

2026

# 年度變更通知

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

**New York H5992-007-000**

生效日期為 2026 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

H5992\_26\_007\_NY\_ANOC\_M

NY-H5992-7-AC-ZHT-26-L



親愛的會員：

感謝您加入我們的 Medicaid Advantage Plus 計劃，Senior Whole Health of New York NHC (HMO-DSNP)。謹此通知您，從 2026 年 1 月 1 日起，您的上訴程序將發生重大變更。

從 2026 年 1 月 1 日開始，您申請第 2 級上訴的方式將發生變更。您可以在隨附的 2026 年《年度變更通知》第 2 節中找到有關此變更的更多資訊。

如果您有此變更有任何疑問，請致電 (833) 671-0440 聯絡會員服務部。(TTY 使用者請致電 711。)

我們可以在以下時間接聽電話。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，8 a.m. 至 8 p.m. (當地時間)；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，8 a.m. 至 8 p.m. (當地時間)。這些號碼為免費電話。

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

### **2026 年年度變更通知**

您目前是 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 的投保會員。

本資料說明明年計劃費用和福利的變動。

- 您可以在 **10 月 15 日至 12 月 7 日期間變更明年的 Medicare 承保**。如果您在 2025 年 12 月 7 日前仍未加入另一個計劃，您將繼續投保 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)。
- 若要變更到不同的計劃，請造訪 [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)，或查閱 2026 年《Medicare 與您》手冊背面的清單。
- 請注意，這只是變更摘要。有關費用、福利和規定的更多資訊，請參閱《承保範圍證明》。透過 [SWHNY.com](http://SWHNY.com) 取得副本，或致電會員服務部，電話：(833) 671-0440 ( TTY 使用者致電 711 )，以郵寄方式取得副本。

### **更多資源**

- 本資料免費提供西班牙語、中文、阿拉伯語、韓語、俄語、義大利語、法語、法語克裡奧爾語、意第緒語、波蘭語、他加祿語、孟加拉語、阿爾巴尼亞語、希臘語和烏爾都語版本。
- 請致電會員服務部，電話：(833) 671-0440 ( TTY 使用者請致電 711. )，以獲得更詳細的資訊。服務時間為 **10 月 1 日至 3 月 31 日**：每週 7 天，當地時間 8 a.m. 至 8 p.m.。 **4 月 1 日至 9 月 30 日**，週一至週五 8 a.m. 至 8 p.m. ( 當地時間 )。這是免付費專線。

- 您可以免費獲得本文件的其他語言版本或其他格式版本，例如，大字版本、點字版本和語音版本。請撥打 (833) 671-0440 ( TTY : 711 )。這是免付費專線。

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

- Molina Healthcare 是一項與 Medicare 簽約的 C-SNP、D-SNP 和 HMO 計劃。D-SNP 計劃與州 Medicaid 計劃簽約。投保取決於續約情況。本計劃也與 New York Medicaid 計劃簽訂書面協議，以協調您的 Medicaid 福利。
- 當本資料提到「我們」、「我方」或「我們的」，是指 Senior Whole Health of New York, Inc.，提到「計劃」或「我們的計劃」，則是指 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)。
- 如果您在 2025 年 12 月 7 日前仍未採取任何行動，您將自動投保 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)。從 2026 年 1 月 1 日起，您將透過 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 獲得醫療和藥物承保。請前往第 3 節，進一步瞭解如何變更計劃和變更截止日期。

---

H5992\_26\_007\_NY\_ANOC\_M

## 2026 年度變更通知 目錄

<b>2026 年的重要費用摘要</b> .....	<b>4</b>
<b>第1節 明年的福利及費用變更</b> .....	<b>8</b>
第1.1節 每月計劃保費變更 .....	8
第1.2節 您的自付費用上限金額變更 .....	8
第1.3節 網絡醫療服務提供者變更 .....	9
第1.4節 網絡藥局變更 .....	9
第1.5節 醫療服務福利及費用變更 .....	10
第1.6節 D部分藥物承保變更 .....	13
第1.7節 處方藥物福利和費用變更 .....	14
<b>第2節 行政變更</b> .....	<b>22</b>
<b>第3節 如何變更計劃</b> .....	<b>24</b>
第3.1節 變更計劃的截止日期 .....	25
第3.2節 年度內是否有其他時間可以進行變更？ .....	26
<b>第4節 獲取支付處方藥物費用的協助</b> .....	<b>27</b>
<b>第5節 有疑問嗎？</b> .....	<b>29</b>
第5.1節 從 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 獲得幫助 .....	29
第5.2節 取得 Medicare 免費諮詢 .....	29
第5.3節 從 Medicare 獲得幫助 .....	30
第5.4節 從 Medicaid 獲得幫助 .....	31

## 2026 年的重要費用摘要

下表比較數個重要領域中，Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 於 2025 年與 2026 年的費用。請注意，這只是各個費用的摘要。

	2025 ( 今年 )	2026 ( 明年 )
<p><b>每月計劃保費*</b></p> <p>* 您的保費可能高於此金額。若要瞭解詳細資訊，請參閱第 1.1 節。</p>	\$0	\$0
<b>主要照護醫師診間就診</b>	每次就診 \$0 共付額	每次就診 \$0 共付額
<b>專科醫師診間就診</b>	每次就診 30% 共付額	每次就診 30% 共付額
<p><b>醫院照護</b></p> <p>包括急症住院、住院復健、長期照護醫院及其他類型的住院照護醫院服務。住院照護從醫師開立醫囑允許您正式住院之日開始。您出院的前一天是您住院的最後一天。</p>	<p>\$0 共付額</p> <p>本計劃每個福利期最多承保 90 天的住院照護。您還可享有額外 60 天的承保，稱為終身儲備日。您一生中最多可選擇使用 60 天的終身儲備日。除非您有對我們明確說明，否則我們會自動開始套用終身儲備日 ( 如需更多福利期的資訊，請參閱</p>	<p>\$0 共付額</p> <p>本計劃每個福利期最多承保 90 天的住院照護。您還可享有額外 60 天的承保，稱為終身儲備日。您一生中最多可選擇使用 60 天的終身儲備日。除非您有對我們明確說明，否則我們會自動開始套用終身儲備日 ( 如需更多福利期的</p>

	2025 ( 今年 )	2026 ( 明年 )
	《承保範圍證明》 )。	資訊，請參閱《承保範圍證明》 )。
<b>D 部分藥物承保範圍</b>	<p>處方集中 D 部分承保藥物將位於一個層級。您在配有標準分攤費用的網絡藥局領取一個月 ( 31 天 ) 量藥物的費用：</p> <p><b>非專利藥和首選多重來源藥物：</b> 您的支付額是每張處方 <b>\$0</b></p> <p><b>其他所有藥物：</b> 您的支付額是每張處方 <b>\$0</b></p>	<p><b>自付額：\$615</b></p> <p>在此階段，您為第 1 層級和第 6 層級藥物支付 \$0 的分攤費用，為第 2 層級、第 3 層級、第 4 層級和第 5 層級藥物支付適用費用，直到您達到年度自付額。</p> <p>初始給付階段的共付額：</p> <p><b>第 1 級藥物：</b> <b>\$0 共付額</b></p> <p><b>第 2 級藥物：</b> 非專利藥共付額為 <b>\$0、\$1.60 或 \$5.10</b> ( 包括視為非專利藥的名牌藥 )</p> <p>每張處方之所有藥物的共付額為 <b>\$0、\$4.90，或 \$12.65</b></p>

	<b>2025 ( 今年 )</b>	<b>2026 ( 明年 )</b>
		<p><b>第 3 級藥物：</b> 非專利藥共付額為 <b>\$0、\$1.60 或 \$5.10</b> ( 包括視為非專利藥 的名牌藥 )</p> <p>每張處方之所有藥物的 共付額為 <b>\$0、</b> <b>\$4.90 ， 或 \$12.65</b></p> <p><b>第 4 級藥物：</b> 非專利藥物的共付額 為 <b>\$0、\$1.60 或</b> <b>\$5.10 ( 包括視為非專</b> <b>利藥物的名牌藥 )</b> 所有其他藥物的共付 額是每張處方 <b>\$0、</b> <b>\$4.90 或 \$12.65</b></p> <p><b>第 5 級藥物：</b> 非專利藥共付額為 <b>\$0、\$1.60 或 \$5.10</b> ( 包括視為非專利藥 的名牌藥 )</p>

	2025 ( 今年 )	2026 ( 明年 )
		<p>每張處方之所有藥物的共付額為 \$0、\$4.90，或 \$12.65</p> <p>第 6 級藥物： \$0 共付額</p> <p>重大傷病給付： 在此付款階段，您無需為承保的 D 部分藥物支付任何費用。</p>
<p><b>自付費用上限金額</b></p> <p>這是您為 A 部分和 B 部分承保的服務支付的最高自付金額。 ( 若要瞭解詳細資訊，請參閱第 1.2 節。 )</p>	<p>\$9,350</p> <p>如果您有資格得到 Medicaid 對 Medicare 的分攤費用援助，您無需為 A 部分和 B 部分承保的服務支付任何達自付費用上限金額的自付費用。</p>	<p>\$9,250</p> <p>如果您有資格得到 Medicaid 對 Medicare 的分攤費用協助，您就無須為承保的 A 部分和 B 部分服務，支付任何達自付費用上限金額的自付費用。</p>

## 第1節 明年的福利及費用變更

### 第1.1節 每月計劃保費變更

	2025 (今年)	2026 (明年)
<b>每月計劃保費</b> ( 您必須繼續支付您的 Medicare Part B 保費，除非您的 B 部分保費是由 Medicaid 支付。 )	\$0	\$0

### 第1.2節 您的自付費用上限金額變更

Medicare 要求所有的健保計劃限制您每年支付的自付費用。此限制稱為自付費用上限金額。通常情況下，一旦您達到此金額，您在該日曆年度內無須為 A 部分和 B 部分承保的服務支付任何費用。

	2025 (今年)	2026 (明年)
<b>自付費用上限金額</b> 由於我們的會員還能獲得 Medicaid 的援助，因此很少有人達到此自付費用上限。 您無需為承保的 A 部分和 B 部分服務，支付任何達自付費用上限金額的自付額。	\$9,350	<b>\$9,250</b> 在您為 A 部分和 B 部分承保的服務支付達到 \$9,250 的自付費用後，您在該日曆年的剩餘時間內無須為 A 部分和 B 部分承

	2025 ( 今年 )	2026 ( 明年 )
您於承保醫療服務 ( 例如共付額 ) 的費用會計入您的自付費用上限金額。我們的計劃保費和處方藥物費用不會計入您的自付費用上限金額。		保的服務支付任何費用。

### 第1.3節 網絡醫療服務提供者變更

我們明年的醫療服務提供者網絡已變更。請檢閱 2026 年醫療服務提供者名錄 ( 位於 [SWHNY.com](http://SWHNY.com) )，瞭解您的醫療服務提供者 ( 主要照護提供者、專科醫師、醫院等 ) 是否含括在我們的網絡中。以下是獲得最新醫療服務提供者名錄的方法：

- 造訪我們的網站，網址：[SWHNY.com](http://SWHNY.com)。
- 致電會員服務部，電話：(833) 671-0440 ( TTY 使用者致電 711 ) 以取得目前的醫療服務提供者資訊，或是要求我們郵寄醫療服務提供者名錄給您。

我們可能會在計劃年度變更本計劃所包含的醫院、醫師和專科醫師 ( 醫療服務提供者 )。如果我們醫療服務提供者的年中變更對您造成影響，請致電會員服務部，電話：(833) 671-0440 ( TTY 使用者致電 711 ) 尋求幫助。有關網絡醫療服務提供者離開我們計劃時您的權利的更多資訊，請參閱《承保範圍證明》的第 3 章第 2.3 節。

### 第1.4節 網絡藥局變更

您為處方藥物支付的金額可能依您使用的藥局而定。Medicare 藥物計劃有一個藥局網絡。在大多數的情況下，您必須在網絡藥局購買處方藥物，我們才予以承保。

我們明年的藥局網絡已變更。透過 [SWHNY.com](https://www.swhny.com) 檢閱 2026 年藥局名錄，瞭解我們的網絡包含哪些藥局。以下是獲得最新藥局名錄的方法：

- 造訪我們的網站，網址：[SWHNY.com](https://www.swhny.com)。
- 致電會員服務部，電話：(833) 671-0440 ( TTY 使用者致電 711 ) 以取得目前的藥局資訊，或是要求我們郵寄藥局名錄給您。

我們可以在年中對進行計劃中的藥局變更。如果我們藥局的年中變更對您造成影響，請致電會員服務部，電話：(833) 671-0440 ( TTY 使用者致電 711 ) 尋求幫助。

## 第1.5節 醫療服務福利及費用變更

年度變更通知說明您的 Medicare 福利和費用的相關變更。

	2025 ( 今年 )	2026 ( 明年 )
慢性病特別額外福利 (SSBCI) - 食品和農產品	此福利作為慢性病特別額外福利 (SSBCI) 給付。符合資格的會員每月可獲得 \$73 的補助，可用於購買健康食品和農產品。SSBCI 給付僅適用於患有特定慢性疾病的會員。	符合資格的慢性病會員每月可獲得合計 \$285 用於購買食品和農產品 (SSBCI)。
慢性病特別額外福利 (SSBCI) - 公用事業	此服務不作為額外福利給付。	符合資格的慢性病會員每月可獲得合計 \$285，用於支付公用事業費用 ( 電費、天

	2025 ( 今年 )	2026 ( 明年 )
		然氣費和水費 ) 。
慢性病特別額外福利 (SSBCI) - 非醫療需求的交通	此服務不作為額外福利給付。	符合資格的慢性病會員每月可獲得 \$285 的共用補助，用於非醫療需求的交通服務。
預存資金的簽帳金融卡 ( Healthy You 卡 )	您有一張 Healthy You 卡，其中包含 OTC 和交通服務的共用補助以及單獨的 SSBCI 食品和農產品補助。	您可獲得一張 Healthy You 預存資金的簽帳金融卡，其中包含每月 \$285 的共用補助，用於 OTC 項目、OTC 助聽器和前往計劃核准健康相關地點的交通服務，以及食品和農產品、非醫療需求交通和公用事業的 SSBCI。 交通服務可以透過簽帳金融卡獲得。OTC 項目可透過簽帳金融卡或目錄購買。OTC 助聽器可透過目錄購買。SSBCI 的額外福利可以透過簽帳金融卡獲得，包括食品和農產品、非醫療需求交通和一般生活支

	2025 ( 今年 )	2026 ( 明年 )
		援。未使用的補助不會結轉至下一個月。
額外遠距醫療福利	針對包括主要照護醫師服務在內的某些遠距醫療服務，您需支付 \$0 共付額。	對於某些遠距醫療服務，您需支付 \$0 共付額，包括心臟復健服務、主要照護醫師服務、整脊照護、職能治療服務、專科醫師服務、精神健康專科服務個人治療、精神健康專科服務團體治療、足療服務、其他健康照護專業人士、精神科服務個人治療、精神科服務團體治療、物理治療和言語及語言病理學服務、鴉片類藥物治療計劃服務、門診藥物濫用個人治療以及門診藥物濫用團體治療。
前往計劃核准地點的交通服務 ( 額外 )	每月可獲得 \$100 的交通服務補助。該補助與 OTC 福利共用。	您可獲得一張 Healthy You 預存資金的簽帳金融卡，其中包含每月 \$285 的共用補助，

	2025 (今年)	2026 (明年)
		用於前往計劃核准健康相關地點的交通服務。 計劃核准地點的例子包括醫療、藥局、牙科、視力和聽力照護的網絡提供者。
聽力檢查 (額外)	此服務不作為額外福利給付。	您每個日曆年接受一次例行聽力檢查。
處方助聽器	此服務不作為額外福利給付。	每 2 年最多可獲得 2 個由計劃核准提供者所提供的預選助聽器 (雙耳合計)。
非處方 (OTC) 項目助聽器 (額外)	此服務不作為額外福利給付。	您可獲得一張 Healthy You 預存資金的簽帳金融卡，其中包含每月 \$285 的 OTC 助聽器共用補助。

## 第1.6節 D部分藥物承保變更

### 我們的藥品名錄變更

我們的承保藥物清單被稱為處方集或藥品名錄。我們以電子方式提供一份「藥品名錄」。

我們對藥品名錄作出了變更，其中可能包括刪除或增加藥物，改變適用於我們對某些藥物的承保的限制，或將其移至不同的分攤費用層級。查閱「藥品名錄」，以確保您的藥物在下一年度得到承保，並瞭解是否會有任何限制，或者您的藥物是否被移至不同的費用分層等級。

藥品名錄中的大多數新變更都發生在每年年初。但是，我們可能會做出 Medicare 規則允許的其他變更，這些變更將在日曆年中影響您。我們至少每月透過更新線上「藥品名錄」，提供最新的藥品名錄。如果我們的變更會影響您對正在服用的藥物的獲取，我們會向您傳送變更通知。

如果您在年初或年中因藥物承保變更而受到影響，請查閱您的《承保範圍證明》第 9 章，並與您的處方開立者討論以瞭解您的選擇，例如請求藥物的暫時供應、申請例外處理和/或合作尋找新藥物。請致電會員服務部，電話：(833) 671-0440 ( TTY 使用者致電 711 )，以獲得更詳細的資訊。

## 第 1.7 節 處方藥物福利和費用變更

### 您是否獲得 Extra Help 來支付藥物承保費用？

如果您已參與幫助給付藥物費用的計劃 (Extra Help)，D 部分藥物費用的資訊可能不適用於您。我們已另外寄送一份稱為「為獲得 Extra Help 支付處方藥物費用者提供的承保範圍證明附加條款」的材料給您，其中說明了您的藥物費用。如果您獲得 Extra Help，卻沒有在 9 月 30 日前獲得此材料，請致電會員服務部，電話：(833) 671-0440 ( TTY 使用者致電 711 ) 並要求 LIS 附加條款。

### 藥物付款階段

有 3 個藥物付款階段：年度自付額階段、初始給付階段、重大傷病給付階段。D 部分福利中不再有承保缺口階段和 Coverage Gap Discount Program。

- **第 1 階段：年度自付額**

每個日曆年您會從此支付階段開始。在此階段，您需為 D 部分藥物支付全額費用，直到您達到年度自付額。

- **第 2 階段：初始給付**

在您支付年度自付額後，您就會進入初始給付階段。在這個階段，本計劃與您共同分攤藥物費用；計劃支付其應付分攤費用，您也支付您的應付分攤費用。在您的年初至今自付費用達到 \$2,100 前，您通常一直處於該階段。

- **第 3 階段：重大傷病給付**

這是第三個，也是最後一個藥物支付階段。在此階段，您無需為承保的 D 部分藥物支付任何費用。在日曆年的剩餘時間內，您通常會處於此階段。

Coverage Gap Discount Program 已由 Manufacturer Discount Program 所取代。根據 Manufacturer Discount Program，藥品製造商在初始給付階段和重大傷病給付階段支付部分承保的 D 部分名牌藥和生物製品的全部費用。製造商根據 Manufacturer Discount Program 支付的折扣不計入自付費用。

下表顯示您在此階段的每次處方費用。

	2025 (今年)	2026 (明年)
年度自付額	\$0	\$615  在此階段，您為第 1 層級和第 6 層級藥物支付 \$0 的分攤費用，為第 2 層級、第 3 層級、第 4 層級和

	2025 ( 今年 )	2026 ( 明年 )
		第 5 層級藥物支付適用費用，直到您達到年度自付額。

## 第2 階段的藥物費用：初始給付

表格列出了您在配有標準分攤費用的網絡藥局領取每張處方一個 month 供應量的費用：

大部分的成人 D 部分疫苗會免費替您承保。如需更多關於疫苗費用或費用的資訊，請參閱《承保範圍證明》的第 6 章。

當您的承保 D 部分藥物自付費用達 \$2,100 之後，您將進入下一個階段（重大傷病給付階段）。

	2025 ( 今年 )	2026 ( 明年 )
<p><b>第 1 級 ( 首選非專利藥 )：</b></p> <p>我們變更了藥品名錄上某些藥物的層級。若要查看您的藥物是否變更到不同層級，請查閱藥品名錄。</p>	<p>處方集中 D 部分承保藥物將位於一個層級。您在配有標準分攤費用的網絡藥局領取一個月 ( 31 天 ) 量藥物的費用：</p> <p><b>非專利藥物和首選多重來源藥物：</b></p> <p>您的支付額是每張處方 \$0。</p>	總費用的 \$0 共付額

	<p style="text-align: center;"><b>2025</b> <b>( 今年 )</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>2026</b> <b>( 明年 )</b></p>
	<p><b>其他所有藥物：</b> 您的支付額是每張處方 <b>\$0</b>。</p> <p>您的支付額是每張處方 <b>\$0</b>。當您的 D 部分藥物自付費用達 \$2,000 之後，您將進入下一個階段 ( 重大傷病給付階段 )。您在重大傷病給付階段的分攤費用為 <b>\$0</b> )</p>	
<p><b>第 2 級 ( 非專利藥 ) :</b></p>	<p>處方集中 D 部分承保藥物將位於一個層級。</p> <p>您在配有標準分攤費用的網絡藥局領取一個月量藥物的費用：</p> <p><b>非專利藥和首選多重來源藥物：</b> 您的支付額是每張處方 <b>\$0</b>。</p> <p><b>其他所有藥物：</b> 您的支付額是每張處方 <b>\$0</b>。</p>	<p><b>非專利藥為 \$0、\$1.60 或 \$5.10 ( 包括視為非專利藥的名牌藥 )</b></p> <p><b>每張處方之所有藥物的共付額為 \$0、\$4.90，或 \$12.65</b></p>

	<p style="text-align: center;"><b>2025</b> <b>( 今年 )</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>2026</b> <b>( 明年 )</b></p>
	<p>當您的 D 部分藥物自付費用達 \$2,000 之後，您將進入下一個階段 ( 重大傷病給付階段 )。您在重大傷病給付階段的分攤費用為 \$0 )</p>	
<p><b>第 3 級 ( 首選名牌藥 ) :</b></p>	<p>處方集中 D 部分承保藥物將位於一個層級。</p> <p>您在配有標準分攤費用的網絡藥局領取一個月量藥物的費用：</p> <p><b>非專利藥和首選多重來源藥物：</b> 您的支付額是每張處方 <b>\$0</b>。</p> <p><b>其他所有藥物：</b> 您的支付額是每張處方 <b>\$0</b>。</p> <p>當您的 D 部分藥物自付費用達 \$2,000 之後，您將進入下一個階段 ( 重大傷病給付階段 )。您在重大傷</p>	<p><b>非專利藥為 \$0、\$1.60 或 \$5.10 ( 包括視為非專利藥的名牌藥 )</b></p> <p><b>每張處方之所有藥物的共付額為 \$0、\$4.90，或 \$12.65</b></p>

	2025 ( 今年 )	2026 ( 明年 )
	病給付階段的分攤費用為 \$0 )	
<b>第 4 級 ( 非首選藥物 ) :</b>	<p>處方集中 D 部分承保藥物將位於一個層級。</p> <p>您在配有標準分攤費用的網絡藥局領取一個月量藥物的費用：</p> <p><b>非專利藥和首選多重來源藥物：</b> 您的支付額是每張處方 <b>\$0</b>。</p> <p><b>其他所有藥物：</b> 您的支付額是每張處方 <b>\$0</b>。 當您的 D 部分藥物自付費用達 \$2,000 之後，您將進入下一個階段 ( 重大傷病給付階段 )。您在重大傷病給付階段的分攤費用為 \$0 )</p>	<p><b>非專利藥為 \$0、\$1.60 或 \$5.10 ( 包括視為非專利藥的名牌藥 )</b></p> <p><b>每張處方之所有藥物的共付額為 \$0、\$4.90，或 \$12.65</b></p>
<b>第 5 級 ( 專門藥物 ) :</b>	處方集中 D 部分承保藥物將位於一個層	<b>非專利藥為 \$0、\$1.60 或 \$5.10 ( 包</b>

	<p style="text-align: center;"><b>2025</b> <b>( 今年 )</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>2026</b> <b>( 明年 )</b></p>
	<p>級。</p> <p>您在配有標準分攤費用的網絡藥局領取一個月量藥物的費用：</p> <p><b>非專利藥和首選多重來源藥物：</b> 您的支付額是每張處方 <b>\$0</b>。</p> <p><b>其他所有藥物：</b> 您的支付額是每張處方 <b>\$0</b>。</p> <p>當您的 D 部分藥物自付費用達 \$2,000 之後，您將進入下一個階段 ( 重大傷病給付階段 )。您在重大傷病給付階段的分攤費用為 \$0 )</p>	<p>括視為非專利藥的名牌藥 )</p> <p>每張處方之所有藥物的共付額為 <b>\$0</b>、<b>\$4.90</b>，或 <b>\$12.65</b></p>
<p><b>第 6 級 ( 特選照護藥物 )：</b></p>	<p>處方集中 D 部分承保藥物將位於一個層級。</p> <p>您在配有標準分攤費用的網絡藥局領取一個月量藥物的費用：</p>	<p><b>總費用 \$0</b></p>

	2025 ( 今年 )	2026 ( 明年 )
	<p><b>非專利藥和首選多重來源藥物：</b> 您的支付額是每張處方 \$0。</p> <p><b>其他所有藥物：</b> 您的支付額是每張處方 \$0。 當您的 D 部分藥物自付費用達 \$2,000 之後，您將進入下一個階段 ( 重大傷病給付階段 )。您在重大傷病給付階段的分攤費用為 \$0 )</p>	

## 您的 VBID D 部分福利變更

2025 年，Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 參與了價值導向保險設計 (VBID) 模式，但此計劃將於今年結束。作為 VBID 模式下 D 部分福利的一部分，Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 免除了 D 部分藥物的分攤費用。由於此計劃已經結束，會員在所有給付階段的所有 D 部分藥物，將可能支付分攤費用。如需詳細資訊，如果您有其他問題，請致電會員服務部。

## 變更為重大傷病給付階段

有關重大傷病給付階段費用的具體資訊，請參閱《承保範圍證明》的第 6 章第 6 節。

## 第2節 行政變更

我們正在為明年制定行政變更。下表提供的資訊說明了這些變更。

	2025 年 ( 今年 )	2026 年 ( 明年 )
Dentaquest 不再是 2026 年的簽約合作廠商。	您的牙科服務之前是由 Dentaquest 管理。	您的 2026 年牙科服務將包括預防性服務和您所選擇的綜合服務，並將由 Liberty 管理。
您的聽力服務將在 2026 年改為使用聽力服務合作廠商	您的聽力服務由 Molina 簽約的聽力醫療服務提供者管理。	NationsBenefits 將是 2026 年的簽約聽力服務合作廠商。
Medicare Prescription Payment Plan	不適用	Medicare Prescription Payment Plan 是一項新的付款選項，可與您目前藥物承保配合使用，幫助您管理藥物費用，方法是將費用分攤到全年 ( 1 月至 12 月 ) 變動的月付款中。 若要瞭解關於此付款選項的更多資訊，請致電 (833) 671-0440 ( TTY : 711 ) 聯絡我們，或造訪 <a href="https://www.Medicare.gov">Medicare.gov</a>

	<b>2025 年 ( 今年 )</b>	<b>2026 年 ( 明年 )</b>
<b>慢性病特別額外福利 (SSBCI)</b>	<p>如果您經診斷患有下列慢性病並符合特定標準，您可能有資格享受針對慢性病患者特別額外福利。符合條件的慢性病包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 慢性酒精中毒和其他藥物依賴</li> <li>• 自體免疫性疾病</li> <li>• 癌症</li> <li>• 心血管疾病</li> <li>• 慢性心臟衰竭</li> <li>• 失智症</li> <li>• 糖尿病</li> <li>• 末期肝衰竭</li> <li>• 末期腎病 (ESRD)</li> <li>• 嚴重的血液疾病</li> <li>• HIV/AIDS</li> <li>• 慢性肺病</li> <li>• 慢性和心理障礙狀況</li> <li>• 神經系統疾病</li> <li>• 中風</li> </ul>	<p>如果您經診斷患有下列慢性病並符合特定標準，您可能有資格享受針對慢性病患者特別額外福利。符合條件的慢性病包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 心血管疾病</li> <li>• 慢性心臟衰竭</li> <li>• 失智症</li> <li>• 糖尿病</li> <li>• 慢性肺病</li> <li>• 慢性腎病 (CKD)</li> <li>• 慢性酒精使用障礙和其他物質使用障礙 (SUD)</li> <li>• 癌症</li> <li>• 自體免疫性疾病</li> <li>• 超重、肥胖和代謝綜合症</li> <li>• 慢性胃腸病</li> <li>• 嚴重的血液疾病</li> <li>• HIV/AIDS</li> </ul>

	2025 年 ( 今年 )	2026 年 ( 明年 )
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 慢性和心理障礙狀況</li> <li>• 神經系統疾病</li> <li>• 中風</li> <li>• 器官移植後</li> <li>• 免疫缺陷和免疫抑制性疾病</li> <li>• 與認知障礙相關的病症</li> <li>• 有功能性挑戰的病症</li> <li>• 影響視力、聽力 ( 耳聾 )、味覺、觸覺和嗅覺的慢性疾病</li> <li>• 需要持續治療服務以維持或保留個人功能的病症</li> </ul>

### 第3節 如何變更計劃

如果您希望繼續投保 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)，您無須採取任何動作。除非您在 12 月 7 日前投保不同的計劃或轉投保至 Original Medicare，否則您將自動投保我們的 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)。

如果您想變更 2026 年的計劃，請依照下列步驟：

- 若要變更為不同的 **Medicare 健保計劃**，請投保新的計劃。您將會自動退保 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)。
- 若要轉投保至具有 **Medicare 藥物承保的 Original Medicare**，請投保新的 Medicare 藥物計劃。您將會自動退保 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)。
- 若要轉投保至沒有藥物計劃的 **Original Medicare**，請將退保的書面要求寄給我們。請致電會員服務部，電話：(833)671-0440 ( TTY 使用者致電 711 )，以獲得操作的更詳細資訊。或致電 **Medicare 要求退保**，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。如果您沒有投保 Medicare 藥物計劃，您可能需要支付 D 部分逾期投保罰金 ( 參閱《承保範圍證明》的第 1 章第 4.4 節 )。
- 若要瞭解更多有關 **Original Medicare** 和不同類型的 **Medicare 計劃**，請造訪 [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)，查看 2026 年《Medicare 與您》手冊，致電您的 State Health Insurance Assistance Program ( 參閱第 6 節 )，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

### 第3.1節 變更計劃的截止日期

Medicare 受益人可以在每年 **10 月 15 日至 12 月 7 日** 期間變更其承保範圍。

如果您在 2026 年 1 月 1 日投保 Medicare Advantage 計劃，且不喜歡您的計劃選擇，您可以在 2026 年 1 月 1 日至 3 月 31 日之間，轉投保至另一個 Medicare 健保計劃 ( 無論是否有 Medicare 藥物承保 ) 或至 Original Medicare ( 無論是否有單獨的 Medicare 藥物承保 )。

### 第3.2節 年度內是否有其他時間可以進行變更？

在某些情況下，人們在一年中可能會有其他變更的機會。範例包括以下人士：

- 投保 Medicaid
- 已獲得支付藥物費用的 Extra Help
- 擁有或即將退出僱主承保
- 搬出我們計劃的服務區域

因為您享有 Medicaid，透過選擇以下任一 Medicare 選項，您可於一年中的任何一個月停保我們的計劃。

- 擁有單獨 Medicare 處方藥物計劃的 Original Medicare，
- 無單獨 Medicare 處方藥物計劃的 Original Medicare ( 如果您選擇此類計劃，除非您已選擇不自動投保，否則 Medicare 可能會替您投保藥物計劃。 )，或
- 如果符合條件，可在一個計劃中提供您的 Medicare 和大部分或全部 Medicaid 福利和服務的綜合 D-SNP。

如果您最近搬入或目前正居住在某個機構 ( 例如專業療養機構或長期照護醫院 )，您可以隨時變更您的 Medicare 承保範圍。您可以隨時變更至任何其他 Medicare 健保計劃 ( 無論是否有 Medicare 藥物承保 )，或轉投保至 Original Medicare ( 無論是否有單獨的 Medicare 藥物承保 )。如果您最近搬出機構，您有機會在搬出當月後的整整 2 個月內更換計劃或改用 Original Medicare。

## 第4節 獲取支付處方藥物費用的協助

您可能有資格獲得處方藥物費用的支付補助。提供不同類型的援助：

- **Medicare 提供的 Extra Help。** 收入有限的人群可能有資格獲得 Extra Help，以支付其處方藥物費用。如果您符合資格，Medicare 可以支付高達 75% 或更多的藥物費用，包括每月藥物計劃保費、年度自付額和共同保險。此外，符合資格的人士無需支付逾期投保罰金。若要查看您是否符合資格，請致電：
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048，本專線全年無休；
  - 社會安全局：1-800-772-1213，週一至週五 8 a.m. 至 7 p.m.，致電服務代表。全天候提供自動化留言服務。TTY 使用者可以撥打 1-800-325-0778。
  - 您所在州的 Medicaid 辦公室。
- **您所在州提供的藥品援助計劃 (SPAP) 提供的援助。** New York 有一個稱為 EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage) 的計劃，可根據人們的財務需求、年齡或醫療狀況，協助支付他們的處方藥物費用。若要進一步瞭解此計劃，請諮詢您的 State Health Insurance Assistance Program (SHIP)。若要取得您所在州的電話號碼，請造訪 [shiphelp.org](http://shiphelp.org)，或致電 1-800-MEDICARE。

- **HIV/AIDS 患者的處方藥物分攤費用援助。** AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 可協助符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 患者確實取得救命的 HIV 藥物。為符合在您所在州運作之 ADAP 的資格，您必須符合特定條件，包括下列證明：州居住地、HIV 狀態、該州所定義的低收入，以及無保險/保險不足狀態。在 ADAP 承保範圍內的 Medicare Part D 處方藥物亦符合 New York State Uninsured Care Program (ADAP) 的處方藥物分攤費用援助資格。有關資格標準、承保藥物、如何投保該計劃的資訊，或者如果您已投保計劃，想要瞭解如何繼續獲得援助，請聯絡 (800) 542-2437 或 (844) 685-4058。請務必在致電時告知他們您的 Medicare Part D 計劃名稱或保單號碼。
- **Medicare Prescription Payment Plan。** Medicare Prescription Payment Plan 是一種付款選項，可與您目前的藥物承保配合使用，透過將我們計劃承保藥物的自付費用分攤到日曆年（1 月至 12 月），幫助您管理自付費用。任何擁有 Medicare 藥物計劃或有藥物承保的 Medicare 健保計劃（如有藥物承保的 Medicare Advantage 計劃）的人都可以使用此付款選項。這種付款方式可能會幫助您管理費用，但它不會省錢或降低您的藥物費用。
- 對於那些符合條件的人來說，享受 Medicare 的 Extra Help 以及 SPAP 和 ADAP 的援助比投保 Medicare Prescription Payment Plan 更有利。無論收入水平如何，所有會員都有資格參加 Medicare Prescription Payment Plan。要瞭解更多關於這種付款方式的資訊，請撥打我們的電話 (833) 671-0440（TTY 使用者致電 711），或造訪 [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)。

## 第5節 有疑問嗎？

### 第5.1節 從 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 獲得幫助

- 致電會員服務部，電話：(833) 671-0440。(TTY 使用者應致電 711。)

我們可以在以下時間接聽電話：服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，當地時間 8 a.m. 至 8 p.m.。4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，當地時間 8 a.m. 至 8 p.m.。這些號碼為免費電話。

- 請參閱您的 2026 年《承保範圍證明》

本年度變更通知概要說明 2026 年的福利和費用變更。如需詳細資訊，請參閱 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 的 2026 年《承保範圍證明》。《承保範圍證明》是您計劃福利的合法詳細說明。其將解釋您的權利以及您需要遵守的規則，以便您獲得承保服務和處方藥物。透過我們的網站 [SWHNY.com](http://SWHNY.com) 取得《承保範圍證明》，或致電會員服務部，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者致電 711)，要求我們郵寄一份副本給您。

- 造訪 [SWHNY.com](http://SWHNY.com)

我們的網站中包含我們的醫療服務提供者網絡 (醫療服務提供者名錄/藥局名錄) 以及承保藥物清單 (處方集/藥品名錄) 的最新相關資訊。

### 第5.2節 取得 Medicare 免費諮詢

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 是獨立的政府計劃，在各州都有訓練有素的諮詢師。在 New York，SHIP 稱作 New

York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP)。

致電 New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP) 以獲得個人化健康保險諮詢。他們可協助您瞭解您的 Medicare 和 Medicaid 計劃選擇，並回答轉換計劃的問題。請致電 New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP)，電話 (800) 701-0501。如需了解更多關於 New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HICAP) 的資訊，請造訪 (<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap>)。

### 第5.3節 從 Medicare 獲得幫助

- 請致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

- 在 [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) 即時聊天

您可以在 [www.Medicare.gov/talk-to-someone](http://www.Medicare.gov/talk-to-someone) 上即時聊天

- 致信 Medicare

您可以寫信給 Medicare，地址：PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- 請造訪 [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

Medicare 的官方網站上有關於費用、承保範圍和品質星級評級的資訊，可幫助您比較您所在地區的 Medicare 健保計劃。

- **閱讀 2026 年《Medicare 與您》**

每年秋季我們會將 2026 年《Medicare 與您》手冊郵寄給 Medicare 會員。該手冊載有 Medicare 福利、權利和保障的摘要，並會解答有關 Medicare 的大部分常見問題。您可以在 [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) 取得副本，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

## 第5.4節 從 Medicaid 獲得幫助

New York State Medicaid Program，電話：(800) 541-2831，週一至週五 8 a.m. 至 8 p.m.，週六 9 a.m 至 1 p.m.。TTY 使用者請撥打 711 尋求有關 Medicaid 投保或福利問題的幫助。您可以致函您當地的 Department of Social Services (LDSS)。請在此處尋找您的 LDSS 網址：[https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/)

### New York State Medicaid Program

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

致電： (800) 541-2831

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

### Nassau County Department of Social Services

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

致電： (516) 227-7474

**Nassau County Department of Social Services**

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

**Westchester County Department of Social Services**

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

致電：(914) 995-3333

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

## 其他重要的醫療 保健和會員資源資訊

- 電子通知(ELN) -如何取得重要文件
- 反歧視聲明 ( NDN ) -第1557條
- 供應情況通知(NOA) -語言協助服務
- 隱私權慣例通知 (NPP)



# 如何取得重要 計劃文件





您對我們來說很重要！我們能讓您輕鬆取得所需的資訊。請上網檢視重要計劃文件，並尋找網絡醫療服務提供者或藥局。您也可以隨時隨地透過任何設備查詢您的處方藥物。您的2026年計劃文件（例如您的《承保範圍證明》、《處方集》以及《醫療服務提供者/藥局名錄》）可於2025年10月15日從線上取得。

## 瞭解您的計劃文件

- **承保範圍證明 (EOC)**：您計劃承保內容的指南。其中包括您的計劃福利和給付、會員權利等詳細資訊。
- **處方集 (藥品名錄)**：您計劃的承保藥物清單。
- **醫療服務提供者/藥局名錄**：網絡醫師、專科醫師和藥局清單，並附上電話號碼和地址。您可以使用我們的線上名錄找到網絡醫療服務提供者或藥局，網址為：[MolinaHealthcare.com/ProviderSearch](https://MolinaHealthcare.com/ProviderSearch)。
- **隱私權政策通知**：本通知為您介紹我們如何使用與披露您的醫療資訊，以及您獲取此類資訊的方法。這些資訊位於我們的網站上：[MolinaHealthcare.com/members/ny/en-us/mem/hipaa/home](https://MolinaHealthcare.com/members/ny/en-us/mem/hipaa/home)。

## 如何檢視或索取計劃文件副本

 **線上[MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare)：**  
您可以隨時隨地在線上檢視或下載您的計劃文件副本。您可以使用電腦、平板電腦或行動電話等任何裝置。您的2026年計劃文件將可於2025年10月15日從線上取得。

 **線上[MyMolina.com](https://MyMolina.com)。**  
請造訪我們的全天候自助會員入口網站，於線上檢視您的計劃文件，或尋找網絡醫療服務提供者或藥局。登入您的 My Molina 會員入口網站或在 [MyMolina.com](https://MyMolina.com) 建立帳戶。按一下「Create an Account」（建立帳戶），然後依照逐步指示進行註冊。



## **免付費電話**

如果您沒有電腦，或您希望將EOC、《處方集》或《醫療服務提供者/藥局名錄》的紙本郵寄給您，請告知我們。如需索取計劃文件的印刷紙本，請撥打會員服務部免付費電話，電話號碼載於您的ID卡背面，服務時間為當地時間週一至週五 8 a.m. 至 8 p.m。

## **我們將隨時為您提供協助**

如果您對您的福利有疑問，或需要協助尋找網絡醫療服務提供者或藥局，請撥打會員服務部免付費電話，電話號碼載於您的ID卡背面。

# 反歧視聲明

## 第 1557 條



## Molina Healthcare - Medicare

Senior Whole Health of New York 遵循適用的聯邦民權法，不會因年齡、膚色、殘疾、國籍（包括有限的英語程度）、種族或性別（符合第 § 92.101(a) 條中所描述的性別歧視範圍）而歧視他人。

為了幫助您與我們有效溝通，Senior Whole Health of New York 提供免費並及時的服務：

- Senior Whole Health of New York 為殘疾人士提供合理的便利以及適當的援助和服務。這包括：(1) 合格的口譯員。(2) 其他格式的資訊，例如，大字版本、語音版本、無障礙電子格式和點字版本。
- Senior Whole Health of New York 向說其他語言或英語技能有限的人士提供語言服務。這包括：(1) 合格的口譯員。(2) 翻譯為您的語言的資訊。

如果您需要這些服務，請聯絡 Molina 會員服務部，電話：1-800-665-3086 或 TTY/TDD：711，服務時間為週一至週五 8 a.m. 至 8 p.m.（當地時間）。

如果您認為我們針對年齡、膚色、殘疾、國籍、種族或性別有所歧視，您可以提出申訴。您可以透過電話、信件、電子郵件或在線上提出申訴。如果您需要協助書寫申訴，我們將為您提供幫助。您可以造訪我們的網站 [https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/terms\\_privacy.aspx](https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/terms_privacy.aspx) 使用我們的申訴程序

致電我們的民權協調員，電話 1-866-606-3889，TTY/TDD：711，或將您的申訴提交至：

Civil Rights Unit  
200 Oceangate  
Long Beach, CA 90802  
電子郵件：[Civil.Rights@MolinaHealthcare.com](mailto:Civil.Rights@MolinaHealthcare.com)  
網站：[MolinaHealthcare.Alertline.com](http://MolinaHealthcare.Alertline.com)

您也可以透過 Office of Civil Rights 投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 向 U.S. Department of Health and Human Services 的 Office of Civil Rights 在線提交民權投訴（申訴），或透過電子郵件或電話提交：

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
電話：1-800-368-1019  
TTY/TDD: 800-537-7697

在此取得投訴表單：<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 ẹgbé 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.



# 隱私權慣例通知

本通知為您介紹我們如何使用與披露您的醫療資訊，以及您獲取此類資訊的方法。請仔細審查。

本聲明描述 Molina Healthcare 附屬健保計劃（下文簡稱「**Molina**」、「**我們**」或「**我們的**」）的隱私權慣例。我們使用並分享您的受保護健康資訊（「**PHI**」），以提供您作為 Molina 會員所享有的健康福利。我們使用並分享您的 PHI 來履行治療、支付和健康照護業務。我們還出於法律允許和要求的其他原因使用和分享您的 PHI。我們有義務對您的健康資訊保密，並遵守本通知的條款。本通知的生效日期為 2026 年 1 月 1 日。

PHI 是包含您的姓名、會員編號或其他識別碼的健康資訊，由我們使用或分享。PHI 包括有關物質使用障礙的健康資訊和生物特徵資訊（如聲紋）。

## 為什麼我們使用或分享您的 PHI？

我們使用和分享您的 PHI，為您提供健康照護福利。您的 PHI 也會因治療、支付和健康照護業務而被使用或分享。

## 用於治療

我們可能使用或分享您的 PHI，以便為您提供或安排醫療照護。這種治療還包括您的醫師或其他健康照護提供者之間的轉診。例如，我們可能會與專科醫師分享有關您健康狀況的資訊。這有助於專科醫師與醫師討論您的治療方法。

## 用於付款

我們可能會使用或分享 PHI 來做出付款決定。這可能包括理賠、治療核准和醫療需求裁定。您的姓名、健康狀況、所接受的治療以及我們提供給您的物資資料均可能在帳單上列出。例如，我們可以讓醫師知道您享有我們的福利。我們還會告知醫師我們將要支付的帳單金額。

自 2026 年 1 月 1 日起生效

## 用於健康照護業務

我們可能會使用或分享關於您的 PHI 以經營我們的健保計劃。例如，我們可能會使用理賠中的資訊，讓您瞭解可以協助您的健保計劃。我們也可能使用或分享您的 PHI 來解決您的疑慮。您的 PHI 還可用於確保理賠得到正確支付。

健康照護業務涉及許多日常商業需要。其包括但不限於下列內容：

- 提高品質；
- 透過健保計劃活動幫助患有某些症狀（例如哮喘）的會員；
- 進行或安排醫學檢查；
- 法律服務，包括欺詐與濫用偵查及起訴行為；
- 協助我們遵守法律的行動；
- 回應會員需求，包括解決投訴和申訴。

我們將與為我們的健保計劃開展各種活動的其他公司（「業務夥伴」）分享您的 PHI。我們還可以使用 PHI 提醒您有關約診的資訊。我們可能會使用您的 PHI 為您提供有關其他治療，或者其他健康相關福利和服務的資訊。

**我們何時可以在未獲得您書面授權（核准）的情況下使用或分享您的 PHI？**

除了治療、付款和健康照護業務以外，法律也允許或要求 Molina 基於其他幾個目的使用和分享您的 PHI，包括下列各項：

### 法律要求

我們將根據法律要求使用或分享關於您的資訊。當 Department of Health and Human Services (HHS) 部長要求時，我們將分享您的 PHI。這可能是由於法院案件、其他法律審查，或者出於執法需要。

### 公共健康

可能為公共衛生活動使用或分享您的 PHI。這可能包括協助公共衛生機構預防或控制疾病。

自 2026 年 1 月 1 日起生效

## **健康照護監管**

我們可能與政府機構使用或分享您的 PHI。他們可能需要您的 PHI 進行稽核。

## **研究**

在某些情況下，您的 PHI 可能會出於研究需要而使用或分享，例如：當隱私或機構審查委員會核准時。

## **法律或行政訴訟**

您的 PHI 可能因為法律程序而被使用或分享，例如為了回應法院命令。

## **執法**

您的 PHI 可能會出於執法目的而提供給警察使用，例如：為了協助尋找嫌犯、證人或失蹤者。

## **衛生與安全**

您的 PHI 可能被分享，以防止對個人或公眾健康或安全造成嚴重緊迫的威脅。

## **政府職能**

我們可能將您的 PHI 提供給政府以用於特別職能，例如為了保護總統。

## **被虐待、忽略、家庭暴力的受害人**

如果我們相信您是被虐待或忽略的受害人，我們可能會將您的 PHI 提供給適當的執法機關。

## **勞工賠償**

為了遵守勞工賠償法律，可能會使用或分享您的 PHI。

## **其他揭露**

我們可能將您的 PHI 提供給喪葬承辦人或驗屍官，以便其履行職責。

## 其他使用和揭露限制。

某些聯邦和州法律可能會要求特殊隱私保護，限制使用和揭露某些類型的健康資訊。此類法律可能會保護以下類型的資訊：酒精和物質使用障礙、生物辨識資訊、兒童或成人虐待或忽略（包括性侵害）、傳染病、基因資訊、HIV/AIDS、心理健康、未成年人資訊、處方、生殖健康和性傳播疾病。我們會遵守適用於我們的更嚴格法律。

## 物質使用障礙 (SUD) 資訊。

雖然根據聯邦法律，我們不是物質使用障礙治療計劃（「SUD 計劃」），但我們可能會從 SUD 計劃收到有關您的資訊。我們不得披露 SUD 資訊，以用於針對您的民事、刑事、行政或立法訴訟，除非我們有 (i) 您的書面同意，或 (ii) 法院命令，以及在我們和您收到通知並有機會聽取意見後發出的傳票或其他強制披露的法律要求。

## 在何種情況下我們需要您的書面授權（核准）才能使用或分享您的 PHI？

我們需要您的書面核准才能使用或分享您的 PHI，以用於本通知所載項目以外的其他目的。在我們針對下列目的披露您的 PHI 之前，我們必須先獲得您的授權：(1) 在多數情形下心理治療記錄的使用及揭露；(2) 基於行銷目的之使用和披露；以及 (3) 涉及出售 PHI 的使用和披露。您可以取消您提供給我們的書面核准。您的取消不適用於我們已採取的行動，因為您已提供給我們核准。

## 您的健康資訊權利有哪些？

您有權：

- **要求限制 PHI 之使用或揭露（分享您的 PHI）**

您可以要求我們在進行治療、付款或健康照護業務時不分享您的 PHI。您可以要求我們不要與家人、朋友或您指名之其他健康照護涉入者分享您的 PHI。但是，我們不需要同意您的要求。您需要以書面方式提出要求。您可以使用我們的表格提出您的請求。

自 2026 年 1 月 1 日起生效

- **要求對 PHI 通訊保密**

您可以要求 Molina 以某種方式或在某個地點為您提供您的 PHI，以協助保護您的 PHI 隱私。如果您讓我們知道，您的部分或全部 PHI 被分享出去會對您的生命構成危險，我們會依照您的合理要求辦事。您需要以書面方式提出要求。您可以使用我們的表格提出您的請求。

- **檢視並複製您的 PHI**

您有權檢視我們所持有的您的 PHI，並索取副本。可能包括您作為我們的會員在做出承保、理賠和其他決定時使用的記錄。您需要以書面方式提出要求。您可以使用我們的表格提出您的請求。我們可能會向您收取合理的費用以複製和郵寄記錄。在某些情況下，我們可以否決這些要求。**重要事項：**我們沒有您的完整的醫療記錄。如果您希望檢視、獲得副本或更改您的醫療記錄，請聯絡您的醫師或診所。

- **修改您的 PHI**

您可以要求我們修改（更改）您的 PHI。這僅涉及我們為您保管的會員記錄。您需要以書面方式提出要求。您可以使用我們的表格提出您的請求。如果我們拒絕您的要求，您可以郵寄信函表示不同意。

- **獲得 PHI 揭露（分享您的 PHI）記錄**

您可以要求我們向您提供清單，列明在您要求日期前六年之間，我們與之分享您 PHI 的特定當事人清單。以下情況下，該清單將不包括分享的 PHI：

- 用於治療、支付或健康照護業務；
- 向人員披露其個人 PHI；
- 在您的授權下進行分享；
- 適用法律允許或要求的使用或披露事件；
- 為維護國家安全利益或為獲取情報之目的而發布的 PHI；或者
- PHI 作為依照相關法例建立的受限制資料的一部分時。

自 2026 年 1 月 1 日起生效

如果您在 12 個月的期限內多次索取此清單，我們將對每份清單收取合理的費用。您需要以書面方式提出要求。您可以使用我們的表格提出您的請求。

您可提出上述任何一項要求，或索取本通知副本。請撥打您 ID 卡背面的免付費電話號碼，與我們的會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 8 a.m. 至 8 p.m. ( 當地時間 )。TTY/TDD 使用者請撥 711。

**如果您的權利沒有得到保護，您可以採取哪些行動？**

如果您認為您的隱私權受到侵犯，您可以向我們和 Department of Health and Human Services 投訴。我們不會因為您提出投訴而對您不利。您的照護和福利不會以任何方式改變。

您可以透過以下方式向我們提出投訴：

撥打您 ID 卡背面的免付費電話號碼，與會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 8 a.m. 至 8 p.m. ( 當地時間 )。TTY/TDD 使用者請撥 711。或寫信給我們：

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

您可以向 *U.S. Department of Health and Human Services* 部長提出投訴：

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 ( 傳真 )

**我們的職責是什麼？**

我們必須：

- 為您的 PHI 保密；

自 2026 年 1 月 1 日起生效

- 向您提供書面資訊，例如我們關於您的 PHI 的職責和隱私政策；
- 在您未受保護的 PHI 外洩時向您發出通知；
- 不得出於給付目的使用或披露您的基因資訊；
- 遵守本通知的條款。

## 本通知可隨時更改

我們保留隨時更改其資訊政策和本通知條款的權利。如果我們做出變更，新的條款和政策將適用於我們保留的所有 PHI。如果我們做出任何重大變更，我們將在我們的網站上發布修訂後的通知，並在下一次向當時由我們承保的會員發出的年度郵件中寄送修訂後的通知，或有關重大變更以及如何獲取修訂後通知的資訊。此通知可在我們的網站上[MolinaHealthcare.com](http://MolinaHealthcare.com) 取得。

## 聯絡方式

如果您對此通知有任何疑問，請聯絡我們。

請撥打您 ID 卡背面的免付費電話號碼，與我們的會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 8 a.m. 至 8 p.m. ( 當地時間 )。TTY/TDD 使用者請撥 711。或寫信至 Molina 會員服務部，200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802。

您可以免費獲得本文件的其他格式版本，例如，大字版本、點字版本和語音版本。致電 (855) 882-3901，TTY/TDD：711，服務時間為每週 7 天 8 a.m. 至 8 p.m. ( 當地時間 )。這是免付費專線。

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

Molina Healthcare 重要資訊



NYACZHT26L00811