

2026թ.

Տարեկան փոփոխությունների ծանուցում

**Central Health Dual Access Plan
(HMO D-SNP)**

California H5649-024-000

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

H5649_26_024_CA_ANOC_M

CA-H5649-24-AC-HY-26-L



Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) պլանի կողմից առաջարկված Central Health Plan of California, Inc.

Տարեկան փոփոխությունների ծանուցում 2026թ.-ի համար

Դուք գրանցված եք և անդամակցում եք Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)-ին:

Այս նյութը ներկայացնում է մեր պլանի նպաստների և ծախսերի փոփոխությունները հաջորդ տարվա համար:

- Դուք կարող եք փոփոխություններ կատարել ձեր **Medicare-ի** ապահովագրական ծածկույթում հոկտեմբերի **15-ից մինչև դեկտեմբերի 7-ը՝** հաջորդ տարվա համար: Եթե այլ պլանի չմիանաք մինչև դեկտեմբերի 7-ը 2025թ., դուք կմնաք Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) պլանում:
- Այլ պլան ընտրելու համար խնդրում ենք այցելել www.Medicare.gov կայքը կամ դիտել *Medicare & You* 2026թ.-ի ձեռնարկի վերջում գետեղված պլանների ցանկը:
- Խնդրում ենք նկատի ունենալ, որ սա ընդամենը փոփոխությունների ամփոփումն է: Լրացուցիչ տեղեկատվությունը ծախսերի, նպաստների և կանոնների վերաբերյալ ներկայացված է *Ապահովագրական վկայագրում*: Պատճենը ստանալու համար այցելեք centralhealthplan.com կամ գանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները՝ 711), որպեսզի այն ստանաք փոստով:

Լրացուցիչ աղբյուրներ

- Այս փաստաթուղթն անվճար հասանելի է արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, մոնգոլերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տազալոգ և վիետնամերեն լեզուներով:
- Զանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով (TTY՝ օգտագործողները 711)՝ լրացուցիչ տեղեկատվություն ստանալու համար: **ԱՇխատանքային օրեր՝ հոկտեմբերի 1 – մարտի 31, 8 a.m. - 8 p.m.** տեղական ժամանակով, շաբաթական 7 օր: **Ապրիլի 1 – սեպտեմբերի 30,** երկուշաբթիից ուրբաթ, տեղական ժամանակով՝ 8 a.m. – 8 p.m.: Զանգն անվճար է:
- Դուք կարող ե՛ք անվճար ստանալ այս փաստաթուղթն այլ լեզվով (լեզուներով) կամ այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ խոշոր տառատեսակի, բրայլյան գրի կամ ձայնագրության տեսքով: Զանգահարե՛ք (866) 314-2427, (TTY՝ 711): Զանգն անվճար է:

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) պլանների մասին

- Central Health Medicare պլանը HMO/HMO SNP պլան է՝ Medicare-ի հետ կնիքած պայմանագրով: Գրանցումը կախված է պայմանագրի երկարաձգումից: Մեր պլանն ունի գրավոր համաձայնագիր California նահանգի Medicaid ծրագրի հետ՝ ձեր Medicaid նպաստների համակարգման նպատակով:

- Եթե փաստաթղթում հանդիպում են «մենֆ», «մեզ» կամ «մեր» բառերը, դա նշանակում է՝ Central Health Plan of California, Inc. Եթե փաստաթղթում հանդիպում են «պլան» կամ «մեր պլանը» բառերը, դա նշանակում է՝ Central Health Dual Access Plan(HMO D-SNP):
- Եթե ոչինչ չձեռնարկեք մինչև **2025թ.-ի դեկտեմբերի 7-ը**, դուք ավտոմատ կերպով կմնաք գրանցված Central Health Dual Access Plan(HMO D-SNP)-ում: Դա նշանակում է, որ հունվարի 1-ից դուք ձեր 2026թ.-ի բժշկական սպասարկման և դեղերի փոխհատուցումը կստանաք Central Health Dual Access Plan(HMO D-SNP)-ի միջոցով: Անցեք Բաժին 3՝ պլանները փոխելու վերջնաժամկետների վերաբերյալ մանրամասն տեղեկություն ստանալու համար:

H5649_26_024_CA_ANOC_M

Տարեկան փոփոխությունների ծանուցում 2026թ.-ի համար Բովանդակություն

Կարևոր ծախսերի ամփոփում 2026թ.-ի համար 6

**ԲԱԺԻՆ 1 Փոփոխություններ հաջորդ տարվա նպաստներում և
զներում 14**

Բաժին 1.1 Պլանի ամսական ապահովագրավճարի փոփոխություններ .. 14

Բաժին 1.2 Փոփոխություններ ձեր սեփական գրպանից վճարվող
առավելագույն գումարում 14

Բաժին 1.3 Մատակարարների ցանցի փոփոխություններ 16

Բաժին 1.4 Դեղատների ցանցի փոփոխություններ 17

Բաժին 1.5 Բժշկական ծառայությունների նպաստների և ծախսերի
փոփոխություններ 18

Բաժին 1.6 Մաս D փոխհատուցվող դեղերի ծածկույթում
փոփոխություններ 26

Բաժին 1.7 Դեղատոմսային դեղերի նպաստների և ծախսերի
փոփոխություններ 27

ԲԱԺԻՆ 2 Վարչական փոփոխություններ 41

ԲԱԺԻՆ 3 Ինչպես փոխել պլանները 48

Բաժին 3.1 Պլանները փոփոխելու վերջնաժամկետները 50

Բաժին 3.2 Կա՞րգյո՞ք տարվա մեջ այլ ժամանակահատված փոփոխություն
կատարելու համար: 50

ԲԱԺԻՆ 4 Դեղատոմսային դեղերի փոխհատուցման ծրագրեր ... 52

ԲԱԺԻՆ 5 Հարցե՞ր ունե՞ք: 55

Բաժին 5.1 Ստանալ աջակցություն Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)-ից 55

Բաժին 5.2 Ստանալ անվճար խորհրդատվություն Medicare-ի վերաբերյալ 56

Բաժին 5.3 Ստանալ աջակցություն Medicare-ից 58

Բաժին 5.4 Ստանալ աջակցություն Medicaid-ից 60

Կարևոր ծախսերի ամփոփում 2026թ.-ի համար

Ստորև բերված աղյուսակը համեմատում է 2025թ. պլանի ծախսերը և 2026թ. ծախսերը Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)-ի համար որոշ կարևոր բնագավառներում: **Խնդրում ենք նկատի ունենալ, որ սա ընդամենը ծախսերի ամփոփումն է:**

	2025թ. (այս տարի)	2026թ. (հաջորդ տարի)
Ամսական հավելավճար՝ ըստ պլանի* * Ձեր ապահովագրավճարը կարող է ավելի բարձր լինել, քան այս գումարը: Տե՛ս բաժին 1.1 մանրամասների համար:	\$0	\$0
Այցեր առաջնային բուժօգնության կաբինետ	\$0 համավճար՝ մեկ այցի համար	\$0 համավճար՝ մեկ այցի համար

	2025թ. (այս տարի)	2026թ. (հաջորդ տարի)
Այցելություններ մասնագետների կաբինետներ	\$0 համավճար՝ մեկ այցի համար	\$0 համավճար՝ մեկ այցի համար
Հիվանդանոցում ստացիոնար մնալը Ներառում է սուր ստացիոնար բուժում, վերականգնողական ստացիոնար ծառայություններ, երկարաժամկետ խնամքի հաստատություններ և հիվանդանոցում ստացիոնար մնալու ծառայությունների այլ տեսակներ: Հիվանդանոցում ստացիոնար մնալն սկսվում է այն օրը, երբ դուք պաշտոնապես ընդունվում եք հիվանդանոց՝ բժշկի	\$0 համավճար Ծրագիրն ապահովագրում է մինչև 90 օր հիվանդանոցում ստացիոնար մնալը՝ յուրաքանչյուր նպաստի ժամանակահատվածի համար: Դուք նաև ունեք լրացուցիչ 60 օր ապահովագրություն, որը կոչվում է ցմահ պահուստային օրեր: Այս 60 օրը կարելի է օգտագործել միայն մեկ անգամ: Մենք ավտոմատ կերպով կսկսենք օգտագործել ձեր ցմահ պահուստային օրերը, եթե դուք հատուկ չնշեք	\$0 համավճար Ծրագիրն ապահովագրում է մինչև 90 օր հիվանդանոցում ստացիոնար մնալը՝ յուրաքանչյուր նպաստի ժամանակահատվածի համար: Դուք նաև ունեք լրացուցիչ 60 օր ապահովագրություն, որը կոչվում է ցմահ պահուստային օրեր: Այս 60 օրը կարելի է օգտագործել միայն մեկ անգամ: Մենք ավտոմատ կերպով

	2025թ. (այս տարի)	2026թ. (հաջորդ տարի)
ցուցումով: Դուրսգրման նախորդ օրը համարվում է ձեր վերջին ստացիոնար օրը:	դրանց ձեռք չտալու մասին (արտոնյալ ժամկետների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս Ապահովագրական վկայագիրը):	կսկսենք օգտագործել ձեր ցմահ պահուստային օրերը, եթե դուք հատուկ չնե՛ք դրանց ձեռք չտալու մասին (արտոնյալ ժամկետների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս Ապահովագրական վկայագիրը):
Մաս D դեղերի ծածկույթ	Դեղերի տեղեկատվություն Մաս D-ով ապահովագրված դեղերը կլինեն մեկ մակարդակի ներքո: Ցանցային դեղատանը տրվող դեղերի մեկամսյա (31 օր) պաշարի արժեքը՝ ստանդարտ ծախսերի	Չհատուցվող գումար՝ \$550 Այս փուլում դուք վճարում եք \$0 ծախսերի բաժխում՝ 1-ին և 6-րդ մակարդակի դեղերի համար և կիրառելի արժեքը՝ 2-րդ, 3-րդ,

	2025թ. (այս տարի)	2026թ. (հաջորդ տարի)
	բաժինամբ՝ Ջեներիկ և նախընտրելի դեղեր մի քանի աղբյուրներից. Դուք վճարում եք \$0 մեկ դեղատոմսի համար: Բոլոր մնացած դեղերի համար. Դուք վճարում եք \$0 մեկ դեղատոմսի համար:	4-րդ և 5-րդ մակարդակի դեղերի համար՝ այնքան ժամանակ, մինչև չհասնեք տարեկան չհատուցվող գումարին: Համավճարը Սկզբնական ապահովագրության փուլում՝ 1-ին մակարդակի դեղեր՝ \$0 համավճար 2-րդ մակարդակի դեղեր՝ \$0, \$1.60 կամ \$2 համավճար՝ մեկ դեղատոմսով բոլոր

	2025թ. (այս տարի)	2026թ. (հաջորդ տարի)
		դեղերի համար
		3-րդ մակարդակի դեղեր՝ \$0, \$1.60 կամ \$5.10 համավճար՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղերը, որոնք դիտարկվում են որպես ջեներիկ)
		\$0, \$4.90 կամ \$12.65 համավճար՝ մեկ դեղատոմսով մյուս բոլոր դեղերի համար
		4-րդ մակարդակի դեղեր՝

	2025թ. (այս տարի)	2026թ. (հաջորդ տարի)
		\$0, \$1.60 կամ \$5.10 համավճար՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղերը, որոնք դիտարկվում են որպես ջեներիկ) \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համավճար՝ մեկ դեղատոմսով մյուս բոլոր դեղերի համար 5-րդ մակարդակի դեղեր՝ \$0, \$1.60 կամ \$5.10 համավճար՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ապրանքանիշային

	2025թ. (այս տարի)	2026թ. (հաջորդ տարի)
		դեղերը, որոնք դիտարկվում են որպես ջեներիկ) \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համավճար՝ մեկ դեղատոմսով մյուս բոլոր դեղերի համար 6-րդ մակարդակի դեղեր՝ \$0 համավճար Աղետային ապահովագրություն՝ Այս փուլում դուք ոչինչ չեք վճարում Մաս D-ով ապահովագրված դեղերի համար:

	2025թ. (այս տարի)	2026թ. (հաջորդ տարի)
Սեփական գրպանից վճարվող առավելագույն գումար Սա <u>առավելագույն ծախսն է</u>, որը կկատարեք ապահովագրված Մաս A և Մաս B ծառայությունների համար: (Տե՛ս բաժին 1.2 մանրամասների համար):	\$9,350 Եթե դուք իրավասու եք Medicare ծախսերի բաժխումով աջակցության Medicaid ծրագրի երջանակում, դուք պատասխանատվություն չեք կրում A և B մասերով ապահովագրված ծառայությունների համար նախատեսված առավելագույն գումարի դիմաց ձեր գրպանից վճարվող որևէ ծախսի համար:	\$9,250 Եթե դուք իրավասու եք Medicare-ի ծախսերի բաժխումով աջակցության ծրագրի համար Medicaid-ի երջանակներում, ապա պատասխանատվություն չեք կրում սեփական գրպանից որևէ գումար վճարելու համար, որը գերազանցում է փոխհատուցվող ծառայությունների մաս A-ի և մաս B-ի առավելագույն ծախսերը:

ԲԱԺԻՆ 1 Փոփոխություններ հաջորդ տարվա նպաստներում և գներում

Բաժին 1.1 Պլանի ամսական ապահովագրավման փոփոխություններ

	2025թ (այս տարի)	2026թ (հաջորդ տարի)
Ամսական հավելավճար (Դուք պետք է շարունակեք վճարել նաև Ձեր Medicare Մաս B ապահովագրավմանը, եթե այն ձեր փոխարեն չի վճարել Medicaid-ը):	\$0	\$0

Բաժին 1.2 Փոփոխություններ ձեր սեփական գրպանից վճարվող առավելագույն գումարում

Medicare պլանով պահանջվում է տարեկան սեփական գրպանից վճարվող գումարների հանդեպ սահմանափակում կիրառել: Այս սահմանափակումը կոչվում է սեփական գրպանից վճարվող առավելագույն գումար:

Սահմանաչափին հասնելու դեպքում՝ դուք այլևս օրացուցային տարվա ընթացքում ոչինչ չեք վճարի Մաս A և Մաս B ծածկույթով փոխհատուցվող ծառայությունների համար:

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
Սեփական գրպանից վճարվող առավելագույն գումար Հաշվի առնելով, որ մեր անդամները նաև աջակցություն են ստանում Medicaid-ից, լատիս անդամներ են երբևէ հասնում անձնական ծախսերի առավելագույն սահմանաչափին: Դուք պատասխանատվություն չեք կրում ապահովագրված Մաս A-ի և Մաս B-ի ծառայությունների համար սեփական գրպանից որևէ գումար վճարելու համար: Ապահովագրված բժշկական ծառայությունների համար ձեր	\$9,350	\$9,250 Եթե դուք ձեր \$9,250 գրպանից՝ Մաս A և Մաս B ապահովագրված ծառայությունների համար, դուք այլևս ոչինչ չեք վճարի ձեր Մաս A և Մաս B ապահովագրված ծառայությունների համար՝ օրացուցային տարվա մնացած

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
ծախսերը (օրինակ՝ համալնարները) հաճախվում են ձեր անձնական ծախսերի առավելագույն գումարից: Մեր պլանի ապահովագրավորումը և ձեր դեղատոմսային դեղերի արժեքները չեն հաճախվում ձեր անձնական ծախսերի առավելագույն գումարից:		մասի համար:

Բաժին 1.3 Մատակարարների ցանցի փոփոխություններ

Մեր մատակարարների ցանցը փոփոխվել է հաջորդ տարվա համար: Խնդրում ենք ուսումնասիրել 2026թ.-ի *Մատակարարների տեղեկատվություն* այստեղ՝ centralhealthplan.com ստուգելու, արդյոք ձեր մատակարարները (առաջնային բուժօգնության մատակարարը, մասնագետները, հիվանդանոցները, այլ) ներառված են մեր ցանցում: Թարմացված *Մատակարարների տեղեկատվություն* ստանալու եղանակներն են՝

- Այցելեք մեր կայքը՝ centralhealthplan.com հասցեով:
- Զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով՝ (TTY օգտագործողները պետք է

զանգահարեն 711) ընթացիկ տեղեկատվություն ստանալու կամ մեզանից *Մատակարարների տեղեկատուն* փոստով ստանալու համար:

Մենք կարող ենք փոփոխություններ մտցնել այն հիվանդանոցների, բժիշկների, մասնագետների (մատակարարների) և դեղատների ցանկում, որոնք տարվա ընթացքում ներառված են ձեր ծրագրում: Եթե տարվա ընթացքում մեր մատակարարների փոփոխությունն ազդում է ձեզ վրա, աջակցության համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով (TTY՝ օգտագործողները պետք է զանգահարեն՝ 711): Ցանցային մատակարարի դուրս գալու դեպքում ձեր իրավունքների վերաբերյալ տեղեկությունները ներկայացված են *Ապահովագրության վկայագրի 3-րդ գլխի 2.3* բաժնում:

Բաժին 1.4 Դեղատների ցանցի փոփոխություններ

Փումարը, որ վճարում եք դեղատոմսով դեղերի համար, կարող է կախված լինել, թե որ դեղատնից եք օգտվում: Medicare-ի դեղատոմսով դեղերի պլանն ունի իր դեղատների ցանցը: Շատ դեպքերում Ձեր դեղատոմսերը ներառված են ծածկույթում *միայն այն դեպքում*, եթե դրանք դուրս են գրվել մեր ցանցի որևէ դեղատան կողմից:

Մեր դեղատների ցանցը փոփոխվել է հաջորդ տարվա համար: Դիտեք *Դեղատների տեղեկատուն*՝ centralhealthplan.com հասցեով, որպեսզի տեսնեք, թե որ դեղատներն են ընդգրկված մեր ցանցում: Թարմացված *Դեղատների տեղեկատուն* ստանալու եղանակներն են՝

- Այցելեք մեր կայքը՝ centralhealthplan.com հասցեով:

- Զանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն՝ 711)՝ դեղատների վերաբերյալ ընթացիկ տեղեկատվություն ստանալու կամ *Դեղատների տեղեկատվություն* փոստով ստանալու համար:

Տարվա ընթացքում մենք կարող ենք փոփոխություններ կատարել մեր պլանի շրջանակում ընդգրկված դեղատների ցանկում: Եթե տարվա ընթացքում կատարված փոփոխություններն ազդում են ձեզ վրա, զանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն՝ 711)՝ աջակցության համար:

Բաժին 1.5 Բժշկական ծառայությունների նպաստների և ծախսերի փոփոխություններ

Խնդրում ենք հաշվի առնել, որ Տարեկան փոփոխությունների ծանուցումը ներկայացնում է ձեր **Medicare** նպաստի և գների փոփոխությունները:

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
Առանց դեղատոմսի (OTC) պարագաներ (կրացուցիչ)	Դուք ստանում եք կանխավճարային MyChoice դեբետային քարտ՝ \$150 համակցված ամսական հատկացում՝ OTC պարագաների, OTC	Դուք ստանում եք կանխավճարային MyChoice դեբետային քարտ՝ համակցված \$120 ամսական նպաստով՝ OTC լսողական

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
	լսողական սարքերի և բուսական կատալոգի համար:	սարքերի համար:
Լրացուցիչ հեռաբժշկական ծառայություններ	Դուք վճարում եք \$0 համավճար՝ հեռաբժշկության որոշ ծառայությունների համար, ներառյալ՝ առաջնային խնամքի բժշկի, ֆիրոպրակտիկ, էրգոթերապիայի, մասնագետ բժշկի ծառայությունները, ինչպես նաև՝ հոգեկան առողջության մասնագիտացված անհատական սեանսներ, հոգեկան առողջության մասնագիտացված խմբային սեանսներ, պոդիատրիկ ծառայություններ, այլ	Դուք վճարում եք \$0 համավճար՝ հեռաբժշկության որոշ ծառայությունների համար, ներառյալ՝ սրտի վերականգնողական, առաջնային խնամքի բժշկի, ֆիրոպրակտիկ, էրգոթերապիայի, մասնագետ բժշկի ծառայությունները, ինչպես նաև՝ հոգեկան առողջության մասնագիտացված անհատական

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

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
	ամբուլատոր բուժման խմբային սեանսներ:	ծառայություններ, թմրանյութերի չարաճահումից ամբուլատոր բուժման անհատական սեանսներ և թմրանյութերի չարաճահումից ամբուլատոր բուժման խմբային սեանսներ:
Տնային բուժսպասարկման ծառայություններ	Դուք վճարում եք \$0 համաձայն՝ մինչև 20 ժամ մեկ օրացուցային տարվա ընթացքում՝ մեր պլանի կողմից հաստատված մատակարարներից մեկի միջոցով:	Սա փոխհատուցվող լրացուցիչ նպաստ չէ:
Տեսողության հետ կապված ծառայություններ	Մենք համագործակցություն ենք հաստատել	Մենք համագործակցություն ենք հաստատել

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
(Լրացուցիչ)	տեսողության հետ կապված ծառայություններ մատուցող մատակարարների հետ՝ ձեր սովորական ակնաբուժական կարիքների համար ձեզ ավելի մեծ արժեք տրամադրելու նպատակով: Տեսողության լրացուցիչ ապահովագրված ծառայությունները են, սակայն չեն սահմանափակվում հետևյալով՝ Աչքի մեկ պլանային ստուգում յուրաքանչյուր օրացուցային տարի Ակնոցների համար \$300 նպաստ:	տեսողության հետ կապված ծառայություններ մատուցող մատակարարների հետ՝ ձեր սովորական ակնաբուժական կարիքների համար ձեզ ավելի մեծ արժեք տրամադրելու նպատակով: Տեսողության լրացուցիչ ապահովագրված ծառայությունները են, սակայն չեն սահմանափակվում հետևյալով՝ Աչքի մեկ պլանային ստուգում յուրաքանչյուր օրացուցային տարի

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
	Ակնոցների համար նպաստը կարող է օգտագործել գնելու համար հետևյալը՝ Կոնտակտային ոսպնյակներ* Ակնոցներ (ոսպնյակներ և շրջանակներ) Ակնոցների ոսպնյակներ և/կամ շրջանակներ, արդիականացումներ (օրինակ՝ երանգավորված, ուլտրամանուշակագույն, բևեռացված կամ ֆոտոֆրոմատիկ ոսպնյակներ): *Եթե ընտրում եք կոնտակտային ոսպնյակներ, ձեր Ակնոցների համար նպաստը կարող է	Ակնոցների համար \$200 նպաստ: Ակնոցների համար նպաստը կարող է օգտագործել գնելու համար հետևյալը՝ Կոնտակտային ոսպնյակներ* Ակնոցներ (ոսպնյակներ և շրջանակներ) Ակնոցների ոսպնյակներ և/կամ շրջանակներ, արդիականացումներ (օրինակ՝ երանգավորված, ուլտրամանուշակագույն, բևեռացված կամ ֆոտոֆրոմատիկ ոսպնյակներ): *Եթե ընտրում եք

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
	օգտագործվել նաև ձեր կոնտակտային ռապնյակների տեղադրման վնարի ամբողջական կամ մասնակի վնարման համար: Դուք պատասխանատու եք վնարել ցանկացած ուղղիչ ակնոցի համար, որը գերազանցում է պլանի՝ Ակնոցների համար նպաստի սահմանաչափը: Դուք վնարում եք \$0՝ ակնոցի նշանակման նպատակով յուրաքանչյուր օրացուցային տարի՝ մինչև մեկ պլանային հետազոտության (և ռեֆրակցիայի) համար:	կոնտակտային ռապնյակներ, ձեր Ակնոցների համար նպաստը կարող է օգտագործվել նաև ձեր կոնտակտային ռապնյակների տեղադրման վնարի ամբողջական կամ մասնակի վնարման համար: Դուք պատասխանատու եք վնարել ցանկացած ուղղիչ ակնոցի համար, որը գերազանցում է պլանի՝ Ակնոցների համար նպաստի սահմանաչափը: Դուք վնարում եք \$0՝ ակնոցի նշանակման նպատակով

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
		յուրաքանչյուր օրացուցային տարի՝ մինչև մեկ պլանային հետազոտության (և ռեֆրակցիայի) համար:
Ճաշերի նպաստ՝ դուրս գրվելուց հետո (կրացուցիչ)	Սա փոխհատուցվող կրացուցիչ նպաստ չէ:	Այս նպաստի շրջանակներում պլանի գործի կառավարիչը կբացահայտի, թե որ անդամներն են համապատասխանում պահանջներին: Դուք ստանում եք օրական 2 հաշ: Սննդի տեսակները հիմնված կլինեն ձեր սննդակարգի կարիքների վրա: Պլանի առավելագույնը՝

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
		տարեկան 2 շաբաթ, ընդհանուր՝ 56 հաօ:

Բաժին 1.6 Մաս D փոխհատուցվող դեղերի ծածկույթում փոփոխություններ

Փոփոխություններ մեր դեղերի ցանկում

Ապահովագրված դեղերի մեր ցանկը կոչվում է Դեղաբանական տեղեկատու կամ Դեղացանկ: Մեր դեղերի ցանկի պատճենը տրամադրվում է էլեկտրոնային եղանակով:

Մենք փոփոխություններ ենք կատարել մեր դեղերի ցանկում, ինչը կարող է ներառել դեղերից հրաժարում կամ դեղերի ավելացում, որոշակի դեղերի ծածկույթի սահմանաչափերի փոփոխություն կամ դրանց տեղափոխումը ծախսերի բաժանման մեկ այլ մակարդակ: **Վերանայե՛ք դեղերի ցանկը՝ համոզվելու համար, որ ձեր դեղերը կփոխհատուցվեն հաջորդ տարի և տեսնելու համար՝ արդյո՞ք կան սահմանափակումներ կամ արդյո՞ք ձեր դեղը տեղափոխվել է ծախսերի բաժանման այլ մակարդակ:**

Դեղերի ցանկի փոփոխությունների մեծ մասը նոր են յուրաքանչյուր տարվա սկզբի համար: Այնուամենայնիվ, մենք կարող ենք կատարել փոփոխություններ՝ թույլատրված Medicare-ի կանոններով, որոնց կարող եմ ենթակա լինել պլանի օրացուցային տարվա ընթացքում: Առնվազն ամիսը

մեկ մենք կատարում ենք դեղերի ցանկում թարմացում՝ լավագույն թարմացված տարբերակը տրամադրելու նպատակով: Դուք կծանուցվեք ցանկացած փոփոխության մասին, որը կարող է ազդել ձեր ընդունած դեղամիջոցի վրա:

Եթե տարվա սկզբին կամ տարվա ընթացքում դեղերի ծածկույթի փոփոխություն եք նկատում, ստուգեք ձեր *Ապահովագրական վկայագրի 9-րդ գլուխը* և պարզեք ձեր բժշկի հետ, թե ինչ տարբերակներ ունեք, օրինակ՝ դիմել ժամանակավոր դեղապաշար, բացառություն ստանալու և/կամ նոր դեղամիջոց գտնելու համար: Զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ **(866) 314-2427** հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները՝ **711**) լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար:

Բաժին 1.7 Դեղատոմսային դեղերի նպաստների և ծախսերի փոփոխություններ

Օգտվո՞ւմ եք Extra Help-ից՝ դեղերի ծածկույթի ծախսերը վճարելու նպատակով:

Եթե դուք ընդգրկված եք մի պլանում, որն օգնում է վճարել դեղերի համար («Extra Help»), **Մաս D դեղատոմսային դեղերի արժեքի մասին տեղեկությունները կարող են ձեզ չվերաբերվել:** Մենք ձեզ ուղարկել ենք առանձին նյութ, որը կոչվում է *«Ապահովագրական վկայագիր այն մարդկանց համար, ովքեր լրացուցիչ օգնություն (Extra Help) են ստանում դեղատոմսով տրվող դեղերի համար վճարելու նպատակով»*, որը տեղեկացնում է ձեզ ձեր դեղերի արժեքների մասին: Եթե ստանում եք Extra Help և չեք ստանում այս նյութը մինչև սեպտեմբերի 30, զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ **(866) 314-2427** հեռախոսահամարով (TTY

օգտագործողները պետք է գանգահարեն 711) և խնդրեք ուղարկել *LIS Rider*-ը:

Դեղերի վնարման փուլեր

Առկա են **դեղերի վնարման 3 փուլեր**՝ տարեկան չհատուցվող գումարի փուլ, Սկզբնական ապահովագրության փուլ և Ադետային ապահովագրության փուլ: **Coverage Gap** փուլը և **Coverage Gap Discount** ծրագիրն այլևս գոյություն չունեն Մաս D-ի նպաստների ներքո:

• Փուլ 1՝ Տարեկան չհատուցվող գումար

Դուք սկսում եք այս վնարման փուլից յուրաքանչյուր օրացուցային տարի: Այս փուլի ընթացքում դուք վնարում եք ձեր Մաս D դեղերի լրիվ արժեքը, մինչև հասնեք տարեկան ֆրանսիզային:

• Փուլ 2՝ Սկզբնական ապահովագրություն

Ձեր տարեկան ֆրանսիզան՝ չհատուցվող գումարը վնարելուց հետո դուք մտնում եք Սկզբնական ապահովագրության փուլ: Այս փուլում պլանը վնարում է ձեր դեղերի արժեքների իր մասնաբաժինը, իսկ դուք՝ ձեր մասնաբաժինը: Դուք սովորաբար մնում եք այս փուլում՝ մինչև ձեր տարեկան գրպանից արված ընդհանուր ծախսերը՝ արժեքը հասնում է \$2,100:

• Փուլ 3՝ Ադետային ապահովագրություն

Սա դեղերի վնարման երրորդ և վերջին փուլն է: Վնարման այս փուլում դուք ոչինչ չեք վնարում ապահովագրված Մաս D դեղերի համար: Դուք կմնաք Ադետային ապահովագրության փուլում մինչև օրացուցային տարվա ավարտը:

Coverage Gap Discount ծրագիրը նույնպես փոխարինվել է **Manufacturer Discount** ծրագրով: **Manufacturer Discount** ծրագրի միջոցով դեղատոմսերը վճարում են **Մաս D-ով** փոխհատուցվող ապրանքանիշային անվանումով դեղերի և կենսաբանական միջոցների ամբողջական արժեքի մի մասը **Սկզբնական ապահովագրության փուլում** և **Ադետաչին ապահովագրության փուլում**: **Manufacturer Discount** ծրագրի շրջանակներում արտադրողների կողմից տրամադրվող գեղչերը չեն մտնում արժեքի մեջ:

Աղյուսակը ներկայացնում է ձեր դեղի արժեքը տվյալ փուլում՝ մեկ դեղատոմսի համար:

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
Տարեկան չհատուցվող գումար	\$0	\$550 Այս փուլում դուք վճարում եք \$0 ծախսերի բաժնում՝ 1-ին և 6-րդ մակարդակի դեղերի համար և կիրառելի արժեքը՝ 2-րդ, 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակի դեղերի համար՝ այնքան

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
		Ժամանակ, մինչև չհասնեք տարեկան չհատուցվող գումարին:

Դեղերի արժեքները 2-րդ փուլում՝ Սկզբնական ապահովագրություն

Ցանցային դեղատանը տրվող դեղերի մեկամսյա պաշարի արժեքը՝ ստանդարտ ծախսերի բաժնմամբ:

Մեծահասակների համար Մաս D-ի պատվաստանյութերի մեծ մասը տրամադրվում է անվճար: Պատվաստումների և արժեքների մասին ավելին իմանալու համար տե՛ս Գլուխ 6-ը՝ ձեր *Ապահովագրության վկայագրում*:

Երբ ձեր գրպանից վճարեք \$2,100 Մաս D-ի դեղերի համար, դուք կտեղափոխվեք հաջորդ փուլ (Ադետային ապահովագրության փուլ):

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
1-ին մակարդակի դեղեր (Նախընտրելի ջեներիկներ).	Դեղերի տեղեկատվում Մաս D-ով ապահովագրված դեղերը կլինեն մեկ	\$0 համավճար՝ ընդհանուր արժեքից

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
Մենք փոխել ենք մեր Դեղերի ցանկի որոշ դեղերի մակարդակները: Պարզելու համար՝ արդյոք ձեր դեղերը այլ մակարդակի են, փնտրեք դրանք Դեղերի ցանկում:	մակարդակի ներքո: Ցանցային դեղատանը տրվող դեղերի մեկամսյա (31 օր) պաշարի արժեքը՝ ստանդարտ ծախսերի բաժանամբ՝ Ջեներիկներ և նախընտրելի դեղեր մի քանի աղբյուրներից՝ Դուրս վճարում եք \$0 մեկ դեղատոմսի համար: Մնացած բոլոր դեղերը՝ Դուրս վճարում եք \$0 մեկ դեղատոմսի համար: Դուրս վճարում եք \$0 մեկ դեղատոմսի	

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
	համար: Երբ դուք ձեր գրպանից վճարեք \$2,000 Մաս D-ի դեղերի համար, դուք կտեղափոխվեք հաջորդ փուլ (Ադետային ապահովագրության փուլ): Ադետային ապահովագրության փուլում ձեր ծախսերի մասնաբաժինը կազմում է \$0)	
2-րդ մակարդակի դեղեր (Ջեներիկներ).	Դեղացանկում Մաս D-ով ապահովագրված դեղերը կլինեն մեկ մակարդակի ներքո: Ցանցային դեղատանը տրվող դեղերի մեկամսյա պաշարի արժեքը՝ ստանդարտ ծախսերի բաժնամբ՝	\$0, \$1.60 կամ \$2 համավճար՝ մեկ դեղատոմսով բոլոր դեղերի համար

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
	Ջեներիկներ և նախընտրելի մի ջանի աղբյուրներից ստացվող դեղեր. դուք վճարում եք \$0 յուրաքանչյուր դեղատոմսի համար: Մնացած բոլոր դեղերը՝ Դուք վճարում եք \$0 մեկ դեղատոմսի համար: Երբ ձեր գրպանից վճարեք \$2,000 Մաս D-ի դեղերի համար, դուք կտեղափոխվեք հաջորդ փուլ (Ադետային ապահովագրության փուլ): Ադետային ապահովագրության	

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
	փուլում ձեր ծախսերի մասնաբաժինը կազմում է \$0)	
3-րդ մակարդակի դեղեր (Նախընտրելի ապրանքանիշ).	Դեղացանկում Մաս D-ով ապահովագրված դեղերը կլինեն մեկ մակարդակի ներքո: Ցանցային դեղատանը տրվող դեղերի մեկամսյա պաշարի արժեքը՝ ստանդարտ ծախսերի բաժնմամբ՝ Ջեներիկներ և նախընտրելի միջոցների աղբյուրներից ստացվող դեղեր. դուք վճարում եք \$0 յուրաքանչյուր դեղատոմսի համար:	\$0, \$1.60 կամ \$5.10՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղերը, որոնք դիտարկվում են որպես ջեներիկ)՝ \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համավճար՝ բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար:

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
	Մնացած բոլոր դեղերը՝ Դուք վճարում եք \$0 մեկ դեղատոմսի համար: Երբ ձեր գրպանից վճարեք \$2,000 Մաս D-ի դեղերի համար, դուք կտեղափոխվեք հաջորդ փուլ (Ադետային ապահովագրության փուլ): Ադետային ապահովագրության փուլում ձեր ծախսերի մասնաբաժինը կազմում է \$0)	
4-րդ մակարդակի դեղեր (Ոչ նախընտրելի դեղեր)՝	Դեղացանկում Մաս D-ով ապահովագրված դեղերը կլինեն մեկ մակարդակի ներքո:	\$0, \$1.60 կամ \$5.10՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
	Ցանցային դեղատանը տրվող դեղերի մեկամսյա պաշարի արժեք՝ ստանդարտ ծախսերի բաժնամբ՝ Ջեներիկներ և նախընտրելի մի ֆանի աղբյուրներից ստացվող դեղեր. դուրս վճարում եմ \$0 յուրաքանչյուր դեղատոմսի համար: Մնացած բոլոր դեղերը՝ Դուրս վճարում եմ \$0 մեկ դեղատոմսի համար: Երբ ձեր գրպանից վճարեմ \$2,000 Մաս D-ի դեղերի համար, դուրս կտեղափոխվեմ	ապրանքանիշային դեղերը, որոնք դիտարկվում են որպես ջեներիկ)՝ \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համավճար՝ բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար:

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
	հաջորդ փուլ (Ադետային ապահովագրության փուլ): Ադետային ապահովագրության փուլում ձեր ծախսերի մասնաբաժինը կազմում է \$0)	
5-րդ մակարդակի դեղեր (Հատուկ դեղեր)՝	Դեղացանկում Մաս D-ով ապահովագրված դեղերը կլինեն մեկ մակարդակի ներքո: Ցանցային դեղատանը տրվող դեղերի մեկամսյա պաշարի արժեքը՝ ստանդարտ ծախսերի բաժինամբ՝ Ջեներիկներ և նախընտրելի մի ջանի աղբյուրներից ստացվող դեղեր.	\$0, \$1.60 կամ \$5.10՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ապրանֆանիցային դեղերը, որոնք դիտարկվում են որպես ջեներիկ)՝ \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համավճար՝ բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար:

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
	դուք վճարում եք \$0 յուրաքանչյուր դեղատոմսի համար: Մնացած բոլոր դեղերը՝ Դուք վճարում եք \$0 մեկ դեղատոմսի համար: Երբ ձեր գրպանից վճարեք \$2,000 Մաս D-ի դեղերի համար, դուք կտեղափոխվեք հաջորդ փուլ (Ադետային ապահովագրության փուլ): Ադետային ապահովագրության փուլում ձեր ծախսերի մասնաբաժինը կազմում է \$0)	

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
6-րդ մակարդակի դեղեր (Ընտրովի խնամքի դեղամիջոցներ).	Դեղացանկում Մաս D-ով ապահովագրված դեղերը կլինեն մեկ մակարդակի ներքո: Ցանցային դեղատանը տրվող դեղերի մեկամսյա պաշարի արժեքը՝ ստանդարտ ծախսերի բաժնմամբ՝ Ջեներիկներ և նախընտրելի մի ֆանի աղբյուրներից ստացվող դեղեր. դուրս վճարում եմ \$0 յուրաքանչյուր դեղատոմսի համար: Մնացած բոլոր դեղերը՝ Դուրս վճարում եմ \$0 մեկ դեղատոմսի համար:	\$0՝ ընդհանուր արժեքից

	2025 (այս տարի)	2026 (հաջորդ տարի)
	Երբ ձեր գրպանից վնարեք \$2,000 Մաս D-ի դեղերի համար, դուք կտեղափոխվեք հաջորդ փուլ (Ադետային ապահովագրության փուլ): Ադետային ապահովագրության փուլում ձեր ծախսերի մասնաբաժինը կազմում է \$0)	

Զեր VBID Part D նպաստի փոփոխությունները

2025թ.-ին, Central Health Dual Access Plan(HMO D-SNP) մասնակցել են Value Based Insurance Design (VBID) մոդել ծրագրին, սակայն այս ծրագիրն այս տարի դադարեցվում է: Որպես VBID մոդելի մաս D-ի նպաստ՝ Central Health Dual Access Plan(HMO D-SNP) առաջարկել է ծախսերի բաժխման վերացում՝ մաս D-ի դեղերի համար: Քանի որ այս ծրագիրն ավարտվել է, անդամները կարող են կիսվել D մասի բոլոր դեղերի ծախսերով՝ ապահովագրության բոլոր փուլերում:

Մանրամասն տեղեկությունների համար և հարցերի դեպքում՝ կարող եք կապվել Անդամների սպասարկման ծառայության հետ:

Փոփոխություններ Աղետային ապահովագրության փուլում

Աղետային ապահովագրության փուլի ծախսերի վերաբերյալ հատուկ տեղեկությունների համար տե՛ս *Ապահովագրության վկայագրի 6-րդ գլխի 6-րդ բաժինը*:

ԲԱԺԻՆ 2 Վարչական փոփոխություններ

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

	2025թ. (այս տարի)	2026թ. (հաջորդ տարի)
Tivity-ն այլևս պայմանագրային մատակարար չէ 2026 թվականի համար:	Ձեր ֆիթնեսի/մարզասրահի նպաստները հատկացվել են Tivity D.B.A. SilverSneakers-ի կողմից:	Silver&Fit-ը 2026 թվականի ֆիթնես/մարզասրահի պայմանագրային մատակարարն է:
Healthrageous-ն այլևս պայմանագրային	Ձեր սննդի ծառայությունները հասանելի էին	NationsBenefits-ը 2026 թվականի պայմանագրային

	2025թ. (այս տարի)	2026թ. (հաջորդ տարի)
մատակարար չէ 2026 թվականի համար:	Healthrageous-ի միջոցով:	սննդի մատակարարն է:
Aloecare-ն այլևս պայմանագրային մատակարար չէ 2026 թվականի համար:	Ձեր PERS նպաստները դեկլարվում էին Aloecare-ի միջոցով:	Medical Guardian-ը 2026 թվականի PERS-ի պայմանագրային մատակարարն է:
Medicare դեղատոմսային դեղերի վնարման պլան	Կիրառելի չէ	Վնարման այս նոր տարբերակը գործում է ձեր Medicare-ի ընթացիկ դեղերի ապահովագրական ծածկույթի հետ և կարող է օգնել ձեզ վերահսկել ձեր դեղերի արժեքները՝ դրանք բաժինելով ամսական վնարումների վրա, որոնք տարբեր են լինում տարվա

	2025թ. (այս տարի)	2026թ. (հաջորդ տարի)
		ընթացում (հունվար-դեկտեմբեր): Վհարման այս տարբերակի մասին ավելին իմանալու համար խնդրում ենք կապվել մեզ հետ հետևյալ համարով՝ (866) 314-2427 (TTY՝ 711) կամ այցելե՛ք մեր կայքը՝ Medicare.gov
Հատուկ լրացուցիչ նպաստներ ֆրոնիկ հիվանդություններ ունեցող անդամների համար (SSBCI)	Եթե ձեզ մոտ ախտորոշված է ֆրոնիկ հիվանդություն(ներ) և դուք համապատասխանում եք որոշակի չափանիշների, դուք կարող եք իրավասու լինել օգտվելու ֆրոնիկ հիվանդներից	Եթե ձեզ մոտ ախտորոշված է ֆրոնիկ հիվանդություն(ներ) և դուք համապատասխանում եք որոշակի չափանիշների, դուք կարող եք իրավասու լինել օգտվելու

	2025թ. (այս տարի)	2026թ. (հաջորդ տարի)
	հատկացվող հատուկ լրացուցիչ նպաստներից: Իրավասու ֆրոնիկ առողջական վիճակները ներառում են. • Սրտանոթային խնդիրներ • Սրտի ֆրոնիկ անբավարարություն • Թուլամտություն • Շափարային դիաբետ • Թոփերի ֆրոնիկ խանգարումներ • Երիկամային հիվանդություն	ֆրոնիկ հիվանդներին հատկացվող հատուկ լրացուցիչ նպաստներից: Իրավասու ֆրոնիկ առողջական վիճակները ներառում են. • Սրտանոթային խնդիրներ • Սրտի ֆրոնիկ անբավարարություն • Թուլամտություն • Շափարային դիաբետ • Թոփերի ֆրոնիկ խանգարումներ • Երիկամների ֆրոնիկ հիվանդություն

	2025թ. (այս տարի)	2026թ. (հաջորդ տարի)
		(CKD) • Ալկոհոլային և այլ թմրամիջոցներից բռնիկ կախվածություն (SUD) • Քաղցկեղ • Աուտոիմուն խանգարումներ • Գերբաժ, նարպակալում և մետաբոլիկ սինդրոմ • Քրոնիկ ստամոքսաղիմային հիվանդություն • Լուրջ հեմատոլոգիական խանգարումներ

	2025թ. (այս տարի)	2026թ. (հաջորդ տարի)
		• ՄԻԱՎ/ԶԻԱՀ • Քրոնիկ և հաճախորդական առաջացնող հոգեկան առողջության խնդիրներ • Նյարդաբանական խանգարումներ • Կաթված • Օրգանների փոխարանառաժից հետո ընկած շրջանը • Իմունային անբավարարություն և իմունոսուպրեսիվ խանգարումներ

	2025թ. (այս տարի)	2026թ. (հաջորդ տարի)
		• Ճանաչողական խանգարման հետ կապված վիճակներ • Ֆունկցիոնալ խնդիրներով պայմանավորված վիճակներ • Քրոնիկ առողջական վիճակներ, որոնք վատթարացնում են տեսողությունը, լսողությունը (խլություն), համի զգացողությունը, շոշափելիքը և հոտառությունը

	2025թ. (այս տարի)	2026թ. (հաջորդ տարի)
		Առողջական վիճակներ, որոնց դեպքում պահանջվում են շարունակական թերապևտիկ ծառայություններ՝ մարդկանց փոխփոխադրումը պահպանելու համար

ԲԱԺԻՆ 3 Ինչպես փոխել պլանները

Պետք է ոչինչ անել՝ **Central Health Dual Access Plan(HMO D-SNP)**-ում մնալու համար: Եթե մինչև դեկտեմբերի 7-ը չգրանցվեք այլ պլանի կամ չանցնեք Original Medicare-ին, դուք ավտոմատ կերպով կգրանցվեք մեր **Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)**-ում:

Եթե ցանկանում եք փոխել պլանը 2026 թվականի համար, հետևեք այս քայլերին.

- Մեկ այլ **Medicare** առողջության ապահովագրական պլանի անցնելու համար, գրանցվե՛ք նոր պլանում: Ձեր անդամակցությունն ինՖնաբերաբար կդադարեցվի Central Health Dual Access Plan(HMO D-SNP)-ում:
- **Medicare-ի դեղերի ծածկույթով Original Medicare** պլանին անցում կատարելու համար գրանցվե՛ք Medicare դեղերի նոր պլանում: Ձեր անդամակցությունն ինՖնաբերաբար կդադարեցվի Central Health Dual Access Plan(HMO D-SNP)-ում:
- Առանց դեղերի ապահովագրության պլանի **Original Medicare-ի փոխելու համար՝** կարող ե՛ք մեզ գրավոր դիմում ուղարկել՝ անդամակցությունից դուրս գալու համար: Զանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները՝ 711)՝ լրացուցիչ տեղեկատվություն ստանալու համար: Կարող ե՛ք նաև զանգահարել **Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները կարող են զանգահարել 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Եթե չգրանցվե՛ք Medicare դեղերի պլանում, հնարավոր է՝ Մաս D-ի ուժ գրանցման համար տույժ վճարե՛ք (տե՛ս Գլուխ 1, բաժին 4.4 ձեր *Ապահովագրության վկայագրում*):
- **Original Medicare-ի և Medicare** պլանների տարբեր տեսակների մասին ավելի մանրամասն տեղեկություններ ստանալու համար այցելե՛ք www.Medicare.gov, ուսումնասիրե՛ք *Medicare & You 2026*թ. ձեռնարկը, զանգահարե՛ք State Health Insurance Assistance Program (տես Բաժին 6) կամ

զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
 հեռախոսահամարով:

Բաժին 3.1 Պլանները փոփոխելու վերջնաժամկետները

Medicare-ի շահառուները կարող են փոփոխություններ կատարել իրենց ապահովագրության մեջ յուրաքանչյուր տարի՝ **հոկտեմբերի 15-ից մինչև դեկտեմբերի 7-ը**:

Եթե գրանցվել եք Medicare Advantage պլանում հունվարի 1-ի համար, 2026թ., և ձեր պլանի ընտրությունը ձեզ դուր չի գալիս, դուք կարող եք փոխել Medicare-ի մեկ այլ առողջության ապահովագրական պլանի (Medicare-ի փոխհատուցվող դեղերի ծածկույթով կամ առանց ծածկույթի) կամ միանալ Original Medicare-ին (Medicare-ի փոխհատուցվող դեղերի ծածկույթով կամ առանց ծածկույթի) հունվարի 1-ից մինչև մարտի 31-ը, 2026թ.:

Բաժին 3.2 Կա՞րողյո՞ւք տարվա մեջ այլ ժամանակահատված փոփոխություն կատարելու համար:

Որոշ իրավիճակներում մարդիկ կարող են ունենալ այլ հնարավորություններ՝ փոփոխություններ կատարելու տարվա ընթացքում: Օրինակներ են՝

- Medicaid ունեցող անձինք
- Դեղամիջոցների ծախսերը վճարելու համար Extra Help օգնություն ստացողները
- Աշխատանքային ապահովագրություն ունեցող կամ այն լքող անձինք

- Մեր պլանի սպասարկման տարածքից դուրս տեղափոխվողները

Քանի որ դուք ունեք Medicaid, կարող եք դադարեցնել մեր պլանում ձեր անդամակցությունը՝ տարվա ցանկացած ամսում ընտրելով հետևյալ Medicare տարբերակներից մեկը.

- o Original Medicare՝ *Medicare-ի դեղատոմսային* դեղերի անկախ պլանի,
- o Original Medicare՝ *առանց Medicare-ի դեղատոմսով* տրվող դեղերի անկախ պլանի (Այս տարբերակի ընտրության դեպքում Medicare-ը կարող է գրանցել ձեզ դեղերի ծրագրում, բացառությամբ այն դեպքի, երբ դուք հրաժարվել եք ավտոմատ գրանցումից) կամ
- o Եթե իրավասու եք, ինտեգրված D-SNP-ում, որը տրամադրում է Medicare և Medicaid նպաստների ու ծառայությունների մեծ մասը կամ բոլորը՝ մեկ պլանում:

Եթե վերջերս եք տեղափոխվել կամ ներկայումս բնակվում եք հաստատությունում (օրինակ՝ որակավորված բուժօւյրական խնամքի հաստատություն կամ երկարաժամկետ խնամքի կենտրոն), կարող եք փոխել ձեր Medicare ապահովագրությունը **ցանկացած պահի**: Դուք կարող եք ցանկացած պահի անցնել Medicare-ի ցանկացած այլ առողջության ապահովագրական պլանի (Medicare-ի փոխհատուցվող դեղերի ծածկույթով կամ առանց ծածկույթի) կամ անցնել Original Medicare-ին (Medicare-ի դեղատոմսով դեղերի պլանով կամ առանց դրա): Եթե դուք վերջերս դուրս եք

գրվել հաստատությունից, ապա հնարավորություն կունենա փոխել պլանները կամ անցնել **Original Medicare** պլանին **2** ամբողջ ամսով՝ սկսած ձեր տեղափոխվելու ամսից:

ԲԱԺԻՆ 4 Դեղատոմսային դեղերի փոխհատուցման ծրագրեր

Դուք, հնարավոր է, իրավասու եք դեղատոմսով տրվող դեղերի վճարման հարցում օգնություն ստանալու համար: Հասանելի են օգնության տարբեր տեսակներ՝

- **Extra Help Medicare-ից:** Սահմանափակ եկամուտ ունեցող անձինք կարող են որակավորվել՝ ստանալու **Extra Help**՝ դեղատոմսային դեղերի արժեքները վճարելու համար: Եթե համապատասխանում եք, **Medicare**-ը կարող է վճարել ձեր դեղերի արժեքների մինչև **75%**-ը կամ ավելին՝ ներառյալ դեղերի պլանի ամսական ապահովագրավճարները, տարեկան չհատուցվող գումարը և համապահովագրությունը: Բացի այդ, որակավորված անձինք չեն վճարում ուժ գրանցման համար տույժը: Որոշելու համար՝ արդյո՞ք որակավորվում եք, գանգահարե՛ք՝

- **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227):** TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն **1-877-486-2048** հեռախոսահամարով, **24/7** շուրջօրյա.
- **Զանգահարե՛ք Սոցիալական ապահովության վարչության** ներկայացուցչին՝ **1-800-772-1213** հեռախոսահամարով, երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին, **8 a.m.-7 p.m.:** Ավտոմատ

հաղորդագրությունները հասանելի են օրը 24 ժամ: TTY
օգտագործողները կարող են զանգահարել 1-800-325-0778
հեռախոսահամարով:

◦ Ձեր նահանգի Medicaid գրասենյակ:

- **HIV/AIDS ունեցող անձանց տրվող դեղատոմսի ծախսերի բաժխման օգնություն:** AIDS դեմ դեղերի աջակցման ծրագիրը (ADAP) օգնում է HIV/AIDS տառապող մարդկանց ձեռք բերել նրանց համար կենսական անհրաժեշտության դեղամիջոցներ HIV դեմ: Ձեր նահանգի ADAP ծրագրին իրավունակ լինելու համար պետք է բավարարել որոշակի չափանիշների՝ ներառյալ գրանցման հասցեն և HIV կարգավիճակի ապացույցը, պետության կողմից սահմանված ցածր եկամուտը և չապահովագրված/թերապահովագրված կարգավիճակը: Medicare Part D դեղատոմսով տրվող դեղերը, որոնք նույնպես փոխհատուցվում են ADAP-ի կողմից, համապատասխանում են դեղատոմսի ծախսերի բաժխման օգնության հետևյալ գործակալության միջոցով՝ Office of AIDS: Որակավորման չափանիշների, փոխհատուցվող դեղերի, ծրագրում գրանցվելու կամ, եթե ներկայումս գրանցված եք, օգնություն ստանալու շարունակական եղանակների վերաբերյալ տեղեկությունների համար զանգահարեք (916) 449-5900: Զանգահարելիս անպայման նշեք ձեր Medicare Part D ծրագրի անունը կամ ապահովագրականի համարը:
- **Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի վճարման պլանը**
Medicare-ի դեղատոմսերի վճարման ծրագիրը վճարման տարբերակ է, որը համադրվում է ձեր ընթացիկ դեղերի ծածկույթի հետ՝ օգնելու

ձեզ կառավարել մեր պլանով փոխհատուցվող դեղերի հետ կապված անձնական ծախսերը՝ դրանք հավասարաչափ բաժնեկից ամբողջ օրացուցային տարվա ընթացքում (հունվարից դեկտեմբեր): Այս վնարման տարբերակից կարող են օգտվել բոլոր նրանք, ովքեր ունեն **Medicare** դեղերի պլան կամ **Medicare** առողջապահական պլան՝ դեղերի ապահովագրությամբ (օրինակ՝ դեղերի ծածկույթով **Medicare Advantage** պլան): **Վնարման այս տարբերակը կարող է օգնել ձեզ վերահսկել ձեր ծախսերը, բայց դրա միջոցով դուք չեք կարող գումար խնայել կամ նվազեցնել ձեր դեղերի արժեքները:**

- Իրավասություն ունեցողների համար «Extra Help»-ը Medicare-ից, SPAP-ից և ADAP-ից օգնությունը ավելի շահավետ է, քան Medicare-ի դեղատոմսով դեղերի վնարման պլանին մասնակցությունը: Բոլոր անդամները կարող են մասնակցել Medicare-ի դեղատոմսերի վնարման պլանին՝ անկախ եկամտի մակարդակից: Այս վնարման տարբերակի մասին ավելին իմանալու համար զանգահարե՛ք մեզ՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711) կամ այցելե՛ք www.Medicare.gov կայք:

ԲԱԺԻՆ 5 Հարցե՞ր ունե՞ք:

Բաժին 5.1 Ստանալ աջակցություն Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)-ից

- **Զանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427: (TTY օգտագործողները զանգահարեն՝ 711.)**

Մենք հասանելի ենք հեռախոսազանգերի համար՝ Ժամեր՝ հոկտեմբերի 1-ից մինչև մարտի 31-ը, տեղական ժամանակով՝ 8 a.m. - 8 p.m., շաբաթական՝ 7 օր: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ, տեղական ժամանակով՝ 8 a.m. - 8 p.m.: Այս համարներին կատարվող զանգերն անվճար են:

- **Կարդացե՛ք ձեր 2026 Ապահովագրության վկայագիրը**

Սույն Տարեկան փոփոխությունների ծանուցումը ամփոփ ներկայացնում է ձեր նպաստների և ծախսերի փոփոխությունները 2026թ.-ի համար: Մանրամասները տե՛ս 2026 Ապահովագրական վկայագրում՝ հետևյալ պլանների համար՝ Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)թ.-ի համար: Ձեր Ապահովագրական վկայագիրը պլանով տրամադրվող արտոնությունների իրավական և մանրամասն նկարագրությունն է: Այնտեղ բացատրվում են ձեր իրավունքները և այն կանոնները, որոնց պետք է հետևել՝ փոխհատուցվող ծառայություններ և դեղատոմսով տրվող դեղեր ստանալու համար: Ստացե՛ք Ապահովագրական վկայագիրը մեր centralhealthplan.com Զանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով

(TTY օգտագործողները՝ 711) և դիմել, որ պատճենը ձեզ փոստով ուղարկեն:

- Այցելեք centralhealthplan.com կայքը

Մեր մատակարարների ցանցի վերաբերյալ առավել թարմ տվյալները կայքում են՝ (*Մատակարարների և դեղատոների տեղեկատու*) և մեր Ապահովագրված դեղերի ցանկը (*Տեղեկատու/Դեղերի ցանկ*):

Բաժին 5.2 Ստանալ անվճար խորհրդատվություն Medicare-ի վերաբերյալ

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) անկախ պետական ծրագիր է, որն ունի վերապատրաստված խորհրդատուներ յուրաքանչյուր նահանգում: Այստեղ՝ California SHIP-ը կոչվում է Alameda County:

Legal Assistance for Seniors

(510) 839-0393

Contra Costa County:

Contra Costa County Aging & Adult Services

(925) 655-1393

Fresno County:

Valley Caregiver Resource Center

(559) 224-9117

Imperial County:

Elder Law & Advocacy

(760) 353-0223

Kern County:

Kern County Aging and Adult Services

(661) 868-1000

Kings County:

Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office

(559) 713-2875

Madera County:

Valley Caregiver Resource Center

(559) 224-9117

Orange County:

Council on Aging – Southern California, Inc.

(714) 560-0424

Placer County:

Legal Services of Northern California

(916) 376-8915

San Francisco County:

Self-Help for the Elderly (San Francisco County)

(415) 677-7520

San Joaquin County:

Legal Services of Northern California

(209) 470-7812

San Mateo County:

Self Help For The Elderly (San Mateo County)

(650) 627-9350

Santa Clara County:

Sourcewise

(408) 350-3239

Solano County:

Senior Advocacy Services-HICAP

(707) 526-4108

Stanislaus County:

Stanislaus County Department of Aging and Veterans Services

(209) 558-4540

Tulare County:

Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office

(559) 713-2875

Yolo County:

Legal Services of Northern California

(916) 376-8915

Ձանգահարե՛ք և ստացե՛ք անհատականացված բժշկական ապահովագրության խորհրդատվություն: Նրանք կօգնեն հասկանալ, ինչպես ընտրել Medicare և Medicaid պլանները, և կպատասխանեն պլանների փոփոխմանն առնչվող հարցերին: Իմացե՛ք ավելին՝ այցելելով (<https://www.aging.ca.gov/hicap>):

Բաժին 5.3 Ստանալ աջակցություն Medicare-ից

- **Ձանգահարե՛ք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Կարող ե՛ք զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), օրական 24 ժամ, շաբաթական 7 օր: TTY օգտագործողները կարող են զանգահարել 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

- **Զբուցե՛ք ուղիղ եթերում www.Medicare.gov**

Կարող ե՛ք զբուցել ուղիղ եթերում www.Medicare.gov/talk-to-someone

- **Քրե՛ք Medicare-ին**

Կարող ե՛ք գրել Medicare-ին PO Box 1270, Lawrence, KS 66044 հասցեով

- **Այցելե՛ք՝ www.Medicare.gov կայքը**

Այնտեղ կգտնե՛ք տեղեկություններ ծախսերի, ծածկույթի և որակի վարկանիշների մասին, որոնք կօգնեն ձեզ համեմատել Medicare-ի առողջության ապահովագրական պլանները ձեր տարածքում:

- **Կարդացե՛ք *Medicare & You 2026*թ.**

*Medicare & You 2026*թ. ձեռնարկը ամեն աշուն փոստով ուղարկվում է Medicare ունեցող մարդկանց: Այն պարունակում է Medicare-ի նպաստների, իրավունքների և պաշտպանությունների ամփոփագիրը, ինչպես նաև Medicare-ի վերաբերյալ ամենահաճախ տրվող հարցերի պատասխանները: Օրինակը ստացե՛ք www.Medicare.gov կայքից կամ զանգահարե՛ք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները կարող են զանգահարել 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

Բաժին 5.4 Ստանալ աջակցություն Medicaid-ից

Զանգահարեք California Department of Health Care Services
հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (916) 449-5000: TTY օգտագործողները
պետք է զանգահարեն 711 համարով:

Լրացուցիչ կարևոր տեղեկատվություն՝ առողջապահության և անդամների ռեսուրսների վերաբերյալ

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

Ինչպես ստանալ ապահովագրական պլանի մասին կարևոր փաստաթղթեր



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

Ծանոթացե՛ք ձեր ապահովագրական պլանի փաստաթղթերին

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

տեղակայված է մեր կայքում՝ CentralHealthPlan.com/chp/Member/PrivacyNotice:

Ինչպես դիտել կամ ստանալ ծրագրի փաստաթղթի պատճեններ



Առցանց՝ CentralHealthPlan.com կայքում:

Դիտել կամ ներբեռնել ձեր պլանի փաստաթղթերի պատճեններն առցանց՝ ցանկացած պահի և ցանկացած վայրում: Օգտվել ցանկացած սարքից, օրինակ՝ համակարգիչ, պլանշետ կամ բջջային հեռախոս: Զեր 2026թ. պլանի փաստաթղթերը հասանելի կլինեն առցանց մինչև հոկտեմբերի 15-ը, 2025թ.:



Առցանց՝ MyCHPportal.com կայքում:

Այցելել անդամների ինֆրաստրուկտուրային մեր հարթակը՝ ձեր ապահովագրական պլանի փաստաթղթերը 24/7 ռեժիմով առցանց դիտելու կամ ցանցային մատակարար կամ դեղատուեցանքները համար: Մուտք գործել Անդամների հարթակ կամ ստեղծել հաշիվ՝ MyCHPportal.com-ում: Սեղմել «Ստեղծել հաշիվ» (Create an Account) և բայլ առ բայլ հետևել հրահանգներին՝ գրանցվելու համար:



Զանգն անվճար է

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

Մենք պատրաստ ենք օգնել:

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

Ծանուցում խտրականության բացառման

մասին Բաժին 1557

Central Health պլան



Խտրականությունը օրենքի խախտում է: **Central Health** պլանը հետևում է փառափառական իրավունքների մասին նահանգային և դաժնային օրենքներին: **Central Health** պլանը թույլ չի տալիս խտրականություն՝ ելնելով սեռից, ռասայից, մաշկի գույնից, կրոնից, ծագումից, ազգային պատկանելությունից, էթնիկ խմբի նույնականացումից, տարիքից, մտավոր հաճախողությունից, ֆիզիկական հաճախողությունից, առողջական վիճակից, գենետիկ տվյալներից, ամուսնական կարգավիճակից, գենդերից, գենդերային ինֆնությունից կամ սեռական կողմնորոշումից:

Central Health պլանը տրամադրում է.

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

- գրավոր տեղեկատվություն այլ լեզուներով

Եթե ձեզ անհրաժեշտ են այս ծառայությունները, կապ հաստատե՛ք **Central Health** պլանի հետ՝ և **8 a.m. - 8 p.m.**-ին՝ զանգահարելով՝ **(866)**

314-2427 հեռախոսահամարով: Խոսքի կամ լսողության հետ կապված դժվարությունների դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել **711**

հեռախոսահամարով: Ձեր խնդրանքով այս փաստաթուղթը կարող է տրամադրվել Բրայլի գրատիպով, խոշոր տպագրով, ձայնասկավառակով կամ էլեկտրոնային ձևաչափով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով օրինակ ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել կամ գրել հետևյալ հասցեին.

Central Health պլան

Civil Rights Coordinator

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

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

հեռախոսահամարով:

ԻՆԶՊԵՍ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼ ԴՃԳՈՀՈՒԹՅՈՒՆ

Եթե կարծում ե՛ք, որ **Central Health Plan**-ը չի տրամադրել այս ծառայությունները կամ անօրինական կերպով խտրականություն է ցուցաբերել՝ սեռի, ռասայի, մաշկի գույնի, կրոնի, ծագման, ազգային պատկանելիության, էթնիկ խմբի նույնացման, տարիքի, հոգեկան կամ ֆիզիկական

հաճանդամության, առողջական վիճակի, գենետիկ տեղեկատվության, ամուսնական կարգավիճակի, գենդերի, գենդերային ինֆնության կամ սեռական կողմնորոշման հիման վրա, կարող եմ բողոք ներկայացնել Central Health պլանի Քաղաքացիական իրավունքների համակարգողին: Կարող եմ բողոք ներկայացնել հեռախոսով, գրավոր, անձամբ կամ էլ. փոստով.

- **Հեռախոսով՝** կապ հաստատեմ Central Health Plan-ի Քաղաքացիական իրավունքների համակարգողի հետ 8:30 a.m. -ից 5:30 p.m.-ն ընկած ժամերին՝ զանգահարելով 1-866-606-3889 հեռախոսահամարով: Խոսքի կամ լսողության հետ կապված դժվարությունների դեպքում, խնդրում եմ զանգահարել 711 հեռախոսահամարով:
- **Գրավոր՝** Նրաջրեմ բողոքի ձևաթուղթը կամ գրեմ նամակ և ուղարկեմ այն հետևյալ հասցեով
Central Health պլան
Քաղաքացիական իրավունքների համակարգող
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802
- Անձամբ՝ այցելեմ ձեր բժշկի գրասենյակ կամ Central Health պլան և ասեմ, որ ցանկանում եմ բողոք ներկայացնել:
- Էլեկտրոնային եղանակով՝ նամակ ուղարկեմ Civil.Rights@MolinaHealthcare.com էլ.հասցեով: Կարող եմ նաև այցելել՝ Central Health պլանի կայք՝ MolinaHealthcare.Alertline.com:

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

Կարող եմ նաև ֆաղաֆացիական իրավունքների վերաբերյալ բողոք ներկայացնել California-ի Department of Health Care Services, Քաղաֆացիական իրավունքների գրասենյակ հեռախոսով, գրավոր կամ էլեկտրոնային եղանակով՝

- **Հեռախոսով՝** զանգահարեմ 1-916-440-7370 հեռախոսահամարով: Եթե չեմ կարողանում լավ լսել կամ խոսել, խնդրում եմ զանգահարել 711 (Հեռահաղորդակցության փոխարկիչ ծառայություն):
- **Գրավոր՝** Լրացրեմ բողոքարկման ձևաթուղթը կամ ուղարկեմ նամակ հետևյալ հասցեով՝
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413
Բողոքի ձևերը հասանելի են՝ [DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx](https://dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx) կայքում:
- **Էլեկտրոնային եղանակով՝** նամակ ուղարկեմ CivilRights@dhcs.ca.gov էլ.հասցեով:

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

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

- **Հեռախոսով՝** զանգահարեմ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով:
Խոսքի կամ լսողության հետ կապված դժվարությունների դեպքում,
խնդրում եմ զանգահարել TTY/TDD՝ 1-800-537-7697:
- **Գրավոր՝** Նրաջրեմ բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեմ՝
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Բողոքարկման ձևերը հասանելի են հետևյալ հասցեով՝ [HHS.gov/ocr/
office/file/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html):
- **Էլեկտրոնային եղանակով՝** այցելեմ Փաղափարական իրավունքների
գրասենյակի բողոքարկման պորտալ՝ [OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/
lobby.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf):



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

English

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

العربية(Arabic)

يرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل ب (866) 314-2427 ، (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY : يمكنهم الاتصال على 711). تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير، اتصل ب (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 զանգահարե՛ք (866) 314-2427 (711) հեռախոսահամարով:

Հաջմանդամություն ունեցող անձանց համար գործում են նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոջոր տպատառով տրամադրվող նյութեր: Այս դեպքում զանգահարե՛ք (866) 314-2427 (711) հեռախոսահամարով: Ծառայությունները գործում են անվճար:

ខែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាបស្ចឹម សូមទូរសព្ទទៅលេខ (866) 314-2427 (TTY: 711)។ ជំនួយ

និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ

ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។

ទូរសព្ទមកលេខ (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 (866) 314-2427 (711)。另外还提供针对残疾人士的辅助工具和服务，例如盲文文件和大字体文件。请致电 (866) 314-2427 (711)。这些服务均免费提供。

فارسی (Farsi)

توجه : اگر می خواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با (711) 314-2427 (866) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه هایی با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با (711) 314-2427 (866) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شوند.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो (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। (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 (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 (866) 314-2427 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注記：日本語での対応が必要な場合は (866) 314-2427 (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。(866) 314-2427 (711) までお電話ください。これらのサービスは無料です

한국어 (Korean)

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

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໃຫ້ໂທຫາເບີ (866) 314-2427 (711). ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ (866) 314-2427 (711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ.

Mien

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

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру (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 (866) 314-2427 (TTY: 711). Такие услуги бесплатны.

Español (Spanish)

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

Tagalog (Filipino)

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

ภาษาไทย (Thai)

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

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер (866) 314-2427 (ТТΥ: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер (866) 314-2427 (ТТΥ: 711). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

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

ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԳԻ ՄԱՍԻՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ

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

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

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

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

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

Բուժման նպատակով

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

Վնարման նպատակով

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

Բուժապասարկման գործարքների իրականացման նպատակով

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

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

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

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

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

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

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

Օրենքով պահանջվող դեպքերում

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

Հանրային առողջապահություն

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

Առողջապահության հսկողություն

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

Հետազոտություն

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

Իրավական կամ վարչական վարույթներ

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

Իրավակիրարկում

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

Առողջապահություն և անվտանգություն

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

Կառավարական գործառույթներ

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

Բռնության, անտեսման կամ ընտանեկան բռնության գոհեր

Ձեր PHL-ն կարող է տրամադրվել իրավապահ մարմիններին, եթե մենք ենթադրում ենք, որ անձը հանդիսանում է բռնության կամ անտեսման գոհ:

Աճիստակիցների փոխհատուցում

Ձեր PHL-ն կարող է օգտագործվել կամ բացահայտվել՝ ըստ Աճիստակիցներին փոխհատուցում տրամադրելու մասին օրենքների:

Բացահայտման այլ տեսակներ

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

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

Թմրամիջոցների օգտագործման հետ կապված խանգարումների (SUD) վերաբերյալ տեղեկատվություն

Չնայած մենք դաշնային օրենքով սահմանված թմրամիջոցների օգտագործման հետ կապված խանգարումների բուժման ծրագիր չենք («SUD ծրագիր»), մենք կարող ենք ստանալ տեղեկատվություն ձեր մասին՝ SUD ծրագրից: Մենք չենք կարող բացահայտել SUD վերաբերյալ տեղեկատվությունը՝ ֆաղափացիական, ֆրեական, վարչական կամ օրենսդրական գործընթացներում ձեր դեմ օգտագործելու նպատակով, եթե չունենք՝ (i) ձեր գրավոր համաձայնությունը, կամ (ii) դատարանի որոշում՝ ուղեկցված ծանուցագրով կամ այլ իրավական պահանջով, որը պարտադրում է բացահայտումը՝ այն բանից հետո, երբ ձեզ և մեզ տրվել է ծանուցում և հնարավորություն՝ ներկայացնելու մեր դիրքորոշումը:

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

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

Որո՞նք են առողջապահական տեղեկության հետ կապված ձեր իրավունքները:

Դուք իրավունք ունեք՝

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

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

- **Ստուգե՛ք ու պատճենե՛ք ձեր PHI տվյալները**

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

- **Փոփոխել ձեր PHI**

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

- **Ստացե՛ք PHI-ի բացահայտումների հաշվետվությունը (ձեր PHI-ի փոխանցում)**

Կարող ե՛ք դիմել մեզ՝ տրամադրել ձեզ որոշ երրորդ կողմ հանդիսացող մարմինների ցանկը, որոնց փոխանցել ենք ձեր PHI-ը՝ ձեր հայտին նախորդող վեց տարիների ընթացքում: Ցանկը չի ներառի PHI տվյալները, որոնք համոզագործվել են համաձայն ստորև նշվածի՝

- բուժման, վնարման կամ բուժսպասարկման գործարքների իրականացման նպատակով,
- անձանց իրենց սեփական PHI-ի վերաբերյալ,
- տարածումն իրականացվել է ձեր թույլտվությամբ,
- օգտագործման կամ բացահայտման այն դեպքերում, որոնք թույլատրված կամ պահանջվում են գործող օրենքով,
- PHI տվյալները տրամադրվել են ազգային անվտանգության կամ հետախուզական նպատակներով կամ
- որպես սահմանափակ տվյալների հավաքածուի մաս՝ համաձայն գործող օրենքի:

Մենք ձեզնից կգանձենք խելամիտ վնար յուրաքանչյուր ցանկի համար, եթե այն պահանջե՛ք մեկից ավելի անգամ **12** ամսվա ընթացքում: Դուք պետք է ձեր հարցումը գրավոր ներկայացնե՛ք: Դուք կարող ե՛ք օգտվել մեր ձևաթղթից ձեր պահանջը կազմելու համար:

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

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

Դուք մեզ կարող եմ բողոք ներկայացնել հետևյալ հասցեով՝

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

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

Դուք կարող եմ բողոք ներկայացնել U.S. Department of Health and Human Services ֆարտուղարին՝

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

Որո՞նք են մեր պարտականությունները:
Մենք պարտավորվում ենք.

- Գաղտնի պահել ձեր PHI-ն:

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

Ծանուցումը ենթակա է փոփոխության

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

Կոնտակտային տվյալներ

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

Զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ ձեր ID անդամաֆարտի վրա նշված անվճար հեռախոսահամարով՝ Շաբաթը 7 օր, 8

a.m.- 8 p.m.' տեղական ժամանակով: TTY/TDD օգտվողներին խնդրում ենք զանգահարել 711: Կամ գրեք՝ Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802 հասցեին:

Այս փաստաթուղթը կարող եմ անվճար ստանալ այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ խոշոր տառատեսակի, բրայլյան գրի կամ ձայնագրության տեսքով:

Զանգահարեք՝ (855) 882-3901, TTY/TDD՝ 711, շաբաթը 7 օր, 8 a.m. - 8 p.m.' տեղական ժամանակով: Զանգն անվճար է:

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

Կարևոր տեղեկություն Molina Healthcare-ի կողմից



CAACHY26L01296