2026

Щорічне повідомлення про зміни

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

Washington H5823-013-001

Є чинним із 1 січня до 31 грудня 2026 року

H5823_26_013_001_WA_ANOC_M

WA-H5823-13-1-AC-UK-26-L

MOLINA® HEALTHCARE

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) від Molina Healthcare of Washington, Inc.

Щорічне повідомлення про зміни на 2026 рік

Ви є учасником плану Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).

У цьому документі міститься опис змін у ваших витратах і покритті нашого плану на наступний рік.

- **Вибрати на наступний рік інший план, який працює за програмою Medicare, можна буде з 15 жовтня по 7 грудня.** Якщо ви не перейдете на інший план до 7 грудня 2025 року, то залишитесь учасником плану Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).
- Щоб перейти на **інший план**, відвідайте вебсайт www.Medicare.gov або перегляньте список на звороті посібника *Medicare & You* на 2026 р.
- Зверніть увагу, що це лише короткий огляд змін. Більше інформації про витрати, послуги та правила містить *Довідник учасника плану*. Отримайте примірник на сайті MolinaHealthcare.com/Medicare або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером (800) 665-1029 (TTY: 711) і попросіть надіслати вам його поштою.

Інші ресурси

- Щоб отримати додаткову інформацію, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером (800) 665-1029 (TTY: 711). **Графік роботи: з 1 жовтня по 31 березня –** з 8 a.m. до 8 p.m. за місцевим часом без вихідних, **а з 1 квітня до 30 вересня** – з понеділка до п’ятниці з 8 a.m. до 8 p.m. за місцевим часом. Дзвінки безкоштовні.
- Цей документ можна безкоштовно отримати іншою мовою (мовами) або в інших форматах, як-от великим шрифтом, шрифтом Брайля або в аудіоформаті. Телефонуйте за номером (800) 665-1029 (TTY:711). Дзвінки безкоштовні.

Інформація про плани Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

- Molina Healthcare пропонує плани C-SNP, D-SNP і HMO за контрактом з Medicare. Плани D-SNP мають контракт із державною програмою Medicaid. Участь у плані залежить від поновлення контракту. Наш план також має письмову угоду з програмою Washington Medicaid для координації страхових покриттів за програмою Medicaid.
- Коли в цьому документі використовується займенник “ми” та інші його форми, мається на увазі Molina Healthcare of Washington, Inc. Слова “план” і “наш план” означають план Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).
- **Якщо ви не зміните план самостійно до 7 грудня 2025 року, то автоматично станете учасником плану**

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Починаючи з 1 січня 2026 року ви отримуватимете покриття медичних послуг і рецептурних препаратів за планом Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Додаткову інформацію про перехід на інший план і строки такого переходу див. у розділі 3.

H5823_26_013_001_WA_ANOC_M

Щорічне повідомлення про зміни на 2026 рік
Зміст

Короткий огляд важливих витрат на 2026 рік 6

РОЗДІЛ 1 Зміни в покритті й вартості послуг на наступний рік 14

Розділ 1.1 Зміни щомісячного страхового внеску за планом .. 14

Розділ 1.2 Зміни максимальної суми власних витрат 14

Розділ 1.3 Зміни в мережі постачальників послуг 16

Розділ 1.4 Зміни в мережі аптек 17

Розділ 1.5 Зміни в покритті й вартості медичних послуг 18

Розділ 1.6 Зміни в страховому покритті препаратів за Частиною D 28

Розділ 1.7 Зміни в покритті та вартості рецептурних препаратів 29

РОЗДІЛ 2 Адміністративні зміни 44

РОЗДІЛ 3 Як змінити план 50

Розділ 3.1 Термін переходу на інший план 51

Розділ 3.2 Чи можна змінити план в інший час протягом року? 52

РОЗДІЛ 4 Отримання допомоги з оплатою рецептурних препаратів 53

РОЗДІЛ 5 Маєте запитання? 56
Розділ 5.1 Отримання допомоги за планом Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) 56
Розділ 5.2 Як отримати безкоштовну консультацію щодо Medicare 57
Розділ 5.3 Як отримати допомогу від Medicare 58
Розділ 5.4 Як отримати допомогу від Medicaid 59

Короткий огляд важливих витрат на 2026 рік

У наведеній нижче таблиці порівнюються витрати для 2025 і 2026 років за планом Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) у кількох важливих сферах. **Зверніть увагу, що це лише короткий огляд витрат**.

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
Щомісячний внесок за планом* * Ваш внесок може бути більшим за цю суму. Додаткову інформацію наведено в розділі 1.1.	$0	**$0**
Візити до постачальника послуг первинної медичної допомоги	$0 доплати за візит	**$0 доплати за візит**
Візити до спеціалістів	$0 доплати за візит	**$0 доплати за візит**
Перебування в стаціонарній	$0 доплати	**$0 доплати**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
лікарні Включає стаціонарне лікування гострих захворювань, стаціонарну реабілітацію, госпіталізацію в стаціонар із метою довгострокового догляду та інші види послуг перебування в стаціонарі. Стаціонарне лікування починається з дня, коли ви офіційно потрапили до лікарні за направленням лікаря. День перед випискою – це ваш останній день у стаціонарі.	План покриває до 90 днів стаціонарного лікування кожного страхового періоду. Ви також маєте додаткові 60 днів покриття, які називаються резервним періодом. Ці 60 днів можна використати лише один раз. Резервний період почне застосовуватись автоматично, за винятком випадків, якщо ви безпосередньо не дасте нам протилежних указівок (докладніше про страхові періоди див. у Довіднику учасника плану).	**План покриває до 90 днів стаціонарного лікування кожного страхового періоду. Ви також маєте додаткові 60 днів покриття, які називаються резервним періодом. Ці 60 днів можна використати лише один раз. Резервний період почне застосовуватись автоматично, за винятком випадків, якщо ви безпосередньо не дасте нам протилежних указівок (докладніше про**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
		страхові періоди див. у Довіднику учасника плану).
Покриття препаратів за умовами Частини D	Препарати у фармацевтичному довіднику, що покриваються Частиною D, належать до одного рівня. Нижче наведено ваші витрати на місячний (31-денного) запас препарату, отриманого за рецептом у мережевій аптеці за стандартного розподілу витрат. **Непатентовані й пріоритетні лікарські препарати з кількох джерел:** ви платите **$0** за рецептурний	**Франшиза: $615** **На цьому етапі ви сплачуєте частку в розподілі витрат у розмірі $0 за препарати рівнів 1 і 6, а також відповідну частку вартості препаратів рівнів 2, 3, 4 і 5, доки не досягнете річної франшизи.** **Сума доплати на етапі початкового покриття:** **Препарати рівня 1:** **$0 доплати** **Препарати рівня 2:**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
	препарат. **Усі інші лікарські препарати:** ви платите **$0** за кожен рецептурний препарат	**$0, $1.60 або $5.10 доплати за непатентовані препарати (включно з фірмовими препаратами, які вважаються непатентованими)** **$0, $4.90 або $12.65 доплати за всі інші лікарські препарати за кожен рецептурний препарат** **Препарати рівня 3:** **$0, $1.60 або $5.10 доплати за непатентовані препарати (включно з фірмовими препаратами, які**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
		вважаються непатентованими) **$0, $4.90 або $12.65 доплати за всі інші лікарські препарати за кожен рецептурний препарат** **Препарати рівня 4:** **$0, $1.60 або $5.10 доплати за непатентовані лікарські препарати (включно з фірмовими лікарськими препаратами, які вважаються непатентованими); $0, $4.90 або $12.65 доплати за всі інші препарати за кожен**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
		рецептурний препарат **Препарати рівня 5:** **$0, $1.60 або $5.10 доплати за непатентовані препарати (включно з фірмовими препаратами, які вважаються непатентованими)** **$0, $4.90 або $12.65 доплати за всі інші лікарські препарати за кожен рецептурний препарат** **Препарати рівня 6:** **$0 доплати**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
		Страхове покриття після досягнення межі самостійних витрат **На цьому етапі ви не платите нічого за препарати, що покриваються за умовами Частини D.**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
Максимальна сума власних витрат Це найбільша сума ваших власних витрат за послуги, передбачені за програмою Частина A або Частина B. (Додаткову інформацію наведено в розділі 1.2.)	$9,350 Якщо програма Medicaid доплачує за вас суми, які ви в іншому випадку мали би платити за послуги, що покриває програма Medicare, вам не потрібно буде самостійно оплачувати послуги за умовами Частини A і Частини B, якщо їхня вартість перевищує максимальну суму власних витрат.	**$9,250** **Якщо програма Medicaid доплачує за вас суми, які ви в іншому випадку мали би платити за послуги, що покриває програма Medicare, вам не потрібно буде самостійно оплачувати послуги за умовами Частини A і Частини B, вартість яких перевищує максимальну суму власних витрат.**

РОЗДІЛ 1 Зміни в покритті й вартості послуг на наступний рік

Розділ 1.1 Зміни щомісячного страхового внеску за планом

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
Щомісячний внесок за планом (Ви також маєте й надалі платити страховий внесок за програмою Medicare Part B, якщо його не платить за вас Medicaid.)	$0	**$0**

Розділ 1.2 Зміни максимальної суми власних витрат

Medicare вимагає від усіх планів медичного страхування обмежити суму, яку ви платите самостійно протягом року. Це обмеження називається максимальною сумою власних витрат. Витративши цю суму, ви зазвичай нічого не платитимете за послуги, які покриваються Частиною A і Частиною B, до кінця календарного року.

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
Максимальна сума власних витрат Оскільки учасники нашого плану також отримують допомогу в межах програми Medicaid, вони рідко досягають цієї максимальної суми власних витрат. Ви не сплачуватимете самостійно вартість послуг, що покриваються програмами Частина A і Частина B, яка перевищує	$9,350	**$9,250** **Сплативши самостійно $9,250 за послуги, що покриваються за умовами Частини A і Частини B, ви більше не платитимете за такі послуги до кінця календарного**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
максимальну суму власних витрат. Оплата медичних послуг, що покриваються планом (наприклад, доплати), **входить** у максимальну суму власних витрат. Страховий внесок за нашим планом і ваші витрати на рецептурні препарати **не враховуються** в цій сумі.		**року.**

Розділ 1.3 Зміни в мережі постачальників послуг

У наступному році в нашій мережі постачальників послуг відбудуться зміни. Перегляньте *Довідник постачальників послуг на 2026 рік* на сайті MolinaHealthcare.com/Medicare і дізнайтеся, чи входять ваші постачальники послуг (постачальник послуг первинної медичної допомоги, профільні спеціалісти, лікарні тощо) у нашу мережу. Де отримати актуальний *Довідник постачальників послуг*:

- Відвідайте наш вебсайт MolinaHealthcare.com/Medicare.
- Зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером (800) 665-1029 (TTY: 711), щоб отримати актуальну

інформацію про постачальника або попросити надіслати вам поштою *Довідник постачальників послуг*.

Перелік лікарень, лікарів і спеціалістів (постачальників), з якими ми співпрацюємо, може змінюватися протягом року. Якщо внесені в середині року зміни в переліку постачальників стосуються вас, зверніться по допомогу, зателефонувавши до відділу обслуговування учасників за номером (800) 665-1029 (TTY: 711). Додаткову інформацію про ваші права у випадку, якщо мережевий постачальник послуг припиняє співпрацювати з нашим планом, див. у розділі 2.3 глави 3 вашого *Довідника учасника плану*.

Розділ 1.4 Зміни в мережі аптек

Сума, яку ви платите за рецептурні препарати, може залежати від вашої аптеки. Плани покриття препаратів від Medicare співпрацюють із мережею аптек. Ваші рецептурні препарати здебільшого покриваються, *лише* якщо ви отримуєте їх в одній із наших мережевих аптек.

У наступному році в нашій мережі аптек послуг відбудуться зміни. Ознайомтеся з *Довідником аптек* на сторінці MolinaHealthcare.com/Medicare, щоб дізнатися, які аптеки входять у нашу мережу. Де отримати актуальний *Довідник аптек*:

- Відвідайте наш вебсайт MolinaHealthcare.com/Medicare.
- Зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером (800) 665-1029 (TTY: 711), щоб отримати актуальну інформацію про аптеки або замовити *Довідник аптек* поштою.

Протягом року ми можемо змінювати аптеки, які входять у ваш план. Якщо внесені в середині року зміни в переліку аптек стосуються вас, зверніться по допомогу до відділу обслуговування учасників, зателефонувавши за номером (800) 665-1029 (TTY: 711).

Розділ 1.5 Зміни в покритті й вартості медичних послуг

Зі Щорічного повідомлення про зміни ви дізнаєтеся про зміни в покритті й вартості послуг за програмою Medicare.

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
Спеціальні додаткові послуги для осіб із хронічними захворюваннями (SSBCI) – їжа й продукти харчування	Послуга покривається як спеціальна додаткова послуга для осіб із хронічними захворюваннями (SSBCI). Відповідні учасники щомісяця отримують компенсацію в розмірі $50 на здорову їжу й продукти харчування.	**Послуга покривається як спеціальна додаткова послуга для осіб із хронічними захворюваннями (SSBCI). Відповідні учасники щомісяця отримують компенсацію в розмірі $140 на здорову їжу й продукти харчування.**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
	Покриття SSBCI поширюється лише на учасників із певними хронічними захворюваннями.	**Покриття SSBCI поширюється лише на учасників із певними хронічними захворюваннями.**
Передплачена дебетова картка (картка MyChoice)	У вас була передплачена дебетова картка MyChoice, на яку зараховувалася сукупна грошова компенсація на безрецептурні (OTC) товари й транспортні послуги, а також окрема компенсація SSBCI на їжу й продукти харчування.	**Ви отримуєте передплачену дебетову картку MyChoice, на яку щомісяця зараховується сукупна компенсація в розмірі $40 на безрецептурні (OTC) товари й безрецептурні (OTC) слухові апарати.**
Додаткові послуги телемедицини	Ви сплачуєте $0 доплати за певні послуги телемедицини,	**Ви сплачуєте $0 доплати за певні послуги телемедицини,**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
	зокрема послуги лікаря первинної медичної допомоги.	**зокрема послуги кардіологічної реабілітації, послуги лікаря первинної медичної допомоги, послуги хіропрактики, послуги ерготерапії, послуги лікаря-спеціаліста, індивідуальні сеанси в спеціалістів із психічного здоров’я, групові сеанси в спеціалістів із психічного здоров’я, подіатричні послуги, послуги іншого медичного працівника,**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
		індивідуальні сеанси психіатричної допомоги, групові сеанси психіатричної допомоги, послуги фізіотерапії та послуги логопеда, послуги програми лікування опіоїдної залежності, індивідуальні та групові сеанси з амбулаторного лікування розладів, пов’язаних із вживанням психоактивних речовин.
Послуги транспортування до затверджених	Щомісяця ви отримуєте $140 компенсації на	**Якщо ви є учасником плану Molina Apple Health,**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
планом місць (додаткова послуга)	транспортні послуги. Ця компенсація поєднується з покриттям безрецептурних (OTC) товарів.	**ваші послуги включають транспортні послуги для учасників, які відповідають певним критеріям. Додаткову інформацію про послугу див. в довіднику учасника плану (EOC).**
Безрецептурні (OTC) товари (додаткова послуга)	Ви отримуєте $140 щомісяця на безрецептурні (OTC) товари. Ця компенсація поєднується з покриттям транспортних послуг.	**Ви отримуєте передплачену дебетову картку MyChoice, на яку щомісяця зараховується сукупна компенсація в розмірі $40 на безрецептурні (OTC) товари.**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
Персональна система екстреного реагування (PERS) (додаткова послуга)	За умовами цієї послуги куратор плану визначить, які учасники мають на неї право. Вам надається домашня система медичної сигналізації, щоб ви могли отримати допомогу в разі надзвичайної ситуації.	**Ця додаткова послуга не покривається.**
Стоматологічні послуги (додаткова послуга)	Ми співпрацюємо з постачальником стоматологічних послуг, щоб краще задовольняти ваші повсякденні потреби. Якщо ви користуєтеся послугами нашого постачальника стоматологічних послуг, вам	**Ми співпрацюємо з постачальником стоматологічних послуг, щоб краще задовольняти ваші повсякденні потреби. Якщо ви користуєтеся послугами нашого постачальника стоматологічних послуг, вам**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
	надаватимуться як профілактичні, так і певні комплексні стоматологічні послуги. Профілактичними стоматологічними послугами є безкоштовні обстеження порожнини рота, чистки, обробка фтором і рентгенівські знімки. Крім того, вам буде надано $1,000 на оплату певних комплексних стоматологічних послуг, зокрема на протезування.	**надаватимуться як профілактичні, так і певні комплексні стоматологічні послуги. Профілактичними стоматологічними послугами є безкоштовні обстеження порожнини рота, чистки, обробка фтором і рентгенівські знімки. Крім того, вам буде надано $2,500 на оплату певних комплексних стоматологічних послуг, зокрема на протезування.**
Послуги, пов’язані із зором	Ми співпрацюємо з постачальником	**Ми співпрацюємо з постачальником**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
(додаткова послуга)	послуг, пов’язаних із зором, щоб краще задовольняти ваші повсякденні потреби. Покриваються такі додаткові послуги, пов’язані із зором: Одне планове офтальмологічне обстеження на календарний рік. Компенсація на засоби корекції зору в розмірі $200. Ви можете використовувати грошову компенсацію на оптичні засоби для придбання: Контактні лінзи* Окуляри (лінзи та оправи) Лінзи та/або оправи для окулярів Модернізація (наприклад, тоновані,	**послуг, пов’язаних із зором, щоб краще задовольняти ваші повсякденні потреби. Покриваються такі додаткові послуги, пов’язані із зором: Одне планове офтальмологічне обстеження на календарний рік. Компенсація на засоби корекції зору в розмірі $250. Ви можете використовувати грошову компенсацію на оптичні засоби для придбання: Контактні лінзи* Окуляри (лінзи та оправи) Лінзи**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
	ультрафіолетові, поляризовані або фотохромні лінзи). * Якщо ви вибираєте контактні лінзи, ваша компенсація на оптичні засоби також може бути використана частково або повністю для оплати послуг прилаштування контактних лінз. Ви самостійно оплачуєте коригувальні оптичні засоби, якщо перевищено ліміт компенсації на оптику за планом. Ви сплачуєте $0 за одне планове офтальмологічне обстеження (і	**та/або оправи для окулярів Модернізація (наприклад, тоновані, ультрафіолетові, поляризовані або фотохромні лінзи). * Якщо ви вибираєте контактні лінзи, ваша компенсація на оптичні засоби також може бути використана частково або повністю для оплати послуг прилаштування контактних лінз. Ви самостійно оплачуєте коригувальні оптичні засоби, якщо перевищено**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
	рефрактометрію) для призначення окулярів протягом кожного календарного року.	**ліміт компенсації на оптику за планом. Ви сплачуєте $0 за одне планове офтальмологічне обстеження (і рефрактометрію) для призначення окулярів протягом кожного календарного року.**
Безрецептурні (OTC) товари – слухові апарати (додаткова послуга)	Ви отримуєте 2 безрецептурні (OTC) слухові апарати кожні 2 роки.	**Ви отримуєте передплачену дебетову картку MyChoice, на яку щомісяця зараховується сукупна компенсація в розмірі $40 на безрецептурні (OTC) слухові апарати.**

Розділ 1.6 Зміни в страховому покритті препаратів за Частиною D

Зміни в Списку препаратів

Наш список препаратів, що покриваються планом страхування, називається Фармацевтичним довідником або Списком препаратів. Ми надаємо Список препаратів в електронному форматі.

Ми внесли зміни в Список препаратів (видалили або додали лікарські засоби, змінили обмеження, що стосуються покриття певних препаратів, або перенесли їх на інший рівень розподілу витрат). **Перегляньте Список препаратів, щоб дізнатися, чи покриватимуться потрібні вам ліки наступного року, чи поширюватимуться на них обмеження та чи їх не перенесено на інший рівень розподілу витрат.**

Більшість змін у список препаратів ми вносимо на початку кожного року. Однак протягом календарного року ми також можемо вносити інші зміни, дозволені правилами Medicare, і вони впливатимуть на вас. Тому ми оновлюємо електронний Список препаратів принаймні щомісяця, щоб він містив актуальну інформацію. Ми повідомимо вас, якщо ми внесемо зміну, що вплине на доступ до препарату, який ви приймаєте.

Якщо на початку або протягом року на вас вплине зміна в покритті препаратів, перегляньте главу 9 *Довідника учасника плану* й поговоріть із лікарем, який призначив препарат, щоб знайти вихід із цієї ситуації. Наприклад, можна попросити тимчасовий запас ліків, подати заявку на виняток і/або знайти інший препарат. Щоб

отримати додаткову інформацію, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером (800) 665-1029 (TTY: 711).

Розділ 1.7 Зміни в покритті та вартості рецептурних препаратів

Чи користуєтеся ви програмою додаткової допомоги Extra Help для страхового покриття препаратів?

Якщо ви берете участь у програмі допомоги з оплатою препаратів (Extra Help), **інформація про вартість препаратів, які покриваються за Частиною D, може не стосуватися вас.** Ми надіслали вам окремий додаток до *Довідника учасника плану для тих, хто користується додатковою допомогою Extra Help для оплати рецептурних препаратів,* в якому описано ваші витрати на препарати. Якщо ви користуєтеся програмою додаткової допомоги Extra Help, але не отримали цей додаток до 30 вересня, зателефонуйте у відділ обслуговування учасників за номером (800) 665-1029 (TTY: 711) і попросіть надіслати *Додаток LIS*.

Етапи оплати препаратів

Передбачено 3 **етапи оплати препаратів**: етап щорічної франшизи, етап початкового покриття і етап покриття після досягнення межі самостійних витрат. Етап відсутності покриття Coverage Gap Stage і Програма знижок для етапу відсутності покриття Coverage Gap Discount Program відтепер не передбачатимуться Частиною D.

- ***Етап 1. Щорічна франшиза***

Кожного календарного року ви починаєте із цього етапу оплати. На цьому етапі ви сплачуєте повну вартість ваших препаратів за програмою Частина D, доки не досягнете суми річної франшизи.

- ***Етап 2. Початкове покриття***

Коли ви виплатите щорічну франшизу, почнеться етап початкового покриття. На цьому етапі план сплачує свою частку вартості препаратів, а ви — свою. Зазвичай ви залишатиметеся на цьому етапі, доки ваші власні витрати від початку року не досягнуть $2,100.

- ***Етап 3. Покриття після досягнення межі самостійних витрат***

Це третій і останній етап оплати препаратів. На цьому етапі ви нічого не сплачуєте за препарати, що покриваються за умовами Частини D. Ви залишатиметеся на цьому етапі до кінця календарного року.

Програму знижок для етапу відсутності покриття замінила Програма знижок від виробника Manufacturer Discount Program. У межах програми знижок від виробника виробники препаратів сплачують замість нашого плану частину повної вартості фірмових і біологічних препаратів, що покриваються за Частиною D, на етапах початкового покриття й покриття після досягнення межі самостійних витрат. Ці знижки від виробника не враховуються в суму ваших власних витрат.

У таблиці показані ваші витрати для кожного рецептурного препарату на цьому етапі.

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
Щорічна франшиза	$0	$615 **На цьому етапі ви сплачуєте частку в розподілі витрат у розмірі $0 за препарати рівнів 1 і 6, а також відповідну частку вартості препаратів рівнів 2, 3, 4 і 5, доки не досягнете річної франшизи.**

Витрати на препарати на етапі 2. Початкове покриття

У таблиці нижче вказано ваші витрати на місячний запас препарату, отриманого за рецептом у мережевій аптеці за стандартного розподілу витрат.

Більшість вакцин для дорослих за Частиною D покриваються планом, і вам не потрібно за них платити. Додаткову інформацію про вартість вакцин та правила оплати див. в главі 6 *Довідника учасника плану*.

Після того як сума власних витрат на лікарські препарати за Частиною D досягне $2,100, ви перейдете на наступний етап

(етап страхового покриття після досягнення межі самостійних витрат).

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
Рівень 1 (пріоритетні непатентовані препарати) Ми змінили рівень для деяких препаратів зі Списку препаратів. Щоб дізнатися, чи стосується це потрібних вам ліків, знайдіть їх у Списку препаратів, що покриваються планом.	Препарати у фармацевтичному довіднику, що покриваються Частиною D, належать до одного рівня. Нижче наведено ваші витрати на місячний (31-денного) запас препарату, отриманого за рецептом у мережевій аптеці за стандартного розподілу витрат. **Непатентовані й пріоритетні лікарські препарати з**	**$0 доплати від загальної вартості**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
	кількох джерел: ви платите **$0** за кожен рецептурний препарат. **Усі інші лікарські препарати:** ви платите **$0** за кожен рецептурний препарат. ви платите **$0** за кожен рецептурний препарат. Після того як сума ваших власних витрат на лікарські препарати за Частиною D досягне $2,000, ви перейдете на наступний етап (етап страхового покриття після досягнення межі самостійних витрат). На етапі	

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
	критичного покриття ваша частка витрат становить $0.	
Рівень 2 (непатентовані препарати)	Препарати у фармацевтичному довіднику, що покриваються за Частиною D, належать до одного рівня. Нижче вказано ваші витрати на місячний запас препарату, отриманого за рецептом у мережевій аптеці за стандартного розподілу витрат. **Непатентовані та пріоритетні лікарські препарати з**	**$0, $1.60 або $5.10 за непатентовані препарати (включно з фірмовими препаратами, які вважаються непатентованими)** **$0, $4.90 або $12.65 доплати за всі інші лікарські препарати за кожен рецептурний препарат**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
	кількох джерел. Ви платите **$0** за рецепт. **Усі інші препарати:** ви сплачуєте **$0** за кожен рецептурний препарат. Після того як сума ваших власних витрат на лікарські препарати за Частиною D досягне $2,000, ви перейдете на наступний етап (етап страхового покриття після досягнення межі самостійних витрат). На етапі критичного покриття ваша частка витрат	

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
	становить $0.	
Рівень 3 (пріоритетні фірмові препарати)	Препарати у фармацевтичному довіднику, що покриваються за Частиною D, належать до одного рівня. Нижче вказано ваші витрати на місячний запас препарату, отриманого за рецептом у мережевій аптеці за стандартного розподілу витрат. **Непатентовані та пріоритетні лікарські препарати з кількох джерел.**	**$0, $1.60 або $5.10 за непатентовані препарати (включно з фірмовими препаратами, які вважаються непатентованими)** **$0, $4.90 або $12.65 доплати за всі інші лікарські препарати за кожен рецептурний препарат**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
	Ви платите **$0** за рецепт. **Усі інші препарати:** ви сплачуєте **$0** за кожен рецептурний препарат. Після того як сума ваших власних витрат на лікарські препарати за Частиною D досягне $2,000, ви перейдете на наступний етап (етап страхового покриття після досягнення межі самостійних витрат). На етапі критичного покриття ваша частка витрат становить $0.	

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
Рівень 4 (непріоритетні препарати)	Препарати у фармацевтичному довіднику, що покриваються за Частиною D, належать до одного рівня. Нижче вказано ваші витрати на місячний запас препарату, отриманого за рецептом у мережевій аптеці за стандартного розподілу витрат. **Непатентовані та пріоритетні лікарські препарати з кількох джерел.** Ви платите **$0** за рецепт.	**$0, $1.60 або $5.10 за непатентовані препарати (включно з фірмовими препаратами, які вважаються непатентованими)** **$0, $4.90 або $12.65 доплати за всі інші лікарські препарати за кожен рецептурний препарат**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
	Усі інші препарати: ви сплачуєте **$0** за кожен рецептурний препарат. Після того як сума ваших власних витрат на лікарські препарати за Частиною D досягне $2,000, ви перейдете на наступний етап (етап страхового покриття після досягнення межі самостійних витрат). На етапі критичного покриття ваша частка витрат становить $0.	
Рівень 5 (спеціалізовані	Препарати у фармацевтичному	**$0, $1.60 або $5.10 за непатентовані**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
препарати)	довіднику, що покриваються за Частиною D, належать до одного рівня. Нижче вказано ваші витрати на місячний запас препарату, отриманого за рецептом у мережевій аптеці за стандартного розподілу витрат. **Непатентовані та пріоритетні лікарські препарати з кількох джерел.** Ви платите **$0** за рецепт. **Усі інші препарати:**	**препарати (включно з фірмовими препаратами, які вважаються непатентованими)** **$0, $4.90 або $12.65 доплати за всі інші лікарські препарати за кожен рецептурний препарат**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
	ви сплачуєте **$0** за кожен рецептурний препарат. Після того як сума ваших власних витрат на лікарські препарати за Частиною D досягне $2,000, ви перейдете на наступний етап (етап страхового покриття після досягнення межі самостійних витрат). На етапі критичного покриття ваша частка витрат становить $0.	
Рівень 6 (певні препарати для догляду)	Препарати у фармацевтичному довіднику, що покриваються за	**$0 від загальної вартості**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
	Частиною D, належать до одного рівня. Нижче вказано ваші витрати на місячний запас препарату, отриманого за рецептом у мережевій аптеці за стандартного розподілу витрат. **Непатентовані та пріоритетні лікарські препарати з кількох джерел.** Ви платите **$0** за рецепт. **Усі інші препарати:** ви сплачуєте **$0** за кожен рецептурний	

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
	препарат. Після того як сума ваших власних витрат на лікарські препарати за Частиною D досягне $2,000, ви перейдете на наступний етап (етап страхового покриття після досягнення межі самостійних витрат). На етапі критичного покриття ваша частка витрат становить $0.	

Зміни в обсязі вашого покриття за Частиною D у межах програми VBID

У 2025 році план Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) брав участь у моделі страхування на основі цінності (Value Based Insurance Design, VBID), але цього року ця програма припиняє свою дію. У межах послуг за Частиною D моделі VBID програма

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) надавала можливість звільнення від сплати частки в розподілі витрат на препарати, що покриваються за умовами Частини D. У зв’язку із завершенням дії програми учасники наразі можуть бути зобов’язані сплачувати свою частку в розподілі витрат на всі препарати Частини D на всіх етапах покриття. Якщо у вас виникнуть запитання, звертайтеся до відділу обслуговування учасників для отримання додаткової інформації.

Зміни в етапі покриття після досягнення межі самостійних витрат

Додаткову інформацію про ваші витрати на етапі покриття після досягнення межі самостійних витрат див. у розділі 6 глави 6 *Довідника учасника плану*.

РОЗДІЛ 2 Адміністративні зміни

Наступного року відбудуться адміністративні зміни. Інформація про ці зміни наведена в таблиці нижче.

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
План оплати рецептурних препаратів Medicare Prescription Payment Plan	Не застосовується	**Medicare Prescription Payment Plan – це новий варіант оплати, що поєднується з**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
		вашим поточним покриттям препаратів і може допомогти оптимізувати витрати на ліки, розподіляючи їх на щомісячні платежі, які змінюються протягом року (із січня по грудень). Щоб дізнатися більше про цей спосіб оплати, зв'яжіться з нами, зателефонувавши на номер (800) 665-1029 (TTY: 711), або відвідайте сайт Medicare.gov
У вашому контракті/плані змінився пакет послуг, що покриваються	H5823-006-000	**H5823-013-001**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
(PBP)		
Спеціальні додаткові послуги для осіб із хронічними захворюваннями (SSBCI)	Якщо у вас діагностовано будь-яке з відповідних хронічних захворювань і ви відповідаєте певним критеріям, ви можете мати право на спеціальні додаткові послуги для людей з хронічними захворюваннями. До числа відповідних хронічних захворювань належать такі: • Хронічна алкогольна та інша наркотична залежність	**Якщо у вас діагностовано будь-яке з відповідних хронічних захворювань і ви відповідаєте певним критеріям, ви можете мати право на спеціальні додаткові послуги для людей з хронічними захворюваннями. До числа відповідних хронічних захворювань належать такі:** • **Серцево-судинні розлади**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
	• Аутоімунні розлади • Рак • Серцево-судинні розлади • Хронічна серцева недостатність • Деменція • Діабет • Термінальна стадія захворювання печінки • Термінальна стадія ниркової недостатності (ESRD) • Тяжкі захворювання крові	• **Хронічна серцева недостатність** • **Деменція** • **Цукровий діабет** • **Хронічні легеневі розлади** • **Хронічна хвороба нирок (CKD)** • **Хронічний алкогольний розлад та інші розлади, пов’язані з вживанням психоактивних речовин (SUD)** • **Рак** • **Аутоімунні розлади**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
	• ВІЛ/СНІД (HIV/ AIDS) • Хронічні легеневі розлади • Хронічні та інвалідизуючі психічні розлади • Неврологічні розлади • Інсульт	• **Надмірна вага, ожиріння та метаболічний синдром** • **Хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту** • **Тяжкі захворювання крові** • **ВІЛ/СНІД (HIV/ AIDS)** • **Хронічні та інвалідизуючі психічні розлади** • **Неврологічні розлади** • **Інсульт** • **Стани після трансплантації органів**

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
		• Імунодефіцит та імуносупресивні розлади • Стани, пов’язані з когнітивними порушеннями • Стани з функціональними проблемами • Хронічні захворювання, що порушують якість зору, слуху (глухота), смаку, дотику та нюху • Стани, які потребують постійних терапевтичних послуг для

	2025 (поточний рік)	2026 (наступний рік)
		підтримання або збереження функціонування людини

РОЗДІЛ 3 Як змінити план

Щоб залишитись учасником Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP), вам не потрібно нічого робити. Якщо ви не зареєструєтеся в іншому плані й не перейдете на Original Medicare до 7 грудня, то автоматично станете учасником нашого плану Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).

Виконайте такі дії, якщо хочете змінити план на 2026 рік:

- **Щоб перейти на інший план медичного страхування Medicare**, зареєструйтеся в ньому. Вашу участь у Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) буде автоматично припинено.
- **Щоб перейти на Original Medicare з планом покриття рецептурних препаратів Medicare**, зареєструйтеся в новому плані покриття препаратів Medicare. Вашу участь у Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) буде автоматично припинено.

- **Щоб перейти на Original Medicare без плану покриття препаратів**, надішліть нам письмовий запит на припинення участі. Щоб отримати додаткову інформацію про цю процедуру, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером (800) 665-1029 (TTY: 711). Або зателефонуйте в **Medicare** за номером 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) і попросіть припинити вашу участь у плані. Користувачі TTY можуть телефонувати за номером 1-877-486-2048. Якщо ви не зареєструєтесь у плані покриття препаратів від Medicare, вам, можливо, доведеться сплатити штраф за пізню реєстрацію в програмі Частина D (див. розділ 4.4 глави 1 *Довідника учасника плану*).
- **Щоб дізнатися більше про Original Medicare і різні типи планів Medicare**, відвідайте вебсайт www.Medicare.gov, ознайомтеся з довідником *Medicare & You на 2026* рік, зателефонуйте у вашу програму медичного страхування штату State Health Insurance Assistance Program (див. розділ 6) або зателефонуйте за номером 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Розділ 3.1 Термін переходу на інший план

Учасники програми Medicare можуть вносити зміни у своє страхове покриття з **15 жовтня по 7 грудня** кожного року.

Якщо ви зареєстровані в плані Medicare Advantage станом на 1 січня 2026 року, але не задоволені своїм вибором плану, ви можете перейти на інший план медичного страхування Medicare (з покриттям препаратів від Medicare чи без) або на Original

Medicare (з окремим покриттям препаратів від Medicare чи без) з 1 січня до 31 березня 2026 року.

Розділ 3.2 Чи можна змінити план в інший час протягом року?

У певних ситуаціях протягом року можуть виникати інші можливості для зміни . Наприклад, це стосується осіб, які:

- мають Medicaid;
- отримують допомогу з оплатою препаратів Extra Help;
- мають медичне страхування від роботодавця або припиняють його дію;
- виїжджають за межі зони обслуговування.

Оскільки ви маєте покриття Medicaid, то можете вийти з нашого плану в будь-який місяць року, вибравши один із наведених далі варіантів Medicare:

o Original Medicare *з* окремим планом покриття рецептурних препаратів Medicare,

o Original Medicare *без* окремого плану покриття рецептурних препаратів Medicare (якщо вибрати цей варіант, тоді Medicare може зареєструвати вас у такому плані, якщо ви не відмовилися від автоматичної реєстрації); або

- інтегрований план D-SNP, якщо ви відповідаєте певним критеріям. Він поєднує в одному плані покриття від Medicare та більшість або всі послуги від Medicaid.

Якщо ви проживаєте в спеціалізованому закладі (як-от заклад кваліфікованого сестринського догляду чи довгострокового догляду) або нещодавно поселилися в ньому, то можете змінити покриття Medicare **в будь-який час**. Ви можете будь-коли перейти на інший план медичного страхування Medicare (з покриттям препаратів від Medicare чи без) або на Original Medicare (з окремим планом покриття препаратів від Medicare чи без). Якщо ви нещодавно залишили такий заклад, то можете змінити план або перейти на Original Medicare протягом 2-х повних місяців після місяця, в якому ви виписалися.

РОЗДІЛ 4 Отримання допомоги з оплатою рецептурних препаратів

Ви можете мати право на допомогу з оплатою рецептурних препаратів. Доступні варіанти допомоги:

- **Extra Help від Medicare.** Люди з обмеженим доходом можуть претендувати на участь у програмі додаткової допомоги Extra Help для оплати вартості рецептурних препаратів. Якщо ви відповідаєте критеріям, Medicare може оплачувати до 75% або більше від вартості препаратів, зокрема щомісячні внески за планом покриття препаратів, щорічну франшизу та суму співстрахування. Крім того, на осіб, що відповідають

критеріям участі, не накладатимуться штрафи за пізню реєстрацію. Щоб перевірити свою відповідність критеріям, телефонуйте:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY: 1-877-486-2048 (цілодобово і без вихідних).
- Служба соціального страхування: 1-800-772-1213; з понеділка до п’ятниці з 8 a.m. до 7 p.m. Автоматичні повідомлення працюють цілодобово. Користувачі TTY можуть зателефонувати за номером 1-800-325-0778.
- в офіс програми Medicaid вашого штату.

- **Програма фармацевтичної допомоги вашого штату (SPAP).** У штаті Washington діє програма Washington State Health Insurance Pool, у межах якої люди отримують допомогу з оплатою рецептурних препаратів відповідно до їхніх фінансових потреб, віку чи стану здоров’я. Щоб дізнатися більше про цю програму, зверніться в програму допомоги з медичним страхуванням штату State Health Insurance Assistance Program (SHIP). Щоб дізнатися номер телефону представництва програми у вашому штаті, відвідайте вебсайт shiphelp.org або зателефонуйте за номером 1-800-MEDICARE.
- **Розподіл витрат на рецептурні препарати для людей із HIV / AIDS.** Програма медикаментозної допомоги AIDS Drug Assistance Program (ADAP) дбає про те, щоб пацієнти з HIV / AIDS мали доступ до необхідних ліків. Щоб мати право на участь у програмі ADAP у вашому штаті, потрібно відповідати

певним критеріям, зокрема надати документи, що підтверджують проживання в штаті, позитивний HIV-статус, статус малозабезпеченої особи (згідно з визначенням штату), а також відсутність чи нестачу страхового покриття. Для оплати вашої частки в розподілі витрат на рецептурні препарати, що покриваються за Medicare Part D, а також у межах програми ADAP, можна отримати допомогу від EIP Early Intervention Program. Щоб отримати інформацію про критерії участі, препарати, що покриваються програмою, процедуру реєстрації для участі в програмі або, якщо ви вже є учасником, дізнатися, як отримувати допомогу й надалі, зателефонуйте за номером для безкоштовних дзвінків у штаті WA: (877) 376-9316; офіс: (360) 236-3426; TTY: 711. Під час дзвінка обов’язково повідомте назву вашого плану страхування за Medicare Part D або номер страхового поліса.

- **План покриття рецептурних лікарських препаратів Medicare.** План оплати рецептурних лікарських препаратів Medicare — це новий варіант оплати, що працює з вашим поточним покриттям препаратів і може допомогти оптимізувати ваші витрати на препарати, що покриваються нашим планом, розподіляючи їх на платежі протягом календарного року (із січня по грудень). Цим варіантом оплати може скористатися будь-який учасник плану покриття препаратів Medicare або плану медичного обслуговування, що передбачає покриття препаратів (наприклад, план Medicare Advantage з покриттям ліків). **Цей варіант оплати допомагає оптимізувати витрати на препарати, але при**

цьому їхня вартість не зменшується, а кошти не заощаджуються.

- Extra Help від Medicare і допомога в межах SPAP та ADAP для тих, хто має на неї право, вигідніші, ніж участь у плані покриття рецептурних препаратів Medicare Prescription Payment Plan. Усі учасники незалежно від рівня доходу мають право долучитися до плану оплати рецептурних препаратів Medicare Prescription Payment Plan. Щоб дізнатися більше про цей варіант оплати, зателефонуйте нам за номером (800) 665-1029 (TTY: 711) або відвідайте вебсайт www.Medicare.gov.

РОЗДІЛ 5 Маєте запитання?

Розділ 5.1 Отримання допомоги за планом Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

- **Зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером (800) 665-1029. (Номер для користувачів TTY: 711.)**

Графік прийому дзвінків: час роботи: з 1 жовтня по 31 березня – з 8 a.m. до 8 p.m. за місцевим часом без вихідних, а з 1 квітня по 30 вересня – з понеділка по п’ятницю з 8 a.m. до 8 p.m. за місцевим часом. Дзвінки на ці номери безкоштовні.

- **Ознайомтеся з *Довідником учасника плану* на 2026 рік**

Це *Щорічне повідомлення про зміни* містить короткий огляд змін у послугах і ваших витратах на 2026 рік. Докладну інформацію наведено в *Довіднику учасника плану* на 2026 рік для плану Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). *Довідник учасника плану* – це офіційний документ, у якому докладно описано послуги, які надаються в межах плану. Також у ньому пояснюються ваші права й правила, яких ви маєте дотримуватися, щоб отримувати послуги й рецептурні препарати, що покриваються планом. Отримайте *Довідник учасника плану* на нашому вебсайті за адресою MolinaHealthcare.com/Medicare або зателефонуйте до відділу обслуговування учасників за номером (800) 665-1029 (TTY: 711) і попросіть надіслати вам примірник поштою.

- **Відвідайте вебсайт MolinaHealthcare.com/Medicare**

Нагадуємо, що на вебсайті вказано найбільш актуальну інформацію про нашу мережу постачальників послуг (*Довідник постачальників послуг і аптек*) і*Список препаратів, що покриваються планом (Фармацевтичний довідник / Список препаратів).*

Розділ 5.2 Як отримати безкоштовну консультацію щодо Medicare

Програма допомоги з медичним страхуванням штату State Health Insurance Assistance Program (SHIP) – це незалежна урядова програма, яка має кваліфікованих консультантів у кожному штаті.

У штаті Washington програма SHIP називається Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA).

Щоб отримати індивідуальну консультацію з питань медичного страхування, телефонуйте представникам Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA). Вони можуть детально розповісти про доступні плани Medicare і Medicaid, а також пояснять, як змінити план. Зателефонуйте до Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA) за номером (800) 562-6900. Дізнайтеся більше про Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA) на вебсайті (https://www.insurance.wa.gov/insurance-resources/medicare/get-free-medicare-help-shiba).

Розділ 5.3 Як отримати допомогу від Medicare

- **Зателефонуйте на номер 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Зателефонуйте на номер 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Лінія працює цілодобово й без вихідних. Користувачі TTY можуть телефонувати за номером 1-877-486-2048.

- **Скористайтеся чатом із представником плану на сторінці www.Medicare.gov**

Скористайтеся чатом із представником плану на сторінці www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Напишіть у Medicare**

Поштова адреса Medicare: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Відвідайте www.Medicare.gov**

На офіційному вебсайті Medicare можна знайти інформацію про витрати, страхове покриття, а також оцінки якості, які допоможуть вам порівняти плани медичного страхування Medicare у вашій місцевості.

- **Прочитайте посібник *Medicare & You на 2026 рік***

Ми надсилаємо посібник *Medicare & You на 2026 рік* щоосені всім учасникам Medicare. Він містить стислу інформацію про послуги, передбачені програмою Medicare, права учасників, правові засоби захисту, а також наведено відповіді на поширені запитання про Medicare. Ознайомтеся з посібником на сайті www.Medicare.gov або замовте його, зателефонувавши за номером 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Користувачі TTY можуть телефонувати за номером 1-877-486-2048.

Розділ 5.4 Як отримати допомогу від Medicaid

Щоб отримати інформацію від Medicaid, ви можете зателефонувати до Washington State Health Care Authority (HCA) за номером (800) 562-3022. TTY: 711.

Додаткова важлива інформація про надання медичних послуг і ресурси для учасників

- Електронне повідомлення (ELN) – поради щодо отримання важливих документів
- Повідомлення про запобігання дискримінації (NDN) – Розділ 1557
- Повідомлення про доступність (NOA) – послуги мовної підтримки
- Повідомлення про політику конфіденційності (NPP)

Поради щодо отримання важливих документів плану

Ви важливі для нас! Ми робимо все можливе, щоб ви могли легко отримати необхідну інформацію. Відвідайте наш вебсайт, щоб переглянути важливі документи плану й знайти мережевого постачальника послуг або аптеку. На ньому ви також можете шукати свої рецептурні препарати в будь-який час, у будь-якому місці й із будь-якого пристрою. Документи вашого плану на рік, як-от Довідник учасника плану, Фармацевтичний довідник і Довідник постачальників послуг і аптек, будуть доступні онлайн не пізніше 15 жовтня року.

Ознайомтеся з документами свого плану

- **Довідник учасника плану (EOC):** посібник щодо того, що покривається вашим планом. У ньому міститься детальна інформація про допомогу й покриття вашого плану, права учасників і багато іншого.
- **Фармацевтичний довідник (Список препаратів):** список препаратів, що покриваються вашим планом.
- **Довідник постачальників послуг і аптек:** перелік лікарів, спеціалістів і аптек, що входять до нашої мережі, з номерами телефонів й адресами. Ви можете знайти мережевого постачальника послуг або аптеку за допомогою нашого онлайн-каталогу за посиланням MolinaHealthcare.com/ProviderSearch.
- **Повідомлення про політику конфіденційності:** опис способів використання й розкриття медичної інформації про вас і того, як ви можете отримати доступ до неї. Він доступний на нашому вебсайті за посиланням https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/terms_privacy.aspx.

Як переглянути або отримати копію документа плану

На вебсайті за посиланням MolinaHealthcare.com/ Medicare
Переглядайте й завантажуйте копії документів свого плану будь-де й будь-коли. Використовуйте будь-який пристрій, наприклад, комп'ютер, планшет або мобільний телефон. Документи вашого плану на рік будуть доступні онлайн не пізніше 15 жовтня року.

На вебсайті за посиланням MyMolina.com.
Відвідайте наш портал для учасників, де ви можете переглянути документи вашого плану або знайти мережевого постачальника послуг чи аптеку. Портал працює цілодобово, без вихідних. Увійдіть у свій обліковий запис або зареєструйте новий на порталі для учасників My Molina за посиланням **MyMolina.com**. Натисніть «Create an Account» (Створити обліковий запис) і дотримуйтеся покрокових інструкцій, щоб зареєструватися.

Безкоштовна телефонна лінія
Повідомте, якщо у вас немає доступу до комп'ютера або якщо ви бажаєте, щоб вам надіслали друковану копію EOC, Фармацевтичного довідника або Довідника постачальників послуг і аптек поштою. Щоб отримати друковану копію документу плану, зателефонуйте до відділу обслуговування учасників безкоштовно за **номером, вказаним на звороті вашої ідентифікаційної картки, з понеділка по п'ятницю, з 8 a.m. до 8 p.m. за місцевим часом.**

Ми завжди готові допомогти вам
Якщо у вас є запитання щодо послуг, які ви отримуєте, або потрібна допомога в пошуку мережевого постачальника послуг або аптеки, телефонуйте безкоштовно у відділ обслуговування учасників **за номером, зазначеним на звороті вашої ідентифікаційної картки.**

Повідомлення про запобігання дискримінації
Розділ 1557
від Molina Healthcare – Medicare

Molina Healthcare відповідає вимогам чинного федерального законодавства про громадянські права й не допускає дискримінації за ознакою віку, кольору шкіри, інвалідності, національного походження (зокрема за недостатнім рівнем володіння англійською мовою), раси або статі (відповідно до визначення дискримінації за ознакою статі, наведеного в § 92.101[a]).

Щоб зробити наше з вами спілкування ефективним, у рамках плану Molina Healthcare ми безкоштовно й оперативно надаємо такі послуги:

- Molina Healthcare пропонує доречну адаптацію середовища й відповідні допоміжні засоби та послуги для людей з інвалідністю. До них входять: 1. Послуги кваліфікованих перекладачів. 2. Різні формати надання інформації, як-от великим шрифтом, у вигляді аудіозаписів, у доступних електронних форматах і шрифтом Брайля.
- Molina Healthcare надає мовні послуги людям, які розмовляють іншою мовою або володіють англійською на недостатньому рівні. До них входять: 1. Послуги кваліфікованих усних перекладачів. 2. Інформаційні матеріали, перекладені вашою мовою.

Якщо вам потрібні такі послуги, зверніться у відділ обслуговування учасників Molina за номером 1-800-665-3086 або TTY/TDD: 711 (з понеділка по п’ятницю, з 8 a.m. до 8 p.m. за місцевим часом).

Якщо ви вважаєте, що ми дискримінували вас за ознакою віку, кольору шкіри, інвалідності, національності, раси чи статі, ви можете подати скаргу. Подати скаргу можна телефоном, поштою, електронною поштою чи онлайн. Якщо вам потрібна допомога з написанням скарги, ми готові надати її. З процедурою подання скарги можна ознайомитися на нашому вебсайті **MolinaHealthcare.com/Members/Common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination. aspx**

Зателефонуйте нашому координатору з питань громадянських прав за номером 1-866-606-3889, TTY/TDD: 711, або надішліть скаргу на таку адресу:

Civil Rights Unit
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802
Ел. пошта: Civil.Rights@MolinaHealthcare.com
Вебсайт: MolinaHealthcare.Alertline.com

Ви також можете подати скаргу (претензію) щодо порушення громадянських прав U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights онлайн на спеціальному порталі цього Управління за такою адресою: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, телефоном або поштою на таку адресу:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201
Телефон: 1-800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697

Форми для скарг доступні тут: **HHS.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf**

Notice of Availability

We offer free interpreter and translation services to help you understand your health or drug plan. This includes support from someone who speaks your language.

We also provide free aids and services—such as sign language interpreters and written materials in alternative formats—to ensure everyone can access the information they need. To request these services, please call Member Services at the number listed on your Member ID card.

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the Member Services number on the back of your ID card or speak to your provider.

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos para asistirle en su idioma. También dispone de ayudas y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o hable con su proveedor.

Simplified Chinese

注意：如果您说 中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助 工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 ID 卡背面的客户服务号码或咨询您的服务提 供商。

Traditional Chinese

注意：如果您說 台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔 助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打您 ID 卡背面的會員服務部電話號碼或諮詢您的服務提供者。

Russian

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также бесплатны. Позвоните по номеру службы поддержки клиентов, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты, или обратитесь к своему поставщику услуг.

Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nimewo Sèvis Manm ki sou do kat ID ou a oswa pale ak pwofesyonèl swen sante ou a.

Korean

주의:한국어 를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. ID 카드 뒷면에 있는 회원 서비스 번호로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Italian

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente strumenti ausiliari e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Si prega di contattare il numero del Servizio per i membri riportato sul retro della propria tessera identificativa o di rivolgersi al proprio fornitore.

Yiddish

אַבטונג: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעבטיגט פריי פאר דיר. פּאַסיקע אידס און באַדינונגס פֿאַר צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין צוטריטלעך פֿאָרמאַטירונגען זענען אויך פריי בנימצא. רופט דעם מיטגליד באַדינען נומער אין קריק פֿון דיין ID קאַרטל אָדער רעדט מיט דיין צושטעלער.

Bengali

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। আপনার আইডি কার্ডের পিছনে থাকা সদস্য পরিষেবা নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

Polish

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer Działu Obsługi Klienta podany na odwrocie Twojej karty identyfikacyjnej lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات إضافية مناسبة لتوفير المعلومات بصيغ يمكن الوصول إليها من دون أية تكلفة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدون على ظهر بطاقة هويتك أو تحدث إلى مقدم الخدمات.

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d’assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés sont également mis à votre disposition gratuitement pour vous fournir les informations dans des formats accessibles. Appelez les Services aux adhérents au numéro figurant au dos de votre carte d’adhérent, ou adressez-vous à votre prestataire.

Urdu

اردو

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت لسانی خدمات دستیاب ہیں- قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں- ممبر سروسز کو اپنے ID کارڈ کی پچھلی جانب موجود نمبر پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں-

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo sa Miyembro sa likod ng ID card mo o makipag-usap sa iyong provider.

Greek

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε τον αριθμό των υπηρεσιών Μέλους που βρίσκεται στο πίσω μέρος της κάρτας αναγνωριστικού σας ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

Albanian

VINI RE: Nëse flisni anglisht, shërbimet falas të ndihmës gjuhësore janë të disponueshme për ju. Gjithashtu, disponohen falas ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të aksesueshme. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në numrin që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit ose flisni me ofruesin tuaj të shërbimit.

German

HINWEIS: Wenn Sie Sprache einfügen sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste für die Übermittlung von Informationen in zugänglicher Form sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer des Mitgliederservices auf der Rückseite Ihres Ausweises an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Pennsylvania Dutch

GEB ACHT: Wann du Pennsylvanisch Deitsch schwetzscht, Schprooch Helfe Services sin meeglich mitaus Koscht. Appropriate Auxiliary Aids un Services un Services Information zu gewwe in helfreiche Formats sin aa meeglich mitaus Koscht. Ruf die Member Services Nummer uff die Rickseit vun dei ID Kaart odder Schwetz mit dei Provider.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Ngoài ra, chúng tôi còn có các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ khác phù hợp, hoàn toàn miễn phí để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ sử dụng. Vui lòng gọi đến số điện thoại của bộ phận Dịch vụ thành viên có trên mặt sau thẻ ID của quý vị để trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

Somali

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Agabka kaalmaatiga oo sax ah iyo adeegyada xogta ku bixiya qaab la heli karo ayaa sidoo kale lagu heli karaa lacag la'aan. Wac lambarka Adeegyada Macaamiisha ee ku qoran dhabarka danbe ee kaarkaaga aqoonsiga ama la hadal dhakhtarkaaga.

Japanese

注意：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。IDカードの裏面にある会員サービス番号に電話するか、プロバイダーにご相談ください。

Ukrainian

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби й послуги з надання інформації в доступних форматах також пропонуються безкоштовно. Зателефонуйте на номер служби підтримки учасників, указаний на звороті вашого посвідчення особи, або зверніться до свого постачальника послуг.

Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți română, aveți la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunt disponibile gratuit ajutoare și servicii auxiliare adecvate pentru furnizarea informațiilor în formate accesibile. Contactați Serviciul pentru Membri la numărul de telefon înscris pe verso-ul cardului de identificare sau adresați-vă furnizorului dumneavoastră.

Amharic

ማስታወሻ፣ አማርኛ የምናገሩ ከሆነ፣ ነፃ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ለእርስዎ ይኖራል። እንዲሁም፣በሚገኙ ቅርፀቶች መረጃ ለማቅረብ ተገቢ የመርጃ ድጋፎች

እና አገልግሎቶች በነፃ ይኖራሉ። በID ካርድዎ ጀርባ ላይ ባለው የአባላት አገልግሎቶች ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อหมายเลข ฝ่ายบริการสมาชิกที่ระบุไว้ด้านหลังบัตรประจาตัวของคุณหรือพูดคุยกับผู้ให้บริการของคุณ

Persian

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شماست. همچنین، خدمات و کمک‌های لازم برای ارائه اطلاعات به صورت‌های مختلف و قابل دسترسی، به صورت رایگان در اختیار شما قرار می‌گیرد. با شماره خدمات اعضا که پشت کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با ارائهدهنده خود صحبت کنید.

Samoan

FAAMATALAGA: Afai e te tautala faa-Samoa, o loo i ai gagana fesoasoani i gagana e Le totogia mo oe. Fesoasoani fa’aopopo talafeagai ma auaunaga ina ia tuuina atu ai faamatalaga e maua I limits e faigofie ona maua o loo maua foi e le totogia. Vala’au le Auaunaga a Sui Auai i le numera o i taua o lau ID card pe talanoa i lauvrautua.

Ilocano

PAKAAMMO: No agsasaoka iti Ilocano, magun-odam dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti format a nalaka a ma-access. Tawagam ti numero ti Serbisio para Kadagiti Miembro iti likudan ti ID card-mo wenno makisaritaka iti provider-mo.

Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા ID કાર્ડની પાછળ આપેલા સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Portuguese

ATENÇÃO: se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Também estão disponíveis, de forma gratuita, ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para o número dos Serviços de apoio aos membros que se encontra no verso do seu cartão de identificação ou fale com o seu prestador de serviços de saúde.

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। अपने ID कार्ड के पीछे दिए गए सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Khmer

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ*ភាសាខ្មែរ*
សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ
និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ
ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន
ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។
ហៅទូរសព្ទទៅលេខសេវាបម្រើសមាជិកនៅខាងក្រោយកាត ID
របស់អ្នក ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Laotian

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ,
ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ
ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາ
ມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີບໍລິການສະມາຊິກຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ
ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

Karen

ဟ်သူဉ်ဟ်သး– နမ့်ကတိၤ ကညီကျိာ် အဃိ, တၢ်အိဉ်ဒီး
ကျိာ်တၢ်ဆီဉ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလၫ်ဘူဉ်လၫ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိဉ်ဒီး
တၢ်မၤစၢၤတၢ်နၢ်ဟူပီးလီဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအကြၢးအဘဉ်
လၢကဟ့ဉ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢတၢ်မၤနှ့်အီၤသ့တဖဉ်
လၢတလၫ်ဘူဉ်လၫ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး ကရၢဖိတၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ
အလိတဲစိနီဉ်ဂံၢ်လၢ အိဉ်ဖဲနလံာ်အုဉ်သး (ID) ခးကဲ့အလိၤ မ့တမ့ၢ်
တဲတၢ်ဒီး ပှၤလၢအဟ့ဉ်နၤတၢ်ကွၢ်ထွဲနှဉ် တကွၢ်.

Swahili

KUMBUKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa zinapatikana pia bila malipo. Piga simu kwa nambari ya Huduma za Wanachama iliyo nyuma ya kadi yako ya kitambulisho au zungumza na mtoa huduma wako.

Serbian

PAŽNJA: Ukoliko govorite Srpski, dostupne su vam besplatne usluge jezičke podrške. Dostupne su vam i besplatne odgovarajuće pomoći i usluge za pružanje informacija u formatima za lak pristup. Pozovite broj za usluge za članove koji se nalazi na poleđini vaše ID kartice ili se obratite pružaocu usluge.

Croatian

PAŽNJA: Ako pričate Hrvatski, na raspolaganju su vam besplatne usluge pomoći za jezik. Odgovarajuća pomoćna sredstva i usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima također su dostupne besplatno. Nazovite broj Službe za članove na poleđini vaše osobne iskaznice ili razgovarajte sa svojim pružateljem usluga.

Nepali

सावधान: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि नि:शुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा उपलब्ध छन्। ID कार्डको पछाडिपट्टि लेखिएको Member Services नम्बरमा फोन गर्नुहोस्, नभए कुरा गर्नुहोस्।

Yoruba

ÀKÍYÈSÍ: Bí o bá ń sọ èdè Yorùbá, àwọn iṣẹ́ ìrànlọ́wọ́ èdè ọ̀fẹ́ wà fún ọ. Àwọn ohun èlò ìrànlọ́wọ́ àti àwọn iṣẹ́ tó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn ọ̀nà tó rọrùn ló wà lọ́fẹ̀ẹ́. Pe nọ́mbà Àwọn iṣẹ́ Ọmọ ẹgbẹ́ tó wà ní ẹ̀yìn káàdì ìdánimọ̀ rẹ tàbí bá olùpèsè rẹ sọ̀rọ̀.

Tamil

கவனிக்கவும்: நீங்கள் தமிழ் பேசுபவர் என்றால், உங்களுக்கு இலவச மொழி உதவிச் சேவைகள் கிடைக்கும். அணுகல் வசதிக்கேற்ற வடிவங்களில் தகவலை வழங்குவதற்கான தகுந்த, கூடுதல் உதவி அம்சங்களும் சேவைகளும் கூட கட்டணமின்றிக் கிடைக்கும். உங்கள் வழங்குநரிடம் பேச, உங்கள் ஐடி கார்டின் பின்பக்கமுள்ள உறுப்பினர் சேவை மைய எண்ணை அழைக்கவும்.

Navajo

SHOOH: Diné bizaad yiníłti', t'áá jiik'ehgo saad bee áká'ánída'awo'ígíí t'áá hadoohkááł nihá kéé' hóló. T'áá ajiłii íiyisí át'éego nihá át'éego bee haz'ánígíí dóó t'áá ádáhodooníígíí biniiyé t'áá jíík'eh nihá kéé' hóló Member Services béésh bee hane'í bikáá' dah naaznil doo ID card ni' dooleeł ná'ádoolwołígíí bikáá' nihá át'é.

Shoshone

NENKAHI: Uuiss en taikw Sosohni, yu yowk taikwa tuwahntsawaiyn mahhpittsiyahnkuuk en. To kwain tuwahntsawaiyn tes tuwahntsawaiyn uut uutinantuuinkehn uukuup tsa taw natehpop suwait mampittsiyankunk yuyowk nai nimeht. Nimai suun suhmah

tuwahntsawaiyn tetehtsep piinak tehpop en nuwaiyn en taikw uhmah natsu tainepeh tes waipeh.

Choctaw

KULLÓSHI: Chi Chahta anumpa ish anumpuli hosh, aiittola towa la hosh chi chiahullo li. Himona, achukma ut ish anumpuli hinla ia, il im anumpuli holisso kapvchi shulush isht ia, towa la hosh chi. Chi ID holisso okpulo bok aiittola na isht ia hosh pisa, il chi isht ia isht iachi pisa.

Punjabi

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

Syriac

ܫܡܘܥ ܠܟ ܐܢ ܡܬܟܠܡ ܐܢܬ ܣܘܪܝܝܐ ، ܫܪܝܬ ܠܟ ܥܕܪ̈ܬܐ ܕܠܫܢܐ ܒܠܚ ܕܡܬܟܠ ܥܡ ܐܢܫ̈ܐ ܕܒܠܫܢ̈ܐ ܐܚܪ̈ܢܝ̈ܬܐ ܐܦ ܥܕܪ̈ܬܐ ܕܬܘܣܦ̈ܬܐ ܕܡܬܐܡ̈ܢ ܠܡܫܬܡܫ ܒ̈ܗ ܒܦ̈ܘܪܡܛ̈ܐ ܫܘܝ̈ܐ ܠܐ ܥܠ ܚܫܒ ܕܬܗܘܐ ܒ̈ܗ ܡܕܥ̈ܐ ܐܦ ܫܪ̈ܝܬ ܠܟ

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОЛІТИКУ КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ

ОПИС СПОСОБІВ ВИКОРИСТАННЯ Й РОЗКРИТТЯ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ВАС І ТОГО, ЯК ВИ МОЖЕТЕ ОТРИМАТИ ДОСТУП ДО НЕЇ. БУДЬ ЛАСКА, УВАЖНО ОЗНАЙОМТЕСЯ З НАВЕДЕНОЮ ІНФОРМАЦІЄЮ.

У цьому Повідомленні описано політику конфіденційності афілійованих планів медичного страхування компанії Molina Healthcare (далі – «**Molina**», «**ми**» або «**наш**» та інші форми цього займенника). Ми використовуємо й передаємо захищену медичну інформацію («**PHI**») про вас, щоб надавати вам медичні послуги як учаснику програми Molina. Ми використовуємо й передаємо вашу інформацію PHI для проведення лікування, здійснення оплати й надання медичних послуг. Ми також використовуємо й передаємо вашу інформацію PHI з інших причин, дозволених і передбачених законодавством. Ми зобов'язані зберігати вашу медичну інформацію в таємниці й дотримуватись умов цього Повідомлення. Дата набрання чинності цього Повідомлення – 1 січня 2026 року.

PHI – це медична інформація, яка включає ваші ім'я, номер учасника та інші ідентифікатори й використовується або надається нами. Інформація PHI включає медичну інформацію про розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, та біометричну інформацію (наприклад, відбиток голосу).

Чому ми використовуємо або передаємо вашу інформацію PHI?

Ми використовуємо або передаємо вашу PHI для надання вам медичних послуг. Ваша інформація PHI також використовується або передається для проведення лікування, здійснення оплати й надання медичних послуг.

Для лікування
Ми можемо використовувати або розкривати вашу інформацію PHI, щоб надати або організувати ваше медичне обслуговування, зокрема для обміну інформацією між вашими лікарями або іншими постачальниками медичних послуг. Наприклад, ми можемо передати інформацію про стан вашого здоров'я профільному спеціалісту, який із вашим лікарем обиратиме вам лікування.

Для оплати
Ми можемо використовувати або передавати інформацію PHI для прийняття рішень про оплату. Це може включати страхові випадки, схвалення рішень про лікування й медичні потреби. Ваше ім'я, стан здоров'я, лікування й надані матеріали можуть бути вказані в рахунку. Наприклад, ми можемо повідомити лікаря, що ви користуєтеся нашою допомогою і про суму рахунку, яку сплатимо.

Для надання медичних послуг
Ми можемо використовувати або передавати інформацію PHI про вас для управління нашими планами медичного страхування. Наприклад, ми можемо використовувати інформацію з вашого страхового звернення, щоб повідомити вам про медичну програму, яка може вам допомогти. Ми також можемо використовувати або передавати вашу інформацію PHI для розв'язання ваших проблем. Ваша PHI також може бути використана для перевірки правильності виплат за страховими вимогами.

Діяльність у сфері надання медичних послуг пов'язана з багатьма аспектами. Вони, зокрема, включають:

- поліпшення якості;
- дії в межах програм охорони здоров'я для допомоги учасникам із певними захворюваннями (наприклад, астмою);

- проведення або організацію медичного огляду;
- юридичні послуги, включаючи програми виявлення шахрайства, жорстокого поводження і притягнення винних до відповідальності;
- дії, що допомагають нам дотримуватися законів;
- задоволення потреб клієнтів, зокрема у вирішенні скарг і претензій.

Ми передаватимемо вашу інформацію PHI іншим компаніям («**діловим партнерам**»), які залучені до різних видів діяльності в межах наших планів медичного страхування. Ми також можемо використовувати вашу PHI, щоб нагадувати вам про призначені прийоми. Ми можемо використовувати вашу інформацію PHI для надання вам інформації про інші види лікування або про допомогу й послуги, пов’язані зі здоров’ям.

Коли ми можемо використовувати або надавати доступ до вашої інформації PHI без отримання від вас письмового дозволу (схвалення)?

Окрім цілей лікування, оплати й надання медичних послуг, закон дозволяє або вимагає від компанії Molina використовувати й передавати вашу PHI для кількох інших цілей, зокрема:

На вимогу закону

Ми будемо використовувати й передавати інформацію про вас відповідно до вимог закону. Ми надаватимемо вашу PHI, коли цього вимагатиме секретар Департаменту охорони здоров’я та соціальних служб (Department of Health and Human Services, HHS). Це може бути пов’язано із судовою справою, іншою юридичною перевіркою або з вимогами правоохоронних органів.

Система громадської охорони здоров’я
Ваша PHI може бути використана або передана для заходів у сфері громадської охорони здоров’я, зокрема з метою допомоги установам охорони здоров’я в запобіганні або боротьбі з хворобами.

Контроль у сфері охорони здоров’я
Ваша PHI може бути використана або передана державним установам. Ваша PHI може бути для проведення аудиту.

Дослідження
Ваша PHI може бути використана або передана для проведення досліджень у певних випадках, наприклад, якщо це схвалено радою з питань конфіденційності або інституційною наглядовою радою.

Судові або адміністративні розгляди
Ваша PHI може бути використана або надана для судових розглядів, наприклад, у відповідь на постанову суду.

Правоохоронні органи
Ваша PHI може бути використана або передана поліції в правоохоронних цілях, наприклад, щоб допомогти знайти підозрюваного, свідка або зниклу особу.

Охорона здоров’я і безпека
Ваша інформація PHI може бути надана для запобігання серйозній і неминучій загрозі здоров’ю чи безпеці окремої людини або громадському здоров’ю.

Урядові функції
Ваша PHI може бути надана уряду для виконання спеціальних функцій. Наприклад, для захисту президента країни.

Жертви зловживань, нехтування обов'язками або домашнього насильства
Ваша PHI може бути передана правоохоронним органам, якщо ми вважаємо, що особа стала жертвою зловживань або нехтування обов'язками.

Компенсація працівникам
Ваша інформація PHI може бути використана або передана для дотримання законів про компенсацію працівникам.

Інші випадки розкриття
Ваша PHI може бути надана директорам похоронних бюро або коронерам, щоб допомогти їм у виконанні обов'язків.

Додаткові обмеження використання й розголошення.
Деякі федеральні закони й закони штатів можуть вимагати особливого захисту конфіденційності, який обмежує використання та розкриття певних видів медичної інформації. Ці закони можуть захищати такі види інформації: дані про розлади, пов'язані із вживанням алкоголю й психоактивних речовин, біометричні дані, відомості про жорстоке поводження з дітьми або дорослими, зокрема сексуальне насильство, дані про інфекційні захворювання, генетичну інформацію, відомості про HIV/AIDS, психічне здоров'я, інформацію про неповнолітніх, призначені медикаменти, відомості про репродуктивне здоров'я та захворювання, що передаються статевим шляхом. Ми будемо орієнтуватися на той закон, який встановлює більш жорсткі вимоги, якщо він застосовується до нас.

Інформація про розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин (SUD).
Хоча згідно з федеральним законодавством ми не є програмою лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, («Програмою SUD»), ми можемо отримувати інформацію

про вас від Програми SUD. Ми не можемо розкривати інформацію про SUD для використання у цивільних, кримінальних, адміністративних чи законодавчих провадженнях проти вас, якщо тільки ми не маємо (i) вашої письмової згоди або (ii) судового рішення разом із повісткою до суду чи іншим юридичним приписом про обов'язкове розкриття інформації, виданого після того, як нам і вам було надано відповідне повідомлення та можливість виступити перед судом.

Коли нам потрібен ваш письмовий дозвіл (згода) на використання або передачу вашої інформації PHI?
Нам потрібен ваш дозвіл на розкриття й використання інформації PHI для цілей, які відрізняються від зазначених у цьому Повідомленні. Нам потрібен ваш дозвіл на розкриття й використання інформації PHI, якщо: (1) це стосується записів про психотерапію; (2) це стосується маркетингових цілей; і (3) це передбачає продаж PHI. Ви можете скасувати наданий нам дозвіл на розкриття. Таке скасування не поширюватиметься на дії, які ми здійснили, поки мали дозвіл.

Які права щодо медичної інформації ви маєте?
Ви маєте право:

- **Запит на обмеження використання або розкриття вашої PHI (передачі вашої PHI)**
  Ви можете попросити нас не передавати вашу PHI для дій із лікування, оплати або надання медичних послуг. Ви також можете попросити нас не надавати вашу PHI родині, друзям або іншим особам, які беруть участь у наданні вам медичної допомоги. Однак ми не зобов'язані задовольняти ваші запити. Ви маєте подавати запити в письмовій формі. Ви можете скористатися нашою формою для подання запиту.

- **Запит на конфіденційну передачу PHI**
  Ви можете звернутися в компанію Molina й попросити передати вам вашу PHI певним чином або в певному місці, щоб допомогти зберегти PHI приватною. Ми задовольнимо запит, якщо ви повідомите нам, яким чином передача всієї або частини цієї PHI може поставити під загрозу ваше життя. Ви маєте подавати запити в письмовій формі. Ви можете скористатися нашою формою для подання запиту.

- **Перегляд і копіювання вашої PHI**
  Ви маєте право переглядати й отримувати копію вашої PHI, яку ми зберігаємо. Це можуть бути записи, що використовуються під час прийняття рішень про страхове покриття, страхових звернень, а також інших рішень у рамках участі в нашому страховому плані. Ви маєте подавати запити в письмовій формі. Ви можете скористатися нашою формою для подання запиту. Ми можемо стягувати з вас обґрунтовану плату за копіювання й пересилку записів. У деяких випадках ми можемо відхиляти ваші запити. *Важливе зауваження! Ми не маємо повних копій вашої медичної документації. Якщо ви хочете переглянути, змінити свою медичну документацію або отримати її копію, зверніться до свого лікаря або клініки.*

- **Внесення змін до вашої PHI**
  Ви можете попросити нас внести зміни у вашу PHI. Це стосується лише тих записів, які ми зберігаємо про вас як учасника програми. Ви маєте подавати запити в письмовій формі. Ви можете скористатися нашою формою для подання запиту. Якщо ми відхилимо запит, ви можете подати лист про незгоду з нашим рішенням.

- **Отримання звіту про PHI розкриття (передачу) вашої PHI**
  Ви можете попросити нас надати вам список певних сторін, яким ми передавали вашу PHI протягом шести років, що передували даті вашого запиту. Цей список не включатиме PHI:
  - розкриту для лікування, оплати або надання медичних послуг;
  - надану особам щодо їхньої власної PHI;
  - передану з вашого дозволу;
  - передану для використання або розкриття для інших дозволених цілей або відповідно до чинного законодавства;
  - PHI, розкриту в інтересах національної безпеки або в розвідувальних цілях;
  - як частину обмеженого набору даних відповідно до чинного законодавства.

Ми стягуватимемо обґрунтовану плату за надання кожного списку, якщо ви запитуєте його більше одного разу протягом 12-місячного періоду. Ви маєте подавати запити в письмовій формі. Ви можете скористатися нашою формою для подання запиту.

Ви можете подати будь-який із перелічених вище запитів або отримати паперову копію цього Повідомлення. Телефонуйте в будь-який день у відділ обслуговування учасників на безкоштовний номер телефону, указаний на зворотній стороні вашої ідентифікаційної картки, з 8 a.m. до 8 p.m. за місцевим часом. Користувачам TTY/TDD слід телефонувати на номер 711.

Що ви можете зробити, якщо ваші права щодо конфіденційності не були захищені?
Ви можете направити скаргу нам, а також у Департамент охорони здоров'я і соціальних служб (Department of Health and Human Services), якщо вважаєте, що ваші права на конфіденційність були порушені. Ми не вживатимемо жодних заходів щодо вас за подання скарги. Ваше обслуговування й обсяг допомоги жодним чином не зміняться.

Ви можете направити нам скаргу на адресу:

Телефонуйте в будь-який день у відділ обслуговування учасників на безкоштовний номер телефону, указаний на звороті вашої ідентифікаційної картки, з 8 a.m. до 8 p.m. за місцевим часом. Користувачам TTY/TDD слід телефонувати на номер 711. Або пишіть нам на адресу:

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

Ви можете направити скаргу секретарю Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб США (U.S. Department of Health and Human Services) на адресу:

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 (ФАКС)

Які наші обов'язки?
Ми зобов'язані:

- забезпечувати конфіденційність вашої PHI;

- надавати вам письмову інформацію, наприклад, про наші обов’язки й політику конфіденційності щодо вашої PHI;
- надавати вам повідомлення в разі будь-якого злому вашої незахищеної PHI;
- не використовувати й не розголошувати вашу генетичну інформацію з метою страхування;
- дотримуватись умов цього Повідомлення.

Це Повідомлення може бути змінено

Ми залишаємо за собою право змінювати нашу інформаційну політику й умови цього Повідомлення в будь-який час. Якщо ми це зробимо, нові умови й правила будуть застосовуватися до всієї PHI, яку ми зберігаємо. Якщо ми внесемо будь-які суттєві зміни, то опублікуємо оновлене Повідомлення на нашому вебсайті й надішлемо його або інформацію про те, як його отримати, разом із відомостями про суттєві зміни, у наступній щорічній поштовій розсилці учасникам нашого плану страхування. Це Повідомлення доступне на нашому вебсайті за посиланням MolinaHealthcare.com.

Контактна інформація

Якщо у вас виникнуть запитання щодо цього Повідомлення, зв’яжіться з нами. Телефонуйте до нашого відділу обслуговування учасників за безкоштовним номером, указаним на звороті вашої ідентифікаційної картки. Лінія працює без вихідних, з 8 a.m. до 8 p.m. за місцевим часом. Користувачам TTY/TDD слід телефонувати на номер 711. Або надішліть листа на адресу: Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Ви можете безкоштовно отримати цей документ в інших форматах, як-от великим шрифтом, шрифтом Брайля або в аудіоформаті. Телефонуйте за номером (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, без вихідних з 8 a.m. до 8 p.m. за місцевим часом. Дзвінки безкоштовні.

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

Molina Healthcare重要信息

WAACUK26L00586