

2026

# Njoftimi Vjetor i ndryshimit

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

New York H5992-007-000

Në fuqi nga 1 janari deri më 31 dhjetor 2026

H5992\_26\_007\_NY\_ANOC\_M

NY-H5992-7-AC-SQ-26-L

I nderuar Anëtar:

Faleminderit që jeni anëtar i planit tonë Medicaid Advantage Plus, Senior Whole Health of New York NHC (HMO-DSNP). Po ju shkruajmë për t'ju njoftuar për një ndryshim të rëndësishëm në procesin tuaj të apelimit duke filluar nga data 1 janar 2026.

Duke filluar nga data 1 janar 2026, mënyra se si kërkoni një Apelim të Nivelit 2 do të ndryshojë. Ju mund të gjeni më shumë informacion rreth këtij ndryshimi në Seksionin 2 të Njoftimit Vjetor të Ndryshimeve bashkëlidhur për vitin 2026.

Nëse keni ndonjë pyetje në lidhje me këtë ndryshim, ju lutemi telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440. (Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë 711.)

Jemi në dispozicion për telefonata. Orari është 1 tetor - 31 mars: 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale, 7 ditë të javës. Nga 1 prill - 30 shtator, e hënë - e premte, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale. Telefonatat në këta numra janë falas.

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

### **Njoftimi Vjetor i Ndryshimit për 2026**

Ju jeni regjistruar si anëtar i Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Ky material përshkruan ndryshimet në kostot dhe përfitimet e planit tonë vitin e ardhshëm.

- **Ju keni kohë nga 15 tetori - 7 dhjetor për të bërë ndryshime në mbulimin tuaj të Medicare për vitin e ardhshëm.** Nëse nuk bëheni pjesë e një plani tjetër deri më 7 dhjetor 2025, do të qëndroni në Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).
- Për të kaluar në një **plan tjetër**, vizitoni [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) ose rishikoni listën në pjesën e pasme të broshurës suaj *Medicare & You* 2026.
- Vini re se kjo është vetëm një përmbledhje e ndryshimeve. Më shumë informacion në lidhje me kostot, përfitimet dhe rregullat është në *Dëshminë e mbulimit*. Merrni një kopje në [SWHNY.com](http://SWHNY.com) ose telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY duhet të telefonojnë 711) për të marrë një kopje me postë.

### **Burime të tjera**

- Ky material është i disponueshëm falas në gjuhën spanjolle, kineze, arabe, koreane, ruse, italiane, frënge, kreolisht franceze, jidish, polake, tagalogiane, bengale, shqipe, greke dhe urduishte.

- Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë 711) për më shumë informacion. **Orari është 1 tetor – 31 mars:** 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale, 7 ditë të javës. **Nga data 1 - 30 shtator,** e hënë - e premte, 8 a.m. - 8 p.m., ora lokale. Kjo telefonatë është pa pagesë.
- Mund ta merrni këtë dokument falas në gjuhë të tjera ose formate të tjera, si për shembull në format me shkronja të mëdha, në brail ose në audio. Telefononi (833) 671-0440, (TTY:711). Kjo telefonatë është pa pagesë.

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

- Molina Healthcare është një plan C-SNP, D-SNP dhe HMO me një kontratë Medicare. Planet D-SNP kanë një kontratë me programin shtetëror Medicaid. Regjistrimi varet nga rinovimi i kontratës. Për më tepër, plani ynë ka një marrëveshje me shkrim me programin New York Medicaid për të koordinuar përfitimet tuaja Medicaid.
- Kur në këtë dokument përdoren përemrat “ne”, “neve” ose “e jona”, nënkuptohet Senior Whole Health of New York, Inc. Kur përdoret termi “plan” ose “plani ynë”, nënkuptohet Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).
- **Nëse nuk bëni asgjë deri më 7 dhjetor 2025, do të regjistroheni automatikisht në Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).** Duke filluar nga 1 janari 2026, ju do të merrni mbulimin tuaj mjekësor dhe të barnave përmes Senior Whole Health of New York

NHC (HMO D-SNP). Shihni Seksionin 3 për më shumë informacion se si të ndryshoni planet dhe afatet për të bërë një ndryshim.

---

H5992\_26\_007\_NY\_ANOC\_M

## ***Njoftimi Vjetor i ndryshimeve për 2026***

### **Tabela e Përmbajtjes**

<b>Përmbledhje e kostove të rëndësishme për 2026 .....</b>		<b>6</b>
<b>SEKSIONI 1</b>	<b>Ndryshimet në përfitime dhe kosto për vitin e ardhshëm .....</b>	<b>12</b>
Seksioni 1.1	Ndryshimet në primin e planit mujor .....	12
Seksioni 1.2	Ndryshimet në shumën tuaj maksimale nga xhepi .....	12
Seksioni 1.3	Ndryshimet në Rrjetin e Ofruesve .....	13
Seksioni 1.4	Ndryshimet në Rrjetin e Farmacive .....	14
Seksioni 1.5	Ndryshimet në përfitime dhe kosto për shërbimet mjekësore .....	15
Seksioni 1.6	Ndryshimet në mbulimin e barnave të Pjesës D .....	21
Seksioni 1.7	Ndryshimet në përfitimet dhe kostot e barnave me recetë .....	22
<b>SEKSIONI 2</b>	<b>Ndryshimet administrative .....</b>	<b>33</b>
<b>SEKSIONI 3</b>	<b>Si të ndryshoni planet .....</b>	<b>38</b>
Seksioni 3.1	Afati për ndryshimin e planeve .....	40
Seksioni 3.2	A ka periudha të tjera gjatë vitit kur mund të bëj ndonjë ndryshim? .....	40
<b>SEKSIONI 4</b>	<b>Merrni Ndhmë për Pagesën e Barnave me Recetë ....</b>	<b>41</b>

<b>SEKSIONI 5</b>	<b>Keni pyetje? .....</b>	<b>44</b>
Seksioni 5.1	Merrni ndihmë nga Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) .....	44
Seksioni 5.2	Merrni konsulencë falas për Medicare .....	45
Seksioni 5.3	Merrni ndihmë nga Medicare .....	45
Seksioni 5.4	Merrni ndihmë nga Medicaid .....	46

## **Përmbledhje e kostove të rëndësishme për 2026**

Tabela më poshtë krahason 2025 kostot dhe 2026 kostot për Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) në një numër fushash të rëndësishme. **Ju lutemi vini re se kjo është vetëm një përmbledhje e kostove.**

	<b>2025 (këtë vit)</b>	<b>2026 (vitin e ardhshëm)</b>
<b>Primi mujor i planit*</b> *Primi juaj mund të jetë më i lartë se kjo shumë. Shihni Seksionin 1.1 – për detaje.	\$0	\$0
<b>Vizitat në klinikën e kujdesit parësor</b>	\$0 bashkëpagesë për vizitë	<b>\$0 bashkëpagesë për vizitë</b>
<b>Vizitat te klinika e specialistit</b>	30% bashkëpagesë për vizitë	<b>30% bashkëpagesë për vizitë</b>
<b>Qëndrimet në spital për pacientë të shtruar</b> Përfshin shërbimet akute si pacient i shtruar, rehabilitimin	\$0 bashkëpagesë Plani mbulon deri në 90 ditë kujdes spitalor për pacientë të shtruar për çdo periudhë përfitimi. Ju gjithashtu keni një	<b>\$0 bashkëpagesë</b> <b>Plani mbulon deri në 90 ditë kujdes spitalor për pacientë të shtruar për çdo periudhë përfitimi. Ju</b>

	2025 (këtë vit)	2026 (vitin e ardhshëm)
si pacient i shtruar, spitalet e kujdesit afatgjatë dhe llojet e tjera të shërbimeve të kujdesit spitalor si pacient i shtruar. Kujdesi spitalor për pacientë të shtruar fillon ditën kur ju jeni pranuar zyrtarisht në spital me porosi të mjekut. Një ditë para se të dilni është dita juaj e fundit e shtrimit.	mbulim shtesë prej 60 ditësh, të quajtura ditë rezervë gjatë gjithë jetës. Këto 60 ditë mund të përdoren vetëm një herë. Ne do të fillojmë të aplikojmë automatikisht ditët rezervë gjatë gjithë jetës, përveç rastit kur na thoni në mënyrë specifike që të mos e bëjmë këtë (referojuni Dëshmisë suaj të Mbulimit për më shumë detaje mbi periudhat e përfitimit).	<b>gjithashtu keni një mbulim shtesë prej 60 ditësh, të quajtura ditë rezervë gjatë gjithë jetës. Këto 60 ditë mund të përdoren vetëm një herë. Ne do të fillojmë të aplikojmë automatikisht ditët rezervë gjatë gjithë jetës, përveç rastit kur na thoni në mënyrë specifike që të mos e bëjmë këtë (referojuni Dëshmisë suaj të Mbulimit për më shumë detaje mbi periudhat e përfitimit).</b>
<b>Mbulimi i barnave të Pjesës D</b>	Barnat e mbuluara nga Pjesa D në formular do të jenë në një nivel. Kostoja juaj për një furnizim një mujor (31	<b>Shuma e zbritshme: \$615</b> <b>Gjatë kësaj faze, ju paguani \$0 për ndarjen e kostos për</b>

	<b>2025 (këtë vit)</b>	<b>2026 (vitin e ardhshëm)</b>
	<p>ditor) të plotësuar në një farmaci të rrjetit me ndarje standarde të kostos:</p> <p><b>Barnat gjenerike dhe të preferuara me shumë burime:</b> Ju paguani <b>\$0</b> për recetë.</p> <p><b>Të gjitha barnat e tjera:</b> Ju paguani <b>\$0</b> për recetë</p>	<p><b>barnat në Nivelin 1 dhe Nivelin 6 dhe koston përkatëse të barnave në Nivelin 2, Nivelin 3, Nivelin 4 dhe Nivelin 5 derisa të keni arritur shumën e zbritshme vjetore.</b></p> <p><b>Bashkëpagesa gjatë Fazës së mbulimit fillestar:</b></p> <p><b>Barnat në nivelin 1:</b> <b>\$0 bashkëpagesë</b></p> <p><b>Barnat në nivelin 2:</b> <b>\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barna gjenerike (duke përfshirë barnat e markës që trajtohen si gjenerike)</b> <b>\$0, \$4.90, ose \$12.65 bashkëpagesë për të</b></p>

	<b>2025 (këtë vit)</b>	<b>2026 (vitin e ardhshëm)</b>
		<p><b>gjitha barnat e tjera për recetë</b></p> <p><b>Barnat në nivelin 3:</b> <b>\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barna gjenerike (duke përfshirë barnat e markës që trajtohen si gjenerike)</b></p> <p><b>\$0, \$4.90, ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për recetë</b></p> <p><b>Barnat në nivelin 4:</b> <b>\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barnat gjenerike (përfshirë barnat e markave të trajtuara si gjenerike)</b></p>

	<b>2025 (këtë vit)</b>	<b>2026 (vitin e ardhshëm)</b>
		<p><b>\$0, \$4.90, ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për recetë</b></p> <p><b>Barnat në nivelin 5:</b></p> <p><b>\$0, \$1.60, ose \$5.10 bashkëpagesë për barna gjenerike (duke përfshirë barnat e markës që trajtohen si gjenerike)</b></p> <p><b>\$0, \$4.90, ose \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për recetë</b></p> <p><b>Barnat në nivelin 6:</b></p> <p><b>\$0 bashkëpagesë</b></p>

	2025 (këtë vit)	2026 (vitin e ardhshëm)
		<p><b>Mbulimi në raste katastrofike:</b></p> <p><b>Gjatë kësaj faze pagese, ju nuk paguani asgjë për barnat tuaja të mbuluara të Pjesës D.</b></p>
<p><b>Shuma maksimale nga xhepi</b></p> <p>Kjo është <u>shuma maksimale</u> që do të paguani nga xhepi për shërbimet tuaja të mbuluara nga Pjesa A dhe Pjesa B. (Shihni Seksionin 1.2 – për detaje.)</p>	<p>\$9,350</p> <p>Nëse kualifikoheni për ndihmë për ndarjen e kostos të sipas Medicaid, ju nuk jeni përgjegjës për të paguar kostot jashtë xhepit kundrejt shumës maksimale nga xhepi për shërbimet e mbuluara nga Pjesa A dhe Pjesa B.</p>	<p><b>\$9,250</b></p> <p><b>Nëse kualifikoheni për ndihmë për ndarjen e kostos të Medicare sipas Medicaid nuk jeni përgjegjës për të paguar kostot jashtë xhepit kundrejt shumës maksimale nga xhepi për shërbimet e mbuluara nga Pjesa A dhe Pjesa B.</b></p>

## **SEKSIONI 1 Ndryshimet në përfitime dhe kosto për vitin e ardhshëm**

### **Seksioni 1.1 – Ndryshimet në primin e planit mujor**

	<b>2025 (këtë vit)</b>	<b>2026 (vitin e ardhshëm)</b>
<b>Primi mujor i planit</b> (Duhet gjithashtu të vazhdoni të paguani primin tuaj të Medicare Part B it përveç paguhet për ju nga Medicaid.)	\$0	\$0

### **Seksioni 1.2 – Ndryshimet në shumën tuaj maksimale nga xhepi**

Medicare kërkon që të gjitha planet shëndetësore të kufizojnë se sa paguani ju nga xhepi për vitin. Ky kufizim quhet shuma maksimale nga xhepi. Pasi ta keni paguar këtë shumë, në përgjithësi nuk paguani asgjë për shërbimet e mbuluara nga Pjesa A dhe Pjesa B për pjesën tjetër të vitit kalendarik.

	<b>2025 (këtë vit)</b>	<b>2026 (vitin e ardhshëm)</b>
<b>Shuma maksimale nga xhepi</b> Duke qenë se anëtarët tanë marrin gjithashtu ndihmë nga Medicaid, shumë pak anëtarë	\$9,350	<b>\$9,250</b> <b>Pasi të keni nga \$9,250 xhepi shërbimet e</b>

	2025 (këtë vit)	2026 (vitin e ardhshëm)
<p>e arrijnë ndonjëherë këtë shumë maksimale nga xhepi.</p> <p>Ju nuk jeni përgjegjës për të paguar kostot jashtë xhepit kundrejt shumës maksimale nga xhepi për shërbimet e mbuluara nga Pjesa A dhe Pjesa B.</p> <p>Kostot tuaja për shërbimet mjekësore të mbuluara (të tilla si bashkëpagesat) <b>llogariten</b> në shumën tuaj maksimale nga xhepi. Primi i planit tonë dhe kostot për barnat me recetë <b>nuk llogariten</b> në shumën maksimale që mund të paguani nga xhepi juaj.</p>		<p><b>mbuluara të Pjesës A dhe Pjesës B, ju nuk do të paguani asgjë për shërbimet tuaja të mbuluara nga Pjesa A dhe Pjesa B për pjesën tjetër të vitit kalendarik.</b></p>

### Seksioni 1.3 – Ndryshimet në Rrjetin e Ofruesve

Rrjeti ynë i ofruesve ka ndryshuar për vitin e ardhshëm. Rishikoni 2026 *Listën e Ofruesve* në [SWHNY.com](http://SWHNY.com) për të parë nëse ofruesit tuaj (ofruesi i kujdesit parësor, specialistët, spitalet, etj.) janë në rrjetin tonë. Ja se si të merrni një *Listë të përditësuar të ofruesve*:

- Vizitoni faqen tonë të internetit në [SWHNY.com](https://www.swhny.com).
- Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY duhet të telefonojnë 711) për të marrë informacionin aktual të ofruesit ose na kërkoni t'ju dërgojmë me postë një *Listë të ofruesve*.

Ne mund të bëjmë ndryshime në spitale, mjekë dhe specialistë (ofrues shërbimesh) që janë pjesë e planit tonë gjatë vitit. Nëse në mes të vitit ju prek ndonjë ndryshim i ofruesve tanë, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY duhet të telefonojnë 711) për ndihmë. Për më shumë informacion mbi të drejtat tuaja kur një ofrues i rrjetit largohet nga plani ynë, shihni Kapitullin 3, Seksioni 2.3 i *Dëshmisë së Mbulimit*.

## **Seksioni 1.4 – Ndryshimet në Rrjetin e Farmacive**

Shumat që ju paguani për barnat me recetë mund të varen nga farmacia që ju përdorni. Planet e barnave të Medicare kanë një rrjet farmacish. Në shumicën e rasteve, recetat tuaja mbulohen *vetëm* nëse ato plotësohen në një nga farmacitë e rrjetit tonë.

Rrjeti ynë i farmacive ka ndryshuar për vitin e ardhshëm. Rishikoni *Listën e farmacive 2026* në [SWHNY.com](https://www.swhny.com) për të parë se cilat farmaci janë në rrjetin tonë. Ja se si të merrni një *Listë të përditësuar të farmacive*:

- Vizitoni faqen tonë të internetit në [SWHNY.com](https://www.swhny.com).
- Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY duhet të telefonojnë 711) për të marrë informacionin aktual të farmacisë ose na kërkoni t'ju dërgojmë me postë një *Listë të farmacive*.

Ne mund të bëjmë ndryshime në farmacitë që janë pjesë e planit tonë gjatë vitit. Nëse në mes të vitit ju prek ndonjë ndryshim i farmacive tona, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY duhet të telefonojnë 711) për ndihmë.

## Seksioni 1.5 – Ndryshimet në përfitime dhe kosto për shërbimet mjekësore

Njoftimi Vjetor i ndryshimit ju tregon për ndryshimet në përfitimet dhe kostot tuaja të Medicare.

Kostoja	2025 (këtë vit)	2026 (vitin e ardhshëm)
<b>Përfitime të veçanta shtesë për pacientët me sëmundje kronike (SSBCI) - Ushqimi dhe produktet</b>	Përfitimi mbulohet si Përfitime të Veçanta Shtesë për pacientët me sëmundje kronike (SSBCI). Ata që kualifikohen marrin një pagesë prej \$73 çdo muaj për ushqim dhe produkte të shëndetshme. Mbulimi SSBCI vlen vetëm për anëtarët me sëmundje specifike kronike.	Anëtarët që kualifikohen me sëmundje kronike të pranueshme marrin një pagesë të kombinuar prej \$285 çdo muaj për Ushqim dhe Produkte (SSBCI).
<b>Përfitime të veçanta shtesë për pacientët</b>	Ky është një përfitim shtesë që nuk	Anëtarët që kualifikohen me

<b>Kostoja</b>	<b>2025 (këtë vit)</b>	<b>2026 (vitin e ardhshëm)</b>
<b>me sëmundje kronike (SSBCI)- Shërbimet</b>	mbulohet.	sëmundje kronike të pranueshme marrin një pagesë të kombinuar prej \$285 çdo muaj për të ndihmuar me faturat e shërbimeve (energji elektrike, gaz natyror dhe ujë).
<b>Përfitime të veçanta shtesë për pacientët me sëmundje kronike (SSBCI)- Transporti për nevoja jo-mjekësore</b>	Ky është një përfitim shtesë që nuk mbulohet.	Anëtarët që kualifikohen me sëmundje kronike të pranueshme marrin një pagesë të kombinuar prej \$285 çdo muaj për të aksesuar transportin për nevoja jo-mjekësore.
<b>Kartë debiti me parapagesë (kartë Healthy You)</b>	Ju keni pasur një kartë Healthy You me një pagesë të kombinuar për shërbimet OTC dhe të transportit dhe një pagesë të veçantë për ushqime dhe produkte	Ju merrni një kartë debiti me parapagesë Healthy You me një pagesë mujore të kombinuar prej \$285 për artikujt OTC, aparatet e dëgjimit

<b>Kostoja</b>	<b>2025 (këtë vit)</b>	<b>2026 (vitin e ardhshëm)</b>
	SSBCI.	<p>OTC, shërbimet e transportit për të planifikuar vendndodhjet e miratuara të lidhura me shëndetin, SSBCI-të për ushqimin dhe produktet, transportin për nevojat jo-mjekësore dhe shërbimet.</p> <p>Shërbimet e transportit mund të arrihen përmes kartës së debitit. Artikujt OTC mund të blihen me kartë debiti ose me blerje në katalog. Aparatet e dëgjimit OTC mund të blihen përmes blerjes në katalog. Përfitimet shtesë të SSBCI mund të arrihen përmes kartës së debitit dhe përfshijnë Ushqimin</p>

<b>Kostoja</b>	<b>2025 (këtë vit)</b>	<b>2026 (vitin e ardhshëm)</b>
		dhe Produktet, Transportin për Nevoja Jo-Mjekësore dhe Mbështetje të Përgjithshme për Jetesë. Kompensimi i papërdorur nuk transferohet në muajin vijues.
<b>Përfitime shtesë të teleshëndetësisë</b>	Ju paguani \$0 bashkëpagesë për disa shërbime të teleshëndetësisë, duke përfshirë shërbimet e mjekut të kujdesit parësor.	Ju paguani \$0 bashkëpagesë për disa shërbime të teleshëndetësisë, duke përfshirë shërbimet e rehabilitimit kardiak, shërbimet e mjekëve të kujdesit parësor, shërbimet e kiropraktikës, shërbimet e terapisë profesionale, shërbimet e mjekëve specialistë, seancat individuale për shërbimet e

<b>Kostoja</b>	<b>2025 (këtë vit)</b>	<b>2026 (vitin e ardhshëm)</b>
		<p>specializuara të shëndetit mendor, seancat në grup për shërbimet e specializuara të shëndetit mendor, shërbimet e podiatrisë, profesionistët e tjerë të kujdesit shëndetësor, seancat individuale për shërbimet psikiatrike, seancat në grup për shërbimet psikiatrike, shërbimet e fizioterapisë dhe terapisë në të folur, shërbimet Opioid Treatment Program, seancat individuale për shërbimet ambulatorë për abuzimin me substancat dhe seancat në grup për shërbimet ambulatorë për abuzimin me substancat.</p>

<b>Kostoja</b>	<b>2025 (këtë vit)</b>	<b>2026 (vitin e ardhshëm)</b>
<b>Shërbimet e Transportit për Vendndodhjet e Miratuara të Planit (Shtesë)</b>	Ju merrni në kompensim prej \$100 çdo muaj për të përdorur transportin. Kjo pagesë kombinohet me përfitimin OTC.	Ju merrni një kartë debiti me parapagesë Healthy You me një pagesë mujore të kombinuar prej \$285 për shërbimet e transportit për të planifikuar vendndodhje të miratuara të lidhura me shëndetin. Shembuj të vendndodhjeve të miratuara të planit janë ofruesit e rrjetit për mjekësi, farmaci, stomatologji, shikim dhe dëgjim.
<b>Ekzaminime për dëgjimin (Shtesë)</b>	Ky është një përfitim shtesë që nuk mbulohet.	Ju merrni një ekzaminim rutinë të dëgjimit çdo vit kalendarik.
<b>Aparate dëgjimi me recetë</b>	Ky është një përfitim shtesë që nuk	Ju merrni deri në 2 aparate dëgjimi të

Kostoja	2025 (këtë vit)	2026 (vitin e ardhshëm)
	mbulohet.	zgjedhura paraprakisht nga një plan i miratuar nga ofruesi çdo 2 vite për të dy veshët.
<b>Artikuj pa recetë (OTC) Aparate dëgjimi (shitesë)</b>	Ky është një përfitim shitesë që nuk mbulohet.	Ju merrni një kartë debiti me parapagesë Healthy You me një pagesë mujore të kombinuar prej \$285 për aparate dëgjimi OTC.

## Seksioni 1.6 – Ndryshimet në mbulimin e barnave të Pjesës D

### Ndryshimet në Listën tonë të barnave

Lista jonë e barnave të mbuluara quhet Formular ose Lista e Barnave. Një kopje e listës sonë të barnave disponohet në format elektronik.

Kemi bërë ndryshime në Listën tonë të Barnave, të cilat mund të përfshijnë heqjen ose shtimin e barnave, ndryshimin e kufizimeve që zbatohen për mbulimin tonë për barna të caktuara ose zhvendosjen e tyre në një nivel tjetër të ndarjes së kostos. **Rishikoni Listën e Barnave për t'u siguruar që barnat tuaja do të mbulohen vitin e ardhshëm dhe për të parë nëse do të ketë ndonjë kufizim ose nëse janë zhvendosur në një nivel tjetër të ndarjes së kostos.**

Shumica e ndryshimeve në Listën e Barnave përditësohen në fillimin e çdo viti. Megjithatë, ne mund të bëjmë ndryshime të tjera që lejohen nga rregullat e Medicare që do të ndikojnë gjatë vitit të planit. Në përditësojmë Listën tonë të Barnave në internet të paktën çdo muaj për të ofruar listën më të përditësuar të barnave. Nëse bëjmë një ndryshim që do të ndikojë në aksesin tuaj për barnat që po merrni, ne do t'ju njoftojmë për ndryshimin.

Nëse jeni prekur nga një ndryshim në mbulimin e barnave në fillim të vitit ose gjatë vitit, ju lutemi rishikoni Kapitullin 9 të *Dëshmisë së Mbulimit* dhe komunikoni me mjekun tuaj për të zbuluar opsionet tuaja, si p.sh. të kërkoni për furnizim të përkohshëm, të aplikoni për një përjashtim dhe/ose të gjeni një bar të ri. Ju gjithashtu mund të kontaktoni Shërbimet ndaj Anëtarëve për më shumë informacion.

## **Seksioni 1.7 – Ndryshimet në përfitimet dhe kostot e barnave me recetë**

### **A merrni Extra Help për të paguar shpenzimet tuaja të mbulimit të barnave?**

Nëse jeni në një program që ju ndihmon të paguani për barnat tuaja (Extra Help), **informacioni në lidhje me kostot për barnat e Pjesës D mund të mos zbatohet për ju.** Ne ju dërguam një material të veçantë, të quajtur *Shtojca e Dëshmisë së Mbulimit për personat që marrin Extra Help për të paguar barnat me recetë*, i cili tregon për kostot tuaja të barnave. Nëse merrni Extra Help dhe nuk e merrni këtë material nga 30 shtator, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY duhet të telefonojnë 711) dhe kërkoni për *Shtojcën LIS*.

### **Fazat e pagesës së barnave**

Ka 3 faza **të pagesës së barnave**: Faza e Shumës së Zbritshme Vjetore, Faza e Mbulimit Fillestar dhe Faza e Mbulimit në raste Katastrofike. Faza Coverage Gap dhe programi Coverage Gap Discount nuk ekzistojnë më në përfitimin e Pjesës D.

- **Faza 1: Shuma e zbritshme vjetore**

Ju filloni në këtë fazë pagese çdo vit kalendarik. Gjatë kësaj faze, ju paguani koston e plotë të barnave tuaja të Pjesës D deri sa të arrini shumën e zbritshme vjetore.

- **Faza 2: Mbulimi fillestar**

Pasi të paguani shumën e zbritshme vjetore, kaloni në Fazën e mbulimit fillestar. Në këtë fazë, plani ynë paguan pjesën e tij të koston së barnave tuaja, dhe ju paguani pjesën tuaj të koston. Përgjithësisht, ju qëndroni në këtë fazë derisa koston tuaja totale të barnave nga xhepi të arrijnë \$2,100.

- **Faza 3: Mbulimi në raste katastrofike**

Kjo është faza e tretë dhe e fundit e pagesës së barit. Në këtë fazë, ju nuk paguani asgjë për barnat tuaja të mbuluara nga Pjesa D. Zakonisht qëndroni në këtë fazë për pjesën tjetër të vitit kalendarik.

Programi Coverage Gap Discount është zëvendësuar nga programi Manufacturer Discount. Në bazë të Programit Manufacturer Discount, prodhuesit e barnave paguajnë një pjesë të koston së plotë të planit për barnat dhe barnat biologjike të mbuluara me emrin e markës në Pjesën D gjatë Fazës së mbulimit fillestar dhe Fazës së Mbulimit në raste Katastrofike. Zbritjet e paguara nga prodhuesit sipas Programit Manufacturer Discount nuk llogariten në koston e paguara nga xhepi.

Tabela tregon koston tuaj për recetë gjatë kësaj faze.

	2025 (këtë vit)	2026 (vitin e ardhshëm)
<b>Shuma e zbritshme vjetore</b>	\$0	\$615 <b>Gjatë kësaj faze, ju paguani \$0 për ndarjen e koston për barnat në Nivelin 1 dhe Nivelin 6 dhe koston përkatëse të barnave në Nivelin 2, Nivelin 3, Nivelin 4 dhe Nivelin 5 derisa të keni arritur shumën e zbritshme vjetore.</b>

## **Kostot e barnave në Fazën 2: Mbulimi fillestar**

Tabela tregon koston tuaj për recetë për një furnizim njëmuajor të plotësuar në një farmaci rrjeti me ndarje standarde të koston.

Shumica e vaksinave për të rritur të Pjesës D mbulohen pa asnjë kosto për ju. Për më shumë informacion në lidhje me kostot e vaksinave, ose informacion në lidhje me kostot, shkoni në Kapitullin 6 të *Dëshmisë suaj së Mbulimit*.

Pasi të keni paguar \$2,100 nga xhepi për barnat e mbuluara të Pjesës D, ju do të kaloni në fazën tjetër (Faza e Mbulimit në raste Katastrofike).

	2025 (këtë vit)	2026 (vitin e ardhshëm)
<p><b>Niveli 1 (Barnat gjenerike të preferuara):</b></p> <p>Ne ndryshuam nivelin për disa nga barnat në Listën tonë të Barnave. Për të parë nëse barnat tuaja do të jenë në një nivel tjetër, kërkoni ato në Listën e Barnave.</p>	<p>Barnat e mbuluara nga Pjesa D në formular do të jenë në një nivel. Kostoja juaj për një furnizim një mujor (31 ditor) të plotësuar në një farmaci të rrjetit me ndarje standarde të kostos:</p> <p><b>Barnat gjenerike dhe të preferuara me shumë burime:</b></p> <p>Ju paguani <b>\$0</b> për recetë.</p> <p><b>Të gjitha barnat e tjera:</b></p> <p>Ju paguani <b>\$0</b> për recetë.</p> <p>Ju paguani <b>\$0</b> për recetë. Pasi të keni</p>	<p><b>\$0 bashkëpagesë të kostos totale</b></p>

	2025 (këtë vit)	2026 (vitin e ardhshëm)
	paguar \$2,000 nga xhepi për barnat e Pjesës D, do të kaloni në fazën tjetër (Faza e Mbulimit në raste Katastrofike). Pjesët tuaja të kostos janë \$0 në Fazën e Mbulimit në raste Katastrofike)	
<b>Niveli 2 (Barnat gjenerike):</b>	<p>Barnat e mbuluara nga Pjesa D në formular do të jenë në një nivel.</p> <p>Kostoja juaj për një furnizim njëmuor të plotësuar në një farmaci të rjetit me ndarje standarde të kostos:</p> <p><b>Barnat gjenerike dhe të preferuara me shumë burime:</b> Ju paguani <b>\$0</b> për recetë.</p>	<p><b>\$0, \$1.60, ose \$5.10 për barnat gjenerike (duke përfshirë barnat e markës që trajtohen si gjenerike)</b></p> <p><b>\$0, \$4.90, or \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për recetë.</b></p>

	2025 (këtë vit)	2026 (vitin e ardhshëm)
	<p><b>Të gjitha barnat e tjera:</b></p> <p>Ju paguani <b>\$0</b> për recetë.</p> <p>Pasi të keni paguar \$2,000 nga xhepi për barnat e Pjesës D, do të kaloni në fazën tjetër (Faza e Mbulimit në raste Katastrofike). Pjesët tuaja të kostos janë \$0 në Fazën e Mbulimit në raste Katastrofike)</p>	
<b>Niveli 3 (Barnat gjenerike të preferuara):</b>	<p>Barnat e mbuluara nga Pjesa D në formular do të jenë në një nivel.</p> <p>Kostoja juaj për një furnizim njëmuajor të plotësuar në një farmaci të rrjetit me</p>	<p><b>\$0, \$1.60, ose \$5.10 për barnat gjenerike (duke përfshirë barnat e markës që trajtohen si gjenerike)</b></p> <p><b>\$0, \$4.90, or \$12.65 bashkëpagesë për të</b></p>

	2025 (këtë vit)	2026 (vitin e ardhshëm)
	<p>ndarje standarde të kostos:</p> <p><b>Barnat gjenerike dhe të preferuara me shumë burime:</b> Ju paguani <b>\$0</b> për recetë.</p> <p><b>Të gjitha barnat e tjera:</b> Ju paguani <b>\$0</b> për recetë. Pasi të keni paguar \$2,000 nga xhepi për barnat e Pjesës D, do të kaloni në fazën tjetër (Faza e Mbulimit në raste Katastrofike). Pjesët tuaja të kostos janë \$0 në Fazën e Mbulimit në raste Katastrofike)</p>	<p><b>gjitha barnat e tjera për recetë.</b></p>
<b>Niveli 4 - (Barna jo të preferuara):</b>	Barnat e mbuluara nga Pjesa D në	<b>\$0, \$1.60, ose \$5.10 për barnat gjenerike</b>

	<p style="text-align: center;"><b>2025</b> <b>(këtë vit)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>2026</b> <b>(vitin e ardhshëm)</b></p>
	<p>formular do të jenë në një nivel.</p> <p>Kostoja juaj për një furnizim njëmuor të plotësuar në një farmaci të rrjetit me ndarje standarde të kostos:</p> <p><b>Barnat gjenerike dhe të preferuara me shumë burime:</b> Ju paguani <b>\$0</b> për recetë.</p> <p><b>Të gjitha barnat e tjera:</b> Ju paguani <b>\$0</b> për recetë.</p> <p>Pasi të keni paguar \$2,000 nga xhepi për barnat e Pjesës D, do të kaloni në fazën tjetër (Faza e Mbulimit në raste Katastrofike).</p>	<p><b>(duke përfshirë barnat e markës që trajtohen si gjenerike)</b></p> <p><b>\$0, \$4.90, or \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për recetë.</b></p>

	2025 (këtë vit)	2026 (vitin e ardhshëm)
	Pjesët tuaja të kostos janë \$0 në Fazën e Mbulimit në raste Katastrofike)	
<b>Niveli 5 (Barna të Specializuara):</b>	<p>Barnat e mbuluara nga Pjesa D në formular do të jenë në një nivel.</p> <p>Kostoja juaj për një furnizim njëmuor të plotësuar në një farmaci të rrjetit me ndarje standarde të kostos:</p> <p><b>Barnat gjenerike dhe të preferuara me shumë burime:</b> Ju paguani <b>\$0</b> për recetë.</p> <p><b>Të gjitha barnat e tjera:</b> Ju paguani <b>\$0</b> për recetë.</p>	<p><b>\$0, \$1.60, ose \$5.10 për barnat gjenerike (duke përfshirë barnat e markës që trajtohen si gjenerike)</b></p> <p><b>\$0, \$4.90, or \$12.65 bashkëpagesë për të gjitha barnat e tjera për recetë.</b></p>

	2025 (këtë vit)	2026 (vitin e ardhshëm)
	<p>Pasi të keni paguar \$2,000 nga xhepi për barnat e Pjesës D, do të kaloni në fazën tjetër (Faza e Mbulimit në raste Katastrofike). Pjesët tuaja të kostos janë \$0 në Fazën e Mbulimit në raste Katastrofike)</p>	
<p><b>Niveli 6 (Barna të Përzgjedhura të Kujdesit):</b></p>	<p>Barnat e mbuluara nga Pjesa D në formular do të jenë në një nivel.</p> <p>Kostoja juaj për një furnizim njëmuajor të plotësuar në një farmaci të rrjetit me ndarje standarde të kostos:</p> <p><b>Barnat gjenerike dhe të preferuara me shumë burime:</b></p>	<p><b>\$0 e kostos totale</b></p>

	2025 (këtë vit)	2026 (vitin e ardhshëm)
	<p>Ju paguani <b>\$0</b> për recetë.</p> <p><b>Të gjitha barnat e tjera:</b></p> <p>Ju paguani <b>\$0</b> për recetë.</p> <p>Pasi të keni paguar \$2,000 nga xhepi për barnat e Pjesës D, do të kaloni në fazën tjetër (Faza e Mbulimit në raste Katastrofike). Pjesët tuaja të kostos janë \$0 në Fazën e Mbulimit në raste Katastrofike)</p>	

## Ndryshimet në përfitimet tuaja të VBID Pjesa D

Në 2025, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) mori pjesë në Value Based Insurance Design (VBID) Model, por ky program nuk do të jetë më këtë vit. Si pjesë e përfitimit të Pjesës D të Modelit VBID, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ofrohet eliminimi i ndarjes së kostos për barnat e Pjesës D. Meqenëse ky program ka përfunduar, anëtarët mund të kenë ndarje të kostos për të gjitha barnat e Pjesës D në

të gjitha fazat e mbulimit. Për më shumë informacion, telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve nëse keni pyetje.

## **Ndryshimet në Fazën e Mbulimit në raste Katastrofike**

Për informacion specifik rreth kostove tuaja në Fazën e Mbulimit në raste Katastrofike, shihni Kapitullin 6, Seksioni 6, në *Dëshmia e Mbulimit*.

## **SEKSIONI 2 Ndryshimet administrative**

Ne do të bëjmë ndryshime administrative vitin e ardhshëm. Informacioni në tabelën e mëposhtme paraqet këto ndryshime.

	<b>2025 (këtë vit)</b>	<b>2026 (vitin tjetër)</b>
<b>Dentaquest nuk është më shitësi i kontraktuar për vitin 2026.</b>	Shërbimet tuaja dentare u administruan nga Dentaquest.	<b>Shërbimet tuaja dentare për vitin 2026 do të përfshijnë shërbime parandaluese dhe shërbime gjithëpërfshirëse të përzgjedhura dhe do të administrohen nga Liberty .</b>
<b>Shërbimet tuaja të dëgjimit do të ndryshojnë për të përdorur një shitës të</b>	Shërbimet tuaja të dëgjimit u administruan nga ofruesit e dëgjimit të	<b>NationsBenefits është shitësi i kontraktuar për shërbimet e dëgjimit për vitin</b>

	2025 (këtë vit)	2026 (vitin tjetër)
<b>dëgjimit në vitin 2026</b>	kontraktuar nga Molina.	<b>2026.</b>
<b>Plani i Pagesës për Barnat me Recetë të Medicare</b>	Nuk ka	<b>Medicare Prescription Payment Plan është një opsion i ri pagese që funksionon me mbulimin tuaj aktual të barnave dhe mund t'ju ndihmojë të menaxhoni kostot e barnave duke i shpërndarë ato në pagesat mujore që ndryshojnë gjatë gjithë vitit (janar - dhjetor). Për të mësuar më shumë rreth këtij opsioni pagese, ju lutemi na kontaktoni në (833) 671-0440 (TTY: 711) ose vizitoni <a href="https://www.Medicare.gov">Medicare.gov</a></b>
<b>Përfitime të veçanta shtesë për pacientët</b>	Nëse jeni diagnostikuar me një sëmundje	<b>Nëse jeni diagnostikuar me një</b>

	2025 (këtë vit)	2026 (vitin tjetër)
<b>me sëmundje kronike (SSBCI)</b>	<p>kronike të pranueshme dhe përmbushni disa kritere, mund të keni të drejtë për përfitime të veçanta shtesë pacientët me sëmundje kronike. Sëmundjet kronike të pranueshme përfshijnë:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Varësi kronike nga alkooli dhe droga të tjera</li> <li>• Çrregullime autoimune</li> <li>• Kancer</li> <li>• Çrregullime kardiovaskulare</li> <li>• Insuficiencë kardiake kronike</li> <li>• Demencë</li> <li>• Diabet</li> <li>• Sëmundje e mëlçisë në fazën e</li> </ul>	<p><b>sëmundje kronike të pranueshme dhe përmbushni disa kritere, mund të keni të drejtë për përfitime të veçanta shtesë pacientët me sëmundje kronike. Sëmundjet kronike të pranueshme përfshijnë:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Çrregullime kardiovaskulare</b></li> <li>• <b>Insuficiencë kardiake kronike</b></li> <li>• <b>Demencë</b></li> <li>• <b>Diabet mellitus</b></li> <li>• <b>Çrregullime kronike të mushkërive</b></li> <li>• <b>Sëmundje kronike e veshkave (SKV)</b></li> </ul>

	<b>2025 (këtë vit)</b>	<b>2026 (vitin tjetër)</b>
	<p>fundit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sëmundje e veshkave në fazën e fundit (ESRD)</li> <li>• Çrregullime të rënda hematologjike</li> <li>• HIV/AIDS</li> <li>• Çrregullime kronike të mushkërive</li> <li>• Gjendje kronike dhe paaftësi e shëndetit mendor</li> <li>• Çrregullime neurologjike</li> <li>• Hemorragji cerebrale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Çrregullimi kronik i përdorimit të alkoolit dhe çrregullime të tjera të përdorimit të substancave (SUD-të)</b></li> <li>• <b>Kancer</b></li> <li>• <b>Çrregullime autoimune</b></li> <li>• <b>Mbipesha, obeziteti dhe sindroma metabolike</b></li> <li>• <b>Sëmundje kronike gastrointestinale</b></li> <li>• <b>Çrregullime të rënda hematologjike</b></li> <li>• <b>HIV/AIDS</b></li> </ul>

	<b>2025 (këtë vit)</b>	<b>2026 (vitin tjetër)</b>
		<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Gjendje kronike dhe paaftësi e shëndetit mendor</b></li><li>• <b>Çrregullime neurologjike</b></li><li>• <b>Hemorragji cerebrale</b></li><li>• <b>Pas transplantimit të organeve</b></li><li>• <b>Mungesa e imunitetit dhe çrregullimet imunosupresive</b></li><li>• <b>Sëmundjet që lidhen me dëmtimin kognitiv</b></li><li>• <b>Sëmundjet që ndikojnë në aftësinë e personave për kryerjen e</b></li></ul>

	2025 (këtë vit)	2026 (vitin tjetër)
		<p><b>aktiviteteve</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sëmundjet kronike që dëmtojnë shikimin, dëgjimin (shurdhim), shijen, prekjen dhe nuhatjen</b></li> <li>• <b>Sëmundjet që kërkojnë shërbime të vazhdueshme të terapisë në mënyrë që individët të ruajnë aftësitë për kryerjen e aktiviteteve</b></li> </ul>

### **SEKSIONI 3 Si të ndryshoni planet**

**Për të qëndruar në Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), nuk është nevoja të bëni asgjë.** Nëse nuk regjistroheni për një plan tjetër ose nuk ndryshoni në Original Medicare deri më 7 dhjetor, do

të regjistroheshi automatikisht në Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Nëse dëshironi të ndryshoni planet për vitin 2026, ndiqni këto hapa:

- **Për të kaluar në një plan tjetër shëndetësor të Medicare,** regjistrohuni në planin e ri. Do të çregjistroheshi automatikisht nga Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).
- **Për të kaluar në Original Medicare me mbulim barnash nga Medicare,** regjistrohuni në planin e ri të barnave të Medicare. Do të çregjistroheshi automatikisht nga Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).
- **Për të kaluar tek Original Medicare pa një plan barnash,** ju mund të na dërgoni një kërkesë me shkrim për t'u çregjistruar. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY duhet të telefonojnë 711) për më shumë informacion se si ta bëni këtë. Ose telefononi **Medicare** në 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) dhe kërkonte të çregjistroheshi. Përdoruesit e TTY mund të telefonojnë 1-877-486-2048. Nëse nuk regjistroheshi në një plan barnash të Medicare, mund të paguani një penalitet për regjistrimin me vonesë në Pjesën D (shihni Kapitullin 1, Seksioni 4.4 i *Dëshmisë suaj të Mbulimit*).
- **Për të mësuar më shumë rreth Original Medicare dhe llojeve të ndryshme të planeve të Medicare,** vizitoni [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov), kontrolloni broshurën *Medicare & You 2026*, telefononi State Health Insurance Assistance Program (shihni Seksionin 6), ose telefononi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

### **Seksioni 3.1 – Afati për ndryshimin e planeve**

Personat me Medicare mund të bëjnë ndryshime në mbulimin e tyre nga **data 15 tetor – 7 dhjetor** çdo vit.

Nëse jeni regjistruar në një plan Medicare Advantage për 1 janar 2026, dhe nuk ju pëlqen zgjedhja e planit, mund të kaloni në një plan tjetër shëndetësor Medicare (me ose pa mbulim barnash nga Medicare) ose të kaloni në Original Medicare (me ose pa mbulim të veçantë barnash nga Medicare) midis datës 1 janar – 31 mars 2026.

### **Seksioni 3.2 – A ka periudha të tjera gjatë vitit kur mund të bëj ndonjë ndryshim?**

Në situata të caktuara, njerëzit mund të kenë mundësi të tjera për të ndryshuar gjatë vitit. Shembujt përfshijnë njerëzit që:

- Marrin Medicaid
- Marrin Extra Help për të paguar për barnat e tyre
- Kanë ose po largohen nga mbulimi i punëdhënësit
- Largohen nga fusha e shërbimit të planit tonë

Meqenëse keni Medicaid, mund ta përfundoni anëtarësimin tuaj në planin tonë duke zgjedhur një nga opsionet e mëposhtme të Medicare në çdo muaj të vitit:

- o Original Medicare *me* një plan të veçantë të barnave me recetë Medicare,

- o Original Medicare *pa* një plan të veçantë të barnave me recetë Medicare (Nëse zgjidhni këtë opsion, Medicare mund t’ju regjistrojë në një plan barnash, përveç rastit kur jeni tërhequr nga regjistrimi automatik.), ose
- o Nëse përzgjidheni, një D-SNP i integruar që ofron Medicare tuaj dhe pjesën më të madhe ose të gjitha përfitimet dhe shërbimet tuaja të Medicaid në një plan.

Nëse kohët e fundit jeni transferuar në një institucion ose punoni aktualisht në një institucion (si një institucion të kujdesit të kualifikuar shëndetësor për të moshuar ose spital i kujdesit afatgjatë), mund ta ndryshoni mbulimin tuaj me Medicare **në çdo moment**. Ju mund të kaloni në çdo plan tjetër shëndetësor të Medicare (me ose pa mbulim barnash nga Medicare) ose të kaloni në Original Medicare (me ose pa mbulim të veçantë barnash nga Medicare) në çdo kohë. Nëse jeni larguar kohët e fundit nga një institucion, ju mund të ndryshoni planet ose të kaloni në Original Medicare për 2 muaj pas muajit të cilit jeni larguar.

## **SEKSIONI 4 Merrni Ndhinë për Pagesën e Barnave me Recetë**

Ju mund të kualifikoheni për ndihmë për të paguar barnat me recetë. Lloje të ndryshme të ndihmës janë në dispozicion:

- **Extra Help nga Medicare.** Njerëzit me të ardhura të kufizuara mund të kualifikohen për “Extra Help” për të paguar kostot e barnave të tyre me recetë. Nëse kualifikoheni, Medicare mund të paguajë deri në 75% ose më shumë të kostove tuaja të barnave duke përfshirë primet mujore të planit të barnave, shumat e zbritshme vjetore, dhe

bashkësigurimin. Gjithashtu, personat që kualifikohen nuk do të kenë një penaltet për regjistrimin me vonesë. Për të parë nëse kualifikoheni, telefononi në:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Përdoruesit e TTY mund të telefonojnë në 1-877-486-2048, 24 orë në ditë, 7 ditë në javë;
- Zyra e Sigurimeve Shoqërore në 1-800-772-1213 mes orës 8 a.m. dhe 7 p.m., nga e hëna në të premte për një përfaqësues. Mesazhet e automatizuara janë të disponueshme 24 orë në ditë. Përdoruesit e TTY mund të telefonojnë, 1-800-325-0778.
- Zyra juaj Shtetërore e Medicaid.
- **Ndihmë nga programi juaj State Pharmaceutical Assistance (SPAP).** New York ka një program të quajtur EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage) që i ndihmon njerëzit të paguajnë për barnat me recetë bazuar në nevojën e tyre financiare, moshën ose gjendjen shëndetësore. Për të mësuar më shumë rreth programit, këshillohuni me Programin State Health Insurance Assistance (SHIP). Për të marrë numrin e telefonit për shtetin tuaj, vizitoni [shiphelp.org](http://shiphelp.org), ose telefononi 1-800-MEDICARE.
- **Asistenca për ndarjen e kostos së recetave për personat me HIV/AIDS.** Programi AIDS Drug Assistance (ADAP) ndihmon për t'u siguruar që personat e kualifikuar për ADAP që kanë HIV/AIDS të kenë akses në barnat e HIV që shpëtojnë jetën. Për t'u kualifikuar për ADAP që operon në shtetin tuaj, ju duhet të plotësoni disa kriteret, duke përfshirë vërtetimin e vendbanimit shtetëror dhe statusin e HIV-it, të ardhurat e ulëta siç përcaktohet nga shteti dhe statusin si i pasiguruar/nënsiguruar. Barnat me recetë të Medicare Part D që

mbulohen gjithashtu nga ADAP kualifikohen për ndihmë për ndarjen e kostos së përmes New York State Uninsured Care Program (ADAP). Për informacion mbi kriteret e kualifikimit, barnat e mbuluara, mënyrën e regjistrimit në program ose, nëse jeni aktualisht i regjistruar, si të vazhdoni të merrni ndihmë, telefononi (800) 542-2437 or (844) 685-4058. Sigurohuni që, kur telefononi, t'i tregoni personave përkatës emrin e planit tuaj të Medicare Part D ose numrin e policës.

- **Medicare Prescription Payment Plan.** Medicare Prescription Payment Plan është një opsion pagese që funksionon me mbulimin tuaj aktual të barnave për t'ju ndihmuar të menaxhoni kostot tuaja nga xhepi për barnat e mbuluara nga plani ynë duke i shpërndarë ato gjatë gjithë vitit kalendarik (janar - dhjetor). Kushdo që ka një plan barnash Medicare ose një plan shëndetësor Medicare me mbulim barnash (si një plan Medicare Advantage me mbulim barnash) mund ta përdorë këtë opsion pagese. **Ky opsion pagese mund t'ju ndihmojë të menaxhoni shpenzimet tuaja, por nuk ju kursen para ose nuk ul kostot tuaja të barnave.**
- Extra Help nga Medicare dhe ndihma nga SPAP dhe ADAP juaj, për ata që kualifikohen, është më e dobishme sesa pjesëmarrja në Medicare Prescription Payment Plan. Të gjithë anëtarët kanë të drejtë të marrin pjesë në Medicare Prescription Payment Plan, pavarësisht nivelit të të ardhurave. Për të mësuar më shumë rreth këtij opsioni pagese, na telefononi në (833) 671-0440 (përdoruesit e TTY telefonojnë 711) ose vizitoni [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

## SEKSIONI 5 Keni pyetje?

---

### Seksioni 5.1 – Merrni ndihmë nga Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

- **Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440. (Përdoruesit e TTY telefonojnë 711.)**

Jemi në dispozicion për telefonata Jemi të disponueshëm nga data 1 tetor - 31 mars, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale, 7 ditë të javës. Nga 1 prill - 30 shtator, e hënë - e premte, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale.. Telefonatat në këta numra janë falas.

- **Lexoni 2026 Dëshminë e Mbulimit**

Ky *Njoftim Vjetor i Ndryshimeve* ju jep një përmbledhje të ndryshimeve në përfitimet dhe kostot tuaja për 2026. Për detaje, shihni *2026 Dëshminë e Mbulimit* për Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). *Dëshmia e mbulimit* është një përshkrim i ligjshëm dhe i detajuar i përfitimeve të planit tuaj. Ajo shpjegon të drejtat tuaja dhe rregullat që duhet të ndiqni për të marrë shërbime të mbuluara dhe barna me recetë. Merrni *Dëshminë e Mbulimit* në faqen tonë të internetit në [SWHNY.com](https://www.swhny.com) ose telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në (833) 671-0440 (Përdoruesit e TTY telefonojnë 711) për të na kërkuar t 'ju dërgojmë një kopje.

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

Faqja jonë e internetit ka informacionin më të përditësuar në lidhje me rrjetin tonë të ofruesve (*Lista e ofruesve dhe farmacive*) dhe *Listën tonë të Barnave të Mbuluara (formulari/Lista e Barnave)*.

## **Seksioni 5.2 – Merrni konsulencë falas për Medicare**

Programi State Health Insurance Assistance (SHIP) është një program i pavarur qeveritar me konsulentë të trajnuar në çdo shtet. Në New York, SHIP quhet New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP).

Telefononi New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP) për marrë këshillim të personalizuar për sigurimin shëndetësor. Ata mund t'ju ndihmojnë të kuptoni zgjedhjet tuaja të planeve Medicare dhe Medicaid dhe t'u përgjigjen pyetjeve në lidhje me ndërrimin e planeve. Telefononi New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP) në (800) 701-0501. Mësoni më shumë rreth New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP) duke vizituar (<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap>).

## **Seksioni 5.3 – Merrni ndihmë nga Medicare**

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

Ju mund të telefononi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 orë në ditë, 7 ditë në javë. Përdoruesit e TTY mund të telefonojnë 1-877-486-2048.

- **Bisedoni drejtpërdrejt me [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)**

Mund të bisedoni drejtpërdrejt me [www.Medicare.gov/talk-to-someone](http://www.Medicare.gov/talk-to-someone)

- **Shkruani Medicare**

Mund t'i shkruani Medicare në Kodin Postar 1270, Lawrence, KS 66044

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

Faqja zyrtare e internetit të Medicare ka informacion në lidhje me koston, mbulimin dhe vlerësimet e cilësisë për t'ju ndihmuar të krahasoni planet shëndetësore të Medicare në fushën tuaj.

- **Lexoni *Medicare & You 2026***

Broshura *Medicare & You 2026* u dërgohet me postë njerëzve me Medicare çdo vjeshtë. Përmbledh përfitimet e Medicare, të drejtat dhe mbrojtjet dhe jep përgjigje për pyetjet më të shpeshta rreth Medicare. Merrni një kopje në [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) ose duke telefonuar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Përdoruesit e TTY mund të telefonojnë 1-877-486-2048.

## **Seksioni 5.4 – Merrni ndihmë nga Medicaid**

Programi New York State Medicaid në (800) 541-2831, nga e hëna deri të premtën, 8 a.m. - 8 p.m., e shtunë 9 a.m. - 1 p.m. Përdoruesit e TTY telefonojnë 711 për ndihmë me regjistrimin në Medicaid ose pyetje rreth përfitimeve. Mund t'i shkruani Departamentit tuaj Lokal të Shërbimeve Sociale (LDSS). Gjeni adresën për LDSS-në tuaj këtu: [https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/)

**Programi New York State Medicaid**

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

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

**FAQJA E INTERNETIT:** [https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/)

**Nassau County Department of Social Services**

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

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

**FAQJA E INTERNETIT:** <https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html>

**Westchester County Department of Social Services**

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

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

**FAQJA E INTERNETIT:** <http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices>

## **Informacion shtesë i rëndësishëm për kujdesin shëndetësor dhe burimet e anëtarëve**

- **Njoftim Elektronik (ELN) - Si të Merrni Dokumente të Rëndësishme**
- **Njoftim për Mosdiskriminim (NDN) - Seksioni 1557**
- **Njoftimi i Disponueshmërisë (NOA) - Shërbimet e Ndhmës Gjuhësore**
- **Njoftimi i Praktikave të Privatësisë (NPP)**

# Si të merrni dokumente të rëndësishme për planin



Ju jeni i rëndësishëm për ne! Ne e bëjmë të lehtë për ju që të merrni informacionin që ju nevojitet. Hyni në internet për të parë dokumente të rëndësishme të planit dhe të gjeni një ofrues të rrjetit ose farmaci. Ju gjithashtu mund të kërkoni barnat tuaja me recetë, në çdo kohë, kudo, nga çdo pajisje. 2026 Dokumentet e planit tuaj, si Dëshmia e Mbulimit, Formulari dhe Lista e Ofruesve/Farmacive do të jenë të disponueshme në internet deri më 15 tetor 2025.

## Njihuni me dokumentet e planit tuaj

- **Dëshmia e Mbulimit (EOC):** Një udhëzues se çfarë mbulohet sipas planit tuaj. Ai përmban detaje rreth përfitimeve të planit dhe mbulimeve tuaja, të drejtave të anëtarëve e më shumë.
- **Formulari (lista e barnave):** Një listë e barnave të mbuluara sipas planit tuaj.
- **Lista e ofruesve/farmacive:** Një listë e mjekëve, specialistëve dhe farmacive të rrjetit me numra telefoni dhe adresa. Një ofrues ose farmaci të rrjetit mund ta gjeni duke përdorur listën tonë në [MolinaHealthcare.com/ProviderSearch](https://MolinaHealthcare.com/ProviderSearch).
- **Njoftim për praktikën e privatësisë:** Ky njoftim përshkruan se si mund të përdoret dhe zbulohet informacioni mjekësor për ju dhe si mund të keni akses në këtë informacion. Kjo gjendet në faqen tonë të internetit në [MolinaHealthcare.com/members/ny/en-us/mem/hipaa/home](https://MolinaHealthcare.com/members/ny/en-us/mem/hipaa/home).

## Si të shikoni ose kërkonti një kopje të një dokumenti plani



### **Në internet në [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare)**

Shikoni ose shkarkoni një kopje të dokumenteve të planit tuaj në internet në çdo kohë, në çdo vend. Përdorni çdo pajisje, si kompjuterin, tabletin ose telefonin tuaj celular. Dokumentet 2026 e planit tuaj do të jenë të disponueshme në internet nga data 15 tetor 2025.



### **Në internet në [MyMolina.com](https://MyMolina.com).**

Vizitoni portalin tonë me vetëshërbim për anëtarët për të parë dokumentet e planit tuaj në internet 24/7 ose për të gjetur një ofrues të rrjetit ose farmaci. Identifikohuni në portalin My Molina Member Portal se krijoni një llogari në [MyMolina.com](https://MyMolina.com). Klikoni te “Create an Account” (Krijo një llogari) dhe ndiqni udhëzimet hap pas hapi për t’u regjistruar.



### **Telefoni pa pagesë**

Na tregoni nëse nuk keni akses në kompjuter ose nëse preferoni që të dërgohet me postë një kopje e printuar e një EOC, Formularit, ose Listës së Ofruesve/Farmacive. Për të kërkuar një kopje të printuar të një dokumenti të planit, telefoni pa pagesë Shërbimet ndaj Anëtarëve në **numrin që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit, nga e hëna në të premte, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale.**

### **Ne jemi këtu për t'ju ndihmuar**

Nëse keni pyetje në lidhje me përfitimet tuaja ose keni nevojë për ndihmë për të gjetur një ofrues i rrjetit ose farmaci, telefoni falas Shërbimet ndaj Anëtarëve **në numrin që ndodhet në pjesën e pasme të kartës tuaj të identitetit.**

# **Njoftimi për mosdiskriminimin**

## **Seksioni 1557**

### **Molina Healthcare - Medicare**



Senior Whole Health of New York është në përputhje me ligjet federale në fuqi për të drejtat civile dhe nuk diskriminon në bazë të moshës, ngjyrës, paaftësisë, origjinës kombëtare (përfshirë aftësinë e kufizuar të anglishtes), racës ose seksit (në përputhje me qëllimin e diskriminimit gjinor të përshkruar në § 92.101[a]).

Në mënyrë që t'ju ndihmojmë të komunikoni në mënyrë efektive me ne, Senior Whole Health of New York ofron shërbime pa pagesë dhe në kohën e duhur:

- Senior Whole Health of New York ofron ndryshime të arsyeshme dhe asistencë dhe shërbime të përshtatshme për personat me aftësi të kufizuara. Kjo përfshin: (1) Përkthyes të certifikuar. (2) Informacion në formate të tjera, si për shembull formate me shkronja të mëdha, në audio, formate elektronike të aksesueshme, dhe braile.
- Senior Whole Health of New York ofron shërbime gjuhësore për personat që flasin një gjuhë tjetër ose kanë zotërim të kufizuar të gjuhës angleze. Kjo përfshin: (1) Interpretë të certifikuar. (2) Informacion të përkthyer në gjuhën tuaj.

Nëse keni nevojë për këto shërbime, kontaktoni Shërbimet ndaj Anëtarëve të Molina në 1-800-665-3086 ose TTY/TDD: 711, nga e hëna në të premte, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale.

Nëse besoni se kemi diskriminuar në bazë të moshës, ngjyrës, aftësisë së kufizuar, origjinës kombëtare, racës ose seksit, mund të paraqisni një ankesë. Ju mund të paraqisni një ankesë përmes telefonit, postës, email-it ose në internet. Në rast se keni nevojë për ndihmë për të shkruar ankesën tuaj, ne do t'ju ndihmojmë. Ju mund të merrni procedurën tonë të ankesës duke vizituar faqen tonë të internetit në [MolinaHealthcare.com/Members/Common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx](https://www.molinahealthcare.com/Members/Common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx)

Telefononi Koordinatorin tonë për të Drejtat Civile në 1-866-606-3889, TTY/TDD: 711 ose dorëzoni ankesën tuaj në:

Civil Rights Unit

200 Oceangate

Long Beach, CA 90802

**Email:** [Civil.Rights@MolinaHealthcare.com](mailto:Civil.Rights@MolinaHealthcare.com)

**Faqja e internetit:** [MolinaHealthcare.Alertline.com](https://www.molinahealthcare.com/alertline)

Gjithashtu, ju mund të paraqisni një ankesë për të drejtat civile në Department of Health and Human Services të SHBA-së, Zyrën për të Drejtat Civile, në internet përmes Portalit të Ankesave të Zyrës për të Drejtat Civile në: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ose përmes postës ose telefonit në:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

**Nr. i telefonit:** 1-800-368-1019

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

Formularët e ankesës janë të disponueshme këtu: [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।



## **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.

## Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣਗੀਆਂ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੁਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣਗੀਆਂ। ਤੁਹਾਡੇ ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਮੈਂਬਰ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

## Syriac

ܐܘܪܝܢܐ ܕܥܘܠܡܐ ܕܡܝܚܝܐ ܕܥܘܠܡܐ ܕܥܘܠܡܐ ܕܥܘܠܡܐ ܕܥܘܠܡܐ  
ܕܥܘܠܡܐ ܕܥܘܠܡܐ ܕܥܘܠܡܐ ܕܥܘܠܡܐ ܕܥܘܠܡܐ ܕܥܘܠܡܐ ܕܥܘܠܡܐ  
ܕܥܘܠܡܐ ܕܥܘܠܡܐ ܕܥܘܠܡܐ ܕܥܘܠܡܐ ܕܥܘܠܡܐ ܕܥܘܠܡܐ ܕܥܘܠܡܐ  
ܕܥܘܠܡܐ ܕܥܘܠܡܐ ܕܥܘܠܡܐ ܕܥܘܠܡܐ ܕܥܘܠܡܐ ܕܥܘܠܡܐ ܕܥܘܠܡܐ

# NJOFTIM PËR PRAKTIKAT E PRIVATËSISË

**KY NJOFTIM PËRSHKRUAN SE SI MUND TË PËRDORËT DHE ZBULOHET INFORMACIONI MJEKËSOR PËR JU DHE SI MUND TË KENI AKSES NË KËTË INFORMACION. JU LUTEM LEXONI ME KUJDES.**

Ky njoftim përshkruan praktikat e privatësisë së planeve shëndetësore të lidhura me Molina Healthcare (të referuara këtu si “**Molina**”, “**ne**” ose “**jonë**”). Ne përdorim dhe ndajmë informacion të mbrojtur shëndetësor (“**PHI**”) rreth jush për të ofruar përfitimet tuaja shëndetësore si anëtar i Molina. Ne i përdorim dhe i ndajmë PHI për të kryer trajtime, pagesa dhe operacione të kujdesit shëndetësor. Ne gjithashtu përdorim dhe ndajmë PHI për arsye të tjera, siç lejohet dhe kërkohet me ligj. Ne kemi për detyrë ta mbajmë informacionin tuaj shëndetësor privat dhe të respektojmë kushtet e këtij njoftimi. Data e hyrjes në fuqi të këtij Njoftimi është 1 janar 2026.

PHI është informacion shëndetësor që përfshin emrin tuaj, numrin e anëtarit ose identifikues të tjerë, dhe përdoret ose ndahet nga ne. PHI përfshin informacion shëndetësor në lidhje me çrregullimet e përdorimit të substancave dhe informacione biometrike (si zëri).

## **Pse përdorim ose ndajmë PHI-në tuaj?**

Ne e përdorim ose shpërndajmë PHI-në tuaj për t’ju ofruar përfitime të kujdesit shëndetësor. PHI-ja juaj përdoret ose ndahet gjithashtu për trajtim, pagesë dhe operacione të kujdesit shëndetësor.

## **Për trajtimin**

Ne mund ta përdorim ose ta ndajmë PHI-në tuaj për t’ju dhënë ose për të rregulluar kujdesin tuaj mjekësor. Ky trajtim përfshin gjithashtu rekomandime midis mjekëve tuaj ose ofruesve të tjerë të kujdesit shëndetësor. Për shembull, ne mund të ndajmë informacion për gjendjen tuaj shëndetësore me një specialist. Kjo e ndihmon specialistin të flasë për trajtimin tuaj me mjekun tuaj.

*Në fuqi që nga 1 janari 2026*

## **Për pagesë**

Ne mund të përdorim ose ndajmë PHI-në për të marrë vendime mbi pagesën. Kjo mund të përfshijë pretendime, miratime për trajtim dhe vendime për nevojën mjekësore. Emri juaj, gjendja juaj, trajtimi juaj dhe furnizimet e dhëna mund të shënohen në faturë. Për shembull, ne mund t'i bëjmë të ditur një mjeku se ju keni përfitimet tona. Ne do t'i tregojmë mjekut edhe shumën e faturës që do të paguani.

## **Për operacionet e kujdesit shëndetësor**

Ne mund të përdorim ose ndajmë PHI-në tuaj për të menaxhuar planet tona shëndetësore. Për shembull, ne mund të përdorim informacionin nga pretendimi juaj për t'ju njoftuar për një program shëndetësor që mund t'ju ndihmojë. Ne gjithashtu mund të përdorim ose ndajmë PHI-në tuaj për të zgjidhur shqetësimet tuaja. PHI-ja juaj mund të përdoret gjithashtu për të parë që pretendimet paguhen siç duhet.

Operacionet e kujdesit shëndetësor përfshijnë shumë nevoja të përditshme të biznesit. Ai përfshin, por nuk kufizohet me, sa vijon:

- Përmirësimi i cilësisë;
- Veprimet në programet shëndetësore për të ndihmuar anëtarët me kushte të caktuara (siç është astma);
- Kryerja ose organizimi i shqyrtimit mjekësor;
- Shërbimet ligjore, duke përfshirë programet e zbulimit dhe ndjekjes penale të mashtrimit dhe abuzimit;
- Veprime për të na ndihmuar t'u bindemi ligjeve;
- Adresimi i nevojave të anëtarëve, duke përfshirë zgjidhjen e ankesave dhe ankimeve.

Ne do ta ndajmë PHI-në tuaj me kompani të tjera (“**bashkëpunëtorë biznesi**”) që kryejnë lloje të ndryshme aktiviteteve për planin tonë

shëndetësor. Ne gjithashtu mund ta përdorim PHI-në tuaj për t'ju kujtuar për takimet tuaja. Ne mund ta përdorim PHI-në tuaj për t'ju dhënë informacion në lidhje me trajtime të tjera ose përfitime dhe shërbime të tjera që lidhen me shëndetin.

## **Kur mund të përdorim ose të ndajmë PHI-në tuaj pa marrë autorizim (miratim) me shkrim nga ju?**

Përveç trajtimit, pagesës dhe operacioneve të kujdesit shëndetësor, ligji e lejon ose kërkon që Molina të përdorë dhe të shpërndajë PHI-në tuaj për disa qëllime të tjera, duke përfshirë si në vijim:

### **Nëse kërkohet me ligj**

Ne do të përdorim ose ndajmë informacion rreth jush siç kërkohet me ligj. Ne do ta ndajmë PHI-në tuaj kur kërkohet nga Sekretari i Department of Health and Human Services (HHS). Kjo mund të jetë për një çështje gjyqësore, shqyrtim tjetër ligjor ose kur kërkohet për qëllime të zbatimit të ligjit.

### **Shëndeti publik**

PHI-ja juaj mund të përdoret ose ndahet për aktivitete të shëndetit publik. Kjo mund të përfshijë ndihmën e agjencive të shëndetit publik për të parandaluar ose kontrolluar sëmundjet.

### **Mbikëqyrja e kujdesit shëndetësor**

PHI-ja juaj mund të përdoret ose të ndahet me organet qeveritare. Ata mund të kenë nevojë për PHI-në tuaj për auditime.

### **Kërkime**

PHI-ja juaj mund të përdoret ose të ndahet për kërkime në raste të caktuara, si p.sh. kur miratohet nga një bord institucional ose për rishikimin e privatësisë.

## **Procedurat ligjore ose administrative**

PHI-ja juaj mund të përdoret ose ndahet për procedime ligjore, si p.sh. në përgjigje të një urdhri gjykate.

## **Organet e zbatimit të ligjit**

PHI-ja juaj mund të përdoret ose ndahet me policinë për qëllime të zbatimit të ligjit, të tilla si për të ndihmuar në gjetjen e një të dyshuari, dëshmitari ose personi të zhdukur.

## **Shëndeti dhe siguria**

PHI-ja juaj mund të ndahen për të parandaluar një kërcënim serioz dhe të menjëhershëm për shëndetin ose sigurinë e një personi ose të publikut.

## **Funksionet e qeverisë**

PHI-ja juaj mund të ndahet me qeverinë për funksione të veçanta. Një shembull do të ishte mbrojtja e Presidentit.

## **Viktimat e abuzimit, neglizhencës ose dhunës në familje**

PHI-ja juaj mund të ndahet me autoritetet ligjore nëse besojmë se një person është viktimë e abuzimit ose neglizhencës.

## **Kompensimi i punëtorëve**

PHI-ja juaj mund të përdoret ose të ndahet për t'iu bindur ligjeve të Kompensimit të Punëtorëve.

## **Zbulime të tjera**

PHI-ja juaj mund të ndahet me drejtorët e funeraleve ose ekspertët mjekoligjorë për t'iu ndihmuar ata të bëjnë punën e tyre.

## **Kufizime shtesë për përdorimin dhe zbulimin.**

Disa ligje federale dhe shtetërore mund të kërkojnë mbrojtje të veçanta të privatësisë që kufizojnë përdorimin dhe zbulimin e llojeve të caktuara të informacionit shëndetësor. Këto ligje mund të mbrojnë llojet e mëposhtme të informacionit: çrregullimet e përdorimit të alkoolit dhe substancave, informacionin biometrik, abuzimin ose neglizhencën ndaj

fëmijëve ose të rriturve, përfshirë sulmin seksual, sëmundjet ngjitëse, informacionin gjenetik, HIV/AIDS-in, shëndetin mendor, informacionin për të miturit, recetat, shëndetin riprodhues dhe sëmundjet seksualisht të transmetueshme. Ne do të ndjekim ligjin më të rreptë, aty ku zbatohet për ne.

### **Informacioni për çrregullimin e përdorimit të substancave (SUD).**

Megjithëse ne nuk jemi një program i trajtimit të çrregullimeve nga përdorimi i substancave sipas ligjit federal (një “Program SUD”), ne mund të marrim informacion nga një Program SUD për ju. Ne nuk mund të zbulojmë informacionin e SUD për përdorim në një procedurë civile, penale, administrative ose legislative kundër jush nëse nuk kemi (i) pëlqimin tuaj me shkrim, ose (ii) një urdhër gjykatë të shoqëruar me një thirrje ose kërkesë tjetër ligjore për zbulim të detyrueshëm të lëshuar pasi ne dhe ju u njoftuam dhe një mundësi për t' u dëgjuar.

### **Kur na duhet autorizimi (miratimi) juaj me shkrim për të përdorur ose ndarë PHI-në tuaj?**

Na duhet miratimi juaj me shkrim për të përdorur ose ndarë PHI-në tuaj për një qëllim tjetër nga ato të renditura në këtë Njoftim. Na duhet autorizimi juaj përpara se të zbulojmë PHI-në tuaj për sa vijon: (1) shumicën e përdorimeve dhe zbulimeve të shënimeve të psikoterapisë; (2) përdorimet dhe zbulimet për qëllime marketingu; dhe (3) përdorimet dhe zbulimet që përfshijnë shitjen e PHI-së. Ju mund të anuloni një miratim me shkrim që na keni dhënë. Anulimi juaj nuk do të zbatohet për veprimet e ndërmarra tashmë nga ne për shkak të miratimit që na keni dhënë tashmë.

### **Cilat janë të drejtat tuaja për informacionin shëndetësor?**

Ju keni të drejtë të:

- **Kërkoni kufizime për përdorimet ose zbulimet e PHI-së (Ndarja e PHI-së suaj)**

Ju mund të na kërkoni që të mos ndajmë PHI-në tuaj për të kryer trajtime, pagesa ose operacione të kujdesit shëndetësor. Ju gjithashtu mund të na kërkoni që të mos ndajmë PHI-në tuaj me familjen, miqtë ose personat e tjerë që përmendni, të cilët janë të përfshirë në kujdesin tuaj shëndetësor. Megjithatë, neve nuk na kërkohet të pajtohemi me kërkesën tuaj. Ju do të duhet ta bëni kërkesën tuaj me shkrim. Mund të përdorni formularin tonë për të bërë kërkesën tuaj.

- **Kërkoni për komunikime konfidenciale të PHI-së**

Mund t'i kërkoni Molina t'ju japë PHI-në tuaj në një mënyrë të caktuar ose në një vend të caktuar për të ndihmuar në ruajtjen e privatësisë së PHI-së tuaj. Ne do të ndjekim kërkesat e arsyeshme, nëse na tregoni se si ndarja e të gjithë ose një pjesë e asaj PHI-je mund të rrezikojë jetën tuaj. Ju do të duhet ta bëni kërkesën tuaj me shkrim. Mund të përdorni formularin tonë për të bërë kërkesën tuaj.

- **Rishikoni dhe kopjoni PHI-në tuaj**

Ju gëzoni të drejtën të rishikoni dhe të merrni një kopje të PHI-së tuaj të mbajtur nga ne. Kjo mund të përfshijë të dhëna të përdorura në bërjen e mbulimit, kërkesave dhe vendimeve të tjera në lidhje me ju si anëtar i yni. Ju do të duhet ta bëni kërkesën tuaj me shkrim. Mund të përdorni formularin tonë për të bërë kërkesën tuaj. Ne mund t'ju paguajmë një tarifë të arsyeshme për kopjimin dhe dërgimin me postë të të dhënave tuaja. Në disa raste, ne mund ta refuzojmë kërkesën. *Shënim i rëndësishëm: Ne nuk kemi kopje të plota të kartelës tuaj mjekësore. Nëse dëshironi të shikoni, të merrni një kopje ose të ndryshoni kartelën tuaj mjekësore, ju lutemi kontaktoni me mjekun ose klinikën tuaj.*

- **Ndryshoni PHI-në tuaj**

Ju mund të kërkoni që ne të ndryshojmë PHI-në tuaj. Kjo përfshin vetëm ato të dhëna të mbajtura nga ne për ju si anëtar. Ju do të duhet ta bëni kërkesën tuaj me shkrim. Mund të përdorni formularin tonë për të bërë

kërkesën tuaj. Ju mund të depozitoni një shkresë që nuk pajtoheni me ne nëse ne e refuzojmë kërkesën.

- **Pyesni se kujt i zbulohet PHI-ja (ndarja e PHI-së tuaj)**

Ju mund të kërkonti që ne t'ju japim një listë të palëve të caktuara me të cilat kemi ndarë PHI-në tuaj gjatë gjashtë viteve para datës së kërkesës suaj. Lista nuk do të përfshijë PHI-në e ndarë si në vijim:

- për trajtimin, pagesën ose operacionet e kujdesit shëndetësor;
- drejtuar personave në lidhje me PHI-në e tyre;
- ndarjen e bërë me autorizimin tuaj;
- incidentet me përdorimin ose zbulimin e lejuar ose të kërkuar ndryshe sipas ligjit në fuqi;
- PHI-në e dhënë në interes të sigurisë kombëtare ose për qëllime të inteligjencës; ose
- si pjesë e një grupi të kufizuar të dhënash në përputhje me ligjin në fuqi.

Ne do të paguajmë një tarifë të arsyeshme për secilën listë nëse e kërkonti këtë listë më shumë se një herë brenda një periudhe 12-mujore. Ju do të duhet ta bëni kërkesën tuaj me shkrim. Mund të përdorni formularin tonë për të bërë kërkesën tuaj.

Ju mund të bëni secilën nga kërkesat e renditura më sipër, ose mund të merrni një kopje letre të këtij njoftimi. Ju lutemi telefononi departamentin tonë të Shërbimeve ndaj Anëtarëve në numrin pa pagesë që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit, 7 ditë të javës, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale. Përdoruesit e TTY/TDD, ju lutemi telefononi 711.

### **Çfarë mund të bëni nëse të drejtat tuaja nuk janë mbrojtur?**

Ju mund të ankoheni te ne dhe te Department of Health and Human Services nëse besoni se ju janë cenuar të drejtat tuaja të privatësisë. Ne

nuk do të bëjmë asgjë kundër jush për paraqitjen e një ankese. Kujdesi dhe përfitimet tuaja nuk do të ndryshojnë në asnjë mënyrë.

*Ju mund të bëni një ankese tek ne në:*

Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në numrin e telefonit falas që gjendet në kartën tuaj të identitetit, 7 ditë në javë, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale. Përdoruesit e TTY/TDD, ju lutemi telefononi 711. Ose na shkruani në:

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

*Ju mund të paraqisni një ankese tek Sekretari i U.S. Department of Health and Human Services në:*

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 (FAKS)

### **Cilat janë detyrat tona?**

Ne duhet të:

- Të mbajë PHI-në tuaj private;
- T'ju japë informacione me shkrim si ky mbi detyrat tona dhe praktikatat e privatësisë në lidhje me PHI-në tuaj;
- T'ju japë një njoftim në rast të ndonjë shkeljeje të PHI-së tuaj të pasiguruar;
- Të mos përdorë ose zbulojë informacionin tuaj gjenetik për qëllime nënshkrimi;
- Ndiqni kushtet e këtij njoftimi.

*Në fuqi që nga 1 janari 2026*

## **Ky njoftim është subjekt ndryshimi**

**Ne gëzojmë të drejtën të ndryshojmë praktikat e tij të informacionit dhe kushtet e këtij Njoftimi në çdo kohë. Nëse e bëjmë këtë, kushtet dhe praktikat e reja do të zbatohen më pas për të gjitha PHI-të që mbajmë. Nëse bëjmë ndonjë ndryshim material, ne do ta postojmë Njoftimin e rishikuar në faqen tonë të internetit dhe do ta dërgojmë Njoftimin e rishikuar, ose informacionin në lidhje me ndryshimin material dhe mënyrën e marrjes së Njoftimit të rishikuar, në dërgimin tonë të ardhshëm vjetor me postë drejtuar anëtarëve tanë që mbulohen nga ne në atë kohë. Ky njoftim është i disponueshëm në faqen tonë të internetit në [MolinaHealthcare.com](http://MolinaHealthcare.com).**

## **Informacioni i kontaktit**

Nëse keni ndonjë pyetje në lidhje me këtë Njoftim, ju lutemi na kontaktoni. Telefononi departamentin tonë të Shërbimeve ndaj Anëtarëve në numrin pa pagesë që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit; 7 ditë të javës, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale. Përdoruesit e TTY/TDD, ju lutemi telefononi 711. Ose shkruani Shërbimeve ndaj Anëtarëve të Molina, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Mund ta merrni këtë dokument falas në formate të tjera, si në formatin me shkronja të mëdha, braille, ose audio. Telefononi (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, 7 ditë në javë, 8 a.m. deri në 8 p.m., ora lokale. Telefonata është pa pagesë.

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

Informacion i rëndësishëm për Molina Healthcare



NYACSQ26L01282