2026
福利汇总

Molina Medicare Complete Care (HMO DSNP)

California H3038-002-000
服务区域：Imperial 县
2026 年 1 月 1 日至 12 月 31 日有效

H3038_26_002_CA_SB_M
CA-H3038-2-SB-ZHS-26-S

MOLINA® HEALTHCARE

福利汇总简介

Molina Medicare Complete Care

感谢您考虑选择 Molina Healthcare！每个人都应该得到优质的护理。自 1980 年以来，Molina 一直为我们的会员提供值得信赖的服务。今天，我们也将一如既往地将您的需求放在第一位。

本文件并未详尽列出我们承保的每项福利和服务或每项限制或排除。要获取完整的服务列表，请参阅《承保证明》(EOC)。您可以访问我们的网站 MolinaHealthcare.com/Medicare 获取 EOC 副本。您也可以拨打 (800) 665-0898, TTY 711 联系会员服务部，我们将邮寄给您一份副本。

若要加入我们的计划，您必须符合 Medicare Part A 的资格，并参保Medicare Part B 和 California Department of Health Care Services 的 Medicaid，并居住在我们的服务区域。我们的服务区域包括 California 的以下县：Imperial 县。

Molina 拥有一个由医生、医院、药房和其他医疗服务提供者组成的网络。除紧急情况外，如果您使用不在我们网络内的提供者，我们可能不会为这些服务付费。如果您想将我们的计划与其他 Medicare 健康计划进行比较，请索要其他计划的福利汇总或使用 medicare.gov 上的 Medicare Plan Finder 工具。

有关 Original Medicare 的承保范围和费用，请查看您当前的《Medicare 与您》手册。访问 medicare.gov 在线查看，或致电 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 获取副本。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。如果您有任何疑问，请致电我们的会员服务团队，电话： **(800) 665-0898, TTY 711,**，服务时间为每周 7 天，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m.。

关于 Medicare

Medicare 是为 65 岁或以上或 65 岁以下患有某些残障的人士提供的健康保险。

Original Medicare 是一项联邦保险计划。它直接向您就诊的医生和医院支付您的护理费用。Original Medicare 不承保大多数预防性护理，并且会有无法预估的自付费用。

Medicare Part A（医院保险）承保医院和专业护理机构的住院护理、临终关怀护理和某些家庭保健护理服务。

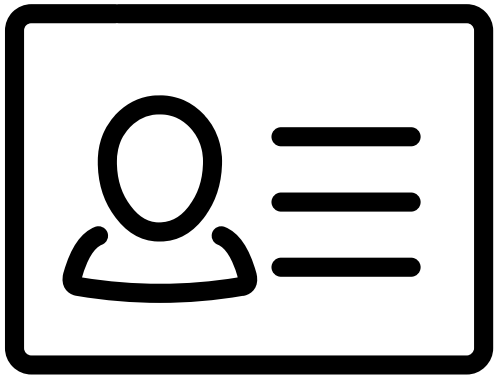
Medicare Part B（医疗保险）承保某些医生服务、门诊护理、医疗用品和预防性服务。

Medicare Part C (Medicare Advantage) 是 Original Medicare 的综合性替代方案。Medicare Advantage 计划包括 A 部分、B 部分以及（通常情况下）D 部分。某些 Medicare Advantage 计划的自付费用可能低于 Original Medicare，并且可能承保 Original Medicare 不承保的额外福利，例如牙科、视力或听力。Medicare 向计划支付固定费用，用于支付您的护理费用，随后计划直接向医生和医院付款。Medicare Advantage 具有可以预估的自付费用，并提供预防性护理和护理协调。

Medicare Part D（处方药承保）帮助您支付从药房购买的药物费用。

Medicaid 双重资格承保类别

- **Qualified Medicare Beneficiary Plus (QMB+):** Medicaid 支付您的 Medicare Part A 和 Part B 保费、自付额、共同保险和共付额。您获得 Medicare 费用分摊的 Medicaid 承保，并有资格获得完整的 Medicaid 福利。
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus (SLMB+)：**Medicaid 支付您的 Medicare Part B 保费，并提供完整的 Medicaid 福利。
- **Full-Benefit Dual Eligible (FBDE)：**有时，个人可能有资格获得 Medicare 费用分摊的有限承保以及完整的 Medicaid 福利。



资格变更：
请务必阅读并回复来自社会安全局或您所在州的 Medicaid 办公室的所有邮件，以便您作为 QMB、QMB+、SLMB+ 或 FBDE 受益人保护您的 $0 费用分摊状态。

根据 CMS 的要求，我们将定期检查您的 Medicaid 资格状态以及您的双重资格类别。如果您完全失去了 Medicaid 承保，您将有一个宽限期，以便重新申请 Medicaid。

如果您不再符合 QMB、QMB+、SLMB+ 或 FBDE 受益人的资格，您可能会在宽限期后非自愿地退出本计划。您所在州的 Medicaid 机构将向您发送失去 Medicaid 或 Medicaid 类别变更的通知。我们也可能会与您联系，提醒您作为 QMB、QMB+、SLMB+ 或 FBDE 受益人重新申请 Medicaid。因此，每当您的邮寄地址和/或电话号码发生变化时，请务必告知我们。

保费和福利汇总

Molina Medicare Complete Care	
每月保费 	每月 $0
医疗自付额 	您每年支付 $0 医疗自付额。
最高自付责任 	从网络提供者处获得的服务每年 $9,250。 （不包括处方药）

保费和福利汇总（续）

Molina Medicare Complete Care

住院 	对于每个福利期住院期间第 1 - 90 天，您需支付 $0。 我们计划还承保 60 天的“终身储备天数”。这些是我们承保的“额外”住院天数。如果每个福利期您的住院时间超过 90 天，您可以使用这些额外的天数。但一旦您用完这额外的 60 天，您的住院承保将仅限于每个福利期 90 天。 *可能需要预先授权。*
门诊医院服务 	每次就诊 $0 共付额 *可能需要预先授权。*
门诊手术中心 	每次就诊 $0 共付额 *可能需要预先授权。*
医生诊疗 	**初级保健** 每次就诊 $0 **专科医生** 每次就诊 $0
预防性护理 	$0 共付额 查找《承保证明》第 4 章医疗福利图表中带有苹果符号的行。计划年度内 Medicare 批准的任何额外预防性服务均将承保。

有疑问？请致电 Molina Healthcare 电话： (800) 665-0898, TTY: 711。

Molina Medicare Complete Care

急诊护理 	$0 共付额
急需的服务 	$0 共付额
诊断服务/实验室检测/成像 	**诊断测试和程序** $0 共付额 **实验室服务** $0 共付额 **诊断放射学服务**（如 MRI、CT 扫描） $0 共付额 **门诊 X 光检查** $0 共付额 **放射治疗** $0 共付额 *某些服务可能需要预先授权。* *门诊实验室服务和门诊 X 光检查服务不需要授权。基因实验室检测需要预先授权。*
听力服务 	**Medicare 承保的诊断性听力和平衡检查** $0 共付额，每年 1 次 **常规听力检查** $0 共付额，每年 1 次 **助听器验配/评估** $0 共付额，每年 1 次 **助听器** $0 共付额 我们的计划每 2 年最多承保 2 副由计划批准的医疗服务提供者提供的承保预选助听器。

Molina Medicare Complete Care

牙科服务

Medicare 承保的牙科服务

$0 共付额

预防性牙科

$0 诊室就诊共付额

- 口腔检查
- 预防（洗牙）
- 氟化物治疗
- 牙科 X 光检查

综合牙科

$0 诊室就诊共付额

以下列出的所有综合牙科服务均在承保范围内，年度计划最高福利承保金额为 $3,600：

- 拔牙
- 牙髓病
- 修复服务
- 口内和口外切开引流术
- 假牙和假牙调整
- 非常规服务，例如刮治、全口清创、牙周维护和安宁疗护紧急治疗
- 其他服务，例如口腔手术深度镇静和口腔手术静脉注射

可能需要预先授权。

Molina Medicare Complete Care

视力服务

Medicare 承保的视力服务

- 诊断/治疗眼部疾病的视力检查（包括每年的青光眼筛查）：$0 共付额
- 白内障手术后的眼镜或隐形眼镜：$0 共付额

我们与眼科供应商合作，为您的日常视力需求提供更多选择！

补充视力承保的服务包括但不限于：

承保范围包括：

- 每个日历年一次例行眼科检查
- 眼镜津贴

您可以使用 $350 眼镜津贴购买：

- 隐形眼镜*
- 眼镜（镜片和镜框）
- 眼镜镜片和/或镜框
- 升级（例如有色、U-V、偏光或变色镜片）。

*如果您选择隐形眼镜，您的眼镜津贴也可用于支付全部或部分隐形眼镜验配费。

您将负责支付超出计划眼镜津贴限额的任何矫正眼镜的费用。

$0 共付额，每个日历年最多 1 次常规配镜眼科检查（和验光）。

心理健康服务

住院就诊
您的第 1-90 天住院费用为 $0。

精神病患者住院护理有 190 天的终身限制。此住院护理限额不适用于综合医院提供的住院精神服务。

我们计划还承保 60 天的“终身储备天数”。这些是我们承保的“额外”住院天数。如果您的住院时间超过 90 天，您可以使用这些额外的天数。但一旦您用完这额外的 60 天，您的住院承保将仅限于 90 天。

可能需要预先授权。

门诊个人/团体治疗就诊

$0 共付额

保费和福利汇总（续）

Molina Medicare Complete Care

专业护理机构 	专业护理机构住院第 1-100 天您需支付 $0 共付额。 无需事先住院。 *可能需要预先授权。*
物理治疗 	**物理治疗和言语治疗** $0 共付额 *可能需要预先授权。* **心脏和肺康复服务** $0 共付额 *可能需要预先授权。* **监督运动疗法 (SET)** $0 共付额 *可能需要预先授权。* **职业治疗服务** $0 共付额 *可能需要预先授权。*
救护运输 	$0 共付额 *仅非急诊救护运输需要获得预先授权。*
交通运输 	$0 共付额 每年 12 趟前往计划批准地点的单程运输 *可能需要预先授权。*

Medicare Part B 药物

化疗/放射药物和其他 B 部分药物	根据您的 Medicaid 承保等级，您需支付 $0 共付额或 20% 的费用。 *可能需要预先授权。* *某些药物可能需要阶梯疗法。*

有疑问？请致电 Molina Healthcare 电话： (800) 665-0898, TTY: 711。

药物承保汇总

标准零售药房和邮购药房

根据您的收入和机构状况，您需要支付以下费用：

对于仿制药（包括被视为仿制药的品牌药）：

- $0 共付额；$1.60 共付额；$5.10 共付额

对于所有其他药物：

- $0 共付额；$4.90 共付额；$12.65 共付额

药品的共付额可能因您获得的 Extra Help 级别而异。有关更多详细信息，请联系计划。

给付阶段

第 1 阶段：自付额	自付额为 $615。在此阶段，您只需为第 1 级和第 6 级药物支付 $0 费用分摊，为第 2 级、第 3 级、第 4 级和第 5 级药物支付适用费用，直至达到年度自付额。
第 2 阶段：初始给付	当您配好当年的第一张处方时，就开始进入这个阶段。在此阶段，本计划将支付您药物费用中的相应份额，而您则支付您应承担的份额。您将留在此阶段，直到您的年度自付费用总额达到 $2,100。 如果您居住在长期护理机构，您支付的费用与零售药店相同。您可以从非网络药房购买药物，费用与网络药房相同。
第 3 阶段：重病给付	当您的年度自付药物费用（包括通过零售药房和/或邮购购买的药物）达到 $2,100 后，本计划将支付您的全部药物费用。

其他福利汇总

Molina Medicare Complete Care

针灸 	**Medicare 承保的针灸** $0 共付额 慢性腰痛在 90 天内最多可承保 12 次就诊。对于症状有所改善的患者，在同一年内最多额外承保八次疗程。
额外远程医疗服务 	您需为某些远程医疗服务支付 $0 共付额，这包括： • 心脏康复服务 • 初级保健医生服务 • 整脊服务 • 职业治疗服务 • 专科医生服务 • 心理健康专科服务的个人疗程 • 心理健康专科服务的团体疗程 • 足科服务 • 其他医疗保健专业人员 • 精神科服务的个人疗程 • 精神科服务的团体疗程 • 物理治疗和语言病理学服务 • Opioid Treatment Program 服务 • 门诊药物滥用的个人疗程 • 门诊药物滥用的团体疗程
年度体检 	$0 共付额
整脊护理 	**Medicare 承保的整脊服务** $0 共付额 对脊柱进行推拿治疗以纠正半脱位（在脊柱的一根或多根脊椎骨脱位的情况下）。
透析 	$0 共付额

有疑问？请致电 Molina Healthcare 电话： (800) 665-0898, TTY: 711。

Molina Medicare Complete Care

健身福利 	$0 共付额 Silver&Fit 为喜欢在家或在旅途中锻炼的会员提供签约健身设施服务和家庭健身套件。
足部护理（足病学） 	**Medicare 承保的足部检查和治疗** $0 共付额 如果您患有与糖尿病相关的神经损伤和/或满足某些条件，则会承保足部检查和治疗。 *可能需要预先授权。*
健康教育 	$0 共付额 帮助您学习管理健康状况的计划，包括健康教育、学习材料、健康建议和护理技巧。
家庭保健护理 	$0 共付额 *可能需要预先授权。*
餐食福利 	$0 共付额 手术或住院治疗后，根据会员的需要，您可能有资格立即享受标准餐食周期服务，该周期为 2 周菜单，共提供 28 份送餐服务。每年最多 56 餐，最多 4 周。 *可能需要预先授权。*

其他福利汇总（续）

Molina Medicare Complete Care

医疗设备和用品 	**耐用医疗设备**（如轮椅、氧气） $0 共付额 **假体/医疗用品** $0 共付额 **糖尿病用品和服务** $0 共付额 *耐用医疗设备、假体/医疗用品和糖尿病用品可能需要预先授权。* *糖尿病鞋和鞋垫需要预先授权。* *选择首选制造商不需要预先授权。*
24 小时护士咨询热线 	$0 共付额 每周 7 天，每天 24 小时提供服务。
营养/膳食福利 	$0 共付额 每年 12 次个人或团体疗程；应要求提供个人电话营养咨询。
Opioid Treatment Program 服务 	$0 共付额 *用药需要预先授权。*
门诊血液服务 	$0 共付额 免除 3 品脱自付额

有疑问？请致电 Molina Healthcare 电话： (800) 665-0898, TTY: 711。

Molina Medicare Complete Care	
门诊药物滥用 	$0 共付额 个人或团体治疗就诊 *可能需要预先授权。*
非处方物品 	$0 共付额 您会收到一张预付费借记卡（MyChoice 卡），该卡每月合计提供 $102 津贴，用于购买 OTC 物品。 OTC 助听器属于承保范围，并包含在 OTC 合计津贴中。 请参阅“预付费借记卡（MyChoice 卡）”部分，了解包含在合计津贴中的福利和服务的完整清单。
个人紧急响应系统 (PERS) 	$0 共付额 经授权后，我们将提供家用设备，以便在发生紧急情况（如跌倒）时通知相关人员。 需要个案管理审查。 *可能需要预先授权。*
全球急诊和紧急护理 	$0 共付额 承保最高 $10,000 的全球急救和紧急护理服务。
预付费借记卡（MyChoice 卡） 	$0 共付额 您会收到一张预付费借记卡，该卡上每月会合计收到 $102 津贴，可用于支付部分补充计划福利，例如： • 非处方物品 您每月会单独收到 $175 的食品与农产品津贴*。 每月向卡中存入资金。每月结束时，任何未使用的分配资金不会结转到下一个月或下个计划年度。 *须符合资格要求

其他福利汇总（续）

Molina Medicare Complete Care

慢性疾病特别补充福利

$0 共付额
您会收到一张预付费借记卡（MyChoice 卡），该卡上每月会收到 $175 津贴，可用于支付部分补充计划福利，例如：

- 食品与农产品

请参阅“预付费借记卡（MyChoice 卡）”部分，了解包含在合计津贴中的福利和服务的完整清单。未使用的津贴不会结转到下个月。

可能需要预先授权。

会员必须符合《承保证明》第 4 章中概述的标准。

Medicaid 承保福利汇总

承保的服务
下图显示了 Medicare 和 Medicaid 承保的服务。如果 Medicaid 也承保 Molina Medicare Complete Care 计划承保的服务，您将在 Medicaid 一列看到“在承保范围内”字样。此图表仅适用于您有权根据您所在州的 Medicaid 计划获得福利的情况。

如果您目前有权获得全部或部分 Medicaid 福利，请参阅您的 Medicaid 会员手册或其他州 Medicaid 文件，了解有关 Medicaid 福利、限制、约束和排除的全部详情。在您所在的州，Medicaid 计划称为 Medi-Cal。

下述福利的承保情况取决于您的 Medicaid 资格等级。这些福利在下面标有星号 (*)，可能不会提供给所有参保人。

福利	Molina Medicare Complete Care	Medi-Cal
重要信息		
保费和其他重要信息 如果您获得了 Medicare 的 Extra Help，您的每月计划保费将降低，或者您可能无需支付任何费用。	**一般** $0 每月计划保费 **网络内** $9,250 Medicare 承保服务的自付费用上限。 然而，在本计划中，根据您的 Medicaid 资格等级，您无需为 Medicare 承保服务承担费用分摊。	根据您的 Medicaid 资格等级，Medicaid 对保费支付和费用分摊的援助可能会有所不同。
医生和医院选择 （有关更多信息，请参阅急诊护理和急需的护理。）	**网络内** 您必须就诊于网络医生、专科医生和医院。	您必须去接受 Medicaid 指派的医生、专科医生和医院处就诊。 网络专科医生需要转诊（针对某些福利）。
门诊护理服务		
针灸	有限承保	在承保范围内 可能存在限制
救护运输服务 （必须是医疗上必需）	在承保范围内	在承保范围内

Medicaid 承保福利汇总（续）

福利	Molina Medicare Complete Care	Medi-Cal
门诊护理服务（续）		
心脏和肺康复服务	在承保范围内	在承保范围内
整脊服务	有限承保	在承保范围内 可能存在限制
牙科服务	在承保范围内	在承保范围内 可能存在限制
糖尿病计划和用品	在承保范围内	在承保范围内
诊断测试、X 光检查、实验室服务和放射学服务	在承保范围内	在承保范围内 可能存在限制
透析服务	在承保范围内	在承保范围内 可能存在限制
医生诊室就诊	在承保范围内	在承保范围内
耐用医疗设备 （包括轮椅、氧气等）	在承保范围内	在承保范围内 可能存在限制
急诊护理	在承保范围内	在承保范围内
听力服务	在承保范围内	在承保范围内 可能存在限制
家庭保健服务 （包括医疗上必需的间歇性专业护理、家庭保健助理服务、康复服务等）	在承保范围内	在承保范围内
门诊心理健康护理	在承保范围内	在承保范围内 可能存在限制

福利	Molina Medicare Complete Care	Medi-Cal
门诊护理服务（续）		
门诊康复服务 （职业治疗、物理治疗、言语和语言治疗）	在承保范围内	在承保范围内 可能存在限制
门诊服务	在承保范围内	在承保范围内
门诊药物滥用护理	在承保范围内	在承保范围内
非处方物品	在承保范围内	在承保范围内 可能存在限制
足科服务	在承保范围内	在承保范围内 可能存在限制
假肢设备 （包括牙套、义肢、义眼等）	在承保范围内	在承保范围内 可能存在限制
医疗运输服务 （常规）	在承保范围内	在承保范围内
急需的服务 （此并非急诊护理，在大多数情况下，不在服务区域内。）	在承保范围内	不在承保范围内
视力服务	在承保范围内	在承保范围内 可能存在限制
健康/教育和其他补充福利计划	在承保范围内	不在承保范围内
住院护理		
住院护理 （包括药物滥用和康复服务）	在承保范围内	在承保范围内 可能存在限制

Medicaid 承保福利汇总（续）

福利	Molina Medicare Complete Care	Medi-Cal
住院护理（续）		
住院心理健康护理	在承保范围内	不在承保范围内
专业护理机构 (SNF) （在 Medicare 认证的专业护理机构中）	在承保范围内	在承保范围内 可能存在限制
预防性服务		
健康/保健教育	在承保范围内	在承保范围内
肾脏疾病和病症	在承保范围内	在承保范围内 可能存在限制
预防性服务	在承保范围内	在承保范围内
临终关怀		
临终关怀	在承保范围内	在承保范围内
处方药福利		
门诊处方药	在承保范围内	在承保范围内 可能存在限制

有疑问？请致电 Molina Healthcare 电话： (800) 665-0898, TTY: 711。

对于有权享受 Medicaid 完整福利的会员，以下列出了您可能有权享受的额外福利。这些是您所在州 Medicaid 计划承保的额外 Medicaid 福利，但可能不在 Molina Medicare Complete Care 计划承保范围内：

其他 MEDICAID 福利	
福利	**MEDI-CAL 承保**
AIDS Waiver Program	在承保范围内 可能存在限制
血液和血液衍生物	在承保范围内
慢性透析服务	在承保范围内 可能存在限制
社区成人服务 (CBAS)	在承保范围内
Comprehensive Perinatal Services Program（预防性服务）	在承保范围内
早期和定期筛查、诊断和治疗 (EPSDT)	在承保范围内
肠内制剂	在承保范围内
家庭执业护士	在承保范围内
计划生育服务和用品	在承保范围内
联邦合格健康中心服务 (FQHC)	在承保范围内
功能性残疾老人的家庭和社区护理（仅豁免）	在承保范围内
中级护理机构	在承保范围内
持证助产士服务	在承保范围内
护士麻醉师服务	在承保范围内
护士助产士	在承保范围内

Medicaid 承保福利汇总（续）

其他 MEDICAID 福利	
福利	**MEDI-CAL 承保**
个人护理服务	在承保范围内 可能存在限制
心理服务	在承保范围内 可能存在限制
康复设施	在承保范围内
呼吸机依赖患者的呼吸护理	在承保范围内
农村卫生诊所服务 (RHC)	在承保范围内
特殊护理服务	在承保范围内
手语翻译服务	在承保范围内
移植	在承保范围内

**最近颁布的立法增加了《福利和机构法典》第 14131.10 条，将若干可选福利类别排除在 Medi-Cal 的承保范围之外，于 2009 年 7 月 1 日实施。自 2009 年 7 月 1 日起，Medi-Cal 计划不承保所示的可选福利。可选福利排除政策不适用于以下受益人：1） 根据 EPSDT 计划提供服务的 21 岁以下受益人；2）居住在专业护理机构（A 级和 B 级护理机构，包括亚急性护理机构）的受益人）；3）怀孕的受益人（与怀孕有关的福利和服务；治疗如果不治疗可能会对怀孕造成困难的疾病的其他福利和服务）；4）California Children's Services 的受益人；5） 参保 Program of All-Inclusive Care for the Elderly 的受益人。2009 年 7 月 1 日或之后，由医生或医生团体开具的大多数排除在外的可选福利服务索赔仍可报销。但是，如果服务提供者不是医生，而是可选的福利提供者之一，这些报销将被拒绝。如需了解有关受新立法影响而减少的福利和服务的更多信息，请访问 California Department of Health Care Services 网站 www.dhcs.ca.gov。

有疑问？请致电 Molina Healthcare 电话： (800) 665-0898, TTY: 711。

术语表

共同保险
您支付的医疗服务或处方药费用的份额百分比。例如，如果您有 20% 的共同保险，则您需要支付 20% 的医疗账单费用。

共付额
您支付的固定金额，作为您为医疗服务或用品支付的费用份额。例如，每次您去看初级保健医生时，您可能都需要支付 $20 的共付额。

自付额
在您的保险开始支付之前您为医疗保健服务或处方药支付的金额。

Extra Help
一项 Medicare 计划，帮助收入和资源有限的人群支付处方药计划费用，如保费、自付额和共同保险。

长期护理
为无法进行穿衣和洗澡等基本日常生活活动的人士提供服务和支持。Medicare 和大多数健康保险计划不支付长期护理费用。

Medicaid
一项为低收入人群提供健康承保的州和联邦计划。

Medicare Advantage
也称为 C 部分。由 Medicare 批准的私营公司提供的一种 Medicare 计划。Medicare Advantage 计划是 Original Medicare 的替代方案。它提供您的 A 部分和 B 部分的所有福利，并且通常还提供额外福利，例如牙科和视力保健。

Original Medicare
Medicare Part A（医院保险）和 Part B（医疗保险）。大多数人会在年满 65 岁时加入该计划。联邦政府管理 Original Medicare。

最高自付费用
一年内您需要为承保服务支付的最高费用。在您达到此金额后，您的保险将承保您今年剩余时间内所有具有医疗必要性的医疗护理费用。

保费
您每月向 Medicare 或医疗保健计划支付的承保费用。

预防性服务
用于早期预防或发现疾病的医疗保健服务。大多数健康计划必须承保一些重要的预防性服务，例如流感疫苗注射和血压筛查，并且无需您付费。

Molina Healthcare 是与 Medicare 签约的 C-SNP、D-SNP 和 HMO 计划。D-SNP 计划与州 Medicaid 计划签约。参保取决于合同续签。

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

English

ATTENTION: If you need help in your language call (800) 665-0898 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call (800) 665-0898 (TTY: 711). These services are free of charge.

العربية(Arabic)

يرجى الانتباه،: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل ب 665-0898 (800) ، (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 665-0898 (800) (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY : يمكنهم الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. եթե ձեզ հարկավոր է աջակցություն ձեր լեզվով, ապա զանգահարեք (800) 665-0898 (711) հեռախոսահամարով: Հաջմանդամություն ունեցող անձանց համար գործում են նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշոր տպատառով տրամադրվող նյութեր: Այս դեպքում զանգահարեք (800) 665-0898 (711) հեռախոսահամարով: Ծառայությունները գործում են անվճար:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ (800) 665-0898 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ
ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ (800) 665-0898 (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 (800) 665-0898 (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 (800) 665-0898 (711)。这些服务均免费提供。

فارسی (Farsi)

توجه : اگر می خواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با (711) 665-0898 (800) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه هایی با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با (711) 665-0898 (800) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شوند.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो (800) 665-0898 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बडे प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। (800) 665-0898 (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 (800) 665-0898 (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 (800) 665-0898 (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 (800) 665-0898 (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。 (800) 665-0898 (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 (800) 665-0898 (711) 번으로 전화하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 지원 및 서비스도 이용하실 수 있습니다. (800) 665-0898 (711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ (800) 665-0898 (711). ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ (800) 665-0898 (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 (800) 665-0898 (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 (800) 665-0898 (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 (800) 665-0898 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। (800) 665-0898 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру (800) 665-0898 (TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру (800) 665-0898 (TTY: 711). Такие услуги бесплатны.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al (800) 665-0898 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al (800) 665-0898 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa (800) 665-0898 (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 (800) 665-0898 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข (800) 665-0898 (711) น อกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สาหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข (800) 665-0898 (711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสาหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер (800) 665-0898 (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 (800) 665-0898 (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 (800) 665-0898 (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 (800) 665-0898 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.


MOLINA®
HEALTHCARE