2026

Տարեկան փոփոխությունների ծանուցում

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

California H3038-004-003

Ուժի մեջ է հունվարի 1-ից դեկտեմբերի 31-ը, 2026թ.

H3038_26_004_003_CA_ANOC_M

CA-H3038-4-3-A-AC-HY-26-L

MOLINA HEALTHCARE

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)-ը Molina Healthcare of California-ի կողմից առաջարկվող Medicare Medi-Cal ապահովագրական պլան է

Տարեկան փոփոխությունների ծանուցում 2026թ. -ի համար

Ներածություն

Դուք ներկայումս գրանցված եք որպես մեր պլանի անդամ: Հաջորդ տարի կլինեն որոշ փոփոխություններ մեր նպաստների, ապահովագրության, կանոնների և արժեքների վերաբերյալ: Սույն *Տարեկան փոփոխությունների ծանուցումը* ներկայացնում է կատարված փոփոխությունները և դրանց մանրամասների մասին հղումները: Արժեքների, նպաստների կամ կանոնների մասին ավելին իմանալու համար խնդրում ենք կարդալ *Անդամի ձեռնարկը*, որը տեղադրված է մեր կայքում՝ MolinaHealthcare.com/Medicare: Մեր ընթացիկ դեղերի ցանկին ծանոթանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ էջի ներքևում նշված համարներով: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները տրված են այբբենական կարգով՝ *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Լրացուցիչ ռեսուրսներ

- Այս փաստաթուղթն անվճար հասանելի է իսպաներեն, արաբերեն, հայերեն, կհմերերեն, չինարեն, պարսկերեն, մոնղոլերեն, կորեերեն, ռուսերեն, տագալոգ և վիետնամերեն լեզուներով:
- Տարեկան փոփոխությունների սույն ծանուցումը կարող եք անվճար ստանալ այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ խոշոր տառաչափով, բրայլյան գրով կամ

ձայնագրությամբ: Զանգահարեք՝ (855) 687-7860, TTY՝ 711, հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ը, տեղական ժամանակով՝ 8 a.m. - 8 p.m., շաբաթը 7 օր, ապրիլի 1 – սեպտեմբերի 30, երկուշաբթիից ուրբաթ, տեղական ժամանակով՝ 8 a.m. – 8 p.m.: Զանգն անվճար է:

- Անգլերենից բացի՝ ձեր նախընտրած այլ լեզվով և/կամ այլընտրանքային ձևաչափով այն պահանջելու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (855) 687-7860, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ, տեղական ժամանակով՝ 8 a.m. – 8 p.m.:
- Մեր անդամների լեզվի և/կամ ձևաչափի նախապատվությունները կփաստագրվեն և կպահվեն մշտական պահանջի ձևով՝ հետագա նամակագրությունների և հաղորդակցությունների համար: Այդ դեպքում մեր անդամներն ամեն անգամ ստիպված չեն լինի նորից դիմում ներկայացնել:
- Մշտական հայտը փոխելու համար՝ զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (855) 687-7860, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ, տեղական ժամանակով՝ 8 a.m. – 8 p.m.:

Բովանդակություն

A. Հրաժարում պատասխանատվությունից 5

B. Ինչպես վերանայել ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի հաջորդ տարվա ապահովագրությունը 5

B1. Տեղեկատվություն Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)-ի մասին 6

B2. Կարևոր անելիքներ 6

C. Մեր ցանցային մատակարարների և դեղատների փոփոխությունները 9

D. Փոփոխություններ հաջորդ տարվա նպաստներում և գներում 10

D1. Փոփոխություններ բժշկական ծառայությունների նպաստներում և գներում 10

D2. Փոխհատուցվող դեղերի ծածկույթի փոփոխություններ 23

D3. Փուլ 1՝ «Սկզբնական ապահովագրության փուլ» 27

D4. Փուլ 2՝ «Աղետային ապահովագրության փուլ» 35

E. Վարչական փոփոխություններ 36

F. Ինչպես պլան ընտրել 41

F1. Ինչպես մնալ մեր պլանում 41

F2. Ինչպես փոխել պլանները 42

G. Ինչպես օգնություն ստանալ 50

G1. Մեր պլանը 50
G2. Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP) 51
G3. Ombudsman ծրագիր 52
G4. Medicare 52
G5. California-ի կառավարվող առողջապահության բաժին 54
G6. Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի վճարման պլան 55

A. Հրաժարում պատասխանատվությունից

Molina Healthcare-ը C-SNP, D-SNP և HMO ծրագիր է՝ Medicare պայմանագրով: D-SNP ծրագրերը պայմանագիր ունեն նահանգային Medicaid ծրագրի հետ: Գրանցումը կախված է պայմանագրի երկարաձգումից:

B. Ինչպես վերանայել ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի հաջորդ տարվա ապահովագրությունը

Կարևոր է վերանայել ձեր ապահովագրական ծածկույթը հիմա՝ համոզվելու համար, որ այն կշարունակի համապատասխանել ձեր պահանջներին հաջորդ տարի: Եթե այն այլևս չի համապատասխանում ձեր կարիքներին, դուք կարող եք դուրս գալ մեր պլանից: Տե՛ս **D Բաժինը** հաջորդ տարվա նպաստների փոփոխությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկատվության համար:

Եթե որոշում եք դուրս գալ մեր ապահովագրական պլանից, ապա ձեր անդամագրությունը կավարտվի այն ամսվա վերջին օրը, երբ ներկայացվել է ձեր դիմումը: Դուք կշարունակեք ընդգրկված լինել Medicare և Medi-Cal ծրագրերում, քանի դեռ իրավասու եք:

Եթե դուրս գաք մեր պլանից, կարող եք ստանալ տեղեկատվություն՝

- Medicare-ի տարբերակների վերաբերյալ՝ **F2 Բաժնի աղյուսակում:**
- Medi-Cal-ի տարբերակների և ծառայությունների վերաբերյալ՝ **F2 Բաժնի աղյուսակում:**

B1. Տեղեկատվություն Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)-ի մասին

- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)-ը առողջության ապահովագրական պլան է, որն ունի պայմանագրեր և՛ Medicare-ի և՛ Medi-Cal-ի հետ՝ երկու ծրագրի անդամներին էլ նպաստներ տրամադրելու համար։
- *Տարեկան փոփոխությունների ծանուցման* մեջ «մենք», «մեզ» կամ «մեր» բառերը նշանակում են Medicare Medi-Cal պլան։

B2. Կարևոր անելիքներ

- **Ստուգեք՝ արդյոք մեր նպաստներում և արժեքներում կան փոփոխություններ, որոնք կարող են ազդել ձեզ վրա։**
  - Արդյո՞ք կա որևէ փոփոխություն, որն ազդում է այն ծառայությունների վրա, որոնցից օգտվում եք։
  - Վերանայեք նպաստների և արժեքների փոփոխությունները՝ համոզվելու, որ հաջորդ տարի դրանք կհամապատասխանեն ձեր կարիքներին։
  - Տե՛ս **Բաժին D1-ը՝** մեր ապահովագրական պլանի նպաստների փոփոխությունների մասին տեղեկություններ ստանալու համար։
- **Ստուգեք, թե արդյոք մեր փոխհատուցվող դեղերի ծածկույթում տեղի ունեցած որևէ փոփոխություն կարող է ազդել ձեզ վրա։**

- Արդյո՞ք ձեր դեղերը կապահովագրվեն: Արդյո՞ք դրանք ծախսերի բաշխման այլ մակարդակում են: Կկարողանա՞ք օգտվել նույն ցանցային դեղատներից: Կլինե՞ն արդյոք փոփոխություններ, ինչպիսիք են նախնական հաստատումը, փուլային թերապիան կամ քանակական սահմանափակումները:
- Վերանայեք փոփոխությունները՝ համոզվելու, որ մեր դեղերի ապահովագրական ծածկույթը կհամապատասխանի ձեր կարիքներին հաջորդ տարի:
- Մեր դեղերի ապահովագրական ծածկույթի մասին տեղեկություններ ստանալու համար՝ տե՛ս **Բաժին D2-ը**:
- Ձեր դեղերի ծախսերը կարող են ավելացած լինել անցյալ տարվա համեմատ:
  - Խոսեք ձեր բժշկի հետ ձեզ համար հասանելի ավելի էժան այլընտրանքների մասին. դա կարող է խնայել ձեր տարեկան գրպանից կատարվող ծախսերն ամբողջ տարվա ընթացքում:
  - Հիշե՛ք, որ ձեր պլանի նպաստով է որոշվում, թե որքանով կարող են փոխվել ձեր դեղերի ծախսերը:

- **Ստուգեք, արդյոք հաջորդ տարի ձեր մատակարարները և դեղատները կլինեն մեր ցանցում:**
  - Արդյո՞ք ձեր բժիշկները, այդ թվում ձեր մասնագետները, որոնց կանոնավոր այցելում եք, ներառված են մեր ցանցում: Իսկ ձեր

դեղատո՞ւնը: Իսկ հիվանդանոցնե՞րը կամ այլ մատակարարնե՞րը, որոնցից օգտվում եք:

  - Տե՛ս **Բաժին C-ն՝** մեր *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուի* մասին տեղեկություններ ստանալու համար:

- **Դիտարկեք ապահովագրական պլանի ձեր ընդհանուր ծախսերը:**
  - Որքա՞ն անձնական ծախս եք կատարելու ձեր կողմից պարբերաբար օգտագործվող ծառայությունների և դեղերի համար:
  - Ինչպե՞ս համեմատել ընդհանուր արժեքն ապահովագրության այլ տարբերակների հետ:

- **Մտածեք, արդյո՞ք մեր պլանը գոհացնում է ձեզ:**

Եթե որոշում եք մնալ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)-ում.

Եթե ցանկանում եք մնալ մեզ հետ հաջորդ տարի, ապա դա շատ հեշտ է. որևէ բան անելու կարիք չկա: Փոփոխություններ չանելու դեպքում ինքնաբերաբար կշարունակեք անդամակցել Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)-ին:

Եթե որոշում եք փոխել պլանները.

Եթե որոշում եք, որ ապահովագրական այլ ծածկույթն ավելի լավ կհամապատասխանի ձեր կարիքներին, ապա կկարողանաք մեկ ապահովագրական պլանից անցնել մյուսին (ավելին իմանալու համար՝ տե՛ս **Բաժին F2-ը**): Եթե միանում եք նոր պլանի կամ փոխում այն Original Medicare-ի, ապա ապահովագրական նոր պլանը կսկսի գործել հաջորդ ամսվա առաջին օրվանից:

C. Մեր ցանցային մատակարարների և դեղատների փոփոխությունները

Գումարը, որ վճարում եք դեղերի համար, կարող է կախված լինել, թե որ դեղատնից եք օգտվում: Մեր պլանն ունի իր դեղատների ցանցը: Հիմնականում ձեր դեղատոմսերը ներառվում են ծածկույթում միայն այն դեպքում, եթե դրանք դուրս են գրվել մեր ցանցային դեղատներից մեկում:

Մեր մատակարարների և դեղատների ցանցերը 2026թ.-ի համար փոխվել են:

Տե՛ս 2026թ. *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն*՝ պարզելու, արդյոք ձեր մատակարարները (առաջնային խնամքի մատակարար, մասնագետներ, հիվանդանոցներ, և այլն) կամ դեղատունը մեր ցանցում են: Թարմացված *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն* կարող եք գտնել մեր կայքում՝ MolinaHealthcare.com/Medicare: Կարող եք նաև զանգահարել Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ էջի ներքևում նշված համարներով՝ մատակարարի մասին թարմացված տեղեկություն ստանալու համար կամ դիմել մեզ՝ ուղարկելու էլ.փոստով *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն:*

Կարևոր է իմանալ, որ մենք կարող ենք տարվա ընթացքում փոփոխություններ կատարել մեր ցանցում: Եթե ձեր մատակարարը դուրս է գալիս մեր պլանից, ապա դուք ունեք որոշակի իրավունքներ և պաշտպանված եք: Թե ինչ պետք է անել բացառություն խնդրելու համար, կարդացեք **Գլուխ 3-ը,** ձեր *Անդամի ձեռնարկում* կամ աջակցության համար էջի ներքևում նշված համարներով զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն:

D. Փոփոխություններ հաջորդ տարվա նպաստներում և գներում

D1. Փոփոխություններ բժշկական ծառայությունների նպաստներում և գներում

Մենք փոխում ենք որոշակի բժշկական ծառայությունների մեր ծածկույթը և այն, թե ինչ եք վճարում այդ ապահովագրված բժշկական ծառայությունների

համար հաջորդ տարի: Ստորև բերված աղյուսակում նկարագրված են այս փոփոխությունները:

2025թ.-ին Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) պլանը մասնակցում է Արժեքի վրա հիմնված ապահովագրական նախագծման (VBID) մոդելին, սակայն այդ ծրագիրն այս տարի դադարեցվելու է: Որպես VBID մոդելի մաս, Molina Medicare Complete Care Plus-ն (HMO D-SNP) առաջարկում է վերացնել Մաս D-ի դեղերի համար ծախսերի բաշխումը: Քանի որ այս ծրագիրն ավարտվել է, անդամները կարող են կիսվել D մասի բոլոր դեղերի ծախսերով՝ ապահովագրության բոլոր փուլերում: Մանրամասն տեղեկությունների համար և հարցերի դեպքում՝ կարող եք կապվել Անդամների սպասարկման ծառայության հետ:

	2025 (այս տարի)	**2026 (հաջորդ տարի)**
Հատուկ լրացուցիչ նպաստներ՝ քրոնիկ հիվանդություններ ունեցող անդամների համար (SSBCI)- Սննդամթերք և բանջարեղեն	Այս նպաստը փոխհատուցվում է որպես հատուկ լրացուցիչ նպաստ քրոնիկ	Համապատասխան քրոնիկ հիվանդություններով անդամներն ամսական ստանում են $63՝ սննդամթերքի և

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
	հիվանդություններ ունեցող անդամների համար (SSBCI)։ Որակավորված անդամները ստանում են ամսական $75 հատկացում՝ առողջ սննդամթերքի և բանջարեղենի համար։ SSBCI ապահովագրությունը միայն որոշակի քրոնիկ առողջական վիճակներով անդամների համար է:	բանջարեղենի համար (SSBCI)։
Առանց դեղատոմսի (OTC) պարագաներ (Լրացուցիչ)	Դուք ստանում եք $100 ամսական՝ OTC պարագաների համար։	Դուք ստանում եք նախապես ֆինանսավորված MyChoice դեբետային քարտ՝ $45 համալիր ամսական հատկացում՝ OTC պարագաների, OTC լսողական

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
		սարքերի և բուսական կատալոգի համար:
Ատամնաբուժական ծառայություններ (Լրացուցիչ)	Մենք համագործակցում ենք Ատամնաբուժական ծառայության մատակարարի հետ, որպեսզի ավելի շատ տարբերակներ տրամադրենք ձեր առօրյա ատամնաբուժական կարիքների համար: Եթե օգտվում եք մեր ցանցի ատամնաբուժական ծառայությունների որևէ մատակարարից, ապա նրա միջոցով կստանաք թե՛ Կանխարգելիչ, թե՛ Ընտրովի համալիր ատամնաբուժական ծառայություններ: Կանխարգելիչ ատամնաբուժական ծառայությունները	Մենք համագործակցում ենք Ատամնաբուժական ծառայության մատակարարի հետ, որպեսզի ավելի շատ տարբերակներ տրամադրենք ձեր առօրյա ատամնաբուժական կարիքների համար: Եթե օգտվում եք մեր ցանցի ատամնաբուժական ծառայությունների որևէ մատակարարից, ապա նրա միջոցով կստանաք թե՛ Կանխարգելիչ, թե՛ Ընտրովի համալիր ատամնաբուժական ծառայություններ: Կանխարգելիչ ատամնաբուժական ծառայությունները ներառում են բերանի

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
	ներառում են բերանի խոռոչի անվճար հետազոտություններ, մաքրումներ, փտորիդային բուժումներ և ռենտգեն հետազոտություն: Ավելին, դուք կունենաք $1,000 ընտրովի համալիր ատամնաբուժական ծառայությունների, այդ թվում արհեստական ատամնաշարերի համար:	խոռոչի անվճար հետազոտություններ, մաքրումներ, փտորիդային բուժումներ և ռենտգեն հետազոտություն: Ավելին, դուք կունենաք $3,600 ընտրովի համալիր ատամնաբուժական ծառայությունների, այդ թվում արհեստական ատամնաշարերի համար:
Փոխադրման ծառայություններ ապահովագրական պլանով հաստատված վայրերի համար (Լրացուցիչ)	Դուք ստանում եք 12 միակողմանի ուղևորություն ամեն տարի:	Ձեր Molina Medi-Cal նպաստները ներառում են անսահմանափակ ոչ շտապ բժշկական տեղափոխումներ բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ ապահովագրված ծառայությունների համար: Կարող է

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
		պահանջվել տեղեկատվություն ձեր մատակարարից:
Նրացուցիչ հեռաբժշկական ծառայություններ	Դուք վճարում եք **$0** համավճար՝ հեռաբժշկության որոշակի ծառայությունների համար, ներառյալ՝ առաջնային խնամքի բժշկի ծառայությունները:	Դուք վճարում եք **$0** համավճար՝ հեռաբժշկության որոշակի ծառայությունների համար, ներառյալ՝ սրտային վերականգնման, առաջնային խնամքի բժշկի, քիրոպրակտիկ, էրգոթերապիայի, մասնագետ բժշկի ծառայությունները, ինչպես նաև՝ հոգեկան առողջության մասնագիտացված անհատական սեանսներ, հոգեկան առողջության մասնագիտացված խմբային սեանսներ, պոդիատրիկ

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
		ծառայություններ, այլ առողջապահական մասնագետների ծառայություններ, հոգեբուժական ծառայությունների անհատական սեանսներ, հոգեբուժական ծառայությունների խմբային սեանսներ, ֆիզիոթերապևտիկ և լոգոպեդի ծառայություններ, օփիոիդային կախվածության բուժման ծրագրի ծառայություններ, թմրանյութերի չարաշահումից ամբուլատոր բուժման անհատական սեանսներ և թմրանյութերի չարաշահումից

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
		ամբուլատոր բուժման խմբայինսեանսներ:
Սննդի նպաստ - դուրս գրվելուց հետո (Լրացուցիչ)	Սա ապահովագրված լրացուցիչ նպաստ չէ:	Ուտեստները տրամադրվում են յուրաքանչյուր վիրահատությունից կամ ստացիոնար հոսպիտալացումից անմիջապես հետո կամ ՔՈՎԻԴ ախտորոշման կամ տնային կարանտինի դեպքում՝ ՔՈՎԻԴ-ով հիվանդի հետ շփվելու պատճառով, ինչը պահանջում է, որ մնաք տանը որոշակի ժամանակ: Դուք վճարում եք **$0** համավճար՝ օրական 2 ուտեստի համար՝ 14 օրվա ընթացքում: Այս նպաստը կարող է կիրառվել տարեկան մինչև 2 անգամ

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
		(ընդհանուր 56 ուտեստ):
Սննդի նպաստ - Քրոնիկ ուտեստներ (Լրացուցիչ)	Սա ապահովագրված լրացուցիչ նպաստ չէ:	Այս նպաստի շրջանակում եթե դուք ունեք համապատասխան քրոնիկ առողջական վիճակ, ներառյալ՝ շաքարախտը, CHF-ը, սրտանոթային խանգարումներ (սահմանափակվում են սրտային առիթմիաներով, կորոնար զարկերակների հիվանդությամբ, պերիֆերիկ անոթային հիվանդությամբ և քրոնիկ երակային թրոմբոէմբոլիկ խանգարումով), դեմենցիա և քրոնիկ թոքային խանգարումներ, մասնակցում եք Care Management Program պլանին, ապա

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
		կստանաք ամսական 14 ուտեստ՝ մեկ օրացուցային տարում, 12 ամսվա ընթացքում: Սննդի տեսակները հիմնված կլինեն ձեր սննդակարգի կարիքների վրա: Պլանավորեք առավելագույնը 168 ուտեստ:
Սովորական ոտնաբուժական Պոդիատրիկ այցեր	Սա ապահովագրված լրացուցիչ նպաստ չէ:	Դուք ստանում եք տարեկան անսահմանափակ բուժումներ ոտնաբուժությամբ: Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:
OTC լողական սարքեր	Դուք ստանում եք 2 OTC լողական սարք՝ յուրաքանչյուր 2 տարին մեկ:	Դուք ստանում եք նախապես ֆինանսավորված MyChoice դեբետային քարտ՝ ամսական $45 հատկացումով, որը կարող է օգտագործվել

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
		OTC լսողական սարքեր ձեռք բերելու համար: Սա համալիր նպաստ է՝ OTC լսողական սարքերի և OTC պարագաների ձեռք բերման համար, ներառյալ՝ բուսական կատալոգից օգտվելու թույլտվություն:
Դեղատոմսային լսողական սարքեր	Դուք կարող եք պլանի կողմից հաստատված մատակարարից ձեռք բերել նախապես ընտրված մինչև 2 լսողական սարք երկու ականջների համար յուրաքանչյուր 2 տարին մեկ:	Դուք ստանում եք պլանի կողմից հաստատված մատակարարից նախապես ընտրված մինչև 2 լսողական սարք երկու ականջների համար՝ յուրաքանչյուր տարին մեկ:
Տեսողության բուժխնամք (Լրացուցիչ)	Մենք համագործակցել ենք այս տեսողության ծառայություններ մատուցողների հետ՝ ձեր սովորական տեսողական	Մենք համագործակցել ենք այս տեսողության ծառայություններ մատուցողների հետ՝ ձեր սովորական տեսողական

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
	կարիքների համար ավելի շատ տարբերակներ տրամադրելու նպատակով: Տեսողության լրացուցիչ ծառայությունները հատուցվում են, սակայն չեն սահմանափակվում հետևյալով. աչքի մեկ պլանային ստուգում յուրաքանչյուր օրացուցային տարի: Ակնոցների համար նպաստ $200: Ակնոցների համար նպաստը կարող եք օգտագործել՝ գնելու համար հետևյալը՝ Կոնտակտային ոսպնյակներ* ակնոցներ (ոսպնյակներ և շրջանակներ) ակնոցների ոսպնյակներ	կարիքների համար ավելի շատ տարբերակներ տրամադրելու նպատակով: Տեսողության լրացուցիչ ծառայությունները հատուցվում են, սակայն չեն սահմանափակվում հետևյալով. աչքի մեկ պլանային ստուգում յուրաքանչյուր օրացուցային տարի: Ակնոցների համար նպաստ $250: Ակնոցների համար նպաստը կարող եք օգտագործել՝ գնելու համար հետևյալը՝ Կոնտակտային ոսպնյակներ* ակնոցներ (ոսպնյակներ և շրջանակներ) ակնոցների ոսպնյակներ և/կամ շրջանակներ,

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
	և/կամ շրջանակներ, արդիականացումներ (օրինակ՝ երանգավորված, ուլտրամանուշակագույն, բևեռացված կամ փոտոքրոմատիկ ոսպնյակներ): *Եթե ընտրում եք կոնտակտային ոսպնյակներ, ձեր ակնոցների համար նպաստը կարող է օգտագործվել նաև ձեր կոնտակտային ոսպնյակների տեղադրման վճարի ամբողջական կամ մասնակի վճարման համար: Դուք պարտավորվում եք վճարել ցանկացած ուղղիչ ակնոցի համար, որը գերազանցում է	արդիականացումներ (օրինակ՝ երանգավորված, ուլտրամանուշակագույն, բևեռացված կամ փոտոքրոմատիկ ոսպնյակներ): *Եթե ընտրում եք կոնտակտային ոսպնյակներ, ձեր ակնոցների համար նպաստը կարող է օգտագործվել նաև ձեր կոնտակտային ոսպնյակների տեղադրման վճարի ամբողջական կամ մասնակի վճարման համար: Դուք պարտավորվում եք վճարել ցանկացած ուղղիչ ակնոցի համար, որը գերազանցում է պլանի՝ ակնոցների

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
	պլանի՝ ակնոցների համար նպաստի սահմանաչափը: Դուք վճարում եք **$0** ակնոցի նշանակման նպատակով յուրաքանչյուր օրացուցային տարի մինչև մեկ պլանային հետազոտության (և ռեֆրակցիայի) համար:	համար նպաստի սահմանաչափը: Դուք վճարում եք **$0** ակնոցի նշանակման նպատակով յուրաքանչյուր օրացուցային տարի մինչև մեկ պլանային հետազոտության (և ռեֆրակցիայի) համար:

D2. Փոխհատուցվող դեղերի ծածկույթի փոփոխություններ

Փոփոխություններ մեր *դեղերի ցանկում*

Ապահովագրված դեղերի ցուցակի թարմացված տարբերակը տեղադրված է մեր կայքում՝ MolinaHealthcare.com/Medicare: Կարող եք զանգահարել Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ էջի ներքևում նշված համարներով՝ դեղերի մասին թարմացված տեղեկություններ ստանալու համար կամ դիմել մեզ՝ *Ապահովագրված դեղերի ցուցակը* ձեզ ուղարկելու համար:

Փոխհատուցվող դեղերի ցանկը կոչվում է նաև *Դեղացանկ*:

Մենք փոփոխություններ ենք կատարել մեր *դեղերի ցանկում*, ինչը կարող է ներառել դեղերից հրաժարում կամ դեղերի ավելացում, որոշակի դեղերի ծածկույթի սահմանաչափերի փոփոխություն կամ դրանց տեղափոխումը ծախսերի բաշխման մեկ այլ մակարդակ:

Վերանայեք *դեղերի ցանկը*՝ համոզվելու **համար, որ ձեր դեղերը կփոխհատուցվեն հաջորդ տարի** և տեսնելու համար՝ արդյոք կան սահմանափակումներ կամ արդյոք ձեր դեղը տեղափոխվել է ծախսերի բաշխման այլ մակարդակ:

Դեղերի ցանկի փոփոխությունների մեծ մասը նոր են յուրաքանչյուր տարվա սկզբի համար: Այնուամենայնիվ, մենք կարող ենք կատարել այլ փոփոխություններ, որոնք թույլատրված են Medicare-ի և/կամ նահանգի կողմից, որոնք կազդեն ձեզ վրա պլանի օրացուցային տարվա ընթացքում: Մեր առցանց *դեղերի ցանկը* թարմացվում է ամսական կտրվածքով՝ նպատակ ունենալով տրամադրել դեղերի ամենաարդիական ցանկը: Ցանկացած փոփոխության դեպքում, որը կարող է ազդել ձեր կողմից ընդունվող դեղամիջոցի վրա, մենք ձեզ ծանուցում կուղարկենք՝ տեղեկացնելու փոփոխության մասին:

Եթե տուժել եք դեղերի ծածկույթի փոփոխության հետևանքով, ապա կոչ ենք անում.

- Խոսել ձեր բժշկի (կամ այլ նշանակող մասնագետի) հետ, որպեսզի գտնեք մեր կողմից ապահովագրվող այլ դեղ:
  - Կարող եք զանգահարել Անդամների սպասարկման ծառայություն էջի ներքևում նշված համարներով կամ կապ հաստատել ձեր Գործի կառավարչի հետ՝ խնդրելով տրամադրել նույն խնդրի բուժման համար *Ապահովագրված դեղերի ցուցակ*:
  - Այս ցանկը կարող է օգնել ձեր մատակարարին գտնել ձեզ անհրաժեշտ ապահովագրված դեղը:

- Խոսեք ձեր բժշկի (կամ այլ դեղ նշանակող մասնագետի) հետ և դիմեք մեզ՝ բացառության կարգով այդ դեղը փոխհատուցելու նպատակով:
  - Մինչև հաջորդ տարի կարող եք դիմել բացառություն ստանալու համար, և ձեր դիմումը (կամ դեղ նշանակող մասնագետի օժանդակ զեկույցը) ստանալուց հետո մենք կպատասխանենք ձեզ 72 ժամվա ընթացքում:
  - Թե ինչ պետք է անել բացառություն խնդրելու համար, կարդացեք **Գլուխ 9-ը Անդամի** *ձեռնարկում* կամ էջի ներքևում նշված համարներով զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն:
  - Բացառություն խնդրելու հարցում օգնության անհրաժեշտության համար կարող եք կապ հաստատել Անդամների սպասարկման ծառայության կամ ձեր Գործի կառավարչի հետ: Տե՛ս **Գլուխ 2-ը և Գլուխ 3-ը Անդամի** *ձեռնարկում*՝ ձեր խնամքի համակարգողի հետ կապ հաստատելու կարգի վերաբերյալ ավելին իմանալու համար:
- Դիմեք մեզ՝ ժամանակավոր դեղապաշարի ստացումը փոխհատուցելու նպատակով:
  - Որոշ դեպքերում փոխհատուցում ենք տրամադրում **ժամանակավոր** դեղապաշարի համար օրացուցային տարվա առաջին 90 օրերի ընթացքում:
  - Այս ժամանակավոր դեղապաշարի ստացումը նախատեսված է մինչև 31 օրվա համար: (Իմանալու, թե երբ կարող եք ժամանակավոր պաշար ստանալ և ինչպես դիմել դրա համար, կարդացեք **Գլուխ 5-ը Անդամի** *ձեռնարկում*):

- ◦ Ժամանակավոր դեղապաշարի ստացումից հետո զրուցեք ձեր բժշկի հետ և որոշեք՝ ինչ անել ժամանակավոր պաշարի սպառման դեպքում: Կարող եք կամ անցնել մեկ այլ դեղի, որը փոխհատուցվում է մեր ապահովագրական պլանով կամ դիմել մեզ՝ ձեզ համար բացառություն անելու և ձեր ընթացիկ դեղամիջոցը փոխհատուցելու համար:

Հաստատման տևողության վերաբերյալ ծանուցումը կտրամադրվի ձեր բացառության հաստատումից հետո: Շատ դեպքերում, հաստատումները տրվում են մեկ տարի ժամկետով: Դուք պետք է դիմեք դեղերի ցանկի նոր բացառության համար՝ ձեր թույլտվության ժամկետը լրանալուց հետո:

Դեղերի արժեքների փոփոխություններ Մեր պլանի շրջանակներում ձեր Medicare Part D դեղերի ապահովագրական ծածկույթը ներառում է երկու վճարման փուլ: Ձեր վճարած գումարը կախված է դեղերի վճարման փուլից, երբ լրացնում կամ համալրում եք դեղատոմսը: Սրանք են այդ երկու փուլերը՝

Փուլ 1՝ Սկզբնական ապահովագրության փուլ	**Փուլ 2-րդ՝ Աղետային ապահովագրության փուլ**
Այս փուլում պլանը վճարում է ձեր դեղերի արժեքների մասնաբաժինը, իսկ դուք՝ ձեր մասնաբաժինը: Ձեր մասնաբաժինը կոչվում է համավճար: Դուք սկսում եք այս փուլը, երբ ստանում եք տարվա ձեր առաջին դեղատոմսը:	Այս փուլի ընթացքում պլանը վճարում է ձեր դեղերի ամբողջ արժեքը մինչև դեկտեմբերի 31-ը՝ 2026թ.: Դուք անցնում եք այս փուլ այն բանից հետո, երբ որոշակի չափով անձնական ծախսեր եք կատարում:

Սկզբնական ապահովագրության փուլն ավարտվում է, երբ ձեր ընդհանուր անձնական ծախսերը հասնում են **$2,100**-ի: Այդ պահից սկսվում է Աղետային ապահովագրության փուլը: Պլանը այդ պահից մինչև տարվա ավարտը փոխհատուցում է ձեր բոլոր դեղերի արժեքները: Տես՝ **Գլուխ 6**-ը *Անդամի ձեռնարկում*՝ դեղերի համար վճարվելիք գումարի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկատվության համար:

Manufacturer Discount ծրագրի միջոցով դեղարտադրողները վճարում են Մաս D-ով փոխհատուցվող ապրանքանիշային անվանումով դեղերի և կենսաբանական միջոցների ամբողջական արժեքի մի մասը Սկզբնական ապահովագրության փուլում և Աղետային ապահովագրության փուլում: Manufacturer Discount ծրագրի շրջանակներում արտադրողների կողմից տրամադրվող զեղչերը չեն մտնում արժեքի մեջ:

D3. Փուլ 1՝ «Սկզբնական ապահովագրության փուլ»

Սկզբնական ապահովագրության փուլում պլանը վճարում է ձեր փոխհատուցվող դեղերի արժեքների մասնաբաժինը, իսկ դուք՝ ձեր մասնաբաժինը: Ձեր մասնաբաժինը կոչվում է համավճար: Համավճարը կախված է այն ծախսերի մասնաբաժնի մակարդակից, որում դասվում է դեղը, ինչպես նաև այն վայրից, որտեղ այն գնում եք: Դուք վճարում եք համավճար յուրաքանչյուր անգամ, երբ լրացնում եք դեղատոմսը: Եթե ձեր ապահովագրված դեղի արժեքը ավելի ցածր է, քան համավճարը, ապա ավելի ցածր գին եք վճարում:

Մեր *Դեղացանկի* դեղորայքի որոշ մասը մենք տեղափոխել էինք ավելի ցածր կամ ավելի բարձր դեղերի մակարդակ: Եթե ձեր դեղերը տեղափոխվում են մեկ մակարդակից մյուսը, դա կարող է անդրադառնալ ձեր համավճարի վրա: Պարզելու համար՝ արդյոք ձեր դեղերը այլ մակարդակի են, փնտրեք դրանք մեր *Դեղերի ցանկում*:

Հաջորդ աղյուսակը ներկայացնում է ձեր ծախսերը՝ մեկ ամսվա դեղապաշարի համար, որը ստացվել է ցանցային դեղատնից՝ ըստ մեր դեղերի վեց մակարդակների ստանդարտ համավճարների: Այս գումարները կիրառվում են **միայն** այն ժամանակահատվածում, երբ դուք գտնվում եք Սկզբնական ապահովագրության փուլում:

Մեծահասակների համար Մաս D պատվաստանյութերի մեծ մասը տրամադրվում է անվճար:

Պատվաստանյութերի արժեքների վերաբերյալ տեղեկատվություն ստանալու համար, ինչպես նաև այլ ծախսերի վերաբերյալ տեղեկությունների համար, անցեք **6-րդ գլխի D բաժինը** *Անդամի ձեռնարկում:*

	2025 (այս տարի)	**2026 (հաջորդ տարի)**
1-ին մակարդակի դեղեր (Նախընտրելի ջեներիկ դեղամիջոցներ) Ցանցային դեղատնից ստացվող 1-ին	Մաս D-ի փոխհատուցվող դեղերը Պլանի դեղաբանական տեղեկատուի մեջ կդասակարգվեն մեկ մակարդակում:	Մեկամսյա (31 օր) դեղապաշարի համար ձեր համավճարը կազմում է **$0**:

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
մակարդակի մեկամսյա դեղապաշարի արժեքը	Քանի որ ունեք Medi-Cal ապահովագրություն, դուք արդեն համարվում եք գրանցված «Extra Help» ծրագրում, որը նաև կոչվում է Ցածր եկամուտների սուբսիդիա: 2025 թվականին ցանցային դեղատնից դեղատոմս ստանալու ծախսը կկազմի **$0**՝ D մասի դեղատոմսային դեղերի նպաստի բոլոր փուլերում՝ շնորհիվ արժեքի վրա հիմնված ապահովագրական դիզայնի (VBID) բարելավված նպաստի:	
2-րդ մակարդակի դեղեր	Մաս D-ի փոխհատուցվող դեղերը Պլանի դեղաբանական	Մեկամսյա (31 օր) պաշարի համար ձեր համավճարը կազմում է

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
(Ջեներիկ դեղամիջոցներ) Ցանցային դեղատնից ստացվող 2-րդ մակարդակի մեկամսյա դեղապաշարի արժեքը	տեղեկատուի մեջ կդասակարգվեն մեկ մակարդակում: Քանի որ ունեք Medi-Cal ապահովագրություն, դուք արդեն համարվում եք գրանցված «Extra Help» ծրագրում, որը նաև կոչվում է Ցածր եկամուտների սուբսիդիա: 2025 թվականին ցանցային դեղատնից դեղատոմս ստանալու ծախսը կկազմի **$0**՝ D մասի դեղատոմսով դեղերի նպաստի բոլոր փուլերում՝ շնորհիվ արժեքի վրա հիմնված ապահովագրական դիզայնի (VBID) բարելավված նպաստի:	**$0, $1.60** կամ **$4**՝ բոլոր դեղերի համար:

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
3-րդ մակարդակի դեղեր (Նախընտրելի ապրանքանիշային դեղամիջոցներ) Ցանցային դեղատնից ստացվող 3-րդ մակարդակի մեկամսյա դեղապաշարի արժեքը	Մաս D-ի փոխհատուցվող դեղերը Պլանի դեղաբանական տեղեկատուի մեջ կդասակարգվեն մեկ մակարդակում: Քանի որ ունեք Medi-Cal ապահովագրություն, դուք արդեն համարվում եք գրանցված «Extra Help» ծրագրում, որը նաև կոչվում է Ցածր եկամուտների սուբսիդիա: 2025 թվականին ցանցային դեղատնից դեղատոմս ստանալու ծախսը կկազմի **$0**՝ D մասի դեղատոմսով դեղերի նպաստի բոլոր փուլերում՝ ճնորհիվ արժեքի վրա հիմնված	Մեկամսյա (31 օր) դեղապաշարի համար ձեր համավճարը կազմում է՝ **$0**, **$1.60** կամ **$5.10**՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ջեներիկ համարվող ապրանքանիշային դեղերը), իսկ մնացած բոլոր դեղերի համար՝ **$0**, **$4.90** կամ **$12.65** համավճար՝ մեկ դեղատոմսի համար:

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
	ապահովագրական դիզայնի (VBID) բարելավված նպաստի:	
4-րդ մակարդակի դեղեր (Ոչ նախընտրելի դեղեր) Ցանցային դեղատնից ստացվող 4-րդ մակարդակի մեկամսյա դեղապաշարի արժեքը	Մաս D-ի փոխհատուցվող դեղերը Պլանի դեղաբանական տեղեկատուի մեջ կդասակարգվեն մեկ մակարդակում: Քանի որ ունեք Medi-Cal ապահովագրություն, դուք արդեն համարվում եք գրանցված «Extra Help» ծրագրում, որը նաև կոչվում է Ցածր եկամուտների սուբսիդիա: 2025 թվականին ցանցային դեղատնից դեղատոմս ստանալու ծախսը կկազմի **$0**՝ D մասի դեղատոմսով	Մեկամսյա (31 օր) դեղապաշարի համար ձեր համավճարը կազմում է՝ **$0**, **$1.60** կամ **$5.10**՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ջեներիկ համարվող ապրանքանիշային դեղերը), իսկ մնացած բոլոր դեղերի համար՝ **$0**, **$4.90** կամ **$12.65** համավճար՝ մեկ դեղատոմսի համար:

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
	դեղերի նպաստի բոլոր փուլերում՝ ճնորհիվ արժեքի վրա հիմնված ապահովագրական դիզայնի (VBID) բարելավված նպաստի:	
5-րդ մակարդակի դեղեր (Ուղղորդված ազդեցությամբ դեղեր) Ցանցային դեղատնից ստացվող 5-րդ մակարդակի մեկամսյա դեղապաշարի արժեքը	Մաս D-ի փոխհատուցվող դեղերը Պլանի դեղաբանական տեղեկատուի մեջ կդասակարգվեն մեկ մակարդակում: Քանի որ ունեք Medi-Cal ապահովագրություն, դուք արդեն համարվում եք գրանցված «Extra Help» ծրագրում, որը նաև կոչվում է Ցածր եկամուտների սուբսիդիա: 2025 թվականին ցանցային դեղատնից	Մեկամսյա (31 օր) դեղապաշարի համար ձեր համավճարը կազմում է՝ **$0**, **$1.60** կամ **$5.10**՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ջեներիկ համարվող պրեֆերենցիալ դեղերը), իսկ մնացած բոլոր դեղերի համար՝ **$0**, **$4.90** կամ **$12.65** համավճար՝ մեկ դեղատոմսի համար:

	2025 (այս տարի)	**2026 (հաջորդ տարի)**
	դեղատոմս ստանալու ծախսը կկազմի **$0**՝ D մասի դեղատոմսով դեղերի նպաստի բոլոր փուլերում՝ շնորհիվ արժեքի վրա հիմնված ապահովագրական դիզայնի (VBID) բարելավված նպաստի:	
6-րդ մակարդակի դեղեր (Ընտրել խնամքի դեղամիջոցները) Ցանցային դեղատնից ստացվող 6-րդ մակարդակի մեկամսյա դեղապաշարի արժեքը	Մաս D-ի փոխհատուցվող դեղերը Պլանի դեղաբանական տեղեկատուի մեջ կդասակարգվեն մեկ մակարդակում: Քանի որ ունեք Medi-Cal ապահովագրություն, դուք արդեն համարվում եք գրանցված «Extra Help» ծրագրում, որը նաև կոչվում է Ցածր	Մեկամսյա (31 օր) դեղապաշարի համար ձեր համավճարը կազմում է **$0**:

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
	եկամուտների սուբսիդիա: 2025 թվականին ցանցային դեղատնից դեղատոմս ստանալու ծախսը կկազմի **$0**՝ D մասի դեղատոմսով դեղերի նպաստի բոլոր փուլերում՝ շնորհիվ արժեքի վրա հիմնված ապահովագրական դիզայնի (VBID) բարելավված նպաստի:	

Սկզբնական ապահովագրության փուլն ավարտվում է, երբ ձեր ընդհանուր անձնական ծախսերը հասնում են **$2,100-ի**: Այդ պահից սկսվում է Աղետային ապահովագրության փուլը: Տես՝ **Գլուխ 6-ը Անդամի** *ձեռնարկում*՝ դեղերի համար վճարվելիք գումարի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկատվության համար:

D4. Փուլ 2՝ «Աղետային ապահովագրության փուլ»

Երբ ձեր դեղերի համար անձնական ծախսերը հասնում են **$2,100** սահմանաչափին, սկսվում է աղետային ապահովագրության փուլը և դուք այլևս վճարում չեք կատարում ապահովագրված դեղերի համար: Դուք մնում

եք Աղետային ապահովագրության փուլում մինչև օրացուցային տարվա ավարտը:

Աղետային ապահովագրության փուլում ձեր ծախսերի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկատվության համար կարդացե՛ք **Գլուխ 6-ը:**

E. Վարչական փոփոխություններ

Հաջորդ տարում մենք նախատեսում ենք կատարել վարչական փոփոխություններ: Այդ փոփոխությունները ներկայացված են ստորև բերվող աղյուսակում:

	2025թ. (այս տարի)	2026թ. (հաջորդ տարի)
Ձեր պայմանագրի/ պլանի նպաստների փաթեթը (PBP) փոխվել է	H3038-003-000	H3038-004-003
Medicare դեղատոմսային դեղերի վճարման պլան	Կիրառելի չէ	Medicare դեղատոմսային դեղերի վճարման պլանը կօգնի կառավարել ձեր դեղերի ծախսերը՝ դրանք տարվա ընթացքում բաշխելով որպես ամսական վճարումներ: Ծրագրի

	2025թ. (այս տարի)	2026թ. (հաջորդ տարի)
		վերաբերյալ մանրամասն տեղեկությունների համար խնդրում ենք զանգահարել այս էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով կամ այցելել www.medicare.gov կայքը:
Հատուկ լրացուցիչ նպաստներ քրոնիկ հիվանդություններ ունեցող անդամների համար (SSBCI) ***Շարունակությունը՝ հաջորդ էջում***	Եթե ձեզ մոտ ախտորոշված է քրոնիկ հիվանդություն (ներ) և դուք համապատասխանում եք որոշակի չափանիշների, դուք կարող եք իրավասու լինել օգտվելու քրոնիկ հիվանդներին հատկացվող հատուկ լրացուցիչ նպաստներից: Իրավասու քրոնիկ	Եթե ձեզ մոտ ախտորոշված է քրոնիկ հիվանդություն (ներ) և դուք համապատասխանում եք որոշակի չափանիշների, դուք կարող եք իրավասու լինել օգտվելու քրոնիկ հիվանդներին հատկացվող հատուկ լրացուցիչ նպաստներից: Իրավասու քրոնիկ

	2025թ. (այս տարի)	2026թ. (հաջորդ տարի)
	առողջական վիճակները ներառում են. • Սրտանոթային խնդիրներ • Սրտի քրոնիկ անբավարարություն • Թուլամտություն • Շաքարային դիաբետ • Թոքերի քրոնիկ խանգարումներ • Երիկամային հիվանդություն	առողջական վիճակները ներառում են. • Սրտանոթային խնդիրներ • Սրտի քրոնիկ անբավարարություն • Թուլամտություն • Շաքարային դիաբետ • Թոքերի քրոնիկ խանգարումներ • Երիկամների քրոնիկ հիվանդություն (CKD) • Ալկոհոլային և այլ թմրամիջոցներից քրոնիկ կախվածություն (SUD) • Քաղցկեղ

	2025թ. (այս տարի)	**2026թ. (հաջորդ տարի)**
		• Աուտոիմուն խանգարումներ • Գերճաշ, ճարպակալում և մետաբոլիկ սինդրոմ • Քրոնիկ ստամոքսաղիճային հիվանդություն • Լուրջ հեմատոլոգիական խանգարումներ • HIV/AIDS • Քրոնիկ և հաշմանդամություն առաջացնող հոգեկան առողջության խնդիրներ • Նյարդաբանական խանգարումներ • Կաթված

	2025թ. (այս տարի)	**2026թ. (հաջորդ տարի)**
		• Օրգանների փոխպատվաստումից հետո ընկած շրջանը • Իմունային անբավարարություն և իմունոսուպրեսիվ խանգարումներ • Ծանաչողական խանգարման հետ կապված վիճակներ • Ֆունկցիոնալ խնդիրներով պայմանավորված վիճակներ • Քրոնիկ առողջական վիճակներ, որոնք վատթարացնում են տեսողությունը, լսողությունը (խլություն), համի զգացողությունը,

	2025թ. (այս տարի)	2026թ. (հաջորդ տարի)
		շոշափելիքը և հոտառությունը • Առողջական վիճակներ, որոնց դեպքում պահանջվում են շարունակական թերապևտիկ ծառայություններ՝ մարդկանց ֆունկցիոնալությունը պահպանելու համար

F. Ինչպես պլան ընտրել

F1. Ինչպես մնալ մեր պլանում

Հուսով ենք՝ կշարունակեք մնալ մեր ապահովագրական պլանի անդամ: Մեր պլանում մնալու համար ձեզնից որևէ գործողություն չի պահանջվում: Եթե չեք փոխում Medicare-ի մեկ այլ պլանի կամ Original Medicare-ի, ապա ավտոմատ մնում եք գրանցված՝ որպես 2026թ. մեր ապահովագրական պլանի անդամ:

F2. Ինչպես փոխել պլանները

Medicare-ում գրանցված մարդկանց մեծամասնությունը կարող է դադարեցնել իրենց անդամակցությունը պլանում տարվա որոշակի ժամանակահատվածում:

Ի հավելումն, ձեր անդամակցությունը մեր ապահովագրական պլանին կարող եք դադարեցնել հետևյալ շրջաններում.

- **Բաց գրանցման ժամանակաշրջան**, որը տևում է հոկտեմբերի 15-ից դեկտեմբերի 7-ը: Եթե այս շրջանում ընտրում եք նոր ապահովագրական պլան, ապա ձեր անդամակցությունը մեր պլանին ավարտվում է դեկտեմբերի 31-ին, իսկ նոր պլանին անդամակցությունը սկսվում է հունվարի 1-ից:
- **Medicare Advantage (MA) բաց անդամագրման ժամանակահատվածը** տևում է հունվարի 1-ից մինչև մարտի 31-ը: Եթե այս ժամանակահատվածում ընտրում եք նոր ապահովագրական պլան, ապա նոր պլանին ձեր անդամակցությունը սկսվում է հաջորդ ամսվա առաջին օրվանից:
- Medi-Cal-ի ձեր իրավասությունը թույլ է տալիս դադարեցնել ձեր անդամակցությունը մեր պլանին տարվա ցանկացած ամսվա ընթացքում:

Կարող են լինել այլ իրավիճակներ, երբ իրավասու եք կատարել անդամագրության փոփոխություն: Օրինակ, երբ՝

- դուրս եք եկել մեր սպասարկման տարածքից,

- Medi-Cal-ին կամ Extra Help-ին անդամակցելու ձեր իրավասությունը փոփոխվել է **կամ**
- դուք նոր եք տեղափոխվել կամ ներկայումս բուժսպասարկում եք ստանում հաստատությունում (օրինակ՝ որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատություն կամ երկարատև խնամքի հիվանդանոց)։ Եթե վերջերս եք տեղափոխվել հաստատությունից, դուք իրավասու եք հարմարեցնել ձեր պլանները կամ անցնել Original Medicare-ին՝ ձեր տեղափոխվելուց հետո երկու լրիվ ամսվա ընթացքում։

Ձեր Medicare ծառայությունները

Տարվա ցանկացած ամսվա ընթացքում ունեք երեք տարբերակ՝ ստանալու ստորև նշված Medicare ծառայությունները։ Տարվա որոշակի ժամանակահատվածներում, ինչպիսիք են՝ **Բաց գրանցման ժամանակաշրջանը** և **Medicare Advantage բաց անդամագրման ժամանակահատվածը,** ինչպես նաև **Բաժին F2-ում նշված այլ իրավիճակներում**, ձեզ ընձեռնվում է լրացուցիչ տարբերակներից օգտվելու հնարավորություն, որոնք նշված են ստորև։ Այդ տարբերակներից մեկն ընտրելու դեպքում ինքնաբերաբար դադարեցնում եք մեր ապահովագրական պլանի անդամակցությունը։

1. Դուք կարող եք անցնել՝	**Ահա ինչ է հարկավոր անել՝**
Medi-Medi պլանը Medicare Advantage պլանի տեսակ է։ Այն նախատեսված է այն	զանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

մարդկանց համար, որոնք ունեն և՛ Medicare, և՛ Medi-Cal, և միավորում է Medicare և Medi-Cal նպաստները մեկ պլանի մեջ: Medi-Medi պլանները համակարգում են երկու ծրագրերի բոլոր նպաստներն ու ծառայությունները՝ ներառյալ Medicare-ի և Medi-Cal-ի կողմից փոխհատուցվող բոլոր ծառայությունները, ինչպես նաև Տարեցների համապարփակ խնամքի ծրագիրը (PACE), եթե համապատասխանում եք դրա պահանջներին:

Նշում. Medi-Medi Plan եզրույթը California-ում ինտեգրված երկակի իրավասու հատուկ կարիքների ծրագրերի (D-SNPs) անվանումն է:

հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

Տարեցների համապարփակ խնամքի ծրագրի (PACE) հարցումների համար զանգահարեք՝ 1-855-921-PACE (7223) հեռախոսահամարով:

Եթե օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություն է հարկավոր՝

- զանգահարե՛ք California-ի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթից ուրբաթ, ժամը՝ 8 a.m. - 5 p.m., TTY՝ 711: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածքային HICAP գրասենյակը գտնելու համար խնդրում ենք այցելել՝ www.aging.ca.gov/Programs

	and Services/Medicare Counseling/ կայքը: **ԿԱՄ** Գրանցվեք Medi-Medi որևէ նոր պլանի: Մեր պլանում ձեր անդամագրությունն ինքնաբերաբար դադարեցվում է նոր պլան սկսելու դեպքում: Ձեր Medi-Cal պլանը կփոխվի՝ ձեր Medi-Medi պլանին համապատասխանելու համար:
2. Դուք կարող եք անցնել՝ **Original Medicare՝ Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի անկախ պլանի:**	**Ահա ինչ է հարկավոր անել՝** զանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Եթե օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություն է հարկավոր՝

	• զանգահարե՛ք California-ի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը՝ 8 a.m. - 5 p.m., TTY՝ 711 Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածքային HICAP գրասենյակը գտնելու համար խնդրում ենք այցելել՝ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ կայքը: **ԿԱՄ** Գրանցվեք Medicare-ի նոր՝ դեղատոմսային դեղերի պլանում: Մեր պլանում ձեր անդամագրությունն ինքնաբերաբար դադարեցվում է այն պահին, երբ սկսվում է Original Medicare-ի ապահովագրությունը:

	Ձեր Medi-Cal պլանը կմնա անփոփոխ, եթե դուք հատուկ փոփոխություն չխնդրեք:
3. Դուք կարող եք անցնել՝ **Original Medicare՝ առանց Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի անկախ պլանի** **ՆՇՈՒՄ՝** Original Medicare-ին անցնելու և Medicare-ի դեղերի անկախ պլանին չանդամագրվելու դեպքում Medicare-ը կարող է ձեզ գրանցել դեղերի որևէ այլ ապահովագրական պլանում, եթե Medicare-ին չտեղեկացնեք, որ չեք ցանկանում միանալ: Դուք պետք է հրաժարվեք դեղերի ծածկույթից, միայն եթե դեղերի ծածկույթ եք ստանում մեկ այլ աղբյուրից, ինչպես օրինակ՝ ձեր գործատուից կամ միությունից: Դեղերի ծածկույթի անհրաժեշտության հետ կապված հարցերի դեպքում զանգահարեք	**Ահա ինչ է հարկավոր անել՝** զանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Եթե օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություն է հարկավոր՝ • զանգահարե՛ք California-ի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը՝ 8 a.m.- 5 p.m., TTY՝ 711: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածքային HICAP

California-ի Բժշկական ապահովագրության հարցերով խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագրի (HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով՝ երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը՝ 8 a.m. - 5 p.m։ Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր HICAP տարածքային գրասենյակը գտնելու համար խնդրում ենք այցելել՝ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/։	գրասենյակը գտնելու համար խնդրում ենք այցելել՝ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ կայքը։ Մեր պլանում ձեր անդամագրությունն ինքնաբերաբար դադարեցվում է այն պահին, երբ սկսվում է Original Medicare-ի ապահովագրությունը։ Ձեր Medi-Cal պլանը կմնա անփոփոխ, եթե դուք հատուկ փոփոխություն չխնդրեք։
4. Դուք կարող եք անցնել՝ **Medicare-ի ցանկացած առողջության ապահովագրական պլան՝** տարվա որոշակի ժամանակաշրջանի ընթացքում, ներառյալ՝ **Բաց գրանցման ժամանակաշրջանը** և **Medicare Advantage բաց անդամագրման ժամանակահատվածը,** ինչպես	**Ահա ինչ է հարկավոր անել՝** զանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով։ TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով։ Եթե օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություն է հարկավոր՝

նաև Բաժին A-ում նշված այլ իրավիճակներում:	• զանգահարե՛ք California-ի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը՝ 8 a.m.- 5 p.m., TTY՝ 711։ Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածքային HICAP գրասենյակը գտնելու համար խնդրում ենք այցելել՝ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ կայքը: **ԿԱՄ** Գրանցվել Medicare-ի նոր՝ դեղատոմսային դեղերի պլանում: Մեր Medicare պլանում ձեր անդամակցությունն ինքնաբերաբար դադարեցվում է այն պահին, երբ սկսվում է նոր պլանի ապահովագրական ծածկույթը:

	Ձեր Medi-Cal պլանը կարող է փոխվել:

Ձեր Medi-Cal ծառայությունները

Մեր ապահովագրական պլանից դուրս գալուց հետո Medi-Cal պլանի ընտրության կամ Medi-Cal ծառայություններից օգտվելու հետ կապված հարցերի դեպքում կապ հաստատեք Health Care Options-ի հետ՝ 1-800-430-4263 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը՝ 8 a.m. - 6 p.m., TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով: Հարցրեք, թե ինչպես է մեկ այլ պլանի միանալը կամ Original Medicare-ին վերադառնալն ազդում ձեր Medi-Cal ապահովագրական ծածկույթը ստանալու վրա:

G. Ինչպես օգնություն ստանալ

G1. Մեր պլանը

Հարցերի դեպքում մենք պատրաստ ենք օգնել ձեզ: Նշված աշխատանքային օրերին և ժամերին զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն էջի ներքևում նշված համարներով: Այս զանգերն անվճար են:

Կարդացեք *Անդամի ձեռնարկը*

Անդամի ձեռնարկը մեր ապահովագրական պլանի նպաստների օրինական ու մանրամասն նկարագրությունն է: Այն ներառում է 2026 թվականի նպաստների և արժեքների մանրամասները: Այն ներկայացնում է ձեր

իրավունքները ու կանոնները, որոնց պետք է հետևեք ծառայություններ և դեղատոմսային դեղեր ստանալու համար:

Անդամի ձեռնարկը 2026 թվականի համար հասանելի է մինչև հոկտեմբերի 15-ը: Թարմացված *Անդամի ձեռնարկի* օրինակը հասանելի է մեր կայքում՝ MolinaHealthcare.com/Medicare: Կարող եք նաև զանգահարել Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ էջի ներքևում նշված համարներով, որպեսզի փոստով ուղարկենք ձեզ *Անդամի ձեռնարկը* 2026թ.-ի համար:

Մեր վեբկայքը

Կարող եք այցելել մեր վեբկայք՝ MolinaHealthcare.com/Medicare: Հիշեցնում ենք, որ մատակարարների և դեղատների ցանցի (*Մատակարարների և դեղատների տեղեկատու*) և մեր *դեղերի ցանկի* (*Ապահովագրված դեղերի ցուցակ*) մասին ամենաարդիական տեղեկությունները տեղադրված են մեր կայքում:

G2. Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)

Կարող եք նաև զանգահարել State Health Insurance Assistance Program (SHIP): California-ում SHIP ծրագիրը կոչվում է Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP): HICAP խորհրդատուները կարող են օգնել ձեզ հասկանալ ձեր ապահովագրական պլանի տարբերակները և պատասխանել պլանների փոփոխման հետ կապված հարցերին: HICAP-ը կապված չէ մեր կամ որևէ ապահովագրական կազմակերպության կամ առողջության ապահովագրական պլանի հետ: HICAP-ը տրամադրում է վերապատրաստված խորհրդատուներ, և

ծառայությունները մատուցվում են անվճար: HICAP-ի հեռախոսահամարն է՝ 1-800-434-0222: TTY՝ 711: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածքային HICAP գրասենյակը գտնելու համար խնդրում ենք այցելել՝ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ կայքը:

G3. Ombudsman ծրագիր

Medicare Medi-Cal Ombudsman ծրագիրը կարող է օգնել ձեզ մեր ապահովագրական պլանի հետ կապված խնդիրների դեպքում: Օմբուդսմենի ծառայություններն անվճար են և հասանելի բոլոր լեզուներով: Medicare Medi-Cal Ombudsman ծրագիրը՝

- կարող է խնդրի կամ բողոքի դեպքում պատասխանել հարցերին և օգնել հասկանալ, թե ինչ անել,
- ապահովում է, որ դուք ունենաք տեղեկատվություն՝ կապված ձեր իրավունքների և պարտականությունների, ինչպես նաև ձեր մտահոգությունները լուծելու ուղիների հետ,
- կապ չունի մեր կամ որևէ ապահովագրական կազմակերպության կամ առողջության ապահովագրական պլանի հետ: Medicare Medi-Cal Ombudsman ծրագրի հեռախոսահամարը՝ 1-855-501-3077 է:

G4. Medicare

Անմիջապես Medicare-ից տեղեկություններ ստանալու համար.

- զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- կենդանի զրուցեք՝ www.Medicare.gov/talk-to-someone
- գրեք Medicare-ին PO Box 1270, Lawrence, KS 66044 հասցեով:

Medicare-ի վեբկայքը

Կարող եք այցելել Medicare-ի կայքը (www.medicare.gov)։ Եթե որոշում եք դուրս գալ Medicare-Medicaid Plan-ից և անդամագրվել Medicare Advantage պլանում, Medicare կայքում կարող եք գտնել տեղեկություններ ծախսերի, ապահովագրության և որակի վարկանիշների մասին, որոնք կօգնեն համեմատել Medicare Advantage պլանները:

Ձեր տարածքում հասանելի Medicare պլանների վերաբերյալ տեղեկատվությունը կարող եք գտնել Medicare-ի կայքում՝ օգտագործելով Medicare Plan Finder գործիքը (Ապահովագրական պլանների մասին տեղեկությունների համար այցելեք www.medicare.gov և սեղմեք «Գտնել պլաններ»):

Medicare & You 2026թ.

Կարող եք կարդալ *Medicare & You 2026* թ.-ի ձեռնարկը: Ամեն տարի աշնանը այս գրքույկը փոստով ուղարկվում է Medicare-ի անդամներին: Այն պարունակում է Medicare-ի նպաստների, իրավունքների և պատասխանատվությունների ամփոփագիրը, ինչպես նաև Medicare-ի վերաբերյալ

ամենահաճախ տրվող հարցերի պատասխանները: Այս ձեռնարկը հասանելի է նաև իսպաներեն, չինարեն և վիետնամերեն լեզուներով:

Եթե չունեք այս գրքույկի պատճենը, ապա կարող եք այն ստանալ Medicare-ի կայքից՝ (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) կամ զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

G5. California-ի կառավարվող առողջապահության բաժին

California Department of Managed Health Care-ը պատասխանատու է բուժխնամքի պլանների կարգավորման համար: Առողջության ապահովագրական պլանի դեմ բողոք ունենալու դեպքում, պետք է առաջին հերթին զանգահարեք ձեր առողջության ապահովագրական պլանին հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (855) 687-7860, **TTY՝ 711** և մինչև սպասարկման բաժինը միանալը օգտվեք ձեր առողջության ապահովագրական պլանի բողոքարկման ընթացակարգից: Այս բողոքարկման ընթացակարգի կիրառումը չի արգելում ձեր հնարավոր իրավական իրավունքներն ու միջոցները: Եթե Medi-Cal բողոքարկման հետ կապված օգնության կարիք ունեք, որը կապված է առողջության ապահովագրական պլանի կողմից բավարար կերպով չկարգավորված արտակարգ իրավիճակի հետ կամ Medi-Cal բողոքարկման հետ, որը չլուծված է մնում ավելի քան 30 օր, ապա կարող եք զանգահարել բաժին՝ աջակցություն ստանալու համար: Կարող եք նաև իրավասու լինել օգտվելու Medi-Cal-ի Անկախ բժշկական փորձաքննությունից (IMR): Եթե համապատասխանում եք IMR գործընթացին մասնակցելու պահանջներին, ապա IMR գործընթացի շրջանակներում կկատարվի առողջության

ապահովագրական պլանի կողմից կայացված որոշումների անաչառ գնահատում՝ ներառյալ առաջարկվող ծառայության կամ բուժման բժշկական հիմնավորվածությունը, փորձարարական կամ հետազոտական բնույթ ունեցող բուժումների ծածկույթի վերաբերյալ որոշումները, ինչպես նաև արտակարգ կամ շտապ բժշկական ծառայությունների վճարման հետ կապված վեճերը: Վարչությունն ունի նաև անվճար հեռախոսահամար **(1-888-466-2219)** և TDD գիծ՝ **(1-877-688-9891)** լսողության և խոսքի խանգարումներ ունեցող անձանց համար: Վարչության ինտերնետային կայքը՝ www.dmhc.ca.gov:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացե՛ք **Գլուխ 9-ի Բաժին F4**-ը՝ *Անդամի ձեռնարկում:*

G6. Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի վճարման պլան

Medicare-ի դեղերի վճարման ծրագիրը վճարման տարբերակ է, որը կարող է օգնել ձեզ կառավարել ձեր դեղերի հետ կապված սեփական ծախսերը՝ դրանք տարաժամկետ վճարումների տեսքով բաշխելով ամբողջ օրացուցային տարվա ընթացքում (հունվարից դեկտեմբեր): Այս ծրագիրը չի խնայում ձեր գումարը կամ չի նվազեցնում ձեր դեղերի արժեքը:

Եթե համապատասխանում եք պահանջներին, ապա Medicare-ի «Extra Help» ծրագիրը, նահանգային դեղագործական աջակցման ծրագիրը (SPAP) և AIDS դեղերի աջակցման ծրագիրը (ADAP) կարող են ապահովել ավելի մեծ աջակցություն, քան միայն Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի վճարման պլանին մասնակցությունը: Բոլոր գրանցվածները կարող են մասնակցել այս ծրագրին՝ անկախ եկամտի մակարդակից: Այս ծրագրի վերաբերյալ մանրամասն տեղեկությունների համար խնդրում ենք կապ հաստատել այս

էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով կամ այցելել www.medicare.gov:

Լրացուցիչ կարևոր տեղեկատվություն՝ առողջապահության և անդամների ռեսուրսների վերաբերյալ

- Էլեկտրոնային ծանուցում (ELN) – Ինչպես ստանալ կարևոր փաստաթղթեր
- Ծանուցում խտրականության բացառման մասին (NDN)՝ Բաժին 1557
- Հասանելիության մասին ծանուցում (NOA)՝ Լեզվի աջակցման ծառայություններ
- Գաղտնիության կանոնների վերաբերյալ ծանուցում (NPP)

Ինչպես ստանալ ապահովագրական պլանի մասին կարևոր փաստաթղթեր

Դուք կարևո՛ր եք մեզ համար: Մենք հեշտացնում ենք ձեզ անհրաժեշտ տեղեկատվություն ստանալու գործընթացը: Առցանց դիտեք պլանի կարևոր փաստաթղթերը և գտեք ցանցային մատակարար կամ դեղատուն: Կարող եք նաև փնտրել ձեր դեղատոմսով տրվող դեղերը ցանկացած պահի, ցանկացած վայրում, ցանկացած սարքից: Ձեր 2026թ. ապահովագրական պլանի փաստաթղթերը, օրինակ՝ Ապահովագրական վկայագիրը, դեղաբանական տեղեկատուն և մատակարարների/դեղատների տեղեկատուն, առցանց հասանելի կլինեն մինչև 2025թ. հոկտեմբերի 15-ը:

Ծանոթացեք ձեր ապահովագրական պլանի փաստաթղթերին

- **Ապահովագրական վկայագիր (EOC)**՝ ձեր ապահովագրական պլանով նախատեսված փոխհատուցումների ձեռնարկ: Ներառում է մանրամասներ ձեր պլանի նպաստների, ծածկույթի, անդամների իրավունքների մասին և այլն:
- **Դեղերի ցանկ (Դեղացանկ)**՝ ձեր պլանով ապահովագրված Դեղերի ցանկը:
- **Մատակարարների/Դեղատների տեղեկատու**՝ ցանցում ընդգրկված բժիշկների, մասնագետների և դեղատների ցանկը՝ հեռախոսահամարներով և հասցեներով: Դուք կարող եք գտնել ցանցային մատակարար կամ դեղատուն՝ օգտվելով մեր առցանց տեղեկատուից՝ MolinaHealthcare.com/ProviderSearch:
- **Գաղտնիության կանոնների վերաբերյալ ծանուցում**՝ այս ծանուցումը նկարագրում է, թե ինչպես կարող են կիրառվել և բացահայտվել ձեր մասին բժշկական տեղեկությունները, և ինչպես կարող եք դուք հասանելիություն ստանալ այդ տեղեկություններին: Սա տեղակայված է մեր կայքում՝ https:/

/www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/terms_privacy.aspx։

Ինչպես դիտել կամ ստանալ ծրագրի փաստաթղթի պատճենը

Առցանց՝ MolinaHealthcare.com/Medicare կայքում։
Դիտեք կամ ներբեռնեք ձեր պլանի փաստաթղթերի պատճենները առցանց՝ ցանկացած պահի և ցանկացած վայրում։ Օգտվեք ցանկացած սարքից, օրինակ՝ համակարգիչ, պլանշետ կամ բջջային հեռախոս։ Ձեր 2026թ. պլանի փաստաթղթերը հասանելի կլինեն առցանց մինչև հոկտեմբերի 15-ը, 2025թ.։

Առցանց՝ MyMolina.com կայքում։
Այցելեք անդամների ինքնասպասարկման մեր հարթակը՝ ձեր ապահովագրական պլանի փաստաթղթերը 24/7 ռեժիմով առցանց դիտելու կամ ցանցային մատակարար կամ դեղատունգտնելու համար։ Մուտք գործեք My Molina Անդամների հարթակ կամ ստեղծեք հաշիվ՝ **MyMolina.com**-ում։ Սեղմեք «Ստեղծել հաշիվ» (Create an Account) և քայլ առ քայլ հետևեք հրահանգներին՝ գրանցվելու համար։

Զանգն անվճար է
Տեղեկացրեք մեզ, եթե համակարգչից օգտվելու հնարավորություն չունեք կամ նախընտրում եք ունենալ փոստով ուղարկվող EOC-ի, Դեղաբանական տեղեկատուի կամ Մատակարարների/Դեղատների տեղեկատուի տպագիր պատճենը։ Պլանի փաստաթղթի տպագիր օրինակ խնդրելու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ **երկուշաբթիից ուրբաթ՝ 8 a.m. - 8 p.m.՝ տեղական ժամանակով՝ ձեր ID անդամաքարտի հակառակ կողմում նշված անվճար հեռախոսահամարով։**

Մենք պատրաստ ենք օգնել:

Եթե ունեք հարցեր ձեր ապահովագրական նպաստների վերաբերյալ կամ օգնության կարիք ունեք՝ ցանցային մատակարար կամ դեղատուն, գտնելու հարցում, զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ անվճար հեռախոսահամարով, **որը նշված է ձեր ID անդամաքարտի հակառակ կողմում:**

Ծանուցում խտրականության բացառման մասին Բաժին 1557
Molina Healthcare - Medicare

Խտրականությունը օրենքի խախտում է: Molina Healthcare-ը հետևում է քաղաքացիական իրավունքների մասին նահանգային և դաշնային օրենքներին: Molina Healthcare-ը թույլ չի տալիս խտրականություն՝ ելնելով սեռից, ռասայից, մաշկի գույնից, կրոնից, ծագումից, ազգային պատկանելությունից, էթնիկ խմբի նույնականացումից, տարիքից, մտավոր հաշմանդամությունից, ֆիզիկական հաշմանդամությունից, առողջական վիճակից, գենետիկ տվյալներից, ամուսնական կարգավիճակից, գենդերից, գենդերային ինքնությունից կամ սեռական կողմնորոշումից:

Molina Healthcare տրամադրում է.

- Անվճար օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ՝ ժամանակին տրամադրվող՝ հաշմանդամություն ունեցող անձանց՝ հաղորդակցման արդյունավետությունը բարձրացնելու նպատակով, օրինակ՝
  - Որակավորված նշանային լեզվի թարգմանիչներ
  - Գրավոր տեղեկատվություն այլ ձևաչափերով (մեծ տառատեսակ, ձայնային, մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափեր, այլ ձևաչափեր)
- Լեզվի անվճար ծառայություններ այն մարդկանց համար, ում մայրենի լեզուն անգլերենը չէ, ինչպիսիք են.
  - որակավորված թարգմանիչներ
  - գրավոր տեղեկատվություն այլ լեզուներով

Եթե ձեզ անհրաժեշտ եմ այս ծառայությունները, կապ հաստատեք Molina Healthcare-ի հետ՝ 7 a.m. - 7 p.m. -ին՝ զանգահարելով 1-855

687-7860 հեռախոսահամարով: Խոսքի կամ լսողության հետ կապված դժվարությունների դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել 711 հեռախոսահամարով: Ձեր խնդրանքով այս փաստաթուղթը կարող է տրամադրվել Բրայլի գրատիպով, խոշոր տպագրով, ձայնասկավառակով կամ էլեկտրոնային ձևաչափով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով օրինակ ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել կամ գրել հետևյալ հասցեին.

Molina Healthcare

Civil Rights Coordinator

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

Հեռախոսով՝ 1-866-606-3889: Խոսքի կամ լսողության հետ կապված դժվարությունների դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել 711 հեռախոսահամարով:

ԻՆՉՊԵՍ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼ ԴԺԳՈՀՈՒԹՅՈՒՆ

Եթե կարծում եք, որ Molina Healthcare չի տրամադրել այս ծառայությունները կամ անօրինական կերպով խտրականություն է ցուցաբերել՝ սեռի, ռասայի, մաշկի գույնի, կրոնի, ծագման, ազգային պատկանելիության, էթնիկ խմբի նույնացման, տարիքի, հոգեկան կամ ֆիզիկական հաշմանդամության, առողջական վիճակի, գենետիկ տեղեկատվության, ամուսնական կարգավիճակի, գենդերի, գենդերային ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման հիման վրա, կարող եք բողոք ներկայացնել Molina Healthcare-ի Քաղաքացիական իրավունքների համակարգողին: Կարող եք բողոքը ներկայացնել հեռախոսով, գրավոր, անձամբ կամ էլ. փոստով.

- **Հեռախոսով՝** կապ հաստատեք Molina Healthcare-ի Քաղաքացիական իրավունքների համակարգողի հետ 8:30 a.m. -ից 5:30 p.m.-ն ընկած

ժամերին՝ զանգահարելով 1-866-606-3889 հեռախոսահամարով: Խոսքի կամ լսողության հետ կապված դժվարությունների դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել 711 հեռախոսահամարով:

- **Գրավոր՝** Լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ գրեք նամակ և ուղարկեք այն հետևյալ հասցեով
  Molina Healthcare
  Քաղաքացիական իրավունքների համակարգող
  200 Oceangate, Suite 100
  Long Beach, CA 90802

- Անձամբ՝ այցելեք ձեր բժշկի գրասենյակ կամ Molina Healthcare և ասեք, որ ցանկանում եք բողոք ներկայացնել:

- Էլեկտրոնային եղանակով՝ նամակ ուղարկեք Civil.Rights@MolinaHealthcare.com էլ.հասցեով: Կարող եք նաև այցելել՝ Molina Healthcare-ի կայք՝ MolinaHealthcare.Alertline.com:

ՔԱՂԱՔԱՑԻԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿ. CALIFORNIA-Ի DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

Կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների վերաբերյալ բողոք ներկայացնել California-ի Department of Health Care Services, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ հեռախոսով, գրավոր կամ էլեկտրոնային եղանակով՝

- **Հեռախոսով՝** զանգահարեք 1-916-440-7370 հեռախոսահամարով: Եթե չեք կարողանում լավ լսել կամ խոսել, խնդրում ենք զանգահարել 711 (Հեռահաղորդակցության փոխարկիչ ծառայություն):

- **Գրավոր՝** Լրացրեք բողոքարկման ձևաթուղթը կամ ուղարկեք նամակ հետևյալ հասցեով՝

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413

Բողոքի ձևերը հասանելի են՝ DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx կայքում:

- **Էլեկտրոնային եղանակով՝** նամակ ուղարկեք CivilRights@dhcs.ca.gov էլ.հասցեով:

ՔԱՂԱՔԱՑԻԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿ – U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Եթե կարծում եք, որ ձեր նկատմամբ խտրականություն է կիրառվել՝ ելնելով ռասայից, մաշկի գույնից, ազգային ծագումից, տարիքից, հաշմանդամությունից կամ սեռից, կարող եք քաղաքացիական իրավունքների վերաբերյալ բողոք (գանգատ) ներկայացնել U.S. Department of Health and Human Services-ի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ հեռախոսով, գրավոր կամ էլեկտրոնային եղանակով.

- **Հեռախոսով՝** զանգահարեք 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: Խոսքի կամ լսողության հետ կապված դժվարությունների դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել TTY/TDD՝ 1-800-537-7697:

- **Գրավոր՝** Լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք՝
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

Բողոքարկման ձևերը հասանելի են հետևյալ հասցեով՝ HHS.gov/ocr/office/file/index.html։

- **Էլեկտրոնային եղանակով՝** այցելեք Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի բողոքարկման պորտալ՝ OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf։

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

---

English

ATTENTION: If you need help in your language call (855) 687-7860 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call (855) 687-7860 (TTY: 711). These services are free of charge.

العربية(Arabic)

يرجى الانتباه،: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل ب (855) 687-7860 ، (وبالنسبةٍ لمستخدمي الهاتف النصي TTY : يمكنهم الاتصال على 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير، اتصل ب 687-7860 (855) (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY : يمكنهم الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. եթե ձեզ հարկավոր է աջակցություն ձեր լեզվով, ապա զանգահարեք (855) 687-7860 (711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար գործում են նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշոր տպատառով տրամադրվող նյութեր: Այս դեպքում զանգահարեք (855) 687-7860 (711) հեռախոսահամարով: Ծառայությունները գործում են անվճար:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ (855) 687-7860 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ (855) 687-7860 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的语言提供帮助，请致电 (855) 687-7860 (711)。另外还提供针对残疾人士的辅助工具和服务，例如盲文文件和大字体文件。请致电 (855) 687-7860 (711)。这些服务均免费提供。

فارسی (Farsi)

توجه : اگر می خواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با (711) 687-7860 (855) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه هایی با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با (711) 687-7860 (855) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شوند.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो (855) 687-7860 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बडे प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। (855) 687-7860 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निशुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau (855) 687-7860 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau (855) 687-7860 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注記：日本語での対応が必要な場合は (855) 687-7860 (711) までお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスもご用意しております。(855) 687-7860 (711)までお電話ください。これらのサービスは無料です

한국어 (Korean)

알림: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 (855) 687-7860 (711) 번으로 전화하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 지원 및 서비스도 이용하실 수 있습니다. (855) 687-7860 (711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໃຫ້ໂທຫາເບີ (855) 687-7860 (711). ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ (855) 687-7860 (711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux (855) 687-7860 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx (855) 687-7860 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ (855) 687-7860 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। (855) 687-7860 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру (855) 687-7860 (TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру (855) 687-7860 (TTY: 711). Такие услуги бесплатны.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al (855) 687-7860 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al (855) 687-7860 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa (855) 687-7860 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan,tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa (855) 687-7860 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข (855) 687-7860 (711) น อกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข (855) 687-7860 (711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер (855) 687-7860 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер (855) 687-7860 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số (855) 687-7860 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số (855) 687-7860 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԳԻ ՄԱՍԻՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ

ԱՅՍ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄԸ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒՄ Է, ԹԵ ԻՆՉՊԵՍ ԿԱՐՈՂ ԵՆ ԿԻՐԱՌՎԵԼ ԵՎ ԲԱՑԱՀԱՅՏՎԵԼ ՁԵՐ ՄԱՍԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ, ԵՎ ԻՆՉՊԵՍ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ԴՈՒՔ ՀԱՍԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ ՍՏԱՆԱԼ ԱՅԴ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻՆ։ ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՈՒՇԱԴԻՐ ՍՏՈՒԳԵԼ ԴՐԱՆՔ։

Այս ծանուցումը նկարագրում է Molina Healthcare-ի հետ կապված առողջապահական ապահովագրական պլանների գաղտնիության գործելակերպը (այսուհետ՝ «**Molina**», «**մենք**» կամ «**մեր**»)։ Մենք օգտագործում և կիսվում ենք ձեր մասին պաշտպանված առողջապահական տեղեկություններով («**PHI**»)՝ որպես Molina-ի անդամ, ձեր առողջապահական ծառայությունները տրամադրելու համար։ Մենք օգտագործում և բացահայտում ենք ձեր PHI տվյալները՝ բուժում, վճարում և բուժսպասարկման գործարքներ իրականացնելու համար։ Մենք նաև օգտագործում և բացահայտում ենք ձեր PHI տվյալները օրենքով թույլատրված և պահանջվող այլ պատճառներով։ Մենք պարտավոր ենք պահպանել ձեր առողջապահական տեղեկության գաղտնիությունը և պահպանել սույն ծանուցման դրույթները։ Սույն ծանուցումն ուժի մեջ է մտնում 2026թ. հունվարի 1-ից։

PHI-ն առողջապահական տեղեկություն է, որը ներառում է ձեր անունը, Անդամի համարը կամ այլ նույնացուցիչներ, և օգտագործվում կամ փոխանցվում են մեր կողմից։ PHI-ը ներառում է թմրամիջոցների օգտագործման խանգարումների վերաբերյալ առողջապահական տեղեկությունները և կենսաչափական տեղեկությունները (օրինակ՝ ձայնի կենսաչափական նմուշ)։

Ինչո՞ւ ենք մենք օգտագործում կամ տարածում ձեր PHI-ը

Մենք օգտագործում կամ տարածում ենք ձեր PHI-ը՝ ձեզ առողջապահական նպաստներ տրամադրելու համար: Ձեր PHI-ն օգտագործվում կամ բացահայտվում է բուժման, վճարման և բուժսպասարկման գործարքներ իրականացնելու համար:

Բուժման նպատակով

Մենք կարող ենք օգտագործել կամ տարածել ձեր PHI-ը՝ ձեզ բուժսպասարկում տրամադրելու կամ կազմակերպելու համար: Այս բուժումը ներառում է նաև ուղեգրեր ձեր բժիշկների կամ այլ առողջապահական ծառայություններ մատուցողների միջև: Օրինակ, մենք կարող ենք տրամադրել ձեր առողջության մասին տվյալները մասնագետին: Սա օգնում է տվյալ մասնագետին քննարկել ձեր բուժումը ձեր բժշկի հետ:

Վճարման նպատակով

Մենք կարող ենք օգտագործել կամ բացահայտել PHI-ն՝ վճարման վերաբերյալ որոշում կայացնելու նպատակով: Սա կարող է ներառել բողոքներ, բուժման համար ստացած համաձայնություններ, բուժկարիքների մասին որոշումներ: Ձեր անունը, առողջական վիճակը, բուժումը և տրամադրվող նյութերը կարող են ներառվել վճարային հաշվում: Օրինակ, մենք կարող ենք տեղեկացնել բժշկին, որ դուք օգտվում եք մեր արտոնություններից: Մենք նաև կփոխանցենք բժշկին այն գումարի չափը, որը պատրաստ ենք վճարել:

Բուժսպասարկման գործարքների իրականացման նպատակով

Մենք կարող ենք օգտագործել կամ բացահայտել ձեր PHI-ն՝ մեր առողջության ապահովագրական պլանը(ները) կառավարելու համար: Օրինակ, մենք կարող ենք օգտագործել ձեր հայտից ստացված տեղեկությունը, որպեսզի ձեզ տեղեկացնենք առողջության ապահովագրական պլանի մասին, որը կարող է օգնել ձեզ: Մենք նաև կարող ենք օգտագործել կամ փոխանցել ձեր PHI-ը՝

անդամների մտահոգությունները փարատելու համար: Ձեր PHI-ը կարող են նաև օգտագործվել՝ ապահովելու համար հայտերի ճիշտ վճարումը:

Բուժսպասարկման գործարքները ներառում են բազմաթիվ առօրյա բիզնես կարիքներ: Այն նաև ներառում է, սակայն չի սահմանափակվում հետևյալով.

- Որակի բարելավում,
- Միջոցառումների անցկացում առողջապահական ծրագրերում՝ օգնելու որոշակի հիվանդություններ ունեցող անդամներին (ինչպես ասթման),
- Բժշկական ստուգման անցկացում կամ կազմակերպում,
- Իրավաբանական ծառայություններ՝ ներառյալ խարդախության և չարաշահման դեպքերի հայտնաբերումը և դատական կարգով հետապնդման ծրագրերը,
- Գործողություններ, որոնք կօգնեն մեզ գործել ըստ օրենքի,
- Անդամների կարիքների բավարարում՝ ներառյալ հայտերի ու բողոքների լուծումը:

Մենք կտրամադրենք ձեր PHI-ն այլ ընկերություններին (**«բիզնես գործընկերներ»**), որոնք իրականացնում են տարբեր տեսակի գործունեություն մեր առողջության ապահովագրական պլանի(երի) շրջանակներում: Մենք կարող ենք նաև օգտագործել ձեր PHI-ը՝ տալու ձեզ հիշեցումներ ձեր պայմանավորվածությունների մասին: Հնարավոր է օգտագործենք ձեր PHI-ը, որպեսզի տեղեկություններ տրամադրենք այլ տեսակի բուժման(բուժումների) կամ առողջապահական այլ նպաստների ու ծառայությունների վերաբերյալ:

Ե՞րբ կարող ենք օգտագործել կամ փոխանցել ձեր PHI տվյալները՝ առանց ձեր գրավոր թույլտվությունը (հաստատում) ստանալու:

Բուժումից, վճարումից և բուժապասարկման գործարքներից բացի, օրենքը թույլ է տալիս կամ պահանջում է Molina-ից օգտագործել կամ համօգտագործել ձեր PHI տվյալները մի քանի այլ պատճառներով, ներառյալ հետևյալները՝

Օրենքով պահանջվող դեպքերում

Ձեր մասին տեղեկությունները մենք կօգտագործենք կամ կտարածենք օրենքի պահանջին համաձայն: Մենք կբացահայտենք ձեր PHI-ն, եթե դա պահանջվի Department of Health and Human Services-ի (HHS) քարտուղարի կողմից: Սա կարող է կապված լինել դատական գործընթացների, այլ իրավական վերանայումների հետ կամ երբ դա անհրաժեշտ է իրավապահ մարմիններին:

Հանրային առողջապահություն

Ձեր PHI-ն կարող է օգտագործվել կամ բացահայտվել հանրային առողջապահությանն ուղղված գործունեության նպատակով: Սա կարող է ներառել հանրային առողջապահության գործակալություններին օգնությունը՝ հիվանդությունը կանխարգելելու կամ վերահսկելու նպատակով:

Առողջապահության հսկողություն

Ձեր PHI-ն կարող է օգտագործվել կամ տրամադրվել պետական մարմիններին: Նրանց կարող է անհրաժեշտ լինել ձեր PHI-ն աուդիտ իրականացնելու համար:

Հետազոտություն

Ձեր PHI տվյալները կարող են օգտագործվել կամ համօգտագործվել որոշակի դեպքերում հետազոտության համար, օրինակ, երբ հաստատվում է գաղտնիության կամ ինստիտուցիոնալ վերանայման խորհրդի կողմից:

Իրավական կամ վարչական վարույթներ
Ձեր PHI-ն կարող է օգտագործվել կամ բացահայտվել իրավական վարույթների համար, ինչպիսիք են՝ դատական կարգադրության պատասխան վարույթները:

Իրավակիրարկում
Ձեր PHI-ը կարող է օգտագործվել կամ փոխանցվել ոստիկանությանը իրավակիրարկման նպատակներով, օրինակ՝ օգնելու գտնել կասկածյալին, վկային կամ անհայտ կորած անձին:

Առողջապահություն և անվտանգություն
Ձեր PHI-ը կարող է կիսվել անձի կամ հանրության առողջությանը կամ անվտանգությանը սպառնացող լուրջ և անմիջական սպառնալիքը կանխելու համար:

Կառավարական գործառույթներ
Ձեր PHI-ը կարող է տրամադրվել կառավարությանը՝ հատուկ գործառույթների նպատակներով: Օրինակ՝ նախագահին պաշտպանելու նպատակով:

Բռնության, անտեսման կամ ընտանեկան բռնության զոհեր
Ձեր PHI-ն կարող է տրամադրվել իրավապահ մարմիններին, եթե մենք ենթադրում ենք, որ անձը հանդիսանում է բռնության կամ անտեսման զոհ:

Աշխատակիցների փոխհատուցում
Ձեր PHI-ն կարող է օգտագործվել կամ բացահայտվել՝ ըստ Աշխատակիցներին փոխհատուցում տրամադրելու մասին օրենքների:

Բացահայտման այլ տեսակներ

Ձեր PHI-ն կարող է տրամադրվել հուղարկավորության բյուրոյի ղեկավարներին կամ դատաճննիչներին՝ օգնելու նրանց կատարել իրենց աշխատանքը:

Օգտագործման և բացահայտման լրացուցիչ սահմանափակումներ

Որոշ դաշնային և նահանգային օրենքներ կարող են պահանջել հատուկ գաղտնիության պաշտպանություն, որը սահմանափակում է որոշ տեսակի առողջապահական տեղեկությունների օգտագործումը և բացահայտումը: Նման օրենքները կարող են պաշտպանել հետևյալ տեսակի տեղեկատվությունը՝ ալկոհոլի և թմրամիջոցների օգտագործման հետ կապված խանգարումներ, կենսաչափական տվյալներ, երեխաների կամ մեծահասակների նկատմամբ բռնություն կամ անտեսում, ներառյալ՝ սեռական բռնությունը, վարակիչ հիվանդություններ, գենետիկ տեղեկատվություն, HIV/AIDS, հոգեկան առողջություն, անչափահասների վերաբերյալ տվյալներ, դեղատոմսեր, վերարտադրողական առողջություն և սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդություններ: Մենք կկատարենք առավել խիստ օրենքի պահանջները՝ այնտեղ, որտեղ դրանք կիրառելի են մեր նկատմամբ:

Թմրամիջոցների օգտագործման հետ կապված խանգարումների (SUD) վերաբերյալ տեղեկատվություն

Չնայած մենք դաշնային օրենքով սահմանված թմրամիջոցների օգտագործման հետ կապված խանգարումների բուժման ծրագիր չենք («SUD ծրագիր»), մենք կարող ենք ստանալ տեղեկատվություն ձեր մասին՝ SUD ծրագրից: Մենք չենք կարող բացահայտել SUD վերաբերյալ տեղեկատվությունը՝ քաղաքացիական, քրեական, վարչական կամ օրենսդրական գործընթացներում ձեր դեմ օգտագործելու նպատակով, եթե չունենք՝ (i) ձեր գրավոր համաձայնությունը, կամ (ii) դատարանի որոշում՝ ուղեկցված ծանուցագրով կամ այլ իրավական պահանջով, որը պարտադրում է բացահայտումը՝ այն

բանից հետո, երբ ձեզ և մեզ տրվել է ծանուցում և հնարավորություն՝ ներկայացնելու մեր դիրքորոշումը:

Ե՞րբ ենք մենք պահանջում ձեր գրավոր թույլտվությունը (հաստատում)՝ ձեր PHI-ն օգտագործելու կամ կիսելու համար:

Մեզ հարկավոր է ձեր գրավոր համաձայնությունը՝ օգտագործելու կամ բացահայտելու ձեր PHI-ն սույն ծանուցման մեջ թվարկվածներից բացի այլ նպատակներով: Մեզ հարկավոր է ձեր թույլտվությունը՝ նախքան մենք կտարածենք ձեր PHI-ը հետևյալ նպատակներով՝ (1) հոգեբուժական գրառումների օգտագործումների և բացահայտումների մեծամասնության, (2) շուկայավարման նպատակներով օգտագործման և բացահայտման և (3) PHI-ի վաճառքի հետ կապված օգտագործում և բացահայտում: Դուք կարող եք չեղարկել մեզ տված գրավոր թույլտվությունը: Ձեր չեղարկումը չի տարածվի մեր կողմից արդեն իսկ ձեռնարկած գործողությունների վրա ձեր՝ մեզ արդեն տրված համաձայնության պատճառով:

Որո՞նք են առողջապահական տեղեկության հետ կապված ձեր իրավունքները:

Դուք իրավունք ունեք՝

- **Պահանջել սահմանափակումներ PHI-ի օգտագործման կամ բացահայտման համար (ձեր PHI-ի փոխանցման համար)**
  Կարող եք դիմել մեզ չփոխանցել ձեր PHI-ը բուժում, վճարում կամ բուժսպասարկման գործարքներ իրականացնելու համար: Դուք կարող եք նաև խնդրել մեզ չտրամադրել ձեր PHI-ն ձեր կողմից նշված ընտանիքի անդամներին, ընկերներին կամ այլ անձանց, ովքեր առնչություն ունեն ձեր բուժսպասարկման հետ: Այնուամենայնիվ, մենք պարտավոր չենք համաձայնել ձեր հարցմանը: Դուք պետք է ձեր հարցումը գրավոր ներկայացնեք: Դուք կարող եք օգտվել մեր ձևաթղթից ձեր պահանջը կազմելու համար:

- **Պահանջել գաղտնի հաղորդել PHI-ը**
  Կարող եք դիմել Molina-ին հայտնել ձեր PHI-ը որոշակի եղանակով կամ որոշակի վայրում, որը կօգնի ձեր PHI-ը գաղտնի պահել: Մենք կհամաձայնվենք ողջամիտ պահանջներին, եթե Դուք հայտնեք մեզ, ինչպես այդ PHI-ի մի մասի կամ ամբողջի համատեղ օգտագործումը կարող է վտանգել Ձեր կյանքը: Դուք պետք է ձեր հարցումը գրավոր ներկայացնեք: Դուք կարող եք օգտվել մեր ձևաթղթից ձեր պահանջը կազմելու համար:

- **Ստուգեք ու պատճենեք ձեր PHI տվյալները**
  Դուք իրավունք ունեք ստուգել և ստանալ մեզ մոտ պահվող ձեր PHI-ի պատճենը: Սա կարող է ներառել ձեր՝ որպես մեր անդամի, վերաբերյալ ապահովագրության, պահանջների և այլ որոշումների կայացման ժամանակ օգտագործված գրառումները: Դուք պետք է ձեր հարցումը գրավոր ներկայացնեք: Դուք կարող եք օգտվել մեր ձևաթղթից ձեր պահանջը կազմելու համար: Մենք կարող ենք ձեզնից խելամիտ գումար գանձել գրառումները պատճենելու և փոստով ուղարկելու համար: Որոշ դեպքերում մենք կարող ենք մերժել հայտը: *Կարևոր նշում. մենք չունենք ձեր բժշկական տեղեկատվության ամբողջական պատճենները: Եթե ցանկանում եք վերանայել, ստանալ պատճենը կամ փոխել ձեր բժշկական տեղեկատվությունը, դիմեք ձեր բժշկին կամ կլինիկային:*

- **Փոփոխել ձեր PHI**
  Կարող եք դիմել մեզ՝ փոփոխելու (փոխել) ձեր PHI-ը: Սա վերաբերում է միայն մեզ մոտ պահվող այն գրառումներին, որոնք կապված են ձեզ հետ՝ որպես անդամ: Դուք պետք է ձեր հարցումը գրավոր ներկայացնեք: Դուք կարող եք օգտվել մեր ձևաթղթից ձեր պահանջը կազմելու համար: Դուք կարող եք անհամաձայնության նամակ ներկայացնել, եթե մենք մերժենք հարցումը:

- **Ստացեք PHI-ի բացահայտումների հաշվետվությունը (ձեր PHI-ի փոխանցում)**
  Կարող եք դիմել մեզ՝ տրամադրել ձեզ որոշ երրորդ կողմ հանդիսացող մարմինների ցանկը, որոնց փոխանցել ենք ձեր PHI-ը՝ ձեր հայտին նախորդող վեց տարիների ընթացքում: Ցանկը չի ներառի PHI տվյալները, որոնք համօգտագործվել են համաձայն ստորև նշվածի՝
  - բուժման, վճարման կամ բուժսպասարկման գործարքների իրականացման նպատակով,
  - անձանց իրենց սեփական PHI-ի վերաբերյալ,
  - տարածումն իրականացվել է ձեր թույլտվությամբ,
  - օգտագործման կամ բացահայտման այն դեպքերում, որոնք թույլատրված կամ պահանջվում են գործող օրենքով,
  - PHI տվյալները տրամադրվել են ազգային անվտանգության կամ հետախուզական նպատակներով կամ
  - որպես սահմանափակ տվյալների հավաքածուի մաս՝ համաձայն գործող օրենքի:

Մենք ձեզնից կգանձենք խելամիտ վճար յուրաքանչյուր ցանկի համար, եթե այն պահանջեք մեկից ավելի անգամ 12 ամսվա ընթացքում: Դուք պետք է ձեր հարցումը գրավոր ներկայացնեք: Դուք կարող եք օգտվել մեր ձևաթղթից ձեր պահանջը կազմելու համար:

Դուք կարող եք կատարել վերը նշված պահանջներից որևէ մեկը կամ ստանալ սույն ծանուցման թղթային պատճենը: Խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման ծառայություն ձեր ID անդամաքարտի վրա նշված հեռախոսահամարով շաբաթը 7 օր, 8 a.m.- 8 p.m., տեղական ժամանակով: TTY/TDD օգտվողներին խնդրում ենք զանգահարել 711:

Ի՞նչ կարող եք անել, եթե ձեր իրավունքները չեն պաշտպանվել
Դուք կարող եք բողոքել մեզ և Department of Health and Human Services-ին, եթե համոզված եք, որ գաղտնիության ձեր իրավունքները ոտնահարվել են: Մենք ձեր դեմ ոչ մի քայլ չենք ձեռնարկի, եթե բողոք ներկայացնեք: Ձեր բուժսպասարկումը և արտոնությունները որևէ կերպ չեն փոփոխվի:

Դուք մեզ կարող եք բողոք ներկայացնել հետևյալ հասցեով՝

Խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ ձեր ID անդամաքարտի վրա նշված հեռախոսահամարով՝ շաբաթը 7 օր, 8 a.m.- 8 p.m., տեղական ժամանակով: TTY/TDD օգտվողներին խնդրում ենք զանգահարել 711: Կամ գրեք մեզ հետևյալ հասցեով՝

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

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել U.S. Department of Health and Human Services քարտուղարին՝

U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights – Centralized Case Management Operations
200 Independence Ave. Suite 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (FAX)

Որո՞նք են մեր պարտականությունները:
Մենք պարտավորվում ենք.

- Գաղտնի պահել ձեր PHI-ն:

- Տրամադրել ձեզ գրավոր տեղեկություն, ինչպես օրինակ ձեր PHI տվյալների վերաբերյալ մեր պարտականությունները և անձնական տեղեկության օգտագործման կարգը:
- Տրամադրել ձեզ ծանուցում ձեր չպաշտպանված PHI տվյալների որևէ խախտման դեպքի վերաբերյալ,
- Չօգտագործել կամ չբացահայտել Ձեր գենետիկական տեղեկությունները հատուցման նպատակներով:
- Հետևել այս ծանուցագրի պայմաններին:

Ծանուցումը ենթակա է փոփոխության

Մենք մեզ իրավունք ենք վերապահում ցանկացած պահի փոխել տեղեկատվության պահպանման իր կանոնները և այս Ծանուցման դրույթները: Եթե մենք կատարենք այդ փոփոխությունը, նոր պայմանները և կանոնները կկիրառվեն մեր կողմից պահվող բոլոր PHI-ի վրա: Եթե մենք որևէ էական փոփոխություն կատարենք, մենք կտեղադրենք վերանայված ծանուցումը մեր վեբ կայքում և կուղարկենք վերանայված ծանուցումը կամ նյութերում կատարված փոփոխությունների և վերանայված ծանուցում ստանալու մասին տեղեկությունը մեր հաջորդ տարեկան փոստով մեր անդամներին, որոնք այդ պահի դրությամբ ապահովագրված կլինեն մեր կողմից: Այս ծանուցումը հասանելի է մեր կայքում՝ MolinaHealthcare.com հասցեով:

Կոնտակտային տվյալներ

Եթե ունեք հարցեր այս ծանուցման վերաբերյալ, խնդրում ենք կապ հաստատել մեզ հետ:

Զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ ձեր ID անդամաքարտի վրա նշված անվճար հեռախոսահամարով՝ շաբաթը 7 օր, 8 a.m.- 8 p.m.՝ տեղական ժամանակով։ TTY/TDD օգտվողներին խնդրում ենք զանգահարել 711։ Կամ գրեք՝ Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802 հասցեին։

Այս փաստաթուղթը կարող եք անվճար ստանալ այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ խոշոր տառատեսակի, բրայլյան գրի կամ ձայնագրության տեսքով։ Զանգահարեք՝ (855) 882-3901, TTY/TDD՝ 711, շաբաթը 7 օր, 8 a.m. - 8 p.m.՝ տեղական ժամանակով։ Զանգն անվճար է։

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

Կարևոր տեղեկություն Molina Healthcare-ի կողմից

CAACHY26L01301