) в сетевой аптеке при стандартном софинансировании</p>	<p>\$0 доплаты от общей стоимости</p>

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
в Списке лекарственных препаратов.	<p>расходов:</p> <p>Непатентованные лекарства и предпочтительные лекарства, доступные как в непатентованном, так и патентованном варианте:</p> <p>Вы платите \$0 за рецептурный лекарственный препарат.</p> <p>Все остальные препараты:</p> <p>Вы платите \$0 за каждый рецептурный препарат.</p> <p>Вы платите \$0 за рецептурный лекарственный</p>	

	<p style="text-align: center;">2025 (в этом году)</p>	<p style="text-align: center;">2026 (в следующем году)</p>
	<p>препарат. Когда ваши личные расходы на покрываемые Частью D лекарства составят \$2,000, вы перейдете на следующий этап (стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов). На стадии страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов ваша доля участия в оплате составляет \$0</p>	

	<p style="text-align: center;">2025 (в этом году)</p>	<p style="text-align: center;">2026 (в следующем году)</p>
<p>Уровень 2 (непатентованные лекарственные препараты):</p>	<p>Указанные в Фармакологическом справочнике покрываемые лекарственные препараты Части D будут одного уровня.</p> <p>Сумма, взимаемая за получение запаса лекарства на один месяц в сетевой аптеке при стандартном софинансировании расходов:</p> <p>Непатентованные лекарственные препараты и предпочтительные фирменные препараты и их непатентованные</p>	<p>\$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные препараты, рассматриваемые как непатентованные)</p> <p>\$0, \$4.90 или \$12.65 доплаты за все прочие лекарства за каждый рецептурный препарат.</p>

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	<p>аналоги: вы платите \$0 за каждый назначенный препарат.</p> <p>Все остальные препараты: Вы платите \$0 за рецептурный лекарственный препарат. Когда ваши личные расходы на покрываемые Частью D лекарства составят \$2,000, вы перейдете на следующий этап (стадия страхового покрытия по достижении предела</p>	

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	самостоятельных расходов). На стадии страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов ваша доля участия в оплате составляет \$0	
Уровень 3 (предпочтительные фирменные препараты):	Указанные в Фармакологическом справочнике покрываемые лекарственные препараты Части D будут одного уровня. Сумма, взимаемая за получение запаса лекарства	\$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные препараты, рассматриваемые как непатентованные)

	<p>2025 (в этом году)</p>	<p>2026 (в следующем году)</p>
	<p>на один месяц в сетевой аптеке при стандартном софинансировании расходов:</p> <p>Непатентованные лекарственные препараты и предпочтительные фирменные препараты и их непатентованные аналоги: вы платите \$0 за каждый назначенный препарат.</p> <p>Все остальные препараты: Вы платите \$0 за рецептурный лекарственный препарат.</p>	<p>\$0, \$4.90 или \$12.65 доплаты за все прочие лекарства за каждый рецептурный препарат.</p>

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	<p>Когда ваши личные расходы на покрываемые Частью D лекарства составят \$2,000, вы перейдете на следующий этап (стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов). На стадии страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов ваша доля участия в оплате составляет \$0</p>	

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
Уровень 4 (непредпочтительные лекарственные препараты):	<p>Указанные в Фармакологическом справочнике покрываемые лекарственные препараты Части D будут одного уровня.</p> <p>Сумма, взимаемая за получение запаса лекарства на один месяц в сетевой аптеке при стандартном софинансировании расходов:</p> <p>Непатентованные лекарственные препараты и предпочтительные фирменные препараты и их непатентованные</p>	<p>\$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные препараты, рассматриваемые как непатентованные)</p> <p>\$0, \$4.90 или \$12.65 доплаты за все прочие лекарства за каждый рецептурный препарат.</p>

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	<p>аналоги: вы платите \$0 за каждый назначенный препарат.</p> <p>Все остальные препараты: Вы платите \$0 за рецептурный лекарственный препарат. Когда ваши личные расходы на покрываемые Частью D лекарства составят \$2,000, вы перейдете на следующий этап (стадия страхового покрытия по достижении предела</p>	

	<p>2025 (в этом году)</p>	<p>2026 (в следующем году)</p>
	<p>самостоятельных расходов). На стадии страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов ваша доля участия в оплате составляет \$0</p>	
<p>Уровень 5 (специализированные лекарственные препараты):</p>	<p>Указанные в Фармакологическом справочнике покрываемые лекарственные препараты Части D будут одного уровня. Сумма, взимаемая за получение запаса лекарства на один месяц в</p>	<p>\$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные препараты, рассматриваемые как непатентованные)</p>

	<p style="text-align: center;">2025 (в этом году)</p>	<p style="text-align: center;">2026 (в следующем году)</p>
	<p>сетевой аптеке при стандартном софинансировании расходов:</p> <p>Непатентованные лекарственные препараты и предпочтительные фирменные препараты и их непатентованные аналоги: вы платите \$0 за каждый назначенный препарат.</p> <p>Все остальные препараты: Вы платите \$0 за рецептурный лекарственный препарат.</p>	<p>\$0, \$4.90 или \$12.65 доплаты за все прочие лекарства за каждый рецептурный препарат.</p>

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	<p>Когда ваши личные расходы на покрываемые Частью D лекарства составят \$2,000, вы перейдете на следующий этап (стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов). На стадии страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов ваша доля участия в оплате составляет \$0</p>	

	<p style="text-align: center;">2025 (в этом году)</p>	<p style="text-align: center;">2026 (в следующем году)</p>
<p>Уровень 6 (лекарственные препараты для лечения определенных заболеваний):</p>	<p>Указанные в Фармакологическом справочнике покрываемые лекарственные препараты Части D будут одного уровня.</p> <p>Сумма, взимаемая за получение запаса лекарства на один месяц в сетевой аптеке при стандартном софинансировании расходов:</p> <p>Непатентованные лекарственные препараты и предпочтительные фирменные препараты и их непатентованные</p>	<p>\$0 от общей стоимости</p>

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	<p>аналоги: вы платите \$0 за каждый назначенный препарат.</p> <p>Все остальные препараты: Вы платите \$0 за рецептурный лекарственный препарат. Когда ваши личные расходы на покрываемые Частью D лекарства составят \$2,000, вы перейдете на следующий этап (стадия страхового покрытия по достижении предела</p>	

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	самостоятельных расходов). На стадии страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов ваша доля участия в оплате составляет \$0	

Изменения страхового покрытия по Части D в рамках VBID

В 2025 г. план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) участвовал в модели страхового покрытия на основе ценности Value-Based Insurance Design (VBID), но в этом году данная программа заканчивается. В рамках покрытия Части D по модели VBID план Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) предложил отменить софинансирование расходов на лекарства, покрываемые по условиям Части D. Поскольку действие этой программы завершено, возможно, теперь участникам придется платить за покрываемые по условиям Части D лекарственные препараты на всех этапах страхового покрытия. Для получения

более подробной информации позвоните в наш Отдел обслуживания.

Изменения стадии страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов

Конкретную информацию о расходах на стадии страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов см. в разделе 6 главы 6 *Справочника участника плана*.

РАЗДЕЛ 2 Административные изменения

В следующем году мы вносим административные изменения. Они описаны в таблице ниже.

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
В 2026 году сотрудничество с Dentaquest прекратится.	Стоматологическую помощь предоставляла компания Dentaquest.	В 2026 году профилактическую и определенные виды комплексной стоматологической помощи будет предоставлять компания Liberty.
В 2026 году услуги, связанные со	Услуги, связанные со слухом, администрировались	В 2026 году нашим поставщиком услуг, связанных со

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
слухом, будут предоставляться другим поставщиком	поставщиками, нанятыми компанией Molina.	слухом, будет компания NationsBenefits.
План оплаты рецептурных препаратов Medicare Prescription Payment Plan	Не применяется	План оплаты рецептурных препаратов Medicare Prescription Payment Plan — это новый вариант оплаты, который работает с вашим текущим покрытием лекарственных препаратов и может помочь вам управлять стоимостью лекарственных препаратов, распределяя ее по ежемесячным платежам, которые варьируются в

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
		<p>течение года (с января по декабрь). Подробнее об этом варианте оплаты можно узнать, связавшись с нами по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711) или на веб-сайте Medicare.gov</p>
<p>Особое дополнительное страховое покрытие для лиц с хроническими заболеваниями (Special Supplemental Benefits for the Chronically III, SSBCI)</p>	<p>Если у вас диагностировано хроническое заболевание из установленного перечня и вы отвечаете определенным критериям, вы можете получить право на специальное дополнительное страховое покрытие для людей с хроническими</p>	<p>Если у вас диагностировано хроническое заболевание из установленного перечня и вы отвечаете определенным критериям, вы можете получить право на специальное дополнительное страховое покрытие для людей с</p>

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
	<p>заболеваниями. Перечень таких хронических заболеваний:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хроническая алкогольная и наркотическая зависимость • Аутоиммунные заболевания • Рак • Сердечно-сосудистые заболевания • Хроническая сердечная недостаточность • Деменция • Сахарный диабет • Терминальная стадия печеночной 	<p>хроническими заболеваниями. Перечень таких хронических заболеваний:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сердечно-сосудистые заболевания • Хроническая сердечная недостаточность • Деменция • Сахарный диабет • Хронические заболевания легких • Хроническая почечная недостаточность (СКД) • Хроническое расстройство,

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
	<p>недостаточности</p> <ul style="list-style-type: none"> • Терминальная стадия почечной недостаточности (ESRD) • Тяжелые заболевания крови • HIV/AIDS • Хронические заболевания легких • Хронические и инвалидизирующие психические заболевания • Неврологические расстройства • Инсульт 	<p>связанное с употреблением алкоголя, и другие расстройства, связанные с употреблением наркотических веществ (SUD)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Рак • Аутоиммунные заболевания • Избыточный вес, ожирение и метаболический синдром • Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта • Тяжелые заболевания

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
		<p>крови</p> <ul style="list-style-type: none">• HIV/AIDS• Хронические и инвалидизирующие психические заболевания• Неврологические расстройства• Инсульт• Состояние после трансплантации органов• Иммунодефицит и иммуно-депрессивные расстройства• Состояния, связанные с когнитивными нарушениями

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
		<ul style="list-style-type: none">• Состояния, сопровождающиеся функциональными нарушениями• Хронические состояния, которые ухудшают зрение, слух (глухота), вкус, осязание и обоняние• Состояния, которые требуют длительной терапии для поддержки или восстановления функциональных возможностей пациента

РАЗДЕЛ 3 Как поменять план

Чтобы остаться участником страхового плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), не нужно ничего предпринимать. Если вы не зарегистрируетесь в другом страховом плане или не перейдете в программу Original Medicare до 7 декабря, то автоматически останетесь участником нашего плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Если вы хотите сменить план на 2026 год, выполните следующие действия:

- **Чтобы перейти на другой план медицинского страхования Medicare,** зарегистрируйтесь в этом плане. Вы будете автоматически исключены из плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).
- **Чтобы перейти в программу Original Medicare с покрытием лекарственных препаратов Medicare,** зарегистрируйтесь в новом плане Medicare, покрывающем лекарства. Вы будете автоматически исключены из плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).
- **Для перехода на программу Original Medicare без плана, покрывающего лекарства,** вы можете отправить нам письменный запрос на исключение из плана. Чтобы получить дополнительную информацию о том, как это сделать, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711). Вы также можете связаться с **Medicare** по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) и попросить исключить вас из плана. TTY: 1-877-486-2048. Если вы не

зарегистрируетесь в плане Medicare, покрывающем лекарства, вам может быть начислен штраф за несвоевременное включение в план Части D (см. раздел 4.4 главы 1 *Справочника участника плана*).

- **Подробнее о программе Original Medicare и разных видах страховых планов Medicare** можно узнать на сайте www.Medicare.gov, в брошюре “Программа Medicare и вы” (*Medicare & You*) за 2026 г., в программе State Health Insurance Assistance Program (см. раздел 6) или по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Раздел 3.1 Крайние сроки перехода на другой план

Лица, участвующие в программе Medicare, могут вносить изменения в страховое покрытие с **15 октября по 7 декабря** каждого года.

Если по состоянию на 1 января 2026 г. вы зарегистрированы в страховом плане Medicare Advantage, но вам этот план не нравится, вы также можете перейти на другой план медицинского страхования Medicare (с покрытием лекарственных препаратов по программе Medicare или без него) или перейти в программу Original Medicare (с отдельным покрытием лекарственных препаратов по рецепту по программе Medicare или без него) с 1 января до 31 марта 2026 г.

Раздел 3.2 Можно ли менять страховку в другое время?

В определенных ситуациях у людей могут быть другие возможности внести изменения в течение года. Пример — люди, которые:

- участвуют в программе Medicaid;
- получают помощь по программе Extra Help в оплате лекарственных препаратов;
- имеют страховку от работодателя или отказываются от нее;
- выезжают за пределы зоны обслуживания нашего страхового плана.

Поскольку вы получаете покрытие по программе Medicaid, то можете прекратить участие в плане в любой месяц года, выбрав один из перечисленных ниже вариантов покрытия Medicare.

- о Программа Original Medicare с отдельным планом, покрывающим лекарства по рецепту по программе Medicare.
- о Программа Original Medicare без отдельного плана, покрывающего лекарства по рецепту по программе Medicare (если выбрать этот вариант, то Medicare может включить вас в такой план самостоятельно, если только вы не откажетесь от автоматической регистрации).
- о Интегрированный план D-SNP, если вы имеете право на участие в нем. Этот план включает покрываемые услуги и

виды обслуживания Medicare и большинство или все покрываемые услуги и виды обслуживания Medicaid.

Если сейчас вы живете в учреждении (например, в центре квалифицированного сестринского ухода либо в больнице долгосрочного ухода) или недавно в него переехали, тогда сменить план Medicare можно **в любое время**. Вы можете перейти на любой другой план медицинского страхования Medicare (с покрытием лекарственных препаратов по программе Medicare или без него) или на программу Original Medicare (с отдельным покрытием лекарственных препаратов по программе Medicare или без него) в любое время. Если вы недавно покинули специализированное учреждение, то у вас есть возможность сменить план или перейти на Original Medicare в течение 2 полных месяцев после месяца, когда вы переехали из такого учреждения.

РАЗДЕЛ 4 Получение помощи в оплате рецептурных лекарственных препаратов

Не исключено, что вы можете стать участником программы, помогающей платить за рецептурные лекарственные препараты. Доступны различные виды помощи:

- **Программа дополнительной помощи Extra Help в рамках программы Medicare.** Люди с ограниченным доходом могут соответствовать критериям участия в программе Extra Help для оплаты стоимости рецептурных лекарственных препаратов. Если вы соответствуете требованиям, Medicare

может оплачивать до 75% или более стоимости лекарств, включая ежемесячные страховые взносы по плану, покрывающему лекарства, годовую безусловную франшизу и сострахование. Кроме того, люди, которые отвечают требованиям, не оплачивают штраф за несвоевременное включение. Чтобы узнать, отвечаете ли вы требованиям, позвоните по телефону:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании ТТУ набирайте номер 1-877-486-2048, Линия работает круглосуточно и без выходных.
- Служба социального обеспечения: телефон 1-800-772-1213. Линия работает с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 7 р.м. Автоматические сообщения можно прослушивать круглосуточно. При использовании ТТУ набирайте 1-800-325-0778.
- Отделение программы Medicaid вашего штата.
- **Программа помощи в оплате лекарств на уровне штата (SPAP).** В штате New York действует программа под названием EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage), которая помогает людям платить за рецептурные лекарственные препараты в зависимости от их финансовой ситуации, возраста или состояния здоровья. Подробнее об этой программе можно узнать, обратившись в программу помощи по вопросам медицинского страхования штата State Health Insurance Assistance Program (SHIP). Чтобы узнать

номер телефона для своего штата, посетите сайт shiphelp.org или позвоните по номеру 1-800-MEDICARE.

- **Программа обеспечения лекарствами при вирус иммунодефицита человека (HIV)/синдром приобретенного иммунодефицита (AIDS).** Программа помощи в получении лекарственных препаратов против СПИДа (ADAP) помогает больным ВИЧ/СПИДом (HIV/AIDS), которые отвечают определенным требованиям, получать жизненно необходимые лекарства для лечения этих заболеваний. Для включения в программу ADAP, действующую в вашем штате, нужно отвечать определенным требованиям: постоянно проживать в штате, иметь статус носителя ВИЧ (HIV) и низкий доход (согласно принятому в этом штате определению) при отсутствии страховки или ее недостаточном покрытии. New York State Uninsured Care Program (ADAP) может предоставлять помощь с софинансированием расходов на определенные рецептурные лекарственные препараты, покрываемых как Medicare Part D, так и программой ADAP. Чтобы узнать критерии соответствия установленным требованиям, перечень покрываемых лекарственных препаратов, порядок регистрации в программе или продления помощи, если вы уже являетесь ее участником, звоните по номеру (800) 542-2437 или (844) 685-4058. Во время звонка необходимо сообщить название своего плана по Medicare Part D или номер полиса.
- **План оплаты рецептурных препаратов Medicare Prescription Payment Plan.** План оплаты рецептурных

препаратов Medicare Prescription Payment Plan — это вариант оплаты, который сочетается с вашим текущим страховым покрытием лекарственных препаратов, чтобы помочь вам управлять личными расходами на препараты, покрываемые нашим планом, распределяя их на календарный год (с января по декабрь). Использовать этот вариант оплаты может любой участник плана Medicare, покрывающего препараты, или плана медицинского страхования Medicare с покрытием лекарств (например, план Medicare Advantage с покрытием лекарственных препаратов). **Этот способ оплаты поможет вам управлять расходами, но не сэкономит деньги и не снизит стоимость лекарственных препаратов.**

- Программа Extra Help от Medicare, помощь от программ SPAP и ADAP для тех, кто имеет на это право, более выгодна, чем участие в Плане оплаты рецептурных препаратов Medicare Prescription Payment Plan. Все участники имеют право на участие в плане оплаты рецептурных препаратов Medicare Prescription Payment Plan независимо от уровня своего дохода. Чтобы узнать больше об этом варианте оплаты, позвоните нам по номеру (833) 671-0440 (TTY: 711) или посетите веб-сайт www.Medicare.gov.

РАЗДЕЛ 5 Есть вопросы?

Раздел 5.1 Получение помощи по плану Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

- **Позвоните в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440. (Пользователям ТТУ следует набирать 711.)**

График приема звонков: График работы: с 1 октября по 31 марта — ежедневно с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. С 1 апреля по 30 сентября — с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. Звонки на эти номера бесплатны.

- **Прочитайте *Справочник участника плана на 2026 г.***

В ежегодном уведомлении об изменениях приведены общие сведения об изменениях услуг и расходов, которые произойдут в 2026 г. Более подробные сведения см. в *Справочнике участника плана на 2026 г.* для плана Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). *Справочник участника плана* — это юридический документ, содержащий подробное описание льгот, предусмотренных вашим страховым планом. В нем объясняются ваши права и правила, которым необходимо следовать для получения покрываемых услуг и рецептурных лекарственных препаратов. Вы можете получить *Справочник участника плана* на нашем веб-сайте SWHNY.com или позвонить в Отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 (ТТУ: 711) и попросить прислать вам экземпляр почтой.

- **Посетите веб-сайт SWHNY.com**

На сайте вы найдете актуальные версии *каталога поставщиков медицинских услуг и аптек*, состоящих в сети страхового плана, и *перечня покрываемых лекарственных препаратов (также известного как фармакологический справочник или список лекарственных препаратов)*.

Раздел 5.2 Получение бесплатных консультаций по программе Medicare

Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата State Health Insurance Assistance Program (SHIP) — это независимая государственная программа, в которой работают опытные консультанты. Такая программа есть в каждом штате. В штате New York программа SHIP называется New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP).

Позвоните в New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP), чтобы получить личную консультацию по вопросам медицинского страхования. Они помогут вам определиться с выбором плана Medicare и Medicaid и ответят на вопросы об изменении плана. Позвоните в New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP) (800) 701-0501. Чтобы получить дополнительную информацию о программе New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP), посетите

веб-сайт (<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap>).

Раздел 5.3 Получение помощи по программе Medicare

- **Телефон 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Звонки по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) принимаются круглосуточно, без выходных. ТТУ: 1-877-486-2048.

- **Воспользуйтесь чатом www.Medicare.gov в реальном времени**

Воспользуйтесь чатом в реальном времени на странице www.Medicare.gov/talk-to-someone

- **Напишите в Medicare**

Вы можете написать в Medicare по адресу: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Посетите веб-сайт www.Medicare.gov**

На официальном сайте Medicare можно уточнить рейтинги страховых планов медицинского страхования Medicare, доступных по вашему месту жительства, а также найти сведения о предоставляемом страховом покрытии и стоимости услуг, что поможет сравнить их и сделать выбор.

- **Прочитайте брошюру “Medicare и вы” (Medicare & You) на 2026 год**

Брошюра “Medicare и вы” (Medicare & You) 2026 г. рассылается каждую осень участникам программы Medicare. В ней вкратце рассказывается об услугах по программе Medicare, о правах и мерах защиты, предусмотренных для ее участников, а также содержатся ответы на наиболее распространенные вопросы о программе. Получите экземпляр на веб-сайте www.Medicare.gov или позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ТТУ: 1-877-486-2048.

Раздел 5.4 Получение помощи по программе Medicaid

Программа Medicaid штата New York: (800) 541-2831, с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м., в субботу с 9 а.м. до 1 р.м. Пользователи ТТУ могут звонить на номер 711, чтобы получить помощь по вопросам регистрации в программе Medicaid или покрываемых услуг. Вы можете написать в местный департамент социального обеспечения (LDSS). Адрес LDSS можно найти здесь: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

Программа Medicaid штата New York

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

ТЕЛЕФОН: (800) 541-2831

ВЕБ-САЙТ: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

Nassau County Department of Social Services

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

ТЕЛЕФОН: (516) 227-7474

ВЕБ-САЙТ: <https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html>

Westchester County Department of Social Services

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

ТЕЛЕФОН: (914) 995-3333

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

Дополнительная важная информация о медицинских ресурсах и ресурсах для участника

- **Электронное уведомление (ELN): как получить важные документы**
- **Уведомление о недопущении дискриминации (NDN): раздел 1557**
- **Уведомление о доступности (NOA): помощь переводчиков**
- **Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией (NPP)**

Как получить важные документы страхового плана



Вы важны для нас! Мы делаем все возможное, чтобы вам было проще получать необходимую информацию. Вы можете просмотреть важные документы по плану страхования, а также найти сетевого поставщика услуг или сетевую аптеку онлайн. Кроме того, вы можете в любое время и с любого устройства найти необходимые вам рецептурные лекарственные препараты. Документы по вашему плану за год, например Справочник участника плана, Фармакологический справочник и Каталог поставщиков медицинских услуг и аптек, станут доступны онлайн с 15 октября года.

Ознакомьтесь с документацией вашего страхового плана

- **Справочник участника плана (ЕОС):** информация о том, что ваш план покрывает. В нем содержатся подробные сведения о страховых льготах и покрытии, предусмотренных планом, о правах его участников и о многом другом.
- **Список лекарственных препаратов (Фармакологический справочник):** перечень покрываемых лекарственных препаратов вашего плана.
- **Каталог поставщиков медицинских услуг и аптек:** перечень состоящих в сети страхового плана врачей, специалистов и аптек с указанием их адресов и телефонов. Сетевого поставщика или сетевую аптеку можно найти в нашем онлайн-каталоге по адресу MolinaHealthcare.com/ProviderSearch.
- **Уведомление о защите конфиденциальности:** в этом уведомлении описан порядок использования и передачи вашей медицинской информации, а также порядок предоставления вам доступа к ней. Этот документ есть на сайте MolinaHealthcare.com/members/ny/en-us/mem/hipaa/home.

Как можно ознакомиться с тем или иным документом плана или получить его копию?



Онлайн на сайте MolinaHealthcare.com/Medicare

Просматривать и загружать документы с сайта нашего плана можно всегда и везде. Можно использовать любое устройство, например компьютер, планшет или мобильный телефон. Материалы страхового плана на год появятся на веб-сайте к 15 октября года.



Онлайн на сайте MyMolina.com.

Посетите наш портал для участников плана, где вы можете просматривать материалы своего страхового плана и найти сетевых поставщиков услуг и сетевые аптеки в любое время суток и в любой день. Войдите в свою учетную запись на портале участников My Molina. Если у вас ее нет, зарегистрируйтесь как новый пользователь на сайте MyMolina.com. Нажмите кнопку “Create an Account” (Создать учетную запись) и выполните пошаговые инструкции, чтобы зарегистрироваться.



Позвоните по номеру бесплатной связи.

Сообщите нам, если у вас нет доступа к компьютеру или если вы хотите получить печатный экземпляр ЕОС, Фармакологического справочника или Каталога поставщиков медицинских услуг и аптек по почте. Для того чтобы получить печатный экземпляр, позвоните в наш Отдел обслуживания по бесплатному номеру, расположенному на обратной стороне вашей идентификационной карты. Линия работает с понедельника по пятницу, с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени.

Мы всегда готовы вам помочь

Если у вас возникли вопросы о покрываемых услугах или вам нужна помощь в поиске сетевого поставщика или аптеки, позвоните в Отдел обслуживания по бесплатному номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты.

Уведомление о недопущении дискриминации

Раздел 1557

Molina Healthcare — план медицинского страхования Medicare



Senior Whole Health of New York соблюдает действующие федеральные законы о гражданских правах и не допускает дискриминации людей по признаку возраста, цвета кожи, ограниченных возможностей, национального происхождения (в том числе ограниченного владения английским языком), расовой принадлежности или пола (в соответствии с данным в § 92.101[a] определением дискриминации по полу).

Чтобы помочь вам общаться с нами, Senior Whole Health of New York бесплатно и своевременно предоставляет указанные ниже услуги.

- Senior Whole Health of New York предоставляет людям с инвалидностью разумные изменения и необходимые вспомогательные средства и услуги. К ним относятся: (1) квалифицированные переводчики; (2) информация в других форматах, например крупным шрифтом и шрифтом Брайля, в виде аудиозаписи или в специальных электронных форматах.
- Senior Whole Health of New York предоставляет людям, которые говорят на других языках или плохо владеют английским языком, услуги перевода. К ним относятся: (1)

квалифицированные устные переводчики; (2) письменный перевод информации на ваш язык.

Если вам понадобятся такие услуги, свяжитесь с Отделом обслуживания Molina по номеру 1-800-665-3086, ТТУ/ТДД: 711, с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени.

Если, по вашему мнению, вы подверглись дискриминации на основании возраста, цвета кожи, инвалидности, национального происхождения, расовой принадлежности или пола, вы можете подать жалобу. Это можно сделать по телефону, по обычной или электронной почте и на веб-сайте. Если вам нужна помощь с составлением жалобы, обратитесь к нам. Процедуру подачи жалобы см. на нашем веб-сайте [MolinaHealthcare.com/Members/Common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx](https://www.molinahealthcare.com/Members/Common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx)

Позвоните нашему координатору по гражданским правам по номеру 1-866-606-3889, ТТУ/ТДД: 711, или отправьте жалобу по такому адресу:

Civil Rights Unit

200 Oceangate

Long Beach, CA 90802

Эл. почта: Civil.Rights@MolinaHealthcare.com

Веб-сайт: [MolinaHealthcare.Alertline.com](https://www.molinahealthcare.com/alertline)

Жалобу в связи с нарушением гражданских прав также можно подать в Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) при U.S. Department of Health and Human Services, онлайн на портале Office for Civil Rights Complaint Portal: <https://ocrportal.hhs.gov/>

hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, по почте или по телефону
соответственно:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

Телефон: 1-800-368-1019

TTY/TDD: 800-537-7697

Формы для подачи жалобы можно найти по следующей ссылке:

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

Notice of Availability

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

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

English

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

Spanish

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

Simplified Chinese

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

Traditional Chinese

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

Russian

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

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

Haitian Creole

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

Korean

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

Italian

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

Yiddish

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

Bengali

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

Polish

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

Arabic

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

French

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

Urdu

اردو

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

Tagalog

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

Greek

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

Albanian

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

German

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

Pennsylvania Dutch

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

Vietnamese

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

Somali

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

Japanese

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

Ukrainian

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

Romanian

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

Amharic

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

Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย
เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้
ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่
เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อหมายเลข
ฝ่ายบริการสมาชิกที่ระบุไว้ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณหรือพูดคุยกับผู้
ให้บริการของคุณ

Persian

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

Samoan

FAAMATALAGA: Afai e te tautala faa-Samoa, o loo i ai gagana fesoasoani i gagana e Le 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।

Khmer

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

Laotian

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

Karen

ဟ်သုဉ်ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤ ကညိက့ၢ် အယိ, တၢ်အိၣ်ဒီး
က့ၢ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလၢ်ဘျုးလၢ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိၣ်ဒီး
တၢ်မၤစၢၤတၢ်န့ၢ်ဟူပီးလီၤဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအကြးအဘၣ်
လၢကဟ့ၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢတၢ်မၤန့ၢ်အိၣ်သ့တဖၣ်
လၢတလၢ်ဘျုးလၢ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး ကရုဖိတၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ
အလီတဲစိနီၣ်ဂံၢ်လၢ အိၣ်ဖဲန့ၢ်အုၣ်သး (ID) ခးက့အလီၤ မ့တမ့ၢ်
တဲတၢ်ဒီး ပုၤလၢအဟ့ၣ်န့ၢ်တၢ်ကွၢ်ထွဲန့ၢ် တက့ၢ်.

Swahili

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

Serbian

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

Croatian

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

Nepali

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

Yoruba

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

Tamil

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

Navajo

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

Shoshone

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

Choctaw

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

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВИЛАХ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАН ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И ПЕРЕДАЧИ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ВАМ ДОСТУПА К НЕЙ. ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ДАННОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ.

В настоящем Уведомлении описывается политика конфиденциальности аффилированных планов медицинского страхования компании Molina Healthcare (далее — **Molina**, мы и другие формы этого местоимения). Мы используем и передаем вашу закрытую медицинскую информацию (**PHI**), чтобы предоставлять вам услуги медицинского страхования как участнику программы Molina. Мы используем и передаем вашу PHI для осуществления медицинского обслуживания, лечения и платежей. Мы также используем и передаем вашу PHI в других целях, если это разрешено или предписано законом. Мы обязуемся сохранять конфиденциальность вашей медицинской информации и следовать условиям данного Уведомления. Дата вступления настоящего Уведомления в силу — 1 января 2026 года.

Закрытая медицинская информация (PHI) — это данные о состоянии вашего здоровья, которые включают ваши имя и фамилию, номер участника или другие идентификаторы и используются либо передаются нами. PHI включает медицинскую информацию о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, и биометрическую информацию (например, голосовой отпечаток).

Действует с 1 января 2026 года

В каких целях мы используем вашу PHI и предоставляем доступ к ней?

Мы используем или передаем вашу PHI только с целью предоставления вам услуг медицинского страхования. Ваша PHI также используется или передается для осуществления медицинского обслуживания, лечения и платежей.

Для осуществления лечения

Мы вправе использовать или предоставлять вашу PHI для обеспечения или организации вашей медицинской помощи. Это касается также направлений, выдаваемых вашими лечащими врачами, к другим врачам или прочим поставщикам медицинских услуг. Например, мы можем передать информацию о состоянии вашего здоровья врачу-специалисту. Это поможет специалисту обсудить ваше лечение с вашим врачом.

Для осуществления платежей

Мы можем использовать или передавать PHI для принятия решений об оплате. Такие сведения могут включать страховые требования, разрешения на лечение и решения относительно медицинских потребностей. В счете могут быть указаны ваше имя, ваше заболевание, предоставленное вам лечение, а также использованные расходные медицинские материалы. Например, мы можем сообщить врачу о том, что вы пользуетесь нашими услугами. Мы также сообщаем врачу сумму счета, которую мы готовы оплатить.

Для осуществления медицинского обслуживания

Мы можем использовать или передавать вашу PHI для управления планом медицинского страхования. Например, мы можем использовать информацию из вашего заявления, чтобы сообщить вам о медицинской программе, которая может вам помочь. Мы также можем использовать или передавать вашу PHI

Действует с 1 января 2026 года

для решения ваших проблем. Кроме того, касающаяся вас РНІ может использоваться для проверки правильности выплат по страховым требованиям.

Осуществление медицинского обслуживания связано с необходимостью решения множества текущих деловых задач. Они включают, помимо прочего, следующее:

- повышение качества обслуживания;
- деятельность в рамках программ медицинского страхования для оказания помощи участникам с определенными заболеваниями (например, астмой);
- проведение или организация медицинской экспертизы;
- юридические услуги, включая программы по выявлению и преследованию мошенничества и злоупотреблений;
- действия, помогающие нам соблюдать законы;
- удовлетворение потребностей участников, включая решения по претензиям и жалобам.

Мы будем передавать вашу РНІ другим компаниям (**деловым партнерам**), которые осуществляют различные виды деятельности для реализации нашего плана медицинского страхования. Мы также можем использовать вашу РНІ для напоминания о назначенных вам приемах у врачей. Мы можем использовать вашу РНІ, чтобы предоставлять вам данные о других методах лечения или других покрываемых услугах, связанных со здоровьем.

В каких случаях мы можем использовать и передавать касающуюся вас PHI без получения от вас письменного разрешения (согласия)?

Помимо лечения, осуществления платежей и осуществления медицинского обслуживания, закон разрешает/обязывает Molina использовать и передавать вашу PHI в ряде других целей, включая перечисленные ниже:

В соответствии с требованиями законодательства

Мы используем и раскрываем вашу информацию в соответствии с требованиями закона. Ваша PHI может быть раскрыта по требованию секретаря Департамента здравоохранения и социальных служб (Department of Health and Human Services, HHS). Это может быть связано с судебным разбирательством, иными юридическими действиями, а также в случае необходимости в правоохранительных целях.

Для целей, связанных с общественным здравоохранением

Касающаяся вас PHI может быть использована или передана для проведения мероприятий в сфере общественного здравоохранения. В частности, для содействия органам здравоохранения в профилактике или контроле заболеваний.

В целях надзора в сфере здравоохранения

Касающаяся вас PHI может использоваться государственными органами либо предоставляться этим органам. Им может понадобиться ваша PHI для проведения аудита.

Для исследовательских целей

Касающаяся вас PHI может использоваться или предоставляться для исследования в определенных случаях, например, когда имеется разрешение комиссии по конфиденциальности или экспертного совета организации.

Для целей судебного или административного производства
Ваша РНІ может быть использована или передана для целей судебного производства, например в ответ на распоряжение суда.

Для целей, касающихся деятельности правоохранительных органов

Ваша РНІ может быть использована или передана полиции в правоохранительных целях, например для помощи в поиске подозреваемого, свидетеля или пропавшего человека.

В целях защиты здоровья и безопасности населения

Ваша РНІ может быть передана для предотвращения серьезной и неминуемой угрозы здоровью населения или общественной безопасности.

Для осуществления функций государственных органов

Ваша РНІ может быть передана правительству для выполнения особых функций. Например, для защиты президента.

Для защиты лиц, пострадавших от жестокого, небрежного обращения или домашнего насилия

Касающаяся вас РНІ может быть предоставлена официальным властям, если мы сочтем, что какое-либо лицо является жертвой жестокого или небрежного обращения.

Выплаты по страховке от несчастного случая на рабочем месте

Касающаяся вас РНІ может быть использована либо предоставлена для выполнения требований законов о страховании от несчастных случаев на рабочих местах.

Другие случаи раскрытия информации

Ваша РНІ может быть предоставлена руководителям похоронных служб или судмедэкспертам для оказания содействия их работе.

Действует с 1 января 2026 года

Дополнительные ограничения на использование и раскрытие.

Некоторые федеральные законы и законы штата могут требовать специальных мер защиты конфиденциальности, которые ограничивают использование и раскрытие определенных видов медицинской информации. Такие законы могут защищать следующие виды информации: расстройства, связанные с употреблением алкоголя и психоактивных веществ, биометрическая информация, жестокое или халатное обращение с детьми или взрослыми, включая сексуальное насилие, инфекционные заболевания, генетическая информация, ВИЧ/СПИД, психическое здоровье, информация о несовершеннолетних, рецептурные лекарственные препараты, сведения о репродуктивном здоровье и заболеваниях, передаваемых половым путем. Мы будем следовать более строгому закону в ситуациях, где он к нам применим.

Информация о расстройстве, связанном с употреблением психоактивных веществ (SUD).

Хотя мы не являемся программой лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, в соответствии с федеральным законодательством (Программа SUD) мы можем получать информацию о вас от участников Программы SUD. Мы не имеем права раскрывать информацию SUD для использования в гражданском, уголовном, административном или законодательном разбирательстве против вас, если у нас нет (i) вашего письменного согласия или (ii) судебного постановления, сопровождаемого повесткой в суд или другим юридическим требованием, обязывающим к раскрытию и выданным после того, как мы и вы получили уведомление и возможность предоставить свое мнение.

Действует с 1 января 2026 года

Когда нам требуется ваше письменное разрешение (одобрение) на использование или передачу вашей PHI?

Нам необходимо получить письменное согласие на использование и передачу вашей PHI для любой цели, отличной от перечисленных в этом Уведомлении. Нам необходимо получить ваше разрешение перед раскрытием вашей PHI в следующих случаях: (1) в большинстве случаев использования и раскрытия психотерапевтических записей; (2) в случаях использования и раскрытия в маркетинговых целях; и (3) в случаях использования и раскрытия, которые подразумевают продажу PHI. Вы можете отменить данное вами письменное разрешение. Отмена разрешения не будет распространяться на действия, осуществленные ранее на основании данного вами согласия.

Каковы ваши права в отношении вашей медицинской информации?

У вас есть перечисленные ниже права:

- **Подавать запрос об ограничении использования или раскрытия (передачи) вашей PHI**

Вы можете попросить нас не предоставлять касающуюся вас PHI для осуществления медицинского обслуживания, лечения и платежей. Вы также можете попросить нас не передавать вашу PHI членам семьи, друзьям или другим названным вами лицам, которые имеют отношение к вашему медицинскому обслуживанию. Однако компания вправе отказать в удовлетворении вашей просьбы. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму.

- **Просить о конфиденциальной передаче вашей PHI**

Вы можете попросить компанию Molina передать вам PHI определенным образом или в определенном месте, чтобы

Действует с 1 января 2026 года

сохранить конфиденциальность данных. Мы будем выполнять ваши обоснованные просьбы, если вы сообщите нам, каким образом предоставление вашей PHI или ее части может подвергнуть вашу жизнь риску. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму.

- **Просматривать и копировать касающуюся вас PHI**

Вы имеете право ознакомиться с хранящейся у нас вашей PHI и получить ее копию. К такой информации могут относиться документы, использовавшиеся при принятии решений о покрытии услуг, удовлетворении страховых требований и других решений, касающихся вас как участника нашего плана. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму. Мы можем взимать обоснованную плату за изготовление копий и отправку документов по почте. В некоторых случаях мы можем отклонить запрос. *Важное примечание. Мы не храним полные копии ваших медицинских карт. Если вы хотите просмотреть, получить копию или внести изменения в свою медицинскую карту, обратитесь к своему врачу или в клинику.*

- **Вносить изменения в свою PHI**

Вы можете попросить нас внести поправки (изменения) в вашу PHI. Это относится только к тем хранящимся у нас документам, которые касаются вас как участника. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму. Вы можете направить письмо о несогласии, если мы отклоним запрос.

- **Получать отчет о случаях раскрытия PHI (передачи PHI)**
Вы можете попросить нас предоставить вам список конкретных третьих сторон, которым мы передавали вашу PHI в течение шести лет, предшествующих дате вашего запроса. В этот список не включается PHI, передаваемая при следующих обстоятельствах:
 - для осуществления медицинского обслуживания, лечения и платежей;
 - осуществляется передача лицам их собственной PHI;
 - передача информации осуществляется с вашего разрешения;
 - использование или передача разрешены на ином основании или предусмотрены действующим законодательством;
 - раскрытие PHI осуществляется в интересах национальной безопасности или разведки;
 - в рамках ограниченного набора данных в соответствии с действующим законодательством.

Мы взимаем определенную плату за каждый запрос, если вы запрашиваете этот список более одного раза в течение 12 месяцев. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму.

Вы можете подать любые запросы, указанные выше, а также получить бумажную копию этого Уведомления. Звоните в Отдел обслуживания нашего плана по бесплатному номеру, указанному на обороте вашей идентификационной карты. Линия работает без выходных с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. При использовании ТТУ/ТДД звоните по номеру 711.

Действует с 1 января 2026 года

Что делать, если ваши права не были защищены?

Вы можете подать жалобу в наш план и в Department of Health and Human Services, если считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены. Мы не будем предпринимать никаких действий против вас за подачу жалобы. Это никоим образом не повлияет на ваше лечение и покрытие услуг.

Вы можете подать жалобу следующим образом:

Звоните в Отдел обслуживания плана по бесплатному номеру, указанному на обороте вашей идентификационной карты. Линия работает без выходных с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. При использовании ТТУ/ТДД звоните по номеру 711. Или напишите нам по следующему адресу:

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

Вы можете подать жалобу секретарю Департамента здравоохранения и социальных служб США (Department of Health and Human Services) по такому адресу:

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 (ФАКС)

Каковы наши обязанности?

Мы обязаны:

- соблюдать конфиденциальность вашей закрытой медицинской информации (PHI);

Действует с 1 января 2026 года

- предоставлять вам письменную информацию, подобную этой, о наших обязанностях и методах обеспечения конфиденциальности вашей PHI;
- уведомлять вас в случае любой утечки вашей незащищенной PHI;
- не использовать и не раскрывать вашу генетическую информацию для целей продажи страховых покрытий;
- соблюдать условия данного Уведомления.

В данное Уведомление могут вноситься изменения

Мы оставляем за собой право в любое время изменять правила соблюдения конфиденциальности информации и условия настоящего Уведомления. Если мы это сделаем, то новые условия и методы будут применяться ко всей хранимой нами PHI. В случае внесения каких-либо существенных изменений мы разместим пересмотренное Уведомление на своем веб-сайте и отправим измененную версию Уведомления или информацию о существенном изменении и о том, как получить новую версию Уведомления, в своей следующей ежегодной рассылке активным участникам нашего плана страхования. Это уведомление доступно на нашем веб-сайте MolinaHealthcare.com.

Контактная информация

Если у вас есть какие-либо вопросы по поводу настоящего Уведомления, свяжитесь с нами.

Позвоните в наш отдел обслуживания по бесплатному номеру, указанному на обороте вашей идентификационной карты. График работы: ежедневно с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. При использовании TTY/TDD звоните по номеру 711. Вы также можете

Действует с 1 января 2026 года

написать по адресу Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Вы можете бесплатно получить этот документ в других форматах, включая шрифт Брайля, крупный шрифт и аудиоформат.

Позвоните по номеру (855) 882-3901, ТТУ/TDD: 711. Звонки принимаются без выходных, с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. Звонки бесплатные.

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

Important Molina Healthcare Information



NYACRU26L00817