2026

Thông báo thay đổi hàng năm

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

California H3038-004-001

Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2026

H3038_26_004_001_CA_ANOC_M

CA-H3038-4-1-A-AC-VI-26-L

MOLINA HEALTHCARE

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) là một chương trình Medicare Medi-Cal Plan do Molina Healthcare of California cung cấp

Thông báo thay đổi hàng năm cho năm 2026

Giới thiệu

Quý vị hiện đã được ghi danh làm thành viên chương trình của chúng tôi. Năm sau sẽ có một số thay đổi về phúc lợi, bảo hiểm, quy tắc và chi phí của chúng tôi. *Thông báo thay đổi hàng năm* này cho quý vị biết về các thay đổi và nơi tìm thêm thông tin về những thay đổi đó. Để biết thêm thông tin về chi phí, phúc lợi hoặc quy tắc, vui lòng xem *Sổ tay thành viên* có trên trang web của chúng tôi tại MolinaHealthcare.com/Medicare. Hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại ở cuối trang này để nhận bản sao qua đường bưu điện. Các thuật ngữ chính và định nghĩa được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Sổ tay thành viên*.

Tài nguyên bổ sung

- Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Hmong, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Nga, tiếng Tagalog và tiếng Việt.

- Quý vị có thể nhận miễn phí Thông báo thay đổi hàng năm này ở các định dạng khác như bản in cỡ lớn, chữ nổi Braille hoặc âm thanh. Hãy gọi (855) 687-7860, TTY: 711, từ ngày 1 tháng 10 – 31 tháng 3, 8 a.m. – 8 p.m., theo giờ địa phương, 7 ngày một tuần. Từ ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 a.m. – 8 p.m., theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí.
- Để yêu cầu ngôn ngữ ưu tiên của quý vị ngoài tiếng Anh và/hoặc định dạng thay thế, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (855) 687-7860, TTY: 711, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 a.m. – 8 p.m., theo giờ địa phương.
- Chúng tôi sẽ lưu giữ hồ sơ về ngôn ngữ và/hoặc định dạng ưu tiên của thành viên và xem đây là yêu cầu lâu dài cho thư từ và thông báo trong tương lai. Việc này sẽ giúp thành viên không cần phải yêu cầu riêng mỗi lần.
- Để thay đổi yêu cầu lâu dài, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (855) 687-7860, TTY: 711, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 a.m. – 8 p.m., theo giờ địa phương.

Mục lục

A. Tuyên bố miễn trừ trách nhiệm 5

B. Xem xét bảo hiểm Medicare và Medi-Cal của quý vị cho năm tới 5

B1. Thông tin về Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 6

B2. Những việc quan trọng cần làm 6

C. Thay đổi về nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi 9

D. Những thay đổi về phúc lợi và chi phí vào năm tới 10

D1. Những thay đổi về phúc lợi và chi phí cho dịch vụ y tế 10

D2. Thay đổi về bảo hiểm thuốc 22

D3. Giai đoạn 1: “Giai đoạn bảo hiểm ban đầu” 27

D4. Giai đoạn 2: “Giai đoạn bảo hiểm tai ương” 36

E. Những thay đổi về hành chính 37

F. Chọn một chương trình 41

F1. Tiếp tục với chương trình của chúng tôi 41

F2. Thay đổi chương trình 41

G. Nhận trợ giúp 50

G1. Chương trình của chúng tôi 50

G2. Chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 51

G3. Ombudsman Program 52

G4. Medicare 53

G5. Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý Tiểu Bang California 54

G6. Chương trình thanh toán thuốc theo toa của Medicare 55

A. Tuyên bố miễn trừ trách nhiệm

Molina Healthcare là chương trình C-SNP, D-SNP và HMO có hợp đồng với Medicare. Các chương trình D-SNP có hợp đồng với chương trình Medicaid của tiểu bang. Việc ghi danh phụ thuộc vào tình trạng gia hạn hợp đồng.

B. Xem xét bảo hiểm Medicare và Medi-Cal của quý vị cho năm tới

Quý vị cần xem lại bảo hiểm của mình ngay bây giờ để đảm bảo rằng bảo hiểm vẫn đáp ứng các nhu cầu của quý vị vào năm tới. Nếu bảo hiểm không đáp ứng nhu cầu của quý vị, quý vị có thể rời khỏi chương trình của chúng tôi. Hãy tham khảo **Mục D** để biết thêm thông tin về những thay đổi đối với phúc lợi của quý vị trong năm tới.

Nếu quý vị chọn rời khỏi chương trình của chúng tôi, tư cách thành viên của quý vị sẽ chấm dứt vào ngày cuối cùng của tháng mà quý vị gửi yêu cầu. Quý vị sẽ vẫn thuộc các chương trình của Medicare và Medi-Cal miễn là quý vị đủ điều kiện.

Nếu rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có thể tìm hiểu thông tin về:

- Lựa chọn Medicare trong bảng tại **Mục F2.**
- Lựa chọn và dịch vụ Medi-Cal tại **Mục F2.**

B1. Thông tin về Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) là một chương trình bảo hiểm sức khỏe có ký hợp đồng với Medicare và Medi-Cal để cung cấp phúc lợi của cả hai chương trình này cho thành viên.
- Khi *Thông báo thay đổi hàng năm* này đề cập đến “chúng tôi”, “đối với chúng tôi”, “của chúng tôi” hay “chương trình của chúng tôi”, điều đó có nghĩa là Chương trình Medicare Medi-Cal.

B2. Những việc quan trọng cần làm

- **Kiểm tra xem có thay đổi nào đối với phúc lợi và chi phí của chúng tôi mà có thể ảnh hưởng đến quý vị không.**
  - Có bất kỳ thay đổi nào ảnh hưởng đến các dịch vụ mà quý vị sử dụng không?
  - Xem xét những thay đổi về phúc lợi và chi phí để đảm bảo những thông tin này hữu ích cho quý vị vào năm sau.
  - Hãy tham khảo **Mục D1** để biết thông tin về các thay đổi về phúc lợi và chi phí cho chương trình của chúng tôi.

- **Kiểm tra xem có thay đổi nào về bảo hiểm thuốc mà có thể ảnh hưởng đến quý vị không.**
  - Thuốc của quý vị có được bao trả không? Các thuốc này có thuộc bậc chia sẻ chi phí khác không? Quý vị có thể sử dụng cùng nhà thuốc không? Có bất kỳ thay đổi nào như sự cho phép trước, trị liệu từng bước hoặc giới hạn số lượng không?
  - Xem xét các thay đổi để đảm bảo rằng bảo hiểm thuốc sẽ có lợi cho quý vị vào năm sau.
  - Tham khảo **Mục D2** để biết thông tin thay đổi về bảo hiểm thuốc.
  - Chi phí thuốc của quý vị có thể đã tăng từ năm trước.
    - Hãy trao đổi với bác sĩ về các lựa chọn khác có chi phí thấp hơn dành cho quý vị; việc này có thể giúp quý vị tiết kiệm chi phí tự trả hàng năm trong suốt cả năm.
    - Xin nhớ rằng các phúc lợi chương trình của quý vị quyết định chính xác mức độ thay đổi chi phí thuốc của quý vị.
- **Kiểm tra xem nhà cung cấp và nhà thuốc của quý vị có nằm trong mạng lưới của chúng tôi vào năm tới không.**

- Bác sĩ của quý vị (kể cả bác sĩ chuyên khoa) có nằm trong mạng lưới của chúng tôi không? Còn nhà thuốc thì sao? Các bệnh viện hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị sử dụng thì sao?
- Tham khảo **Mục C** để biết thông tin về *Danh bạ nhà thuốc và nhà cung cấp*.

- **Nghĩ đến tổng chi phí của quý vị trong chương trình.**
  - Chi phí tự chi trả cho dịch vụ và thuốc mà quý vị sử dụng định kỳ là bao nhiêu?
  - Tổng chi phí so với các lựa chọn bảo hiểm khác như thế nào?
- **Nghĩ xem quý vị có hài lòng với chương trình của chúng tôi hay không.**

Nếu quý vị muốn tiếp tục tham gia Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP):

Nếu muốn tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi vào năm tới, quý vị không cần làm gì cả. Nếu không thay đổi, quý vị sẽ tự động tiếp tục được ghi danh vào Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP).

Nếu quý vị quyết định thay đổi chương trình:

Nếu quyết định rằng bảo hiểm khác phù hợp với nhu cầu của mình hơn, quý vị có thể chuyển đổi chương trình (tham khảo **Mục F2** để biết thêm thông tin). Nếu ghi danh tham gia chương trình mới hoặc đổi sang Original Medicare, bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.

C. Thay đổi về nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi

Số tiền quý vị trả cho thuốc tùy thuộc vào nhà thuốc mà quý vị đang dùng. Chương trình của chúng tôi có một hệ thống các nhà thuốc. Trong hầu hết các trường hợp, thuốc theo toa của quý vị chỉ được bao trả nếu được mua tại một trong các nhà thuốc thuộc mạng lưới của chúng tôi.

Mạng lưới nhà cung cấp và nhà thuốc của chúng tôi đã thay đổi cho năm 2026.

Vui lòng xem 2026 *Danh bạ nhà cung cấp và nhà thuốc* để biết nhà cung cấp (nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện, v.v.) hoặc nhà thuốc của quý vị có nằm trong mạng lưới của chúng tôi hay không. *Danh bạ nhà thuốc và nhà cung cấp* đã cập nhật hiện có trên trang web của chúng tôi tại MolinaHealthcare.com/Medicare. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại ở cuối trang thông tin cập nhật về nhà cung cấp hoặc yêu cầu chúng tôi gửi *Danh bạ nhà thuốc và nhà cung cấp* qua đường bưu điện.

Xin lưu ý rằng chúng tôi cũng có thể thay đổi mạng lưới của mình trong năm. Nếu nhà cung cấp của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ có một số quyền và biện pháp bảo vệ. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo **Chương 3** trong *Sổ tay thành viên* hoặc gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại ở cuối trang để được trợ giúp.

D. Những thay đổi về phúc lợi và chi phí vào năm tới

D1. Những thay đổi về phúc lợi và chi phí cho dịch vụ y tế

Chúng tôi sẽ thay đổi mức bảo hiểm của mình cho một số dịch vụ y tế nhất định và số tiền quý vị chi trả cho các dịch vụ y tế

được bao trả này vào năm sau. Bảng dưới đây mô tả những thay đổi này.

Vào năm 2025, Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) đã tham gia vào Mô hình thiết kế bảo hiểm dựa trên giá trị (VBID), nhưng chương trình này sẽ biến mất trong năm nay. Là một phần của phúc lợi Phần D của Mô hình VBID, Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) cho phép loại bỏ phần chia sẻ chi phí cho thuốc Phần D. Vì chương trình này đã kết thúc, thành viên có thể có khoản chia sẻ chi phí cho mọi loại thuốc thuộc Phần D trong mọi giai đoạn bảo hiểm. Để biết thêm thông tin, quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên nếu có thắc mắc.

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
Phúc lợi bổ sung đặc biệt cho người mắc bệnh mãn tính (SSBCI) – Thực phẩm và nông sản	Phúc lợi được bao trả dưới dạng Phúc lợi bổ sung đặc biệt cho người mắc bệnh mãn tính (SSBCI). Những người đủ điều kiện sẽ nhận được khoản trợ cấp $75 mỗi tháng để mua thực phẩm và nông	Những thành viên đủ điều kiện mắc các bệnh mãn tính đủ điều kiện sẽ nhận được $59 mỗi tháng để mua thực phẩm và nông sản (theo chương trình SSBCI).

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	sản tốt cho sức khỏe. Bảo hiểm SSBCI chỉ áp dụng cho thành viên mắc các bệnh mãn tính cụ thể.	
Vật phẩm không theo toa (OTC) (Bổ sung)	Quý vị sẽ nhận được $100 mỗi tháng để mua các vật phẩm OTC.	Quý vị sẽ nhận được thẻ ghi nợ MyChoice (đã nạp sẵn tiền) với khoản trợ cấp gộp $35 mỗi tháng để mua vật phẩm OTC, thiết bị trợ thính OTC và sản phẩm thảo dược trong danh mục.
Dịch vụ nha khoa (Bổ sung)	Chúng tôi đã hợp tác với một Nhà cung cấp dịch vụ nha khoa để mang đến cho quý vị nhiều lựa chọn hơn cho nhu cầu nha khoa định kỳ của	Chúng tôi đã hợp tác với một Nhà cung cấp dịch vụ nha khoa để mang đến cho quý vị nhiều lựa chọn hơn cho nhu cầu nha khoa định kỳ của quý vị. Nếu

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	quý vị. Nếu sử dụng một Nhà cung cấp trong số Nhà cung cấp dịch vụ nha khoa của chúng tôi, quý vị sẽ nhận được cả Dịch vụ nha khoa phòng ngừa và một số Dịch vụ nha khoa toàn diện thông qua nhà cung cấp này. Dịch vụ nha khoa phòng ngừa bao gồm Khám răng miệng, Vệ sinh, Điều trị bằng Fluoride và Chụp X-quang miễn phí. Ngoài ra, quý vị sẽ có $1,000 để thanh toán cho một	sử dụng một Nhà cung cấp trong số Nhà cung cấp dịch vụ nha khoa của chúng tôi, quý vị sẽ nhận được cả Dịch vụ nha khoa phòng ngừa và một số Dịch vụ nha khoa toàn diện thông qua nhà cung cấp này. Dịch vụ nha khoa phòng ngừa bao gồm Khám răng miệng, Vệ sinh, Điều trị bằng Fluoride và Chụp X-quang miễn phí. Ngoài ra, quý vị sẽ có $3,600 để thanh toán cho một số dịch vụ nha khoa

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	số dịch vụ nha khoa toàn diện, bao gồm răng giả.	toàn diện, bao gồm răng giả.
Dịch vụ vận chuyển đối với địa điểm được chương trình phê duyệt (Bổ sung)	Quý vị sẽ nhận được 12 chuyến đi một chiều mỗi năm.	Phúc lợi Molina Medi-Cal của quý vị bao gồm dịch vụ Vận chuyển y tế không khẩn cấp (không giới hạn) đối với các dịch vụ được bao trả cần thiết về mặt y tế. Có thể cần thông tin từ nhà cung cấp của quý vị.
Phúc lợi chăm sóc sức khỏe từ xa bổ sung	Quý vị trả khoản đồng thanh toán **$0** cho một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa, bao gồm cả Dịch vụ bác sĩ chăm sóc chính.	Quý vị trả khoản đồng thanh toán **$0** cho một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa, bao gồm Dịch vụ phục hồi chức năng tim, Dịch vụ bác sĩ chăm sóc chính, Dịch vụ nắn xương khớp, Dịch vụ

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
		trị liệu cơ năng, Dịch vụ bác sĩ chuyên khoa, Buổi tư vấn cá nhân về các dịch vụ chuyên khoa sức khỏe tâm thần, Buổi tư vấn theo nhóm về các dịch vụ chuyên khoa sức khỏe tâm thần, Dịch vụ điều trị bệnh về chân, Dịch vụ do chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác cung cấp, Buổi tư vấn cá nhân về các dịch vụ tâm lý, Buổi tư vấn theo nhóm về các dịch vụ tâm lý, Dịch vụ vật lý trị liệu và điều trị bệnh lý về âm ngữ – ngôn ngữ, Dịch vụ chương trình điều trị bằng Opiod, Buổi tư

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
		vấn cá nhân về lạm dụng chất gây nghiện dành cho bệnh nhân ngoại trú và Buổi tư vấn theo nhóm về lạm dụng chất gây nghiện dành cho bệnh nhân ngoại trú.

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
Phúc lợi bữa ăn – Sau khi xuất viện (Bổ sung)	Đây **không phải là** phúc lợi bổ sung được bao trả.	Bữa ăn được cung cấp ngay sau mỗi lần phẫu thuật/nằm viện nội trú hoặc khi được chẩn đoán COVID hay phải cách ly tại nhà do phơi nhiễm COVID và buộc phải ở nhà một thời gian. Quý vị trả khoản đồng thanh toán **$0** cho 2 bữa ăn một ngày trong 14 ngày. Quý vị có thể sử dụng phúc lợi này tối đa 2 lần mỗi năm (tổng cộng 56 bữa ăn).
Phúc lợi bữa ăn – Bữa ăn cho bệnh mãn tính (Bổ sung)	Đây **không phải là** phúc lợi bổ sung được bao trả.	

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
		Theo phúc lợi này, nếu quý vị mắc một bệnh mãn tính đủ điều kiện gồm bệnh tiểu đường, suy tim sung huyết (CHF), rối loạn tim mạch (giới hạn ở rối loạn nhịp tim, bệnh động mạch vành, bệnh mạch máu ngoại biên và rối loạn huyết khối tĩnh mạch mãn tính), sa sút trí tuệ và rối loạn phổi mãn tính, đồng thời tham gia Chương trình quản lý chăm sóc, quý vị sẽ nhận được 14 bữa ăn mỗi tháng, trong 12 tháng của năm theo lịch. Loại bữa ăn sẽ được dựa trên bất kỳ

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
		nhu cầu ăn uống nào mà quý vị có thể có. Tổng cộng tối đa của chương trình là 168 bữa ăn.
Châm cứu – Định kỳ	Đây **không phải là** phúc lợi bổ sung được bao trả.	Quý vị sẽ được điều trị châm cứu với số lần không giới hạn mỗi năm. Có thể cần sự cho phép trước.
Thiết bị trợ thính OTC	Quý vị sẽ nhận được 2 thiết bị trợ thính OTC, 2 năm một lần.	Quý vị sẽ nhận được thẻ ghi nợ MyChoice (đã nạp sẵn tiền) với khoản trợ cấp gộp $35 mỗi tháng để mua thiết bị trợ thính OTC.
Dịch vụ nhãn khoa (Bổ sung)	Chúng tôi đã hợp tác với một Nhà cung cấp dịch vụ nhãn khoa để đem lại cho quý vị nhiều giá trị hơn, phục vụ	Chúng tôi đã hợp tác với một Nhà cung cấp dịch vụ nhãn khoa để đem lại cho quý vị nhiều giá trị hơn, phục vụ các

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	các nhu cầu nhãn khoa định kỳ của quý vị! Các dịch vụ nhãn khoa bổ sung được bao trả bao gồm nhưng không giới hạn ở: Một lần khám mắt định kỳ mỗi năm theo lịch. Một khoản trợ cấp cho kính mắt trị giá $200. Quý vị có thể sử dụng khoản trợ cấp cho kính mắt của mình để mua: Kính áp tròng* Kính mắt (tròng kính và gọng kính) Tròng kính và/hoặc gọng kính Nâng cấp (chẳng hạn như tròng kính nhuộm màu, chống tia UV, phân cực hoặc đổi	nhu cầu nhãn khoa định kỳ của quý vị! Các dịch vụ nhãn khoa bổ sung được bao trả bao gồm nhưng không giới hạn ở: Một lần khám mắt định kỳ mỗi năm theo lịch. Một khoản trợ cấp cho kính mắt trị giá $250. Quý vị có thể sử dụng khoản trợ cấp cho kính mắt của mình để mua: Kính áp tròng* Kính mắt (tròng kính và gọng kính) Tròng kính và/hoặc gọng kính Nâng cấp (chẳng hạn như tròng kính nhuộm màu, chống tia UV, phân cực hoặc đổi màu). *Nếu

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	màu). *Nếu chọn kính áp tròng, quý vị cũng có thể sử dụng khoản trợ cấp cho kính mắt để thanh toán toàn bộ hoặc một phần phí thử kính áp tròng. Quý vị chịu trách nhiệm thanh toán cho bất kỳ kính mắt điều chỉnh khúc xạ nào vượt quá khoản trợ cấp cho kính mắt của chương trình. Quý vị trả **$0** cho tối đa một lần khám mắt định kỳ (và đo khúc xạ) cho kính mắt mỗi năm theo lịch.	chọn kính áp tròng, quý vị cũng có thể sử dụng khoản trợ cấp cho kính mắt để thanh toán toàn bộ hoặc một phần phí thử kính áp tròng. Quý vị chịu trách nhiệm thanh toán cho bất kỳ kính mắt điều chỉnh khúc xạ nào vượt quá khoản trợ cấp cho kính mắt của chương trình. Quý vị trả **$0** cho tối đa một lần khám mắt định kỳ (và đo khúc xạ) cho kính mắt mỗi năm theo lịch.
Thiết bị trợ thính theo toa	Quý vị có khoản trợ cấp hàng năm trị giá $3,000.	Quý vị sẽ nhận được tối đa 2 thiết bị trợ thính (đã chọn sẵn)

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
		từ một nhà cung cấp được chương trình phê duyệt mỗi năm cho cả hai tai.

D2. Thay đổi về bảo hiểm thuốc

Những thay đổi về *Danh sách thuốc*

Danh sách thuốc được bao trả cập nhật có trên trang web của chúng tôi tại MolinaHealthcare.com/Medicare. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số ở cuối trang thông tin cập nhật về nhà cung cấp hoặc yêu cầu chúng tôi gửi *Danh sách thuốc được bao trả* qua đường bưu điện.

Danh sách thuốc được bao trả còn được gọi là *Danh sách thuốc*.

Chúng tôi đã thực hiện các thay đổi đối với *Danh sách thuốc*, có thể bao gồm việc loại bỏ hoặc thêm các loại thuốc, thay đổi các hạn chế áp dụng cho khoản bảo hiểm của chúng tôi đối với một số loại thuốc hoặc chuyển chúng sang một bậc chia sẻ chi phí khác.

Xem lại *Danh sách thuốc* để **đảm bảo thuốc của quý vị sẽ được bao trả vào năm tới và** xem liệu có bất kỳ hạn chế nào hay không hoặc liệu thuốc của quý vị có được chuyển sang bậc chia sẻ chi phí khác hay không.

Hầu hết các thay đổi trong *Danh sách thuốc* được áp dụng vào đầu mỗi năm. Tuy nhiên, chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi khác được Medicare và/hoặc tiểu bang cho phép. Những thay đổi này sẽ ảnh hưởng đến quý vị trong năm theo lịch. Chúng tôi cập nhật *Danh sách thuốc* trực tuyến ít nhất hàng tháng để cung cấp danh sách thuốc mới nhất. Nếu có thay đổi ảnh hưởng đến một loại thuốc quý vị đang dùng, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo về thay đổi đó.

Nếu bị ảnh hưởng bởi thay đổi về bảo hiểm thuốc, quý vị nên:

- Làm việc với bác sĩ của quý vị (hoặc bác sĩ kê toa khác) để tìm một loại thuốc khác mà chúng tôi bao trả.
  - Quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại ở cuối trang hoặc liên hệ với Người quản lý hồ sơ của mình để yêu cầu *Danh sách thuốc được bao trả* điều trị cùng một bệnh trạng.
  - Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp của quý vị tìm thấy thuốc được bao trả có thể có tác dụng đối với quý vị.

- Làm việc với bác sĩ của quý vị (hoặc bác sĩ kê toa khác) và yêu cầu chúng tôi cho phép trường hợp ngoại lệ để bao trả thuốc này.
  - Quý vị có thể yêu cầu một trường hợp ngoại lệ trước năm sau và chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị (hoặc giấy xác nhận từ bác sĩ kê toa của quý vị).
  - Để tìm hiểu những việc quý vị phải làm để yêu cầu trường hợp ngoại lệ, hãy tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay thành viên* hoặc gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại ở cuối trang.
  - Nếu quý vị cần trợ giúp yêu cầu trường hợp ngoại lệ, hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc Người quản lý hồ sơ của quý vị. Hãy tham khảo **Chương 2 và 3** trong *Sổ tay thành viên* để tìm hiểu thêm về cách liên hệ với điều phối viên chăm sóc của quý vị.
- Yêu cầu chúng tôi bao trả cho một lượng thuốc tạm thời.
  - Trong vài trường hợp, chúng tôi sẽ bao trả lượng thuốc **tạm thời** của quý vị trong (90) ngày đầu tiên của năm theo lịch.
  - Lượng thuốc tạm thời này sẽ đủ dùng cho tối đa 31 ngày. (Để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể nhận được

lượng thuốc tạm thời và cách yêu cầu, hãy tham khảo **Chương 5** trong *Sổ tay thành viên*.)

- Khi quý vị nhận lượng thuốc tạm thời, hãy trao đổi với bác sĩ của quý vị về những việc cần làm khi dùng hết lượng thuốc này. Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác được chương trình của chúng tôi bao trả hoặc yêu cầu chúng tôi cho phép trường hợp ngoại lệ cho quý vị và bao trả thuốc hiện tại của quý vị.

Nếu trường hợp ngoại lệ đối với danh mục thuốc của quý vị được phê duyệt, quý vị sẽ được thông báo về thời gian quyết định phê duyệt có hiệu lực. Trong hầu hết các trường hợp, quyết định phê duyệt sẽ có hiệu lực trong một năm. Quý vị sẽ cần yêu cầu trường hợp ngoại lệ đối với danh mục thuốc mới sau khi quyết định phê duyệt của quý vị hết hạn.

Các thay đổi đối với chi phí thuốc Có hai giai đoạn thanh toán cho bảo hiểm thuốc Medicare Part D theo chương trình của chúng tôi. Số tiền mà quý vị thanh toán sẽ tùy thuộc vào việc quý vị đang ở giai đoạn nào khi mua hoặc mua thêm thuốc theo toa. Sau đây là hai giai đoạn:

Giai đoạn 1 Bảo hiểm ban đầu	Giai đoạn 2 Bảo hiểm tai ương
Trong giai đoạn này, chương trình của chúng tôi thanh toán một	Trong giai đoạn này, chương trình sẽ trả toàn bộ

Giai đoạn 1 Bảo hiểm ban đầu	Giai đoạn 2 Bảo hiểm tai ương
phần chi phí cho thuốc của quý vị và quý vị thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình. Phần chia sẻ chi phí của quý vị được gọi là khoản đồng thanh toán. Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi quý vị mua toa thuốc đầu tiên của mình trong năm.	chi phí thuốc của quý vị đến ngày 31 tháng 12 năm 2026 Quý vị bắt đầu giai đoạn này sau khi quý vị thanh toán một khoản chi phí tự trả.

Giai đoạn bảo hiểm ban đầu kết thúc khi tổng chi phí tự trả của quý vị đạt **$2,100**. Vào thời điểm đó, Giai đoạn bảo hiểm tai ương bắt đầu. Chương trình của chúng tôi bao trả tất cả chi phí thuốc của quý vị từ thời điểm đó đến cuối năm. Hãy tham khảo **Chương 6** trong *Sổ tay thành viên* để biết thêm thông tin về khoản tiền quý vị sẽ trả cho thuốc.

Theo Chương trình giảm giá từ nhà sản xuất, các nhà sản xuất thuốc sẽ chi trả một phần chi phí toàn bộ của chương trình của chúng tôi đối với các loại thuốc thương hiệu đặc biệt và thuốc sinh học được bảo hiểm theo Phần D, trong Giai đoạn bảo hiểm ban đầu và Giai đoạn bảo hiểm tai ương. Các khoản giảm

giá do các nhà sản xuất thanh toán theo chương trình Giảm giá từ nhà sản xuất không được tính vào chi phí tự chi trả.

D3. Giai đoạn 1: "Giai đoạn bảo hiểm ban đầu"

Trong Giai đoạn bảo hiểm ban đầu, chương trình của chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí cho thuốc được bao trả của quý vị và quý vị thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình. Phần chia sẻ chi phí của quý vị được gọi là khoản đồng thanh toán. Khoản đồng thanh toán phụ thuộc vào bậc chia sẻ chi phí của thuốc và nơi quý vị nhận thuốc. Quý vị chi trả khoản đồng thanh toán mỗi lần quý vị mua thuốc theo toa. Nếu chi phí thuốc được bao trả thấp hơn khoản đồng thanh toán, quý vị chi trả mức giá thấp hơn.

Chúng tôi đã chuyển một số loại thuốc trong *Danh sách thuốc* xuống bậc thuốc thấp hơn hoặc cao hơn. Nếu thuốc của quý vị chuyển từ bậc này sang bậc khác, điều này có thể ảnh hưởng đến khoản đồng thanh toán của quý vị. Để tìm hiểu xem thuốc của quý vị có ở bậc khác không, hãy tra cứu trên *Danh sách thuốc*.

Bảng sau đây cho thấy chi phí của quý vị cho lượng thuốc đủ dùng cho một tháng tại nhà thuốc trong mạng lưới với các khoản đồng thanh toán tiêu chuẩn trong mỗi bậc trong số sáu bậc thuốc của chúng tôi. Những khoản tiền này **chỉ** áp dụng trong khoảng thời gian quý vị ở Giai đoạn bảo hiểm ban đầu.

Hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn đều được bao trả miễn phí cho quý vị.

Để biết thông tin về chi phí vắc-xin hoặc thông tin, hãy xem **Chương 6, Phần D** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị.

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
Thuốc ở Bậc 1 (Thuốc gốc ưu tiên) Chi phí cho lượng Thuốc ở Bậc 1 dùng một tháng được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới	Các loại thuốc được bao trả theo Phần D trong danh mục thuốc của Chương trình sẽ nằm trong một bậc. Vì đang tham gia Medi-Cal, quý vị đã được ghi danh vào chương trình “Extra Help” (Trợ giúp bổ sung) (còn được gọi là Phụ cấp dành cho người có thu nhập thấp). Trong năm 2025, chi phí của quý vị	Khoản đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc dùng một tháng (31 ngày) là **$0.**

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	dành cho việc mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới sẽ là **$0** xuyên suốt tất cả các giai đoạn của Phúc lợi thuốc theo toa Phần D với phúc lợi nâng cao của chương trình ValueBased Insurance Design (VBID, Thiết kế bảo hiểm dựa trên giá trị).	
Thuốc ở Bậc 2 (Thuốc gốc) Chi phí cho lượng Thuốc ở Bậc 2 dùng một tháng được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới	Các loại thuốc được bao trả theo Phần D trong danh mục thuốc của Chương trình sẽ nằm trong một bậc. Vì đang tham gia Medi-Cal, quý vị đã	Khoản đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc dùng một tháng (31 ngày) là **$0, $1.60** hoặc **$4** cho tất cả các thuốc.

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	được ghi danh vào chương trình “Extra Help” (Trợ giúp bổ sung) (còn được gọi là Phụ cấp dành cho người có thu nhập thấp). Trong năm 2025, chi phí của quý vị dành cho việc mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới sẽ là **$0** xuyên suốt tất cả các giai đoạn của Phúc lợi thuốc theo toa Phần D với phúc lợi nâng cao của chương trình ValueBased Insurance Design (VBID, Thiết kế bảo	

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	hiểm dựa trên giá trị).	
Thuốc ở Bậc 3 (Thuốc biệt dược ưu tiên) Chi phí cho lượng Thuốc ở Bậc 3 dùng một tháng được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới	Các loại thuốc được bao trả theo Phần D trong danh mục thuốc của Chương trình sẽ nằm trong một bậc. Vì đang tham gia Medi-Cal, quý vị đã được ghi danh vào chương trình “Extra Help” (Trợ giúp bổ sung) (còn được gọi là Phụ cấp dành cho người có thu nhập thấp). Trong năm 2025, chi phí của quý vị dành cho việc mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới sẽ là **$0**	Khoản đồng thanh toán cho lượng thuốc dùng trong một tháng (31 ngày) là **$0**, **$1.60** hoặc **$5.10** đối với thuốc gốc (bao gồm thuốc chính hiệu được dùng như thuốc gốc) **$0**, **$4.90** hoặc **$12.65** đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác theo toa.

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	xuyên suốt tất cả các giai đoạn của Phúc lợi thuốc theo toa Phần D với phúc lợi nâng cao của chương trình ValueBased Insurance Design (VBID, Thiết kế bảo hiểm dựa trên giá trị).	
Thuốc ở Bậc 4 (Thuốc không ưu tiên) Chi phí cho lượng Thuốc ở Bậc 4 dùng một tháng được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới	Các loại thuốc được bao trả theo Phần D trong danh mục thuốc của Chương trình sẽ nằm trong một bậc. Vì đang tham gia Medi-Cal, quý vị đã được ghi danh vào chương trình “Extra Help” (Trợ giúp bổ sung) (còn được gọi	Khoản đồng thanh toán cho lượng thuốc dùng trong một tháng (31 ngày) là **$0**, **$1.60** hoặc **$5.10** đối với thuốc gốc (bao gồm thuốc chính hiệu được dùng như thuốc gốc) **$0**, **$4.90** hoặc **$12.65** đồng thanh toán cho tất cả các

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	là Phụ cấp dành cho người có thu nhập thấp). Trong năm 2025, chi phí của quý vị dành cho việc mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới sẽ là **$0** xuyên suốt tất cả các giai đoạn của Phúc lợi thuốc theo toa Phần D với phúc lợi nâng cao của chương trình ValueBased Insurance Design (VBID, Thiết kế bảo hiểm dựa trên giá trị).	loại thuốc khác theo toa.
Thuốc ở Bậc 5 (Thuốc chuyên biệt)	Các loại thuốc được bao trả theo Phần D trong danh mục	Khoản đồng thanh toán cho lượng thuốc dùng trong

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
Chi phí cho lượng Thuốc ở Bậc 5 dùng một tháng được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới	thuốc của Chương trình sẽ nằm trong một bậc. Vì đang tham gia Medi-Cal, quý vị đã được ghi danh vào chương trình “Extra Help” (Trợ giúp bổ sung) (còn được gọi là Phụ cấp dành cho người có thu nhập thấp). Trong năm 2025, chi phí của quý vị dành cho việc mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới sẽ là **$0** xuyên suốt tất cả các giai đoạn của Phúc lợi thuốc theo toa Phần D với phúc lợi nâng cao	một tháng (31 ngày) là **$0**, **$1.60** hoặc **$5.10** đối với thuốc gốc (bao gồm thuốc chính hiệu được dùng như thuốc gốc) **$0**, **$4.90** hoặc **$12.65** đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác theo toa.

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	của chương trình ValueBased Insurance Design (VBID, Thiết kế bảo hiểm dựa trên giá trị).	
Thuốc ở Bậc 6 (Một số loại thuốc được chọn cho dịch vụ chăm sóc) Chi phí cho lượng Thuốc ở Bậc 6 dùng một tháng được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới	Các loại thuốc được bao trả theo Phần D trong danh mục thuốc của Chương trình sẽ nằm trong một bậc. Vì đang tham gia Medi-Cal, quý vị đã được ghi danh vào chương trình “Extra Help” (Trợ giúp bổ sung) (còn được gọi là Phụ cấp dành cho người có thu nhập thấp). Trong năm 2025, chi phí của quý vị	Khoản đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc dùng một tháng (31 ngày) là **$0.**

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	dành cho việc mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới sẽ là **$0** xuyên suốt tất cả các giai đoạn của Phúc lợi thuốc theo toa Phần D với phúc lợi nâng cao của chương trình ValueBased Insurance Design (VBID, Thiết kế bảo hiểm dựa trên giá trị).	

Giai đoạn bảo hiểm ban đầu kết thúc khi tổng chi phí tự trả của quý vị đạt **$2,100**. Vào thời điểm đó, Giai đoạn bảo hiểm tai ương bắt đầu. Hãy tham khảo **Chương 6** trong *Sổ tay thành viên* để biết thêm thông tin về khoản tiền quý vị sẽ trả cho thuốc.

D4. Giai đoạn 2: "Giai đoạn bảo hiểm tai ương"

Khi quý vị đạt đến giới hạn tự trả là **$2,100** cho các loại thuốc, Giai đoạn bảo hiểm tai ương sẽ bắt đầu và quý vị không phải

chi trả cho thuốc được bao trả. Quý vị sẽ ở trong Giai đoạn bảo hiểm tai ương cho đến cuối năm theo lịch.

Để biết thêm thông tin về chi phí của quý vị trong giai đoạn Bảo hiểm tai ương, hãy tham khảo **Chương 6.**

E. Những thay đổi về hành chính

Chúng tôi sẽ thực hiện các thay đổi về hành chính cho năm tới. Thông tin trong bảng dưới đây mô tả những thay đổi đó.

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
Hợp đồng/Gói phúc lợi của chương trình (PBP) của quý vị đã thay đổi	H3038-003-000	H3038-004-001
Chương trình thanh toán thuốc theo toa của Medicare	Không áp dụng	Chương trình thanh toán thuốc theo toa của Medicare có thể giúp quý vị quản lý chi phí thuốc bằng cách trả góp hàng tháng trong suốt cả năm. Để tìm hiểu thêm về

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
		chương trình này, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo số điện thoại ở cuối trang hoặc truy cập www.medicare.gov
Phúc lợi bổ sung đặc biệt cho người mắc bệnh mãn tính (SSBCI) ***Xem tiếp ở trang sau***	Nếu được chẩn đoán mắc (các) bệnh mãn tính đủ điều kiện và đáp ứng một số tiêu chí nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện hưởng các phúc lợi bổ sung đặc biệt cho người mắc bệnh mãn tính. Các bệnh mãn tính đủ điều kiện bao gồm: • Nghiện rượu kéo dài và các tình trạng phụ thuộc thuốc khác	Nếu được chẩn đoán mắc (các) bệnh mãn tính đủ điều kiện và đáp ứng một số tiêu chí nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện hưởng các phúc lợi bổ sung đặc biệt cho người mắc bệnh mãn tính. Các bệnh mãn tính đủ điều kiện bao gồm: • Rối loạn tim mạch • Suy tim mãn tính • Sa sút trí tuệ

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	• Rối loạn tự miễn • Ung thư • Rối loạn tim mạch • Suy tim mãn tính • Sa sút trí tuệ • Bệnh tiểu đường • Bệnh gan giai đoạn cuối • Bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) • Rối loạn máu nặng • HIV/AIDS • Rối loạn phổi mãn tính • Tình trạng y tế về sức khỏe tâm	• Đái tháo đường • Rối loạn phổi mãn tính • Bệnh thận mãn tính (CKD) • Rối loạn mãn tính do sử dụng đồ uống có cồn và các rối loạn khác do sử dụng chất gây nghiện • Ung thư • Rối loạn tự miễn • Thừa cân, béo phì và hội chứng chuyển hóa • Bệnh đường tiêu hóa mãn tính • Rối loạn máu nặng

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	thần mãn tính và gây tàn tật • Rối loạn thần kinh • Đột quỵ	• HIV/AIDS • Tình trạng y tế về sức khỏe tâm thần mãn tính và gây tàn tật • Rối loạn thần kinh • Đột quỵ • Sau cấy ghép nội tạng • Rối loạn suy giảm miễn dịch và rối loạn ức chế miễn dịch • Bệnh liên quan đến suy giảm nhận thức • Bệnh gây hạn chế chức năng vận động/sinh hoạt

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
		• Bệnh mãn tính làm suy giảm thị giác, thính giác (điếc), vị giác, xúc giác và khứu giác • Bệnh cần sử dụng dịch vụ trị liệu liên tục để cá nhân duy trì hoặc khôi phục chức năng

F. Chọn một chương trình

F1. Tiếp tục với chương trình của chúng tôi

Chúng tôi hy vọng quý vị tiếp tục là thành viên chương trình. Quý vị không cần phải làm gì để tiếp tục tham gia chương trình. Trừ khi quý vị đăng ký chương trình Medicare khác hoặc đổi sang Original Medicare, quý vị sẽ tự động được ghi danh là thành viên chương trình chúng tôi trong năm 2026.

F2. Thay đổi chương trình

Hầu hết những người có Medicare có thể chấm dứt tư cách thành viên trong những khoảng thời gian nhất định của năm.

Ngoài ra, quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi trong các giai đoạn sau:

- **Giai đoạn ghi danh mở**, kéo dài từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12. Nếu quý vị chọn chương trình mới trong giai đoạn này, tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi sẽ kết thúc vào ngày 31 tháng 12 và tư cách thành viên trong chương trình mới sẽ bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.
- **Giai đoạn ghi danh mở của Medicare Advantage (MA)**, từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3. Nếu quý vị chọn chương trình mới trong giai đoạn này, tư cách thành viên của quý vị trong chương trình mới sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.
- Vì quý vị có Medi-Cal, quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi vào bất kỳ tháng nào trong năm.

Có thể có những tình huống khác khi quý vị đủ điều kiện thay đổi việc ghi danh của mình. Ví dụ, khi:

- quý vị chuyển ra bên ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi,
- tính đủ điều kiện nhận Medi-Cal hoặc Extra Help (Trợ giúp bổ sung) của quý vị thay đổi, **hoặc**
- quý vị gần đây đã chuyển đến hoặc hiện đang nhận dịch vụ chăm sóc tại một cơ sở (như cơ sở điều dưỡng chuyên môn

hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn). Nếu gần đây quý vị chuyển ra khỏi một tổ chức, quý vị có thể thay đổi chương trình hoặc đổi sang Original Medicare trong hai tháng sau tháng quý vị chuyển ra.

Dịch vụ Medicare của quý vị

Quý vị có ba lựa chọn để nhận được dịch vụ Medicare được liệt kê dưới đây vào bất cứ tháng nào trong năm. Quý vị có thêm một lựa chọn được liệt kê dưới đây trong những khoảng thời gian nhất định trong năm, bao gồm **Giai đoạn ghi danh mở** và **Giai đoạn ghi danh mở của Medicare Advantage** hoặc các trường hợp khác được mô tả tại **Mục F2**. Bằng cách chọn một trong số các lựa chọn này, quý vị sẽ tự động chấm dứt tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi.

1. Quý vị có thể đổi sang:	**Cách làm như sau:**
Chương trình Medi-Medi là một loại chương trình Medicare Advantage. Chương trình này dành cho những người có cả Medicare và Medi-Cal, và kết hợp các phúc lợi Medicare	Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Nếu có thắc mắc về chương trình Program of All-inclusive

và Medi-Cal vào một chương trình. Chương trình Medi-Medi điều phối tất cả các phúc lợi và dịch vụ trên cả hai chương trình, bao gồm tất cả các dịch vụ được Medicare và Medi-Cal bao trả hoặc chương trình Program of All-inclusive Care for the Elderly (Chăm sóc toàn diện cho người cao tuổi [PACE]), nếu quý vị đủ điều kiện.

Lưu ý: Thuật ngữ Chương trình Medi-Medi là tên của chương trình đáp ứng nhu cầu đặc biệt đủ tiêu chuẩn kép (D-SNP) hợp nhất tại California.

Care for the Elderly (PACE), hãy gọi số 1-855-921-PACE (7223).

Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn tìm hiểu thêm thông tin:

- Gọi cho California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, Chương trình tư vấn và bảo vệ bảo hiểm sức khỏe của California) theo số 1-800-434-0222, thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 5 p.m., TTY: 711. Để biết thêm thông tin hoặc tìm một văn phòng HICAP tại khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

HOẶC

Ghi danh vào một Chương trình Medi-Medi mới.

	Quý vị sẽ bị tự động hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu. Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ thay đổi để phù hợp với Chương trình Medi-Medi của quý vị.
2. Quý vị có thể đổi sang: **Original Medicare kèm theo một chương trình thuốc Medicare riêng**	**Cách làm như sau:** Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn tìm hiểu thêm thông tin: • Gọi cho California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, Chương trình tư vấn và bảo vệ bảo hiểm sức khỏe của California) theo số 1-800-434-0222, thứ Hai

	đến thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 5 p.m., TTY:711. Để biết thêm thông tin hoặc tìm một văn phòng HICAP tại khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **HOẶC** Ghi danh vào một chương trình thuốc theo toa Medicare mới. Quý vị sẽ tự động được hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu. Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ không thay đổi trừ khi quý vị yêu cầu thay đổi.

3. Quý vị có thể đổi sang:	Cách làm như sau:
Original Medicare không kèm theo chương trình thuốc Medicare riêng **LƯU Ý:** Nếu quý vị đổi sang Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc Medicare riêng, Medicare có thể sẽ ghi danh cho quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị thông báo cho Medicare rằng quý vị không muốn tham gia. Quý vị chỉ nên hủy bảo hiểm thuốc nếu có bảo hiểm thuốc từ một nguồn khác, ví dụ như từ chủ lao động hoặc công đoàn. Nếu quý vị có thắc mắc về việc quý vị có cần bảo hiểm thuốc không, hãy gọi cho California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, Chương trình tư vấn và bảo vệ bảo	Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn tìm hiểu thêm thông tin: • Gọi cho California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, Chương trình tư vấn và bảo vệ bảo hiểm sức khỏe của California) theo số 1-800-434-0222, thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 5 p.m., TTY: 711. Để biết thêm thông tin hoặc tìm một văn phòng HICAP tại khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

hiểm sức khỏe của California) theo số 1-800-434-0222, thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 5 p.m. Để biết thêm thông tin hoặc tìm một văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.	Quý vị sẽ tự động được hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu. Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ không thay đổi trừ khi quý vị yêu cầu thay đổi.
4. Quý vị có thể đổi sang: **Bất kỳ chương trình bảo hiểm sức khỏe nào của Medicare** trong những khoảng thời gian nhất định trong năm, bao gồm **Giai đoạn ghi danh mở** và **Giai đoạn ghi danh mở của Medicare Advantage**	**Cách làm như sau:** Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn tìm hiểu thêm thông tin:

hoặc các trường hợp khác được mô tả trong Mục A.	• Gọi cho California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, Chương trình tư vấn và bảo vệ bảo hiểm sức khỏe của California) theo số 1-800-434-0222, thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 5 p.m., TTY: 711. Để biết thêm thông tin hoặc tìm một văn phòng HICAP tại khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **HOẶC** Ghi danh vào một chương trình Medicare mới. Quý vị sẽ tự động được hủy ghi danh khỏi chương trình Medicare của chúng tôi khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu.

	Chương trình Medi-Cal của quý vị có thể thay đổi.

Dịch vụ Medi-Cal của quý vị

Nếu quý vị có thắc mắc về cách chọn một chương trình Medi-Cal hoặc nhận các dịch vụ Medi-Cal sau khi quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, hãy liên hệ với Health Care Options theo số 1-800-430-4263, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 a.m. đến 6 p.m. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-430-7077. Đặt câu hỏi về ảnh hưởng của việc tham gia chương trình khác hoặc quay lại Original Medicare đến việc quý vị nhận bảo hiểm Medi-Cal.

G. Nhận trợ giúp

G1. Chương trình của chúng tôi

Chúng tôi luôn sẵn lòng trợ giúp nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào. Gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại ở cuối trang trong ngày và giờ làm việc đã nêu. Các cuộc gọi này miễn phí.

Đọc *Sổ tay thành viên*

Sổ tay thành viên là bản mô tả chi tiết hợp pháp về các phúc lợi của chương trình. Sổ tay này có thông tin chi tiết về phúc lợi và chi phí năm 2026. Sổ tay giải thích các quyền lợi của

quý vị cũng như những quy tắc quý vị cần tuân theo để nhận dịch vụ và thuốc được bao trả.

Sổ tay thành viên năm 2026 sẽ ra mắt vào ngày 15 tháng 10. Bản sao mới nhất của *Sổ tay thành viên* có trên trang web của chúng tôi tại MolinaHealthcare.com/Medicare. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại ở cuối trang để yêu cầu chúng tôi gửi *Sổ tay thành viên* năm 2026 qua đường bưu điện.

Trang web của chúng tôi

Quý vị có thể truy cập trang web của chúng tôi tại MolinaHealthcare.com/Medicare. Lưu ý rằng trang web của chúng tôi có thông tin mới nhất về mạng lưới nhà cung cấp và nhà thuốc (*Danh bạ nhà thuốc và nhà cung cấp*) cùng *Danh sách thuốc* (*Danh sách thuốc được bao trả*) của chúng tôi.

G2. Chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

Quý vị cũng có thể gọi đến Chương trình State Health Insurance Assistance Program (SHIP). Ở California, SHIP được gọi là Chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). Các tư vấn viên HICAP có thể giúp quý vị hiểu rõ các lựa chọn chương trình Medicare và giải đáp mọi câu hỏi về việc chuyển đổi chương trình. HICAP không liên kết với chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương

trình bảo hiểm sức khỏe nào. HICAP đã đào tạo tư vấn viên tại tất cả các quận và các dịch vụ đều miễn phí. Số điện thoại của HICAP là 1-800-434-0222. TTY: 711. Để biết thêm thông tin hoặc tìm một văn phòng HICAP tại khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

G3. Ombudsman Program

Chương trình Medicare Medi-Cal Ombudsman Program có thể giúp đỡ quý vị nếu quý vị gặp vấn đề với chương trình của chúng tôi. Dịch vụ của thanh tra viên được cung cấp miễn phí bằng mọi ngôn ngữ. Chương trình Medicare Medi-Cal Ombudsman Program:

- có thể giải đáp thắc mắc nếu quý vị gặp phải vấn đề hoặc có khiếu nại và có thể giúp quý vị hiểu việc cần làm.
- đảm bảo rằng quý vị có thông tin liên quan đến các quyền và biện pháp bảo vệ của mình cũng như cách quý vị có thể giải quyết các quan ngại của mình.
- không liên kết với chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. Số điện thoại của Medicare Medi-Cal Ombudsman Program là 1-855-501-3077.

G4. Medicare

Để nhận thông tin trực tiếp từ Medicare:

- Gọi cho số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.
- trò chuyện trực tiếp tại www.Medicare.gov/talk-to-someone
- viết thư cho Medicare theo địa chỉ PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Trang web của Medicare

Quý vị có thể truy cập trang web của Medicare (www.medicare.gov). Nếu quý vị chọn hủy ghi danh chương trình của chúng tôi và ghi danh vào chương trình Medicare khác thì trang web Medicare sẽ cung cấp thông tin về chi phí, mức bảo hiểm và đánh giá chất lượng để giúp quý vị so sánh các chương trình.

Quý vị có thể tìm thông tin về các chương trình Medicare có sẵn tại khu vực của mình bằng Medicare Plan Finder (Công cụ tìm kiếm chương trình Medicare) trên trang web của Medicare. (Để biết thông tin về các chương trình, hãy tham khảo www.medicare.gov rồi nhấp vào “Tìm chương trình”.)

Medicare & You 2026

Quý vị có thể đọc sổ tay *Medicare & You 2026*. Vào mỗi mùa thu, tài liệu này được gửi qua đường bưu điện đến những người tham gia Medicare. Sổ tay này có phần tóm tắt các phúc lợi, quyền và sự bảo vệ từ Medicare, cùng phần giải đáp các câu hỏi thường gặp về Medicare. Sổ tay này cũng được cung cấp bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Trung và tiếng Việt.

Nếu không có bản sao tài liệu này, quý vị có thể tải xuống tại trang web của Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) hoặc yêu cầu bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

G5. Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý Tiểu Bang California

California Department of Managed Health Care chịu trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khoẻ. Nếu có than phiền về chương trình bảo hiểm sức khỏe, trước tiên, quý vị nên gọi điện đến chương trình bảo hiểm sức khỏe theo số (855) 687-7860**, TTY: 711** và sử dụng quy trình than phiền của chương trình bảo hiểm sức khỏe trước khi liên hệ với cơ quan này. Việc sử dụng quy trình than phiền này không ngăn cấm bất kỳ quyền hoặc biện pháp đền bù hợp pháp tiềm năng nào có thể dành cho quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp than phiền Medi-Cal liên quan đến trường hợp cấp cứu, một than phiền Medi-Cal chưa được chương trình bảo hiểm sức khỏe

của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc một than phiền Medi-Cal vẫn chưa được giải quyết sau hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi điện cho cơ quan này để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện được Đánh Giá Y Tế Độc Lập (IMR) cho phúc lợi Medi-Cal. Nếu quý vị đủ điều kiện được nhận IMR, quy trình IMR sẽ cung cấp một đánh giá khách quan về các quyết định y tế do chương trình bảo hiểm sức khỏe thực hiện liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc điều trị được đề xuất, quyết định bảo hiểm cho điều trị có tính chất thử nghiệm hoặc nghiên cứu và các tranh chấp về thanh toán cho dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Cơ quan này cũng có một số điện thoại miễn cước **(1-888-466-2219)** và một đường dây TDD **(1-877-688-9891)** dành cho người có vấn đề về nghe và nói. Trang web internet của bộ phận www.dmhc.ca.gov.

Tham khảo **Chương 9, Phần F4** trong *Sổ tay thành viên* của quý vị để biết thêm thông tin.

G6. Chương trình thanh toán thuốc theo toa của Medicare

Chương trình thanh toán thuốc theo toa của Medicare là một lựa chọn thanh toán có thể giúp quý vị quản lý chi phí tự chi trả của mình cho các loại thuốc được chương trình của chúng tôi chi trả bằng cách phân bổ chúng trong năm theo lịch (Tháng 1 - Tháng 12) dưới dạng thanh toán hàng tháng. Chương trình này không giúp quý vị tiết kiệm tiền hoặc giảm chi phí thuốc.

“Extra Help” từ Medicare và trợ giúp từ Chương trình hỗ trợ dược phẩm của tiểu bang (SPAP) cũng như Chương trình hỗ trợ thuốc điều trị AIDS (ADAP) của quý vị, dành cho những người đủ điều kiện, sẽ có lợi hơn so với việc tham gia Chương trình thanh toán thuốc theo toa của Medicare. Tất cả những người đăng ký đều đủ điều kiện tham gia chương trình này, bất kể mức thu nhập. Để tìm hiểu thêm về chương trình này, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo số điện thoại ở cuối trang này hoặc truy cập www.medicare.gov.

Thông tin bổ sung về nguồn lực chăm sóc sức khỏe và thành viên quan trọng

- Thông báo điện tử (ELN) - Cách nhận các tài liệu quan trọng
- Thông báo về không phân biệt đối xử (NDN) - Phần 1557
- Thông báo về tính khả dụng (NOA) - Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ
- Thông báo về phương thức bảo vệ quyền riêng tư (NPP)

Cách nhận tài liệu quan trọng về chương trình

Quý vị rất quan trọng với chúng tôi! Chúng tôi sẽ giúp quý vị dễ dàng nhận được thông tin quý vị cần. Truy cập trực tuyến để xem các tài liệu quan trọng về chương trình và tìm nhà thuốc hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới. Quý vị cũng có thể tra cứu thuốc theo toa của quý vị mọi lúc mọi nơi từ bất kỳ thiết bị nào. Các tài liệu về chương trình năm 2026, chẳng hạn như Chứng từ bảo hiểm, Danh mục thuốc và Danh mục nhà cung cấp/Nhà thuốc sẽ được cung cấp trực tuyến trước ngày 15 tháng 10 2025.

Tìm hiểu các tài liệu về chương trình của quý vị

- **Chứng từ bảo hiểm (EOC):** Tài liệu hướng dẫn về những mục được bao trả trong chương trình của quý vị. Tài liệu này bao gồm thông tin chi tiết về phúc lợi và bảo hiểm trong chương trình của quý vị, quyền của thành viên và nhiều thông tin khác.
- **Danh mục thuốc (Danh sách thuốc):** Danh sách thuốc được bao trả theo chương trình của quý vị.
- **Danh bạ nhà thuốc/nhà cung cấp:** Danh sách các bác sĩ, bác sĩ chuyên khoa và nhà thuốc trong mạng lưới cùng với số điện thoại và địa chỉ. Quý vị có thể tìm nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc nhà thuốc bằng danh bạ trực tuyến của chúng tôi tại MolinaHealthcare.com/ProviderSearch.
- **Thông báo về phương thức bảo vệ quyền riêng tư:** Thông báo này mô tả cách sử dụng và tiết lộ thông tin y tế về quý vị và cách quý vị có thể truy cập vào các thông tin này. Thông báo này có trên trang web của chúng tôi tại https://www.

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

Cách xem hoặc yêu cầu bản sao các tài liệu chương trình

Trực tuyến tại MolinaHealthcare.com/Medicare
Xem hoặc tải xuống bản sao trực tuyến các tài liệu chương trình của quý vị mọi lúc mọi nơi. Quý vị có thể sử dụng bất kỳ thiết bị nào như máy tính bàn, máy tính bảng hoặc điện thoại di động. Các tài liệu chương trình năm 2026 sẽ được tải trực tiếp trước ngày 15 tháng 10 2025.

Trực tuyến tại MyMolina.com.
Truy cập cổng thông tin thành viên tự phục vụ của chúng tôi để xem các tài liệu về chương trình có sẵn trực tuyến 24/7 hoặc tìm nhà thuốc hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới. Đăng nhập vào Cổng thông tin thành viên My Molina hoặc thiết lập tài khoản tại **MyMolina.com**. Nhấp vào “Create an Account” (Tạo tài khoản) và làm theo hướng dẫn từng bước để đăng ký.

Liên hệ tổng đài miễn cước
Vui lòng cho chúng tôi biết nếu quý vị không thể truy cập qua máy tính hoặc quý vị muốn nhận được bản cứng tài liệu EOC, Danh mục thuốc, hoặc Danh bạ nhà thuốc/nhà cung cấp gửi qua đường bưu điện đến quý vị. Để yêu cầu bản in tài liệu của chương trình, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo **số điện thoại miễn cước ở mặt sau thẻ ID của quý vị, từ thứ Hai - thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m. theo giờ địa phương.**

Chúng tôi luôn sẵn lòng hỗ trợ

Nếu quý vị có thắc mắc về phúc lợi của mình hoặc cần trợ giúp tìm nhà thuốc hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo **số điện thoại miễn cước ở mặt sau thẻ ID của quý vị.**

Thông báo về không phân biệt đối xử Phần 1557
Molina Healthcare - Medicare

Phân biệt đối xử là vi phạm pháp luật. Molina Healthcare tuân theo luật dân quyền của Tiểu bang và Liên bang. Molina Healthcare không phân biệt đối xử bất hợp pháp, loại trừ mọi người hay đối xử với họ một cách khác biệt do giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc dân tộc, nhận dạng nhóm dân tộc, độ tuổi, tình trạng khuyết tật tâm thần, tình trạng khuyết tật thể chất, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới hoặc xu hướng tính dục.

Molina Healthcare cung cấp:

- Các công cụ hỗ trợ và dịch vụ miễn phí kịp thời cho người khuyết tật để giúp họ liên hệ với chúng tôi, chẳng hạn như:
  - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có chuyên môn
  - Thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (chữ in lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí kịp thời cho những người có tiếng mẹ đẻ không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như:
  - Thông dịch viên có trình độ
  - Thông tin bằng văn bản bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, hãy liên hệ với Molina Healthcare trong khoảng từ 7 a.m đến 7 p.m. bằng cách gọi số 1-855 687-7860. Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt,

vui lòng gọi số 711. Theo yêu cầu, tài liệu này có thể được cung cấp cho quý vị dưới dạng chữ nổi Braille, bản in cỡ lớn, băng âm thanh hoặc biểu mẫu điện tử. Để nhận một bản sao ở một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi hoặc viết thư cho:

Molina Healthcare

Điều phối viên về dân quyền

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

Qua điện thoại: 1-866-606-3889. Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi số 711.

CÁCH NỘP ĐƠN THAN PHIỀN

Nếu quý vị tin rằng Molina Healthcare đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử bất hợp pháp theo cách khác dựa trên tính dục, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc dân tộc, nhận dạng nhóm dân tộc, độ tuổi, tình trạng khuyết tật về tinh thần, tình trạng khuyết tật về thể chất, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới hoặc xu hướng tính dục, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên Điều phối viên Dân quyền của Central Health Plan của. Quý vị có thể nộp đơn than phiền qua điện thoại, thư bưu điện, trực tiếp hoặc trực tuyến:

- **Qua điện thoại:** Liên hệ với Điều phối viên Dân quyền của của Molina Healthcare từ 8:30 a.m. đến 5:30 p.m. bằng cách gọi số 1-866-606-3889. Hoặc, nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi số 711.

- **Qua thư:** Điền vào mẫu đơn khiếu nại hoặc viết thư và gửi đến:
  Molina Healthcare
  Civil Rights Coordinator
  200 Oceangate, Suite 100
  Long Beach, CA 90802
- Trực tiếp: Đến văn phòng bác sĩ của quý vị hoặc Molina Healthcare và nói rằng quý vị muốn nộp đơn than phiền.
- Điện tử: Gửi email đến Civil.Rights@MolinaHealthcare.com. Quý vị cũng có thể truy cập trang web của Central Health Plan của theo số MolinaHealthcare.Alertline.com.

VĂN PHÒNG DÂN QUYỀN – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền với Văn phòng dân quyền, California Department of Health Care Services qua điện thoại, qua đường bưu điện hoặc theo phương thức điện tử:

- **Qua điện thoại:** Gọi số 1-916-440-7370. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe rõ, vui lòng gọi 711 (Dịch vụ chuyển tiếp viễn thông).
- **Qua thư:** Hãy điền vào biểu mẫu khiếu nại hoặc gửi thư đến:
  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413
  Sacramento, CA 95899-7413

Biểu mẫu khiếu nại có sẵn tại DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- **Điện tử:** Gửi email đến CivilRights@dhcs.ca.gov.

VĂN PHÒNG DÂN QUYỀN – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES

Nếu quý vị cho rằng mình đã bị phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại (than phiền) về dân quyền lên U.S. Department of Health and Human Services, Văn phòng Dân quyền, qua điện thoại, qua thư hoặc bằng phương thức điện tử:

- **Qua điện thoại:** Gọi số 1-800-368-1019. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe rõ, vui lòng gọi số TTY/TDD: 1-800-537-7697.
- **Qua thư:** Điền vào biểu mẫu khiếu nại hoặc gửi thư đến:
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

  Các mẫu đơn khiếu nại có tại HHS.gov/ocr/office/file/index.html.

- **Điện tử:** Truy cập Cổng thông tin khiếu nại của Văn phòng Dân quyền tại 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 ، (وبالنسبة 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: Հաջմանդամություն 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). ການບໍລິການເຫົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

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 สาหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข (855) 687-7860 (711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสาหรับบริการเหล่านี้

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.

THÔNG BÁO VỀ PHƯƠNG THỨC BẢO VỆ QUYỀN RIÊNG TƯ

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁCH SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ VỀ QUÝ VỊ VÀ CÁCH QUÝ VỊ CÓ THỂ TRUY CẬP VÀO CÁC THÔNG TIN NÀY. VUI LÒNG ĐỌC THẬT KỸ.

Thông báo này mô tả các biện pháp bảo vệ quyền riêng tư của các chương trình bảo hiểm sức khỏe liên kết của Molina Healthcare (sau đây được gọi là "**Molina**", "**chúng tôi**" hoặc "**của chúng tôi**"). Chúng tôi sử dụng và chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ ("**PHI**") về quý vị để cung cấp phúc lợi sức khỏe cho quý vị với tư cách là thành viên của Molina. Chúng tôi sử dụng và chia sẻ PHI của quý vị để tiến hành điều trị, thanh toán và thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe. Chúng tôi cũng sử dụng và chia sẻ PHI của quý vị vì các lý do khác như được luật pháp cho phép và yêu cầu. Chúng tôi có nghĩa vụ giữ kín thông tin sức khỏe của quý vị và tuân thủ những điều khoản trong Thông báo này. Thông báo này có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2026.

PHI là thông tin sức khỏe bao gồm tên, mã thành viên hoặc các thông tin nhận dạng khác, và được chúng tôi sử dụng hoặc chia sẻ. PHI bao gồm thông tin sức khỏe về các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và thông tin sinh trắc học (như voiceprint (trích xuất giọng nói)).

Tại sao chúng tôi sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị?
Chúng tôi sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị để cung cấp cho quý vị các phúc lợi về chăm sóc sức khỏe. PHI của quý vị

cũng được sử dụng hoặc chia sẻ để phục vụ việc điều trị, thanh toán và các hoạt động chăm sóc sức khỏe.

Để điều trị

Chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị để cung cấp hoặc sắp xếp việc chăm sóc y tế cho quý vị. Việc điều trị còn bao gồm thư giới thiệu giữa các bác sĩ của quý vị hoặc các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Ví dụ: chúng tôi có thể chia sẻ thông tin về tình trạng sức khỏe của quý vị với một bác sĩ chuyên khoa. Điều này giúp bác sĩ chuyên khoa đó trao đổi với bác sĩ của quý vị về việc điều trị của quý vị.

Để thanh toán

Chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI để đưa ra quyết định về thanh toán. Điều này bao gồm các yêu cầu bồi hoàn, chấp thuận điều trị và quyết định về sự cần thiết về mặt y tế. Tên, tình trạng y tế, việc điều trị và vật tư được cung cấp của quý vị có thể được viết trên hóa đơn. Ví dụ: chúng tôi có thể báo cho một bác sĩ biết rằng quý vị hưởng phúc lợi của chúng tôi. Chúng tôi cũng sẽ cho bác sĩ đó biết số tiền trong hóa đơn mà chúng tôi sẽ thanh toán.

Để thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe

Chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI về quý vị để vận hành (các) chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi. Ví dụ: chúng tôi có thể sử dụng thông tin từ yêu cầu bồi hoàn của quý vị để báo cho quý vị biết về chương trình sức khỏe có khả năng giúp đỡ quý vị. Chúng tôi cũng có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị để giải quyết các mối quan ngại của thành

viên. PHI của quý vị cũng có thể được sử dụng để đảm bảo yêu cầu bồi hoàn được thanh toán đúng.

Các hoạt động chăm sóc sức khỏe liên quan đến nhiều nhu cầu kinh doanh hàng ngày. Việc này bao gồm nhưng không giới hạn ở những điều sau:

- Cải thiện chất lượng;
- Những hoạt động trong các chương trình bảo hiểm sức khỏe để giúp các thành Viên mắc một số bệnh lý (như bệnh suyễn);
- Thực hiện hoặc sắp xếp hoạt động đánh giá y khoa;
- Dịch vụ pháp lý, bao gồm các chương trình phát hiện gian lận và lạm dụng cũng như chương trình truy tố;
- Những hành động giúp chúng tôi tuân thủ luật pháp;
- Giải quyết nhu cầu của thành viên, bao gồm việc giải quyết các khiếu nại và than phiền.

Chúng tôi sẽ chia sẻ PHI của quý vị với những công ty khác (“**cộng sự kinh doanh**”) thực hiện các loai hình hoạt động khác nhau cho (các) chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi. Chúng tôi cũng có thể sử dụng PHI của quý vị để gửi nhắc nhở về các cuộc hẹn của quý vị. Chúng tôi có thể sử dụng PHI của quý vị để cung cấp cho quý vị thông tin về (các) phương pháp điều trị khác hoặc các phúc lợi và dịch vụ khác có liên quan đến sức khỏe.

Khi nào chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị mà không cần có văn bản cho phép (chấp thuận) từ quý vị?

Ngoài việc điều trị, thanh toán và các hoạt động chăm sóc sức khỏe, luật pháp cho phép hoặc yêu cầu Molina sử dụng và chia sẻ PHI của quý vị vì nhiều mục đích khác, bao gồm những mục đích như sau:

Theo yêu cầu của luật pháp

Chúng tôi sẽ sử dụng hoặc chia sẻ thông tin về quý vị theo yêu cầu của luật pháp. Chúng tôi sẽ chia sẻ PHI của quý vị khi Bộ Trưởng Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (Department of Health and Human Services, HHS) yêu cầu. Thông tin này có thể được dùng để phục vụ cho một vụ kiện, đánh giá pháp lý khác, hoặc khi được yêu cầu cho mục đích thực thi pháp luật.

Sức khỏe cộng đồng

PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ vì các hoạt động sức khỏe cộng đồng. Hoạt động này có thể bao gồm giúp các cơ quan sức khỏe cộng đồng ngăn ngừa hoặc kiểm soát dịch bệnh.

Giám sát chăm sóc sức khỏe

PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ với các cơ quan chính phủ. Họ có thể cần PHI của quý vị để thực hiện kiểm tra.

Nghiên cứu

PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ để phục vụ nghiên cứu trong một số trường hợp nhất định, ví dụ như khi

được hội đồng duyệt xét cấp cơ sở hoặc hội đồng về quyền riêng tư chấp thuận.

Thủ tục tố tụng pháp lý hoặc thủ tục hành chính
PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ để phục vụ các thủ tục tố tụng pháp lý, chẳng hạn như đáp lại lệnh của tòa án.

Thực thi pháp luật
PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ với cảnh sát để phục vụ các mục đích thực thi pháp luật, chẳng hạn như giúp tìm nghi phạm, nhân chứng hoặc người bị mất tích.

Sức khỏe và sự an toàn
PHI của quý vị có thể được chia sẻ để ngăn ngừa mối đe dọa nghiêm trọng và cấp thiết đến sức khỏe hoặc sự an toàn của cá nhân hoặc cộng đồng.

Chức năng chính phủ
PHI của quý vị có thể được chia sẻ với chính phủ để thực hiện các chức năng đặc biệt. Một ví dụ đó là bảo vệ Tổng thống.

Nạn nhân của tình trạng ngược đãi, bỏ bê hoặc bạo lực gia đình
PHI của quý vị có thể được chia sẻ với cơ quan pháp luật nếu chúng tôi tin rằng có người là nạn nhân của tình trạng ngược đãi hoặc bỏ bê.

Bồi thường cho người lao động
PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ để tuân thủ luật Bồi thường cho người lao động.

Các trường hợp tiết lộ khác
PHI của quý vị có thể được chia sẻ với người kinh doanh tang lễ hoặc điều tra viên các vụ chết bất thường để giúp họ hoàn thành công việc của họ.

Các hạn chế bổ sung về việc sử dụng và tiết lộ.
Một số luật liên bang và tiểu bang có thể yêu cầu các biện pháp bảo vệ quyền riêng tư đặc biệt hạn chế việc sử dụng và tiết lộ một số loại thông tin sức khỏe nhất định. Các luật này có thể bảo vệ các loại thông tin sau: rối loạn sử dụng rượu và chất kích thích, thông tin sinh trắc học, lạm dụng hoặc bỏ bê trẻ em hoặc người lớn bao gồm tấn công tình dục, bệnh truyền nhiễm, thông tin di truyền, HIV/AIDS, sức khỏe tâm thần, thông tin về trẻ vị thành niên, đơn thuốc, sức khỏe sinh sản và các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Chúng tôi sẽ tuân theo luật nghiêm ngặt hơn, áp dụng cho chúng tôi.

Thông tin về Rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (SUD).
Mặc dù chúng tôi không phải là chương trình điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện theo luật liên bang (“Chương trình SUD”), chúng tôi có thể nhận được thông tin từ Chương trình SUD về quý vị. Chúng tôi không được tiết lộ thông tin SUD để sử dụng trong thủ tục tố tụng dân sự, hình sự, hành chính hoặc lập pháp chống lại quý vị trừ khi chúng tôi nhận được (i) sự đồng ý bằng văn bản của quý vị hoặc (ii) lệnh của tòa án kèm theo trát đòi hầu tòa hoặc yêu cầu pháp lý khác buộc phải tiết lộ sau khi chúng tôi và quý vị nhận được thông báo và có cơ hội được lắng nghe.

Khi nào chúng tôi cần sự cho phép (chấp thuận) bằng văn bản của quý vị để sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị?
Chúng tôi cần văn bản chấp thuận của quý vị để sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị cho mục đích khác ngoài các mục đích được liệt kê trong Thông báo này. Chúng tôi cần sự cho phép của quý vị trước khi chúng tôi tiết lộ PHI của quý vị cho những trường hợp sau đây: (1) hầu hết các trường hợp sử dụng hoặc tiết lộ ghi chú về liệu pháp tâm lý; (2) sử dụng và tiết lộ nhằm mục đích tiếp thị; và (3) sử dụng và tiết lộ liên quan đến việc bán PHI. Quý vị có thể hủy bỏ văn bản chấp thuận mà quý vị đã cung cấp cho chúng tôi. Việc quý vị hủy bỏ sẽ không áp dụng cho các hành động đã được chúng tôi thực hiện trước đó theo sự chấp thuận của quý vị.

Quyền về thông tin sức khỏe của quý vị là gì?
Quý vị có quyền:

- **Yêu cầu hạn chế sử dụng hoặc tiết lộ PHI (chia sẻ PHI của quý vị)**
  Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi không chia sẻ PHI của quý vị để thực hiện điều trị, thanh toán hoặc các hoạt động chăm sóc sức khỏe. Quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi không chia sẻ PHI của quý vị với gia đình, bạn bè của quý vị, hoặc những người khác quý vị đã chỉ đích danh có liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe của quý vị. Tuy nhiên, chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu của quý vị. Quý vị cần phải đưa ra yêu cầu bằng văn bản. Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu của chúng tôi để đưa ra yêu cầu.

- **Yêu cầu trao đổi PHI bí mật**
  Quý vị có thể yêu cầu Molina cung cấp cho quý vị PHI của quý vị theo một cách nhất định hoặc tại một địa điểm cụ thể để giúp giữ bí mật thông tin PHI của quý vị. Chúng tôi sẽ tuân theo các yêu cầu hợp lý nếu quý vị cho chúng tôi biết việc chia sẻ toàn bộ hoặc một phần PHI đó có thể khiến tính mạng của quý vị gặp nguy hiểm như thế nào. Quý vị cần phải đưa ra yêu cầu bằng văn bản. Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu của chúng tôi để đưa ra yêu cầu.

- **Xem xét và sao chép PHI của quý vị**
  Quý vị có quyền xem xét và nhận bản sao PHI của mình do chúng tôi lưu giữ. Bản sao này có thể bao gồm các hồ sơ được sử dụng để thực hiện bao trả, yêu cầu bảo hiểm và các quyết định khác về quý vị với tư cách là thành viên của chúng tôi. Quý vị cần phải đưa ra yêu cầu bằng văn bản. Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu của chúng tôi để đưa ra yêu cầu. Chúng tôi có thể thu một mức phí hợp lý cho việc sao chép và gửi hồ sơ qua đường bưu điện. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể từ chối yêu cầu. *Lưu ý quan trọng: Chúng tôi không có các bản sao đầy đủ cho hồ sơ y tế của quý vị. Nếu quý vị muốn xem, nhận bản sao hoặc thay đổi hồ sơ y tế của mình, vui lòng liên hệ với bác sĩ hoặc phòng khám của quý vị.*

- **Sửa đổi PHI của quý vị**
  Quý vị có thể đề nghị chúng tôi sửa đổi (thay đổi) PHI của mình. Việc sửa đổi chỉ áp dụng cho các hồ sơ của quý vị với

tư cách là thành viên do chúng tôi nắm giữ. Quý vị cần phải đưa ra yêu cầu bằng văn bản. Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu của chúng tôi để đưa ra yêu cầu. Quý vị có thể gửi thư phản đối chúng tôi nếu chúng tôi từ chối yêu cầu.

- **Nhận Bản giải trình về việc tiết lộ PHI (Chia sẻ PHI của quý vị)**
  Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cung cấp cho quý vị danh sách một số bên mà chúng tôi đã chia sẻ PHI của quý vị trong sáu năm trở về trước tính từ ngày quý vị gửi yêu cầu. Danh sách này sẽ không bao gồm PHI đã chia sẻ:
  - để phục vụ việc điều trị, thanh toán hoặc các hoạt động chăm sóc sức khỏe;
  - cho mọi người về PHI của chính họ;
  - việc chia sẻ được thực hiện có sự cho phép của quý vị;
  - vô tình sử dụng hoặc tiết lộ nhưng việc sử dụng hoặc tiết lộ vốn được luật pháp hiện hành cho phép hoặc yêu cầu;
  - PHI được tiết lộ vì lợi ích an ninh quốc gia hoặc mục đích tình báo; hoặc
  - là một phần của chuỗi dữ liệu giới hạn theo luật pháp hiện hành.

Chúng tôi sẽ thu một mức phí hợp lý cho mỗi danh sách khi quý vị yêu cầu nhận danh sách này từ lần thứ hai trở đi trong khoảng thời gian 12 tháng. Quý vị cần phải đưa ra yêu cầu

bằng văn bản. Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu của chúng tôi để đưa ra yêu cầu.

Quý vị có thể đưa ra bất kỳ yêu cầu nào nêu trên, hoặc có thể nhận một bản sao dạng giấy của Thông báo này. Vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại miễn cước ở mặt sau thẻ ID của quý vị, 7 ngày một tuần, 8 a.m. đến 8 p.m., theo giờ địa phương. Người dùng TTY/TDD xin gọi số 711.

Quý vị có thể làm gì nếu quyền của mình không được bảo vệ?

Quý vị có thể khiếu nại với Department of Health and Human Services nếu cho rằng quyền riêng tư của mình đã bị xâm phạm. Chúng tôi sẽ không gây bất lợi cho quý vị vì đã gửi khiếu nại. Hoạt động chăm sóc và phúc lợi của quý vị sẽ không thay đổi theo bất kỳ cách nào.

Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại cho chúng tôi theo địa chỉ:

Gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại miễn cước ở mặt sau thẻ ID của quý vị, 7 ngày một tuần, 8 a.m đến 8 p.m. theo giờ địa phương. Người dùng TTY/TDD xin gọi số 711. Hoặc gửi thư cho chúng tôi theo địa chỉ:

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

Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại cho Bộ trưởng của U.S. Department of Health and Human Services theo địa chỉ:

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

Nhiệm vụ của chúng tôi là gì?
Chúng tôi được yêu cầu:

- Bảo mật PHI của quý vị;
- Cung cấp cho quý vị thông tin bằng văn bản chẳng hạn như thông tin này về nghĩa vụ và phương thức bảo vệ quyền riêng tư của chúng tôi đối với PHI của quý vị;
- Gửi thông báo cho quý vị nếu xảy ra trường hợp vi phạm đối với PHI không được bảo mật của quý vị;
- Không sử dụng hoặc tiết lộ thông tin di truyền của quý vị cho mục đích thẩm định bảo hiểm;
- Tuân thủ điều khoản trong Thông báo này.

Thông báo này có thể thay đổi

Chúng tôi có quyền thay đổi phương thức cung cấp thông tin về điều khoản của Thông báo này bất cứ lúc nào. Nếu có thay đổi, phương thức và điều khoản mới sẽ áp dụng cho mọi PHI mà chúng tôi nắm giữ. Nếu thực hiện bất kỳ thay đổi quan trọng nào, chúng tôi sẽ đăng tải Thông báo

được chỉnh sửa trên trang web của chúng tôi và gửi một bản Thông báo chỉnh sửa hoặc thông tin về thay đổi quan trọng và cách nhận Thông báo được chỉnh sửa trong thư báo hàng năm tiếp theo của chúng tôi gửi đến các thành viên được chúng tôi bao trả. Thông báo này có trên trang web của chúng tôi tại MolinaHealthcare.com.

Thông tin liên hệ

Nếu quý vị có câu hỏi về Thông báo này, vui lòng liên hệ với chúng tôi. Hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại miễn cước ở mặt sau thẻ ID của quý vị; 7 ngày một tuần, 8 a.m. đến 8 p.m. theo giờ địa phương. Người dùng TTY/TDD xin gọi số 711. Or write to Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Quý vị có thể nhận tài liệu này miễn phí ở các định dạng khác như bản in cỡ lớn, chữ nổi Braille hoặc âm thanh. Hãy gọi số (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, 7 ngày một tuần, 8 a.m. đến 8 p.m., theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí.

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

Thông tin quan trọng về Molina Healthcare

CAACVI26L00410