

2026

اطلاعيه تغييرات سالانه

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)

کالیفرنیا H5649-009-000

قابل اجرا از تاریخ 1 ژانویه تا 31 دسامبر 2026

طرح (Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) طرحی از Central Health Plan of California, Inc

اطلاعیه تغییرات سالانه برای 2026

شما به عنوان عضو Central Health Ventura Medi-Medi Plan (HMO D-SNP) ثبت نام کرده اید.

در این مطلب، تغییرات هزینه ها و مزایای طرح ما در سال آینده شرح داده شده است.

- شما از 15 اکتبر تا 7 دسامبر فرصت دارید تا پوشش بیمه Medicare خود برای سال آینده را تغییر دهید. اگر تا 7 دسامبر 2025 به طرح دیگری ملحق نشوید، در (Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP خواهید ماند.

- برای تغییر به یک طرح متفاوت، به www.Medicare.gov مراجعه کنید یا فهرست پشت دفترچه راهنمای Medicare و شما 2026 خود را مرور کنید.

- توجه داشته باشید که این صرفاً خلاصه ای از تغییرات است. اطلاعات بیشتر در مورد هزینه ها، مزایا و قوانین در مدارک بیمه آمده است. یک نسخه را از centralhealthplan.com دریافت کنید یا با «خدمات اعضا» به شماره (866) 314-2427 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند) تا از طریق پست یک نسخه دریافت کنید.

منابع بیشتر

- این مطلب به صورت رایگان به زبان های عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، همونگ، کره ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ و ویتنامی موجود است.
- برای اطلاعات بیشتر با «خدمات اعضا» به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند). ساعات پاسخگویی از 1 اکتبر تا 31 مارس: از 8 p.m. تا 8 a.m. به وقت محلی، 7 روز هفته. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی. تماس با این شماره رایگان است.
- شما می توانید این سند را به صورت رایگان به زبان (های) دیگر یا قالب های دیگر، مانند چاپ با حروف بزرگ، خط بریل، یا فایل صوتی، دریافت کنید. با 314-2427 (866)، (TTY: 711) تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است.

درباره Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)

- طرح Central Health Medicare نوعی طرح HMO/ HMO SNP است که با Medicare قرارداد دارد. ثبت نام به تمدید قرارداد بستگی دارد. طرح ما برای هماهنگی مزایای Medicaid شما یک توافق نامه کتبی با برنامه California Medicaid نیز دارد.
- در این مطلب هر کجا کلمات «ما» یا «مال ما» آمده است، به معنی Central Health Plan of California, Inc. است. وقتی نوشته شده «طرح» یا «طرح ما»، به معنی Central Health Medi-Medi Plan (HMO D-SNP) II است.

- اگر تا 7 دسامبر 2025 هیچ کاری نکنید، به‌طور خودکار در Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) ثبت‌نام خواهید شد. از 1 ژانویه 2026، پوشش پزشکی و دارویی خود را از طریق Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) دریافت خواهید کرد. برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه تغییر طرح و مهلت‌های مربوط به انجام تغییر، به بخش 3 مراجعه کنید.

H5649_26_009_CA_ANOC_M

اطلاعیه تغییرات سالانه برای 2026 فهرست مطالب

6.....	خلاصه‌ای از هزینه‌های مهم برای 2026
13.....	بخش 1 تغییرات در مزایا و هزینه‌ها برای سال آینده
13.....	بخش 1.1 تغییرات در حق بیمه ماهانه طرح
13.....	بخش 1.2 تغییرات در حداکثر مبلغ قابل پرداخت از جیب شما
15.....	بخش 1.3 تغییرات در شبکه ارائه‌دهندگان
15.....	بخش 1.4 تغییرات در شبکه داروخانه‌ها
16.....	بخش 1.5 تغییرات در مزایا و هزینه‌ها برای خدمات پزشکی پزشکی
21.....	بخش 1.6 تغییرات در پوشش دارویی بخش D
22.....	بخش 1.7 تغییرات در مزایا و هزینه‌های داروهای نسخه‌ای
35.....	بخش 2 تغییرات اداری
39.....	بخش 3 نحوه تغییر طرح‌های درمانی
40.....	بخش 3.1 مهلت تغییر طرح‌های درمانی
41.....	بخش 3.2 آیا می‌توان در زمان‌های دیگری از سال هم تغییر طرح داد؟
42.....	بخش 4 دریافت کمک برای پرداخت هزینه داروهای نسخه‌ای
45.....	بخش 5 سوالات؟

بخش 5.1	از Central Health Medi-Medi Plan II	45
	(HMO D-SNP) کمک بگیرید	
بخش 5.2	دریافت مشاوره رایگان در مورد Medicare	46
بخش 5.3	دریافت کمک از Medicare	46
بخش 5.4	دریافت کمک از طرح Medicaid	47

خلاصه‌ای از هزینه‌های مهم برای 2026

در جدول زیر هزینه‌های سال‌های 2025 و 2026 برای Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) در چندین حوزه مهم مقایسه می‌شود. لطفاً توجه داشته باشید که این صرفاً خلاصه‌ای از هزینه‌ها است.

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
\$0	\$0	حق بیمه طرح ماهانه* * حق بیمه شما ممکن است بیشتر از این مبلغ باشد. برای اطلاع از جزئیات، به بخش 1.1 مراجعه کنید.
\$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت	\$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت	ویزیت‌های مطب برای مراقبت اولیه
\$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت	\$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت	ویزیت‌های مطب متخصص
\$0 پرداخت مشترک این طرح در هر دوره مزایا تا سقف 90 روز مراقبت‌های بستری در بیمارستان را پوشش می‌دهد.	\$0 پرداخت مشترک این طرح در هر دوره مزایا تا سقف 90 روز مراقبت‌های بستری در بیمارستان را پوشش می‌دهد.	بستری در بیمارستان شامل بستری شدن در بیمارستان برای بیماری‌های حاد، توانبخشی

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
شما همچنین 60 روز پوشش اضافی دارید که به آن روزهای ذخیره مادام العمر می‌گویند. این 60 روز فقط یکبار قابل استفاده است. ما به‌طور خودکار شروع به اعمال روزهای ذخیره مادام‌العمر خواهیم کرد، مگر اینکه شما به‌طور خاص به ما بگویید که این کار را نکنیم (برای جزئیات بیشتر در مورد دوره‌های مزایا به «مدارک بیمه» خود مراجعه کنید).	شما همچنین 60 روز پوشش اضافی دارید که به آن روزهای ذخیره مادام العمر می‌گویند. این 60 روز فقط یکبار قابل استفاده است. ما به‌طور خودکار شروع به اعمال روزهای ذخیره مادام‌العمر خواهیم کرد، مگر اینکه شما به‌طور خاص به ما بگویید که این کار را نکنیم (برای جزئیات بیشتر در مورد دوره‌های مزایا به «مدارک بیمه» خود مراجعه کنید).	مراقبت بلندمدت در بیمارستان و سایر انواع خدمات بستری در بیمارستان می‌شود. مراقبت‌های بستری در بیمارستان از روزی شروع می‌شود که رسماً با دستور پزشک در بیمارستان بستری می‌شوید. روز قبل از ترخیص، آخرین روز بستری شما است.

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
فرانشیز: \$250 در این مرحله، شما برای تسهیم هزینه برای داروهای سطح 1 و سطح 6 هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید (\$0) و هزینه مربوط به داروهای سطح 2،	داروهای تحت پوشش بخش D در لیست داروی طرح در رده یک خواهند بود. هزینه شما برای تأمین یک ماهه (31 روز) ارائه شده از یک داروخانه عضو شبکه با سهمی شدن در هزینه استاندارد:	پوشش دارویی بخش D

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)
سطح 3، سطح 4 و سطح 5 را تا زمانی که به کسری سالانه برسید، پرداخت خواهید کرد. پرداخت مشترک در مرحله پوشش اولیه مرحله: داروهای ردیف 1: \$0 پرداخت مشترک داروهای ردیف 2: \$0، \$1.60، یا \$4 سهم پرداخت مشترک برای همه داروهای دیگر در هر نسخه داروهای ردیف 3: \$0، \$1.60، یا \$5.10 پرداخت مشترک برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارکداری که به عنوان ژنریک تلقی می‌شوند)	داروهای ترجیحی و ژنریک چندمنبعی: شما \$0 برای هر نسخه می‌پردازید سایر داروها: شما \$0 برای هر نسخه می‌پردازید

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
\$0، \$4.90، یا \$12.65 سهم پرداخت مشترک برای همه داروهای دیگر در هر نسخه داروهای ردیف 4: \$0، \$1.60، یا \$5.10 پرداخت مشترک برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارکداری که به عنوان ژنریک تلقی می‌شوند) \$0، \$4.90، یا \$12.65 سهم پرداخت مشترک برای همه داروهای دیگر در هر نسخه		
داروهای ردیف 5: \$0، \$1.60، یا \$5.10 پرداخت مشترک برای داروهای عمومی (از جمله داروهای مارکداری که ژنریک تلقی می‌شوند)		

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
\$0، \$4.90، یا \$12.65 سهم پرداخت مشترک برای همه داروهای دیگر در هر نسخه داروهای ردیف 6: \$0 پرداخت مشترک پوشش در زمان فاجعه: در این مرحله پرداخت، شما هیچ هزینه‌ای برای داروهای تحت پوشش بخش D پرداخت نمی‌کنید.		

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
\$9,250 اگر واجد شرایط دریافت کمک تسهیم هزینه Medicare تحت Medicaid هستید، مسئولیتی در قبال پرداخت هیچگونه هزینه قابل پرداخت از جیب مشمول حداکثر مبلغ قابل پرداخت برای خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B ندارید.	\$9,350 اگر واجد شرایط دریافت کمک تسهیم هزینه Medicare تحت Medicaid هستید، مسئولیتی در قبال پرداخت هیچگونه هزینه قابل پرداخت از جیب مشمول حداکثر مبلغ قابل پرداخت برای خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B ندارید.	حداکثر مبلغ قابل پرداخت از جیب این حداکثر مبلغی است که شما برای خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B از جیب خود پرداخت خواهید کرد. (برای اطلاع از جزئیات، به بخش 1.2 مراجعه کنید.)

بخش 1 تغییرات در مزایا و هزینه‌ها برای سال آینده

بخش 1.1 تغییرات در حق بیمه ماهانه طرح

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
\$0	\$0	حق بیمه طرح ماهانه (همچنین باید به پرداخت حق بیمه Medicare Part B خود ادامه دهید، مگر اینکه Medicaid آن را برای شما پرداخت کند.)

بخش 1.2 تغییرات در حداکثر مبلغ قابل پرداخت از جیب شما

Medicare از همه طرح‌های درمانی می‌خواهد که مبلغ قابل پرداخت از جیب شما را در طول سال محدود کنند. این محدودیت، حداکثر مبلغ قابل پرداخت از جیب نامیده می‌شود. پس از پرداخت این مبلغ، معمولاً برای بقیه سال تقویمی هیچ هزینه‌ای برای خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B پرداخت نمی‌کنید.

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
\$9,250 پس از اینکه مبلغ \$9,250 از جیب خود برای خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B پرداخت کردید، در بقیه سال تقویمی هیچ هزینه‌ای بابت خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B خود پرداخت نخواهید کرد.	\$9,350	حداکثر مبلغ قابل پرداخت از جیب از آنجا که اعضای ما از Medicaid نیز کمک دریافت می‌کنند، تعداد بسیار کمی از اعضا به این حداکثر مبلغ قابل پرداخت از جیب خود می‌رسند. شما مسئول پرداخت هزینه‌های قابل پرداخت از جیب مشمول حداکثر مبلغ قابل پرداخت از جیب برای خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B نیستید. هزینه‌های شما برای خدمات پزشکی تحت پوشش (مانند پرداخت مشترک) جزء حداکثر مبلغ قابل پرداخت از جیب شما محسوب می‌شود. حق بیمه طرح ما و هزینه‌های شما برای داروهای نسخه‌ای، جزء حداکثر مبلغ پرداختی از جیب شما محسوب نمی‌شود.

بخش 1.3 تغییرات در شبکه ارائه‌دهندگان

شبکه ارائه‌دهندگان ما برای سال آینده تغییر کرده است. برای اینکه بفهمید ارائه‌دهندگان خدمات درمانی شما (ارائه‌دهنده مراقبت اولیه، متخصصان، بیمارستان‌ها و غیره) در شبکه ما هستند یا خیر، فهرست ارائه‌دهندگان 2026 را در centralhealthplan.com مرور کنید. در اینجا نحوه دریافت فهرست ارائه‌دهندگان به‌روز شده آمده است:

- به وبسایت ما به نشانی centralhealthplan.com مراجعه کنید.

- برای دریافت اطلاعات ارائه‌دهنده فعلی یا درخواست از ما برای

ارسال فهرست ارائه‌دهندگان، با «خدمات اعضا» با شماره

314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره

711 تماس بگیرند).

ما می‌توانیم در طول سال تغییراتی در بیمارستان‌ها، پزشکان و متخصصان (ارائه‌دهندگان) که در طرح ما هستند، ایجاد کنیم. اگر شما از تغییر در ارائه‌دهندگان خدمات ما در اواسط سال متأثر می‌شوید، برای دریافت کمک با «خدمات اعضا» به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند). برای اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود در صورت خروج ارائه‌دهنده شبکه از طرح ما، به فصل 3، بخش 2.3 از مدارک بیمه خود مراجعه کنید.

بخش 1.4 تغییرات در شبکه داروخانه‌ها

مبالغی که برای داروهای نسخه‌ای خود پرداخت می‌کنید می‌تواند به داروخانه مورد استفاده شما بستگی داشته باشد. در طرح‌های دارویی Medicare شبکه‌ای از داروخانه‌ها وجود دارند. در اکثر مواقع، نسخه‌های شما تنها در صورتی تحت پوشش قرار می‌گیرند که در داروخانه‌های شبکه ما تهیه شده باشند.

شبکه داروخانه‌های ما برای سال آینده تغییر کرده است. برای مشاهده داروخانه‌های تحت پوشش شبکه ما، فهرست داروخانه‌های 2026 در centralhealthplan.com را مرور کنید. در اینجا نحوه دریافت فهرست داروخانه‌های به‌روز شده آمده است:

- به وبسایت ما به نشانی centralhealthplan.com مراجعه کنید.
 - برای دریافت اطلاعات داروخانه فعلی یا درخواست از ما برای ارسال فهرست داروخانه‌ها با «خدمات اعضا» با شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند).
- ما می‌توانیم در طول سال تغییراتی در داروخانه‌هایی که در طرح ما هستند، ایجاد کنیم. اگر شما از تغییر در داروخانه‌های ما در اواسط سال متأثر می‌شوید، برای دریافت کمک با «خدمات اعضا» به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند).

بخش 1.5 تغییرات در مزایا و هزینه‌ها برای خدمات پزشکی پزشکی

«اطلاعیه تغییرات سالانه» شما را از تغییرات در هزینه‌ها و مزایای Medicare مطلع می‌کند.

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
اعضایی که دارای بیماری‌های مزمن واجد شرایط هستند، ماهانه \$200 برای مواد غذایی و محصولات کشاورزی (SSBCI) دریافت می‌کنند.	این مزیت به‌عنوان یک مزیت تکمیلی ویژه برای بیماران مزمن (SSBCI) تحت پوشش قرار می‌گیرد. افراد واجد شرایط، ماهانه \$45 کمک‌هزینه برای مواد غذایی و محصولات سالم دریافت می‌کنند. پوشش SSBCI فقط برای اعضای است که دارای شرایط مزمن مشخصی باشند.	مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران مزمن (SSBCI) - مواد غذایی و محصولات کشاورزی

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
شما یک کارت اعتباری از پیش‌شارژ شده MyChoice دریافت می‌کنید که دارای \$320 اعتبار مجموعاً به‌صورت سه‌ماهه برای کالاهای بدون نسخه (OTC) و سمک‌های بدون نسخه (OTC) است.	شما یک کارت اعتباری از پیش‌شارژ شده MyChoice دریافت می‌کنید که دارای \$125 اعتبار مجموعاً به‌صورت سه‌ماهه برای کالاهای بدون نسخه (OTC) و سمک‌های بدون نسخه (OTC) است.	محصولات بدون نسخه (OTC) (مکمل)
شما برای برخی خدمات سلامت از راه دور، از جمله خدمات توانبخشی قلبی،	شما برای برخی خدمات سلامت از راه دور، از جمله خدمات پزشکی خانواده،	مزایای اضافی سلامت از راه دور

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)
خدمات پزشکی خانواده، خدمات کایروپراکتیک، خدمات کاردرمانی، خدمات پزشکی متخصص، جلسات فردی برای خدمات تخصصی سلامت روان، جلسات گروهی برای خدمات تخصصی سلامت روان، خدمات پاپزشکی و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، جلسات فردی خدمات روان‌درمانی، جلسات گروهی خدمات روان‌درمانی، خدمات فیزیوتراپی و گفتاردرمانی، خدمات برنامه درمان اعتیاد به مواد مخدر، جلسات فردی درمان سرپایی سوءمصرف مواد، و	خدمات کایروپراکتیک، خدمات کاردرمانی، خدمات پزشکی متخصص، جلسات فردی برای خدمات تخصصی سلامت روان، جلسات گروهی برای خدمات تخصصی سلامت روان، خدمات پاپزشکی و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، جلسات فردی خدمات روان‌درمانی، جلسات گروهی خدمات روان‌درمانی، خدمات فیزیوتراپی و گفتاردرمانی، خدمات برنامه درمان اعتیاد به مواد مخدر، جلسات فردی درمان سرپایی سوءمصرف مواد، و جلسات گروهی درمان

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
جلسات گروهی درمان سرپایی سوء مصرف مواد، هیچ هزینه سهم بیمار (\$0) نمی پردازید.	سرپایی سوء مصرف مواد، هیچ هزینه سهم بیمار (\$0) نمی پردازید.	
شما هر سال 48 سفر رفت و برگشت دریافت می کنید.	شما هر سال 24 سفر رفت و برگشت دریافت می کنید.	خدمات حمل و نقل – مکان های مورد تأیید طرح (تکمیلی)
این جزء مزایای کمکی تحت پوشش نیست.	تا سقف 20 ساعت در هر سال تقویمی از طریق یکی از فروشندگان مورد تأیید طرح مبلغ \$0 را به عنوان پرداخت مشترک می پردازید.	خدمات پشتیبانی در خانه
شما هر دو سال یک بار می توانید تا 2 سمعک از پیش انتخاب شده از یک ارائه دهنده تأیید شده توسط طرح دریافت کنید، برای هر دو گوش به طور مجموع.	شما دارای \$3,000 کمک هزینه سالانه برای سمعک هستید.	سمعک های تجویزی

بخش 1.6 تغییرات در پوشش دارویی بخش D

تغییرات در «لیست دارو» ما

لیست داروهای تحت پوشش ما، دارونامه یا «لیست دارو» نامیده می‌شود. یک نسخه از «لیست دارو» ما به‌صورت الکترونیکی ارائه می‌شود.

ما تغییراتی در «لیست داروهای» خود ایجاد کرده‌ایم که می‌تواند شامل حذف یا اضافه کردن داروها، تغییر محدودیت‌های اعمال‌شده بر پوشش ارائه شده برای داروهای خاص یا انتقال آنها به یک ردیف تسهیم هزینه متفاوت باشد. «لیست دارو» را مورد بررسی قرار دهید تا اطمینان حاصل کنید که داروهای شما سال آینده تحت پوشش قرار می‌گیرند و همچنین متوجه شوید که آیا محدودیت‌هایی وجود خواهد شد، یا اگر داروی شما به ردیف تسهیم هزینه متفاوتی منتقل شده است.

اکثر تغییرات اعمال‌شده به «لیست دارو» ابتدای هر سال اعمال می‌شوند. با این حال، ممکن است تغییرات دیگری را در طول سال تقویمی اعمال کنیم که به‌موجب قوانین Medicare مجاز باشد و ممکن است بر شما تأثیر بگذارد. ما «لیست دارو» آنلاین خود را حداقل ماهانه به‌روز می‌کنیم تا به‌روزترین «لیست دارو» را ارائه کنیم. اگر تغییری ایجاد کنیم که بر دسترسی شما به دارویی که مصرف می‌کنید تأثیر بگذارد، اطلاعیه‌ای درباره تغییر برای شما ارسال می‌کنیم.

اگر در ابتدای سال یا در طول سال از تغییر پوشش دارویی متأثر شدید، فصل 9 از مدارک بیمه خود را مرور کنید و با پزشک تجویزکننده خود صحبت کنید تا گزینه‌های موجود برای خود، مانند درخواست تأمین موقت، درخواست استثنا و/یا تلاش برای یافتن داروی جدید، را بررسی کنید. برای اطلاعات بیشتر با «خدمات اعضا» به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند).

بخش 1.7 تغییرات در مزایا و هزینه‌های داروهای نسخه‌ای

آیا برای پرداخت هزینه‌های پوشش دارویی خود، **Extra Help** دریافت می‌کنید؟

اگر در برنامه‌ای هستید که به پرداخت هزینه داروهای شما کمک می‌کند (Extra Help)، اطلاعات مربوط به هزینه‌های داروهای بخش **D** ممکن است شامل شما نشود. ما مطلب جداگانه‌ای با عنوان الحاقیه مدارک بیمه ویژه افرادی که برای پرداخت هزینه داروهای نسخه‌ای، **Extra Help** دریافت می‌کنند ارسال کرده‌ایم که هزینه‌های داروی شما را توضیح می‌دهد. اگر **Extra Help** دریافت کردید و این مطالب را تا 30 سپتامبر دریافت نکردید، با «خدمات اعضا» به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با 711 تماس بگیرند) و *LIS Rider* را درخواست کنید.

مراحل پرداخت برای دارو

3 مرحله پرداخت هزینه دارو وجود دارد: مرحله فرانشیز سالانه، مرحله پوشش اولیه و مرحله پوشش در زمان فاجعه. مرحله فاصله زمانی پوشش و برنامه تخفیف فاصله زمانی پوشش دیگر در مزایای بخش **D** وجود ندارند.

• مرحله 1: فرانشیز سالانه

هر سال تقویمی شما از این مرحله پرداخت شروع می‌شود. در این مرحله، شما کل هزینه داروهای بخش **D** خود را پرداخت می‌کنید تا زمانی که به کسری سالانه برسید.

• مرحله 2: پوشش اولیه

پس از پرداخت فرانشیز سالانه، به مرحله پوشش اولیه می‌رسید. در این مرحله طرح ما سهم خود از هزینه‌های داروهای شما را پرداخت می‌کند و شما سهم خود را پرداخت می‌کنید. به‌طور معمول، شما در این مرحله باقی می‌مانید تا زمانی که هزینه‌های پرداختی از جیب شما به \$2,100 برسد.

• مرحله 3: پوشش در زمان فاجعه

این سومین و آخرین مرحله پرداخت هزینه دارو است. در این مرحله، شما هیچ هزینه‌ای برای داروهای تحت پوشش بخش D پرداخت نمی‌کنید. شما تا پایان سال تقویمی در این مرحله پوشش می‌مانید.

برنامه Coverage Gap Discount با برنامه Manufacturer Discount جایگزین شده است. تحت برنامه Manufacturer Discount، تولیدکنندگان دارو بخشی از هزینه کامل طرح ما را برای داروهای مارک‌دار و داروهای بیولوژیک تحت پوشش بخش D در مرحله پوشش اولیه و مرحله پوشش زمان فاجعه پرداخت می‌کنند. تخفیف‌هایی که تولیدکنندگان تحت برنامه Manufacturer Discount پرداخت می‌کنند، جزو هزینه‌های قابل پرداخت از جیب محسوب نمی‌شوند. جدول هزینه هر نسخه شما را در این مرحله نشان می‌دهد.

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
\$250 در این مرحله، شما برای تسهیم هزینه برای داروهای سطح 1 و سطح 6 هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید (\$0) و هزینه مربوط به داروهای سطح 2، سطح 3، سطح 4 و سطح 5 را تا زمانی که به کسری سالانه برسید، پرداخت خواهید کرد.	\$0	فرانشیز سالانه

هزینه‌های دارو در مرحله 2: پوشش اولیه

این جدول هزینه هر نسخه شما را برای تأمین یک ماهه دارو از یک داروخانه عضو شبکه با تسهیم هزینه استاندارد را نشان می‌دهد.

اکثر واکسن‌های بخش D بزرگسالان بدون اینکه هزینه‌ای بپردازید در اختیارتان قرار می‌گیرند. برای اطلاعات بیشتر درباره هزینه واکسن‌ها یا اطلاعات مربوط به هزینه‌ها، به فصل 6 مدارک بیمه مراجعه کنید.

پس از پرداخت \$2,100 از جیب برای داروهای تحت پوشش بخش D، به مرحله بعدی (مرحله پوشش در زمان فاجعه) منتقل خواهید شد.

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
پرداخت مشترک \$0 از کل هزینه	داروهای تحت پوشش بخش D در لیست داروی طرح در رده یک خواهند بود. هزینه شما برای تأمین یک ماهه (31 روز) ارائه شده از یک داروخانه عضو شبکه با سهم شدن در هزینه استاندارد: داروهای ترجیحی و ژنریک چندمنبعی:	ردیف 1 (داروهای ژنریک ترجیحی): ما ردیف برخی از داروهای موجود در فهرست داروی خود را تغییر دادیم. برای اطلاع از اینکه آیا داروهای شما در یک ردیف دارویی دیگر قرار می‌گیرند، آنها را در «لیست دارو» جستجو کنید.

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
	شما \$0 برای هر نسخه می‌پردازید. سایر داروها: شما \$0 برای هر نسخه می‌پردازید. شما \$0 برای هر نسخه می‌پردازید. پس از پرداخت \$2,000 از جیب خود برای داروهای تحت پوشش بخش D، به مرحله بعدی (مرحله پوشش بیمه هزینه‌های سنگین) منتقل خواهید شد. سهم هزینه شما در مرحله پوشش در زمان فاجعه \$0 است.	

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
\$0، \$1.60، یا \$4 سهم پرداخت مشترک برای همه داروهای دیگر در هر نسخه	داروهای تحت پوشش بخش D در لیست داروی طرح در رده یک خواهند بود. هزینه شما برای تأمین یک ماهه ارائه شده از یک داروخانه عضو شبکه با تسهیم هزینه استاندارد: داروهای ترجیحی و ژنریک چندمنبعی: شما \$0 برای هر نسخه می‌پردازید. سایر داروها: شما \$0 برای هر نسخه می‌پردازید.	ردیف 2 (داروهای ژنریک):

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
	پس از پرداخت \$2,000 از جیب خود برای داروهای تحت پوشش بخش D، به مرحله بعدی (مرحله پوشش بیمه هزینه‌های سنگین) منتقل خواهید شد. سهم هزینه شما در مرحله پوشش در زمان فاجعه \$0 است.	
\$0، \$1.60، یا \$5.10 برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارک‌داری که عمومی تلقی می‌شوند) \$0، \$4.90، یا \$12.65 پرداخت مشترک برای همه داروهای دیگر در هر نسخه.	داروهای تحت پوشش بخش D در لیست داروی طرح در رده یک خواهند بود. هزینه شما برای تأمین یک ماهه ارائه‌شده از یک داروخانه عضو شبکه با تسهیم هزینه استاندارد:	ردیف 3 (داروهای برند ترجیحی):

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
	داروهای ترجیحی و ژنریک چندمنبعی: شما \$0 برای هر نسخه می‌پردازید. سایر داروها: شما \$0 برای هر نسخه می‌پردازید. پس از پرداخت \$2,000 از جیب خود برای داروهای تحت پوشش بخش D، به مرحله بعدی (مرحله پوشش بیمه هزینه‌های سنگین) منتقل خواهید شد. سهم هزینه شما در مرحله پوشش در زمان فاجعه \$0 است.	

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
\$0، \$1.60، یا \$5.10 برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارک‌داری که عمومی تلقی می‌شوند) \$0، \$4.90، یا \$12.65 پرداخت مشترک برای همه داروهای دیگر در هر نسخه.	داروهای تحت پوشش بخش D در لیست داروی طرح در رده یک خواهند بود. هزینه شما برای تأمین یک ماهه ارائه‌شده از یک داروخانه عضو شبکه با تسهیم هزینه استاندارد: داروهای ترجیحی و ژنریک چندمنبعی: شما \$0 برای هر نسخه می‌پردازید. سایر داروها: شما \$0 برای هر نسخه می‌پردازید.	ردیف 4 (داروهای غیر ترجیحی):

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
	پس از پرداخت \$2,000 از جیب خود برای داروهای تحت پوشش بخش D، به مرحله بعدی (مرحله پوشش بیمه هزینه‌های سنگین) منتقل خواهید شد. سهم هزینه شما در مرحله پوشش در زمان فاجعه \$0 است.	
\$0، \$1.60، یا \$5.10 برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارک‌داری که عمومی تلقی می‌شوند) \$0، \$4.90، یا \$12.65 پرداخت مشترک برای همه داروهای دیگر در هر نسخه.	داروهای تحت پوشش بخش D در لیست داروی طرح در رده یک خواهند بود. هزینه شما برای تأمین یک ماهه ارائه‌شده از یک داروخانه عضو شبکه با تسهیم هزینه استاندارد:	مرحله 5 (داروهای تخصصی):

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
	داروهای ترجیحی و ژنریک چندمنبعی: شما \$0 برای هر نسخه می‌پردازید. سایر داروها: شما \$0 برای هر نسخه می‌پردازید. پس از پرداخت \$2,000 از جیب خود برای داروهای تحت پوشش بخش D، به مرحله بعدی (مرحله پوشش بیمه هزینه‌های سنگین) منتقل خواهید شد. سهم هزینه شما در مرحله پوشش در زمان فاجعه \$0 است.	

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
\$0 از هزینه کل	داروهای تحت پوشش بخش D در لیست داروی طرح در رده یک خواهند بود. هزینه شما برای تأمین یک ماهه ارائه شده از یک داروخانه عضو شبکه با تسهیم هزینه استاندارد: داروهای ترجیحی و ژنریک چندمنبعی: شما \$0 برای هر نسخه می‌پردازید. سایر داروها: شما \$0 برای هر نسخه می‌پردازید.	ردیف 6 (داروهای مراقبتی را انتخاب کنید):

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
	پس از پرداخت \$2,000 از جیب خود برای داروهای تحت پوشش بخش D، به مرحله بعدی (مرحله پوشش بیمه هزینه‌های سنگین) منتقل خواهید شد. سهم هزینه شما در مرحله پوشش در زمان فاجعه \$0 است.	

تغییرات در مزایای VBID بخش D

در سال 2025، برنامه Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) در مدل Value Based Insurance Design (VBID) شرکت داشت، اما این برنامه امسال منحل می‌شود. به عنوان بخشی از مزایای بخش D در مدل VBID، برنامه Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) حذف پرداخت سهم هزینه برای داروهای بخش D را ارائه می‌داد. از آنجا که این برنامه پایان یافته است، اعضا ممکن است برای تمام داروهای بخش D در تمام مراحل پوشش، سهم هزینه پرداخت کنند. برای اطلاعات بیشتر، در صورت داشتن سؤال با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

تغییرات در مرحله پوشش در زمان فاجعه

برای اطلاعات خاص در مورد هزینه‌های خود در مرحله پوشش در زمان فاجعه، به فصل 6، بخش 6 مدارک بیمه خود مراجعه کنید.

بخش 2 تغییرات اداری

در حال انجام تغییرات اداری برای سال آینده هستیم. اطلاعات جدول زیر این تغییرات را تشریح می‌کند.

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
اگر تشخیص داده شود که به یک بیماری مزمن واجد شرایط مبتلا شده‌اید و معیارهای به‌خصوصی را داشته باشید، ممکن است واجد شرایط دریافت مزایای تکمیلی ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن باشید. بیماری‌های مزمن واجد شرایط شامل موارد زیر هستند: • اختلالات قلبی عروقی	اگر تشخیص داده شود که به یک بیماری مزمن واجد شرایط مبتلا شده‌اید و معیارهای به‌خصوصی را داشته باشید، ممکن است واجد شرایط دریافت مزایای تکمیلی ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن باشید. بیماری‌های مزمن واجد شرایط شامل موارد زیر هستند: • اختلالات قلبی عروقی	مزایای مکمل ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن (SSBCI)

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
• نارسایی مزمن قلبی • زوال عقل • دیابت ملیتوس (مرض قند) • اختلالات مزمن ریوی • بیماری مزمن کلیه (CKD) • اختلال مزمن مصرف الکل و سایر اختلالات مصرف مواد مخدر (SUDs) • سرطان • اختلالات خود ایمنی • اضافه وزن، چاقی و سندرم متابولیک • بیماری مزمن گوارشی • اختلالات خونی شدید • HIV/ایدز	• نارسایی مزمن قلبی • زوال عقل • دیابت ملیتوس (مرض قند) • اختلالات مزمن ریوی • بیماری کلیوی	

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
• بیماری‌های سلامت روان مزمن و ناتوان کننده • اختلالات عصبی • سکتۀ مغزی • پس از پیوند عضو • اختلالات نقص ایمنی و اختلالات سرکوب‌کننده سیستم ایمنی • شرایط مرتبط با اختلال شناختی • شرایط دارای چالش‌های عملکردی • بیماری‌های مزمن که بینایی، شنوایی (ناشنوایی)، چشایی، لامسه و بویایی را تحت تأثیر قرار می‌دهند • شرایطی که نیاز به خدمات درمانی مداوم دارند تا فرد بتواند عملکرد خود را حفظ یا بازگرداند		

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
Medicare Prescription Payment گزینه پرداخت جدید است که با پوشش دارویی فعلی شما سازگار است و می‌تواند به شما کمک کند هزینه‌های دارویی خود را مدیریت کنید، به‌طوری که این هزینه‌ها به‌صورت پرداخت‌های ماهانه تقسیم می‌شوند که در طول سال (ژانویه تا دسامبر) متغیر هستند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این گزینه پرداخت، لطفاً با شماره (866) 314-2427 (کاربران 711 TTY) تماس بگیرید یا به Medicare.gov مراجعه کنید	قابل اعمال نیست	Medicare Prescription Payment

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
Silver&Fit پیمانکار ارائه‌دهنده خدمات تناسب اندام/باشگاه برای سال 2026 است.	مزایای تناسب اندام/باشگاه شما توسط Tivity D.B.A مدیریت می‌شد. SilverSneakers	Tivity دیگر پیمانکار قراردادی برای سال 2026 نیست.
NationsBenefits پیمانکار وعده‌های غذایی برای سال 2026 است.	خدمات وعده غذایی شما از طریق Healthrageous موجود بود:	Healthrageous دیگر پیمانکار قراردادی برای سال 2026 نیست.
Medical Guardian پیمانکار قراردادی PERS برای سال 2026 است.	مزایای PERS شما توسط Aloecare مدیریت می‌شد.	Aloecare دیگر پیمانکار قراردادی برای سال 2026 نیست.

بخش 3 نحوه تغییر طرح‌های درمانی

برای ماندن در **Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)**، لازم نیست کاری انجام دهید. چنانچه تا 7 دسامبر برای طرح دیگری ثبت‌نام نکنید یا طرح خود را به **Original Medicare** تغییر دهید، به‌طور خودکار در طرح **Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)** ما ثبت‌نام خواهید شد.

اگر می‌خواهید طرح‌های خود را برای سال 2026 تغییر دهید، این مراحل را انجام دهید:

- برای تغییر به یک طرح درمانی **Medicare** دیگر، در طرح جدید ثبت‌نام کنید. به‌طور خودکار از طرح Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) خارج خواهید شد.
- برای تغییر به طرح **Original Medicare** با پوشش دارویی **Medicare**، در طرح دارویی جدید Medicare ثبت‌نام کنید. به‌طور خودکار از طرح Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) خارج خواهید شد.
- برای تغییر به **Original Medicare** بدون برنامه دارویی، می‌توانید یک درخواست کتبی برای انصراف از عضویت ارسال کنید. برای اطلاعات بیشتر با «خدمات اعضا» به شماره (866) 314-2427 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند). یا با **Medicare** به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید و درخواست خروج از برنامه کنید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر در طرح دارویی Medicare ثبت‌نام نکنید، ممکن است جریمه تأخیر در ثبت‌نام بخش D را پرداخت کنید (به فصل 1، بخش 4.4 مدارک بیمه مراجعه کنید).
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد **Original Medicare** و انواع مختلف طرح‌های **Medicare**، به www.Medicare.gov مراجعه کنید، کتابچه راهنمای Medicare و شما 2026 را بررسی کنید، با برنامه State Health Insurance Assistance خود تماس بگیرید (به بخش 6 مراجعه کنید)، یا با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید.

بخش 3.1 مهلت تغییر طرح‌های درمانی

افراد دارای Medicare می‌توانند از 15 اکتبر تا 7 دسامبر هر سال، پوشش بیمه‌ای خود را تغییر دهند.

اگر در 1 ژانویه، 2026، در یک طرح Medicare Advantage ثبت‌نام کرده‌اید، و از طرح انتخابی خود راضی نیستید، می‌توانید بین 1 ژانویه تا 31 مارس 2026 به یک طرح درمانی Medicare دیگر (با یا بدون پوشش دارویی Medicare جداگانه) یا به Original Medicare (با یا بدون پوشش دارویی Medicare) تغییر دهید.

بخش 3.2 آیا می‌توان در زمان‌های دیگری از سال هم تغییر طرح داد؟

در شرایط خاص، افراد ممکن است در طول سال فرصت‌های دیگری برای تغییر داشته باشند. مثال‌ها شامل افرادی می‌شود که:

- Medicaid دارند
- برای پرداخت هزینه‌های داروهای خود Extra Help دریافت می‌کنند
- از پوشش کارفرما برخوردارند یا در حال خروج از آن هستند.
- از منطقه خدمات‌رسانی طرح ما خارج شوند

از آنجا که شما Medicaid دارید، می‌توانید با انتخاب یکی از گزینه‌های Medicare زیر در هر ماهی از سال، به عضویت خود در طرح ما خاتمه دهید:

- طرح Original Medicare با یک طرح دارویی نسخه‌ای Medicare جداگانه،

○ طرح Original Medicare بدون یک طرح داروی نسخه‌ای Medicare جداگانه (اگر این گزینه را انتخاب کنید، Medicare ممکن است شما را در یک طرح دارویی ثبت‌نام کند، مگر اینکه از ثبت‌نام خودکار انصراف داده باشید.)، یا

○ در صورت واجد شرایط بودن، یک D-SNP یکپارچه که Medicare و بیشتر یا تمام مزایا و خدمات Medicaid شما را در یک طرح ارائه می‌دهد.

اگر اخیراً به یک مؤسسه (مانند یک مرکز پرستاری تخصصی یا بیمارستان مراقبت‌های طولانی مدت) نقل مکان کرده‌اید یا در حال حاضر در آن زندگی می‌کنید، می‌توانید پوشش Medicare خود را در هر زمان تغییر دهید. شما می‌توانید در هر زمانی به هر طرح درمانی Medicare دیگری (با یا بدون پوشش دارویی Medicare) تغییر دهید یا به Original Medicare (با یا بدون پوشش دارویی Medicare جداگانه) تغییر دهید. اگر اخیراً از یک مؤسسه خارج شده‌اید، به مدت 2 ماه کامل پس از ماهی که از مرکز خارج شده‌اید فرصت دارید طرح‌تان را عوض کنید یا به طرح Original Medicare تغییر دهید.

بخش 4 دریافت کمک برای پرداخت هزینه داروهای نسخه‌ای

شما ممکن است واجد شرایط دریافت کمک هزینه برای داروهای نسخه‌ای باشید. انواع مختلفی از کمک‌ها در دسترس است:

• **Extra Help از Medicare.** افرادی که درآمد محدودی دارند ممکن است واجد شرایط دریافت Extra Help برای پرداخت هزینه‌های داروهای نسخه‌ای خود باشند. اگر واجد شرایط باشید، Medicare می‌تواند تا 75% یا بیشتر از هزینه‌های دارویی شما را پوشش دهد، از جمله حق بیمه ماهانه طرح دارویی، کسری سالانه و بیمه مشترک. همچنین، افرادی که واجد شرایط هستند، مشمول جریمه دیرکرد ثبت‌نام نخواهند شد. برای اطلاع از واجد شرایط بودن خود، با شماره زیر تماس بگیرید:

◦ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY می‌توانند در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرید.

◦ دفتر تأمین اجتماعی با شماره 1-800-772-13 بین ساعت 7 p.m. ات 8 a.m.، دوشنبه تا جمعه برای یک نماینده. پیام‌های خودکار به صورت 24 ساعته در دسترس هستند. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-800-325-0778 تماس بگیرند.

◦ دفتر State Medicaid شما.

• **کمک در تسهیم هزینه نسخه برای افراد مبتلا به HIV/ایدز.** برنامه AIDS Drug Assistance (ADAP) که به تضمین دسترسی اشخاص واجد شرایط ADAP مبتلا به HIV/ایدز به داروهای نجات‌بخش مقابله با HIV کمک می‌کند. برای اینکه واجد شرایط ADAP در ایالتان محسوب شوید، باید معیارهای خاصی را داشته باشید، از جمله باید ثابت کنید که در ایالت مورد نظر سکونت دارید و مبتلا به HIV هستید، طبق تعریف ایالت کم‌درآمد هستید، و بیمه ندارید یا بیمه مناسب ندارید. داروهای نسخه‌ای Medicare Part D هم که توسط ADAP پوشش داده می‌شوند واجد شرایط کمک به تسهیم هزینه

از طریق Office of AIDS هستند. برای اطلاعات مربوط به معیارهای واجد شرایط بودن، داروهای تحت پوشش، نحوه ثبت نام در برنامه یا اگر در حال حاضر ثبت نام کرده اید و نحوه تداوم دریافت کمک، با شماره 449-5900 (916) تماس بگیرید. هنگام تماس، حتماً نام طرح Medicare Part D یا شماره بیمه خود را به آنها اطلاع دهید.

- **طرح Medicare Prescription Payment.** برنامه Medicare Prescription Payment طرح یک گزینه پرداخت است که با پوشش دارویی فعلی شما کار می کند تا به شما کمک کند هزینه های پرداختی از جیب خود برای داروهای تحت پوشش طرح ما را مدیریت کنید و این هزینه ها را در طول سال تقویمی (ژانویه تا دسامبر) پخش کنید. هر کسی که برنامه های Medicare drug یا Medicare health با پوشش دارویی (مانند برنامه Medicare Advantage با پوشش دارویی) داشته باشد، می تواند از این گزینه پرداخت استفاده کند. این گزینه پرداخت ممکن است به شما در مدیریت هزینه هایتان کمک کند، اما باعث صرفه جویی در هزینه یا کاهش هزینه های دارویی شما نمی شود.

- **Extra Help از Medicare و کمک از SPAP و ADAP شما، برای افراد واجد شرایط، از شرکت در طرح Medicare Prescription Payment سودمندتر است.** تمام اعضا، صرف نظر از سطح درآمد، واجد شرایط شرکت در Medicare Prescription Payment طرح هستند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این گزینه پرداخت، لطفاً با شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند) یا به www.Medicare.gov مراجعه کنید.

بخش 5 سوالات؟

بخش 5.1 از Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) کمک بگیرید

- با «خدمات اعضا» از طریق شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید.
(فقط کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند.)

از 1 اکتبر تا 31 مارس برای برقراری تماس می‌توانید در 7 روز هفته، از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی با این شماره‌ها تماس بگیرید. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر برای برقراری تماس می‌توانید در روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی، با این شماره‌ها تماس بگیرید. تماس با این شماره ها رایگان است.

- مدارک بیمه 2026 خود را بخوانید

این اطلاعیه سالانه تغییرات خلاصه‌ای از تغییرات در مزایا و هزینه‌های شما برای 2026 را ارائه می‌دهد. برای جزئیات، به مدارک بیمه 2026 برای Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) مراجعه کنید. مدارک بیمه شرح قانونی و تفصیلی از مزایای طرح بیمه شما می‌باشد. همچنین حقوق و قوانینی که لازم است برای دریافت خدمات تحت پوشش و داروهای نسخه‌ای رعایت کنید در این کتابچه توضیح داده شده است. مدارک بیمه را از وبسایت ما به آدرس centralhealthplan.com دریافت کنید یا با «خدمات اعضا» به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند) تا از ما بخواهید که یک نسخه از آن را برای شما ارسال کنیم.

• به **centralhealthplan.com** مراجعه کنید

وبسایت ما جدیدترین اطلاعات مربوط به شبکه ارائه‌دهندگان ما (فهرست ارائه‌دهندگان/فهرست داروخانه‌ها) و فهرست داروهای تحت پوشش ما (دارونامه/لیست دارو) ارائه می‌دهد.

بخش 5.2 دریافت مشاوره رایگان در مورد Medicare

برنامه State Health Insurance Assistance (SHIP) یک برنامه دولتی مستقل با مشاوران آموزش‌دیده در هر ایالت است. در California، SHIP با نام Ventura County: Ventura County Area Agency on Aging شناخته می‌شود.

تماس با Ventura County: Ventura County Area Agency on Aging تماس بگیرید تا مشاوره شخصی‌شده در زمینه بیمه سلامت دریافت کنید. آنها می‌توانند به شما کمک کنند تا انتخاب‌های طرح Medicare و Medicaid خود را درک کنید و به سؤالات مربوط به تغییر طرح‌ها پاسخ می‌دهند. تماس با Ventura County: Ventura County Area Agency on Aging علی‌الرغم Ventura County: (805) 477-7310. کسب اطلاعات بیشتر درباره Ventura County: Ventura County Area Agency on Aging مراجعه به وبسایت (<https://www.aging.ca.gov/hicap>).

بخش 5.3 دریافت کمک از Medicare

• با **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** تماس بگیرید.

شما می‌توانید در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره **1-877-486-2048** تماس بگیرند.

• **چت زنده با www.Medicare.gov**

می‌توانید به‌طور زنده در آدرس www.Medicare.gov/talk-to-someone چت کنید

• **به Medicare نامه بفرستید**

شما می‌توانید به آدرس PO Box 1270, Lawrence, KS 66044 به Medicare نامه بفرستید.

• **به www.Medicare.gov مراجعه کنید**

وبسایت رسمی Medicare اطلاعاتی در مورد هزینه، پوشش و رتبه‌بندی ستاره‌ای کیفیت دارد تا به شما کمک کند طرح‌های درمانی Medicare در منطقه‌تان را مقایسه کنید.

• **Medicare و شما 2026 را بخوانید**

هر پاییز، کتابچه راهنمای Medicare و شما 2026 برای افراد تحت پوشش Medicare پست می‌شود. این دفترچه خلاصه‌ای از مزایا، حقوق و حمایت‌ها، و پاسخ پرسش‌های متداول درباره Medicare را ارائه می‌دهد. یک نسخه را از www.Medicare.gov دریافت کنید یا با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

بخش 5.4 دریافت کمک از طرح Medicaid

با California Department of Health Care Services به شماره 449-5000 (916) تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند

اطلاعات مهم تکمیلی درباره مراقبت‌های بهداشتی و اطلاعات منابع اعضا

- اطلاعیه الکترونیکی (ELN) – نحوه دریافت مدارک مهم
- اطلاعیه عدم تبعیض (NDN) – بخش 1557
- اطلاعیه در دسترس بودن (NOA) – خدمات کمک زبانی
- اطلاعیه رویه حفظ حریم خصوصی (NPP)

شما برای ما مهم هستید! ما دریافت اطلاعات مورد نیاز را برای شما آسان می‌کنیم. برای مشاهده اسناد مهم طرح و یافتن یک ارائه‌دهنده یا داروخانه شبکه، آنلاین شوید. همچنین می‌توانید داروهای نسخه‌ای خود را در هر زمان، هر مکان و از هر دستگاهی جستجو کنید. اسناد طرح 2026 شما، مانند مدارک بیمه، دارونامه، و فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان/داروخانه‌های شما تا 15 اکتبر 2025 به‌صورت آنلاین در دسترس خواهند بود.

با اسناد طرح خود آشنا شوید

- **مدارک بیمه (EOC):** راهنمای آنچه در طرح شما پوشش داده می‌شود. شامل جزئیاتی درباره مزایا و پوشش طرح شما، حقوق اعضا و موارد بیشتری است.
- **دارونامه (فهرست دارو):** فهرست داروهای تحت پوشش طرح شما.
- **فهرست ارائه‌دهندگان/داروخانه‌ها:** فهرستی از پزشکان، متخصصان، و داروخانه‌های شبکه همراه با شماره‌تلفن‌ها و آدرس‌ها. می‌توانید با استفاده از فهرست آنلاین ما در CentralHealthPlan.com/doctor، یک ارائه‌دهنده شبکه یا داروخانه را پیدا کنید.
- **اطلاعیه رویه حفظ حریم خصوصی:** این اطلاعیه نحوه استفاده و افشای اطلاعات پزشکی شما و نحوه دسترسی شما به این اطلاعات را توضیح می‌دهد. این اطلاعیه در وبسایت ما به نشانی CentralHealthPlan.com/chp/Member/PrivacyNotice قرار دارد.

به‌صورت آنلاین در CentralHealthPlan.com



یک نسخه از اسناد طرح خود را به‌صورت آنلاین در هر زمان و هر مکان مشاهده یا دانلود کنید. از هر دستگاهی مانند کامپیوتر، تبلت یا تلفن همراه خود استفاده کنید. اسناد طرح 2026 شما تا 15 اکتبر 2025 به‌صورت آنلاین در دسترس خواهد بود.

به‌صورت آنلاین در MyCHPportal.com



برای مشاهده اسناد طرح خود به‌صورت آنلاین 7/24 یا یافتن یک ارائه‌دهنده یا داروخانه شبکه، از پورتال سلف‌سرویس اعضا ما بازدید کنید. به «پورتال اعضای» خود وارد شوید یا یک حساب کاربری در MyCHPportal.com ایجاد کنید. روی «ایجاد حساب» کلیک کنید و برای ثبت‌نام دستورالعمل‌های مرحله به مرحله را دنبال کنید.

رایگان تماس بگیرید



اگر به کامپیوتر دسترسی ندارید یا ترجیح می‌دهید نسخه‌ای چاپی از EOC، یا فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان/داروخانه‌ها برای شما پست شود، به ما اطلاع دهید. برای درخواست نسخه چاپی یک سند طرح، با «خدمات اعضا» با شماره رایگان درج شده در پشت کارت شناسایی خود، از دوشنبه تا جمعه، 8 p.m. تا 8 a.m. به وقت محلی تماس بگیرید.

ما برای کمک اینجا هستیم

اگر در مورد مزایای خود سؤالی دارید یا برای یافتن ارائه‌دهنده شبکه یا داروخانه به کمک نیاز دارید، با «خدمات اعضا» به‌صورت رایگان با شماره درج شده در پشت کارت شناسایی خود تماس بگیرید.

تبعیض خلاف قانون است. Central Health Plan از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال پیروی می‌کند. Central Health Plan برخلاف قوانین و مقررات هیچکس را مورد تبعیض قرار نمی‌دهد و یا براساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، دین، تبار، ملیت، اقلیت قومی، سن، ناتوانی ذهنی، از کار افتادگی جسمانی، شرایط پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسیتی یا تمایلات جنسی افراد را مستثنی نکرده و یا رفتار متفاوت با آنها ندارد.

Central Health Plan ارائه می‌دهد:

- ابزارها و خدمات رایگان در زمان مناسب به افراد دارای معلولیت برای کمک به ارتباط بهتر، مانند:
 - مترجمان واجد شرایط زبان اشاره
 - اطلاعات مکتوب در قالب‌های دیگر (چاپ با حروف بزرگ، صوتی، فرمت‌های الکترونیکی قابل دسترس، سایر قالب‌ها)
- خدمات زبان رایگان در زمان مناسب به افرادی که زبان اصلی آن‌ها انگلیسی نیست، مانند:
 - مترجمان شفاهی واجد شرایط
 - اطلاعات مکتوب به زبان‌های دیگر

اگر به این خدمات نیاز دارید، بین ساعت 8 a.m. تا 8 p.m. با Central Health Plan تماس بگیرید: 314-2427 (866). در صورتی که در شنوایی و تکلم مشکل دارید لطفاً با شماره 711 تماس بگیرید. در صورت درخواست، این سند می‌تواند به صورت بریل، چاپ با حروف بزرگ، نوار صوتی یا فرمت

الکترونیکی در دسترس شما قرار گیرد. برای دریافت نسخه‌ای از این فرمت‌های جایگزین، لطفاً تماس بگیرید یا نامه‌ای به آدرس زیر ارسال کنید:

Central Health Plan

Civil Rights Coordinator:

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

از طریق تلفن: 1-866-606-3889. در صورتی که در شنوایی و تکلم مشکل دارید لطفاً با شماره 711 تماس بگیرید.

نحوه ثبت شکایت

اگر تصور می‌کنید Central Health Plan در ارائه این خدمات قصور ورزیده یا به هر ترتیب دیگری بر پایه جنسیت، نژاد، رنگ پوست، دین، تبار، اصلیت ملی، 8 a.m. تا 8 p.m. اقلیت قومی، سن، ناتوانی ذهنی، از کار افتادگی جسمانی، شرایط پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسیتی یا تمایلات جنسی برخلاف قوانین و مقررات تبعیض قائل شده است می‌توانید نزد «مسئول هماهنگی حقوق مدنی Central Health Plan» شکایت کنید. شما می‌توانید شکایت خود را تلفنی، کتبی، یا به صورت الکترونیکی ثبت کنید:

- از طریق تلفن: به «مسئول هماهنگی حقوق مدنی Central Health Plan» با شماره 1-866-606-3889 از ساعت 5:30 p.m. تا 8:30 a.m. تماس بگیرید. یا در صورتی که در شنوایی و تکلم مشکل دارید لطفاً با شماره 711 تماس بگیرید.
- به صورت کتبی: یک فرم شکایت پر کنید، یا نامه‌ای بنویسید و آن را به نشانی زیر ارسال کنید:

Central Health Plan
Civil Rights Coordinator:
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

- به صورت حضوری: به مطب پزشک خود یا به دفتر Central Health Plan مراجعه و اعلام کنید که می خواهید شکایت رسمی ثبت کنید.
- به صورت الکترونیکی: به این نشانی ایمیل بفرستید: Civil.Rights@MolinaHealthcare.com. همچنین می توانید به وبسایت Central Health Plan به نشانی MolinaHealthcare.Alertline.com مراجعه کنید.

دفتر حقوق مدنی – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

همچنین می توانید شکایت حقوق مدنی را از طریق تلفن، به صورت کتبی یا الکترونیکی به دفتر حقوق مدنی (Office of Civil Rights) California Department of Health Care Services ارائه دهید.

- از طریق تلفن: با شماره 1-916-440-7370 تماس بگیرید. یا، اگر مشکلات شنوایی یا تکلم دارید، لطفاً با شماره 711 تماس بگیرید (خدمات رله مخابراتی).
- به صورت کتبی: یک فرم شکایت پر کنید، یا نامه ای را به نشانی زیر ارسال کنید:

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

فرم‌های شکایت در این نشانی در دسترس هستند
[.DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- به صورت الکترونیکی: به این نشانی ایمیل بفرستید:
CivilRights@dhcs.ca.gov

دفتر حقوق مدنی – U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

اگر معتقدید که بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، معلولیت یا جنسیت مورد تبعیض قرار گرفته‌اید، می‌توانید شکایت حقوق مدنی (شکایت) خود را به صورت تلفنی، کتبی یا الکترونیکی نزد وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (U.S. Department of Health and Human Services)، دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights) ثبت کنید:

- از طریق تلفن: با شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. در صورتی که در تکلم و شنوایی مشکل دارید لطفاً با TTY/TDD تماس بگیرید:
1-800-537-7697

- به صورت کتبی: یک فرم شکایت پر کنید، یا نامه‌ای را به نشانی زیر ارسال کنید:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

فرم‌های شکایت در این نشانی در دسترس است
[.HHS.gov/ocr/office/file/index.html](https://www.HHS.gov/ocr/office/file/index.html)

- به صورت الکترونیکی: به پورتال ثبت شکایت دفتر حقوق مدنی به نشانی
OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf مراجعه کنید.

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

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

English

ATTENTION: If you need help in your language call 1-866-314-2427(TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-866-314-2427(TTY: 711). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-866-314-2427، (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير، اتصل بـ 1-866-314-2427 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեզ հարկավոր է աջակցություն ձեր լեզվով, ապա զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար գործում են նաև օժանդակ միջոցներ ու

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

Ծանայություններ, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպատառով տրամադրվող նյութեր։ Տվյալ դեպքում զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711)՝ հեռախոսահամարով։ Ծանայությունները գործում են անվճար։

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក
សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-314-2427(TTY: 711)។
ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ
ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក
ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។
ទូរសព្ទមកលេខ 1-866-314-2427(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
1-866-314-2427(TTY: 711)。另外还提供针对残疾人
的辅助工具和服务，例如盲文文件和大字体文件。
请致电 1-866-314-2427(TTY: 711)。这些服务均免
费提供。

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با (711) 1-866-314-2427 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌هایی به خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با (711) 1-866-314-2427 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-866-314-2427 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-866-314-2427 (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 1-866-314-2427 (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 1-866-314-2427 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.



Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

日本語 (Japanese)

注記：日本語での対応が必要な場合は 1-866-314-2427 (TTY: 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。

1-866-314-2427(TTY: 711)までお電話ください。これらのサービスは無料です。

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

한국어 (Korean)

알림: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면
1-866-314-2427 (TTY: 711)번으로 전화하십시오.
점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는
분들을 위한 지원 및 서비스도 이용하실 수
있습니다. 1-866-314-2427(TTY: 711)번으로
전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃນ
ຫ້າງໂທຫາເບີ 1-866-314-2427(TTY: 711).

ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ

ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ:

ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່

ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-866-314-2427(TTY: 711).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-866-314-2427(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 1-866-314-2427(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 1-866-314-2427(TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-866-314-2427(TTY: 711)'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-866-314-2427(TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-866-314-2427(TTY: 711). Такие услуги = бесплатны.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-866-314-2427(TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-866-314-2427(TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-866-314-2427(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 1-866-314-2427(TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ:

หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ
กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-314-2427(TTY:
711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง
ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ
ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่
กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-314-2427(TTY:
711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою
рідною мовою, телефонуйте на номер
1-866-314-2427(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 1-866-314-2427(TTY: 711). Ці послуги
безкоштовні.



Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-866-314-2427 (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 1-866-314-2427 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

اطلاعیه حفظ حریم خصوصی

این اطلاعیه نحوه استفاده و افشاء اطلاعات پزشکی شما و همچنین نحوه دسترسی شما به این اطلاعات را شرح می‌دهد. لطفاً با دقت آن را مطالعه کنید.

این اطلاعیه، رویه‌های حفظ حریم خصوصی طرح‌های بهداشتی وابسته به Molina Healthcare (که در این متن «Molina»، «ما» یا «مال ما» نامیده می‌شوند) را تشریح می‌کند. ما برای ارائه مزایای بهداشتی شما به عنوان عضو Molina از اطلاعات سلامت محافظت شده («PHI») شما استفاده کرده و آنها را به اشتراک می‌گذاریم. ما از PHI شما برای درمان، پرداخت و عملکردهای مربوط به مراقبت سلامتی استفاده و آنها را به اشتراک می‌گذاریم. همچنین ما PHI شما را در راستای اهداف مجاز و الزامات قانونی استفاده می‌کنیم و به اشتراک می‌گذاریم. ما موظفیم که اطلاعات سلامت شما را به صورت محرمانه نگه داریم و از شرایط این اطلاعیه پیروی کنیم. تاریخ اجرایی این اطلاعیه مصادف با 1 ژانویه 2026 است.

در واقع PHI به اطلاعات سلامتی گفته می‌شود که شامل نام، شماره عضویت و دیگر اطلاعات شناسایی شما است و توسط ما استفاده یا به اشتراک گذاشته می‌شود. PHI شامل اطلاعات سلامت مربوط به اختلالات مصرف مواد و اطلاعات بیومتریک (مانند اثر صدا) نیز می‌شود.

چرا ما از PHI شما استفاده می‌کنیم یا آن را به اشتراک می‌گذاریم؟
ما با هدف ارائه مزایای مراقبت سلامت از PHI شما استفاده می‌کنیم و آن را به اشتراک می‌گذاریم. PHI شما نیز در راستای اهداف درمانی، پرداخت و اجرای عملکردهای مرتبط با خدمات درمانی استفاده و به اشتراک گذاشته می‌شود.

برای درمان

ما از PHI شما جهت ارائه یا انجام مقدمات مورد نیاز در این زمینه استفاده و آن را به اشتراک می‌گذاریم. همچنین این درمان شامل موارد ارجاع بین شما و پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی است. به عنوان مثال، ممکن است اطلاعات مربوط به وضعیت درمانی شما را با یک متخصص به اشتراک بگذاریم. این امر به متخصص کمک می‌کند تا درباره درمان شما با پزشک شما گفتگو کند.

برای پرداخت

ما ممکن است PHI شما را به منظور تصمیم‌گیری درباره پرداخت استفاده کنیم یا به اشتراک بگذاریم. این امر شامل موارد دعوی، تأیید درباره درمان و تصمیم‌گیری‌های مربوط به نیازهای پزشکی است. امکان دارد نام شما، وضعیت پزشکی شما، درمان شما و اقلامی که به شما ارائه می‌شود در صورت حساب نوشته شود. به عنوان مثال، ممکن است ما به پزشک اطلاع دهیم که شما از مزایای ما برخوردار هستید. همچنین درباره مبلغ صورت‌حسابی که قصد پرداخت آن را داریم به پزشک اطلاع می‌دهیم.

برای عملکردهای مرتبط با مراقبت بهداشتی

ما ممکن است PHI شما را در راستای اجرای طرح درمانی خود استفاده کنیم یا به اشتراک بگذاریم. به عنوان مثال، ممکن است ما اطلاعات دعوی شما را جهت اطلاع رسانی به شما درباره یک طرح سلامت مفید برای شما استفاده کنیم. همچنین ممکن است جهت رفع نگرانی‌تان از PHI شما استفاده کنیم یا آن را به اشتراک بگذاریم. علاوه بر این، PHI شما به ما کمک می‌کند که مبلغ مطالبه شده توسط شما به درستی پرداخت شده است.

عملکردهای مرتبط با ارائه خدمات درمانی مستلزم بسیاری از نیازهای تجاری روزانه است. این عملکردها شامل موارد زیر می‌شود اما محدود به این موارد نیست:

- بهبود کیفیت؛
- عملکرد در برنامه‌های درمانی برای کمک به اعضا در شرایطی خاص (مثلاً بیماری آسم)؛
- اجرا یا تنظیم جلسات بررسی پزشکی؛
- خدمات حقوقی از جمله تشخیص کلاهبرداری و سوء استفاده و برنامه‌های مربوط به پیگرد؛
- اقداماتی برای کمک به ما در زمینه پیروی از قوانین؛
- رسیدگی به نیازهای عضو، از جمله حل و فصل شکایات و نارضایتی‌ها.

ما PHI شما را با سایر شرکت‌هایی که («همکاران تجاری») برنامه‌های مختلف را برای طرح درمانی ما اجرا می‌کنند به اشتراک می‌گذاریم. همچنین ممکن است از PHI شما جهت یادآوری قرارهای ملاقات‌تان استفاده کنیم. ممکن است از PHI شما برای ارائه اطلاعات مربوط به سایر درمان(ها)، مزایا و خدمات سلامتی استفاده کنیم.

ما چه زمانی می‌توانیم بدون دریافت رضایت‌نامه کتبی (تأییدیه) از PHI شما استفاده کنیم یا آن را به اشتراک بگذاریم؟

علاوه بر مداوا، پرداخت هزینه و خدمات بهداشتی، Molina از نظر قانونی مجاز یا ملزم است که از PHI شما در راستای اهداف مختلف زیر استفاده کند و آن را به اشتراک بگذارد:

الزامات قانونی

همچنین ما اطلاعات شما را در راستای اهداف مجاز و الزامات قانونی استفاده و به اشتراک می‌گذاریم. ما PHI شما را زمانی به اشتراک می‌گذاریم که به واسطه معاونت (Department of Health and Human Services (HHS) این امر لزومی داشته باشد. این امر ممکن است جهت پیروی از یک حکم دادگاه، سایر بررسی‌های حقوقی یا اعمال قانون انجام شود.

بهداشت عمومی

ممکن است PHI شما برای اجرای فعالیت‌های مرتبط با بهداشت عمومی مورد استفاده قرار بگیرد یا به اشتراک گذاشته شود. این امر ممکن است شامل کمک به سازمان‌های بهداشت عمومی برای پیشگیری از بروز بیماری یا کنترل آن باشد.

نظارت بر خدمات بهداشتی

ممکن است سازمان‌های دولتی از PHI شما استفاده کنند یا آن را به اشتراک بگذارند. این سازمان‌ها ممکن است جهت انجام ارزیابی‌ها، به PHI شما نیاز داشته باشد.

تحقیقات

ممکن است PHI شما در راستای اهداف تحقیقاتی خاص از قبیل تحقیقات مورد تأیید هیئت محرمانگی یا بررسی سازمانی مورد استفاده قرار گیرد یا به اشتراک گذاشته شود.

رویه‌های حقوقی یا اداری

ممکن است PHI شما در مراحل قانونی، مانند پیروی از دستور دادگاه، مورد استفاده قرار گیرد یا به اشتراک گذاشته شود.

اجرای قانون

ممکن است PHI شما جهت اجرای قانون، به عنوان مثال جهت کمک به یافتن مظنون، شاهد یا شخص گمشده، با پلیس به اشتراک گذاشته شود یا در این زمینه استفاده شود.

ایمنی و بهداشت

ممکن است PHI شما جهت پیشگیری از یک تهدید جدی و قریب‌الوقوع نسبت به بهداشت یا ایمنی یک فرد یا عموم، به اشتراک گذاشته شود.

وظایف حکومت

ممکن است PHI شما در راستای اهداف عملکردهایی خاص با دولت به اشتراک گذاشته شود. یک نمونه از این امر می‌تواند حفاظت از رئیس جمهور باشد.

قربانیان بهره‌کشی، بی‌توجهی یا خشونت خانگی

اگر ما معتقد باشیم که فردی قربانی موارد سوء استفاده یا غفلت شده است، ممکن است PHI شما با مقامات قضایی به اشتراک گذاشته شود.

جبران خسارت کارگران

ممکن است PHI شما در راستای پیروی از قوانین جبران خسارت کارگران مورد استفاده قرار گیرد یا به اشتراک گذاشته شود.

سایر موارد افشای اطلاعات

ممکن است PHI شما با مسئولان کفن و دفن یا مسئولان پزشکی قانونی به اشتراک گذاشته شود تا بتوانند مسئولیت خودشان را ایفاء کنند.

محدودیت‌های تکمیلی بر استفاده و افشا.

برخی قوانین فدرال و ایالتی ممکن است مستلزم تدابیر ویژه‌ای برای حفظ حریم خصوصی باشند که استفاده و افشای انواع خاصی از اطلاعات سلامت را محدود می‌سازند. چنین قوانینی ممکن است از اطلاعات زیر حفاظت نمایند: اختلالات ناشی از مصرف الکل و مواد، اطلاعات بیومتریکی، سوءاستفاده یا غفلت از کودک یا بزرگسال، از جمله تعرض جنسی، بیماری‌های مسری، اطلاعات ژنتیکی، HIV/ایدز، سلامت روان، اطلاعات مربوط به افراد زیر سن قانونی، نسخه‌های دارویی، سلامت باروری، و بیماری‌های مقاربتی. در مواردی که قوانین سخت‌گیرانه‌تر نسبت به ما لازم‌الاجرا باشند، ما ملزم به رعایت و اجرای همان قوانین سخت‌گیرانه‌تر خواهیم بود.

اطلاعات مربوط به اختلالات مصرف مواد (SUD)

اگرچه ما براساس قوانین فدرال یک «برنامه درمان اختلال مصرف مواد» محسوب نمی‌شویم، ممکن است اطلاعاتی درباره شما از چنین برنامه‌ای دریافت کنیم. ما مجاز به افشای اطلاعات مربوط به اختلالات مصرف مواد (SUD) جهت استفاده در دادرسی‌های مدنی، کیفری، اداری یا تقنینی علیه شما نخواهیم بود، مگر در صورتی که (i) رضایت‌نامه کتبی شما در اختیار ما باشد؛ یا (ii) حکم دادگاه همراه با احضاریه یا سایر الزامات قانونی که افشا را الزامی می‌سازد صادر شده باشد، آن هم پس از آنکه به شما و ما اطلاع‌رسانی شده و فرصت ارائه توضیحات فراهم شده باشد.

ما چه زمانی برای استفاده یا اشتراک‌گذاری PHI شما به اجازه کتبی (مجوز) شما نیاز داریم؟

ما جهت استفاده از PHI شما و اشتراک‌گذاری آن در راستای اهدافی به‌جز موارد مذکور در این اطلاعیه، به اجازه کتبی شما نیاز داریم. ما پیش از اشتراک‌گذاری PHI شما در راستای اهداف زیر، به اجازه شما نیاز داریم: (1) اکثر موارد استفاده و اشتراک‌گذاری اطلاعات روانشناسی؛ (2) استفاده از اطلاعات و ارائه آن به

سایر افراد در راستای اهداف بازاریابی؛ و (3) موارد استفاده و به اشتراک گذاری اطلاعات که شامل فروش PHI است. شما می‌توانید رضایت کتبی که در اختیار ما گذاشته‌اید را لغو کنید. لغو رضایت نامه در مورد اقدامات پیشین ما کاربرد ندارد، زیرا پیش از انجام اقدامات مذکور رضایت خود را اعلام کرده بودید.

حقوق مربوط به اطلاعات سلامت شما چیست؟
شما از حقوق زیر برخوردار هستید:

- **درخواست اعمال محدودیت درباره موارد استفاده و اشتراک‌گذاری PHI (اشتراک‌گذاری PHI)**

می‌توانید از ما درخواست کنید تا برای انجام درمان، پرداخت یا سایر عملکردهای مراقبت بهداشتی، PHI شما را با دیگران به اشتراک نگذاریم. همچنین می‌توانید از ما درخواست کنید تا PHI شما را با خانواده، دوستان یا سایر افرادی که نام می‌برید و در مراحل مراقبت بهداشتی شما حضور دارند، به اشتراک نگذاریم. اما ما ملزم نیستیم تا با این درخواست شما موافقت کنیم. باید درخواست‌تان را به‌صورت کتبی ارسال کنید. می‌توانید از فرم ما برای ارائه درخواست خود استفاده کنید.

- **درخواست مکاتبات محرمانه PHI**

می‌توانید از Molina درخواست کنید تا به شیوه‌ای خاص یا در مکانی خاص PHI شما را در اختیار شما قرار دهد تا PHI شما خصوصی بماند. ما درخواست‌های منطقی را پیگیری می‌کنیم، یعنی شما برای ما توضیح دهید که چگونه به اشتراک‌گذاری بخشی یا تمام PHI شما می‌تواند زندگی شما را به خطر بیندازد. باید درخواست‌تان را به‌صورت کتبی ارسال کنید. می‌توانید از فرم ما برای ارائه درخواست خود استفاده کنید.

- **بررسی و کپی کردن PHI**

شما از این حق برخوردار هستید تا PHI که در اختیار ما قرار دارد را بررسی و یک کپی از آن را دریافت کنید. این مورد شامل سوابقی است که جهت پوشش دهی، اقامه دعوی یا سایر موارد تصمیم‌گیری به‌عنوان عضو ما استفاده می‌کنید.

باید درخواست‌تان را به‌صورت کتبی ارسال کنید. می‌توانید از فرم ما برای ارائه درخواست خود استفاده کنید. ممکن است برای کپی‌برداری یا پست سوابق، هزینه‌ای متناسب از شما دریافت کنیم. در برخی شرایط خاص، ممکن است درخواست شما را رد کنیم. نکته مهم: ما نسخه کامل سوابق پزشکی شما را در اختیار نداریم. در صورت تمایل به مطالعه سوابق پزشکی خود دریافت یک کپی از آن یا تغییر آن، لطفاً با پزشک یا کلینیک خود تماس بگیرید.

• اصلاح PHI

می‌توانید از ما درخواست کنید که PHI شما را تغییر دهیم (عوض کنیم). این امر فقط شامل آن سوابق شما است که ما به دلیل عضویت شما در طرح نگه داشته‌ایم. باید درخواست‌تان را به‌صورت کتبی ارسال کنید. می‌توانید از فرم ما برای ارائه درخواست خود استفاده کنید. اگر درخواست شما را رد کنیم، می‌توانید نامه‌ای مبنی بر عدم موافقت خود با این تصمیم برای ما ارسال کنید.

• دریافت گزارش درباره موارد افشاء PHI (اشتراک‌گذاری PHI)

می‌توانید از ما درخواست کنید تا لیست اشخاص خاصی که PHI شما ظرف مدت شش سال پیش از تاریخ درخواست شما با آن‌ها به اشتراک گذاشته شده است را در اختیار شما قرار دهیم. این مورد شامل اشتراک‌گذاری PHI به دلایل زیر نمی‌باشد:

- برای درمان، پرداخت یا عملکردهای مراقبت درمانی؛
- با افراد درباره PHI خودشان؛
- اشتراک‌گذاری که با اجازه شما انجام شود؛
- موارد استفاده یا اشتراک‌گذاری که به‌واسطه قانون مربوطه به‌طریق دیگر مجاز باشند؛
- انتشار PHI برای مسائل امنیت ملی یا برای اهداف اطلاعاتی؛ یا

• بخشی از یک مجموعه محدود از داده‌ها با توجه به قانون مربوطه.

اگر شما این لیست را بیشتر از یک بار در طول مدت 12 ماه درخواست کنید، ما هزینه‌ای معقول را برای هر بار درخواست در نظر می‌گیریم. باید درخواست‌تان را به‌صورت کتبی ارسال کنید. می‌توانید از فرم ما برای ارائه درخواست خود استفاده کنید.

می‌توانید هر کدام از درخواست‌های فوق را داشته باشید یا یک نسخه کاغذی از این اطلاعات را دریافت کنید. 7 روز هفته، از ساعت 8 p.m. تا 8 a.m.، به‌وقت محلی، لطفاً با «بخش خدمات اعضا» به شماره تماس رایگان موجود بر پشت کارت شناسایی خود تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD لطفاً با شماره 711 تماس بگیرند.

اگر از حقوق شما محافظت نمی‌شود، چه کاری می‌توانید انجام دهید؟
اگر فکر می‌کنید که حقوق حریم خصوصی شما نقض شده است، می‌توانید به ما یا Department of Health and Human Services شکایت کنید. در صورت ثبت شکایت هیچ اقدامی علیه شما انجام نمی‌دهیم. خدمات درمانی و مزایای شما به هیچ عنوان تغییر نمی‌کنند.

شکایت خود را می‌توانید به نشانی زیر ارسال کنید:

7 روز هفته، از ساعت 8 p.m. تا 8 a.m.، به‌وقت محلی، با «خدمات اعضا» به شماره تماس رایگان موجود بر پشت کارت شناسایی خود تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD لطفاً با شماره 711 تماس بگیرند. یا به نشانی زیر نامه بنویسید:

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

می‌توانید شکایت خود را به نشانی زیر برای معاونت *U.S. Department of Health and Human Services* ارسال کنید:

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
(سکف)

وظایف ما چیست؟
ما موظف هستیم به:

- محرمانه نگه داشتن PHI شما؛
 - ارائه اطلاعات به صورت کتبی، مانند این فرم در رابطه با وظایف و اصول حریم خصوصی ما درباره PHI شما؛
 - در صورت افشای PHI محافظت نشده شما، یک اطلاعیه در اختیارتان قرار دهیم؛
 - از اطلاعات ژنتیکی شما برای اهدافی به جز موارد عنوان شده استفاده نکرده یا در اختیار دیگران قرار ندهیم؛
 - از شرایط این اطلاعیه تبعیت کنیم.
- این اطلاعیه ممکن است تغییر کند

ما حق تغییر رویه‌های جمع‌آوری اطلاعات خود و شروط این اطلاعیه در هر زمانی را برای خود محفوظ می‌دانیم. در صورت هرگونه تغییر، شرایط و اصول جدید در مورد تمام موارد PHI اعمال می‌شود. در صورت اعمال تغییرات اساسی، ما اطلاعیه اصلاح شده را در وبسایت خود پست خواهد کرد همچنین، اطلاعیه اصلاح شده یا اطلاعات مرتبط با این تغییرات اساسی و نحوه دسترسی به اطلاعیه اصلاح شده را در ارسال‌های پستی سالانه بعدی برای اعضای تحت پوششمان می‌گنجانیم. این اطلاعیه در وبسایت ما موجود است

[MolinaHealthcare.com](https://www.molinahealthcare.com)

اطلاعات تماس

در صورت داشتن هرگونه سؤال درباره این اطلاعیه، لطفاً با ما تماس بگیرید.
7 روز هفته، از ساعت 8 p.m. تا 8 a.m.، به وقت محلی، با «بخش خدمات اعضا» به شماره تماس رایگان موجود بر پشت کارت شناسایی خود تماس بگیرید.
کاربران TTY/TDD لطفاً با شماره 711 تماس بگیرند. یا به «خدمات اعضای Molina» به نشانی Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 200 90802 نامه بنویسید.

شما می‌توانید این متن را به صورت رایگان به سایر فرمت‌ها، مانند چاپ درشت، بریل، یا فایل صوتی، دریافت کنید. با شماره (855) 882-3901، و کاربران TTY/TDD به شماره 711، در 7 روز هفته، از 8 p.m. تا 8 a.m.، به وقت محلی تماس بگیرید. ، به وقت محلی تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است.

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

اطلاعات مهم در مورد Molina Healthcare



CAACFA26L01330

