

2026

《年度变更通知》

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

California H5649-024-000

2026 年 1 月 1 日至 12 月 31 日有效

H5649_26_024_CA_ANOC_M

CA-H5649-24-AC-ZHS-26-L



Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 由 Central Health Plan of California, Inc. 提供。

2026 年《年度变更通知》

您目前已参保成为 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 的会员。

本资料描述了明年我们的计划费用和福利变更。

- 您可在 **10 月 15 日至 12 月 7 日** 期间变更明年的 Medicare 承保。如果您未选择在 2025 年 12 月 7 日加入其他的计划，您将停留在 Central Health Dual Access Plan(HMO D-SNP)。
- 若要更换其他计划，请访问 www.Medicare.gov 或查看 2026 年《Medicare 与您》手册背面的清单。
- 请注意，这只是变更摘要。有关费用、福利和规则的更多信息，请参阅《承保证明》。请访问 centralhealthplan.com 或拨打 (866) 314-2427 联系会员服务部（TTY 用户请拨打 711），要求他们为您邮寄副本。

更多资源

- 免费提供本资料的阿拉伯文、亚美尼亚文、柬埔寨文、中文、波斯文、苗语、韩文、俄文、西班牙文、他加禄文和越南文版本。

- 请拨打 (866) 314-2427 联系会员服务部 (TTY 用户请拨打 711)，了解更多信息。服务时间为 10 月 1 日至 3 月 31 日：每周 7 天，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m.。4 月 1 日至 9 月 30 日，周一至周五，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m.. 拨打此号码免费。
- 您可以免费获得此文件其他语言的其他格式版本，如大字版、盲文或音频。致电 (866) 314-2427，(TTY:711)。拨打此号码免费。

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

- Central Health Medicare Plan 是与 Medicare 签约的 HMO/HMO SNP 计划。参保取决于合同续签。本计划还与 California Medicaid 计划签订合同，以协调您的 Medicaid 福利。
- 本资料中的“我们”或“我们的”指 Central Health Plan of California, Inc.。本资料中的“计划”或“我们的计划”指 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)。
- 如果您在 2025 年 12 月 7 日之前什么都不做，您将自动加入 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)。从 2026 年 1 月 1 日起，您将通过 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 获得医疗和处方药承保。请参阅第 3 节，了解有关如何变更计划以及变更期限的更多信息。

H5649_26_024_CA_ANOC_M

2026 年年度变更通知 目录

2026 年重要费用摘要	5
第1节 明年福利和费用变更	9
第1.1节 每月计划保费变更	9
第1.2节 最高自付金额的变更	10
第1.3节 医疗服务提供者网络变更	11
第1.4节 药房网络变更	11
第1.5节 医疗服务福利和费用变更	12
第1.6节 D 部分处方药承保变更	15
第1.7节 处方药福利和费用变更	16
第2节 行政变更	25
第3节 如何更改计划	28
第3.1节 更改计划的截止日期	29
第3.2节 一年中还有其他时间可以做出变更吗？	30
第4节 获得处方药支付帮助	31

第5节	有疑问？	33
第5.1节	向 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 寻求帮助	33
第5.2节	获取有关 Medicare 的免费咨询	34
第5.3节	向 Medicare 寻求帮助	36
第5.4节	向 Medicaid 寻求帮助	37

2026 年重要费用摘要

下表比较了 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 在几个重要方面的 2025 年费用和 2026 年费用。请注意，这只是费用摘要。

	2025 (今年)	2026 (明年)
每月计划保费* * 您的保费可能高于此金额。详见请参阅第 1.1 节。	\$0	\$0
初级保健诊室就诊	每次就诊 \$0 共付额	每次就诊 \$0 共付额
专科医生诊室就诊	每次就诊 \$0 共付额	每次就诊 \$0 共付额
住院 包括急性住院、康复住院、长期护理医院以及其他类型的住院服务。住院护理从医生开具住院医嘱并正式接收您住院当天开始计算。您出院前一天为您最后的住院日。	\$0 共付额 该计划在每个福利期内最多承保 90 天的住院护理。您还有 60 天的额外保障，称为终身储备天数。这 60 天只能使用一次。我们将自动开始应用终身储备天数，除非您明确告诉我们不要这样做（请参阅	\$0 共付额 该计划在每个福利期内最多承保 90 天的住院护理。您还有 60 天的额外保障，称为终身储备天数。这 60 天只能使用一次。我们将自动开始应用终身储备天数，除非您明确告诉我们不要

	2025 (今年)	2026 (明年)
	<p>您的《承保证明》,了解有关福利期的更多详情)。</p>	<p>这样做(请参阅您的《承保证明》,了解有关福利期的更多详情)。</p>
D 部分药物承保	<p>处方集中的 D 部分承保药物将属于同一层级。在网络药房获得一个月供应量(31 天)的费用,按标准费用分摊:</p> <p>仿制药和首选多来源药物: 每张处方您需支付 \$0。</p> <p>所有其他药物: 每张处方需支付 \$0。</p>	<p>自付额 : \$550</p> <p>在此阶段,您只需为第 1 级和第 6 级药物支付 \$0 费用分摊,为第 2 级、第 3 级、第 4 级和第 5 级药物支付适用费用,直至达到年度自付额。</p> <p>初始给付阶段的共付额 :</p> <p>第 1 层级药物 : \$0 共付额</p> <p>第 2 层级药物 : 对于所有药物,每张处方 \$0、\$1.60 或 \$2 共付额</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
		<p>第 3 层级药物：</p> <p>对于仿制药（包括被视为仿制药的品牌药），\$0、\$1.60 或 \$5.10 共付额</p> <p>对于所有其他药物，每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额</p>
		<p>第 4 层级药物：</p> <p>对于仿制药（包括被视为仿制药的品牌药），\$0、\$1.60 或 \$5.10 共付额</p> <p>对于所有其他药物，每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
		<p>第 5 层级药物：</p> <p>对于仿制药（包括被视为仿制药的品牌药），\$0、\$1.60 或 \$5.10 共付额</p> <p>对于所有其他药物，每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额</p>
		<p>第 6 层级药物：</p> <p>\$0 共付额</p>
		<p>重病给付：</p> <p>在此付款阶段，您无需支付承保的 D 部分药物费用。</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
最高自付金额 这是您为承保的 A 部分和 B 部分服务支付的 <u>最高费用</u> 。 (详见第 第1.2节 节。)	\$9,350 如果您有资格得到 Medicaid 对 Medicare 的费用分摊援助，您就无需为承保的 A 部分和 B 部分服务支付任何达最高自付金额的自付费用。	\$9,250 如果您有资格得到 Medicaid 对 Medicare 的费用分摊援助，您就无需为承保的 A 部分和 B 部分服务支付任何达最高自付金额的自付费用。

第1节 明年福利和费用变更

第1.1节 每月计划保费变更

	2025 (今年)	2026 (明年)
每月计划保费 (您还必须继续支付您的 Medicare Part B 保费，除非该保费由 Medicaid 为您支付。)	\$0	\$0

第1.2节 最高自付金额的变更

Medicare 要求所有健康计划限制您全年的自付金额。此限额称为最高自付金额。一旦您支付达到此金额，您通常在该日历年剩余时间内无需支付承保的 A 部分和 B 部分服务的费用。

	2025 (今年)	2026 (明年)
最高自付金额 由于我们的会员还能获得 Medicaid 的帮助，因此很少有会员能达到此自付费用上限。 您无需支付 A 部分和 B 部分承保服务的最高自付金额范围内的任何自付费用。 您的承保医疗服务费用（如共付额）计入您的最高自付金额。我们的计划保费和处方药费用不计入您的最高自付金额。	\$9,350	\$9,250 一旦您自费已支付承保的 A 部分和 B 部分服务费用 \$9,250 ，您在该日历年的剩余时间内将无需支付承保的 A 部分和 B 部分服务费用。

第1.3节 医疗服务提供者网络变更

明年，我们的医疗服务提供者网络将发生变化。请在 centralhealthplan.com 查看 2026 年《提供者名录》查看您的医疗服务提供者（初级保健提供者、专科医生、医院等）是否在我们的网络内。以下是获取最新《提供者名录》的方法：

- 请访问我们的网站：centralhealthplan.com。
- 请拨打 (866) 314-2427 联系会员服务部（TTY 用户请拨打 711）获取最新的医疗服务提供者信息，或要求我们为您邮寄一份《提供者名录》。

我们可能会在年内对作为我们计划一部分的医院、医生和专科医生（医疗服务提供者）进行变更。如果年中医疗服务提供者的变更对您有影响，请拨打 (866) 314-2427 联系会员服务部（TTY 用户请拨打 711）寻求帮助。有关网络提供者退出本计划时您的权利的更多信息，请参阅《承保证明》第 3 章第 2.3 节。

第1.4节 药房网络变更

您为处方药支付的金额可能取决于您使用的药房。Medicare 药物计划有一个网络药房。在大多数情况下，只有在我们的网络药房配药，您的处方药才能获得承保。

我们明年的药房网络有所变化。查看 2026 《药房名录》centralhealthplan.com，了解我们的网络中有哪些药房。以下是获取最新《药房名录》的方法：

- 请访问我们的网站：centralhealthplan.com。

- 请拨打 (866) 314-2427 联系会员服务部 (TTY 用户请拨打 711) 获取最新的药房信息 , 或要求我们为您邮寄一份《药房名录》。

我们可能在年内更改计划中的药房。如果我们药房的年中变更对您有影响 , 请拨打 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711) 联系会员服务部寻求帮助。

第1.5节 医疗服务福利和费用变更

《年度变更通知》会告诉您有关 Medicare 福利和费用的变更。

	2025 (今 年)	2026 (明 年)
非处方 (OTC) 物品 (补充)	您将收到一张 MyChoice 预付借记卡 , 包括每季度合计 \$150 的津贴 , 用于购买 OTC 物品、 OTC 助听器。	您将收到一张 MyChoice 预付借记卡 , 包括每季度合计 \$120 的津贴 , 用于购买 OTC 物品。
额外远程医疗福利	您需为某些远程医疗服务支付 \$0 的共付额 , 包括初级保健医生服务、整脊服务、职业治疗服务、专科医生服务、心理健康服务、心理治疗师个人疗程、专科服务个人疗程、	您需为某些远程医疗服务支付 \$0 共付额 , 包括心脏康复服务、初级保健医生服务、整脊服务、职业治疗服务、专科医生服

	2025 (今 年)	2026 (明 年)
	<p>心理健康专科服务团体疗程、足病服务、其他医疗保健专业人员、精神科服务个人疗程、精神科服务团体疗程、物理治疗和语言病理学服务、阿片类药物治疗计划服务、药物滥用门诊个人疗程以及药物滥用门诊团体疗程。</p>	<p>务、心理健康专科服务个人疗程、心理健康专科服务团体疗程、足病服务、其他医疗保健专业人员、精神科服务个人疗程、精神科服务团体疗程、物理治疗和语言病理学服务、阿片类药物治疗计划服务、药物滥用门诊个人疗程以及药物滥用门诊团体疗程。</p>
居家支持服务	<p>您可以通过我们计划批准的供应商之一支付 \$0 共付额，每日历年最多可使用 20 个小时。</p>	<p>这不属于承保的补充福利。</p>
视力服务（补充）	<p>我们与眼科供应商合作，为您的日常视力需求提供更多选择！</p>	<p>我们与眼科供应商合作，为您的日常视力需求提供更多</p>

	2025 (今 年)	2026 (明 年)
	<p>补充视力承保的服务包括但不限于：每个日历年一次例行眼科检查。\$300 眼镜津贴。您可使用眼镜津贴购买：隐形眼镜* 眼镜（镜片和镜框）眼镜镜片和/或镜框升级（如有色、U-V、偏光或变色镜片）。*如果您选择隐形眼镜，您的眼镜津贴也可用于支付全部或部分隐形眼镜验配费。您将负责支付超出计划眼镜津贴限额的任何矫正眼镜的费用。对于每个日历年最多一次常规配镜眼科检查（和验光），您需支付 \$0。</p>	<p>选择！补充视力承保的服务包括但不限于：每个日历年一次例行眼科检查。\$200 眼镜津贴。您可使用眼镜津贴购买：隐形眼镜* 眼镜（镜片和镜框）眼镜镜片和/或镜框升级（如有色、U-V、偏光或变色镜片）。*如果您选择隐形眼镜，您的眼镜津贴也可用于支付全部或部分隐形眼镜验配费。您将负责支付超出计划眼镜津贴限额的任何矫正眼镜的费用。对于每个日历年最多一次常规配镜眼科检查（和验光），您需支付 \$0。</p>

	2025 (今 年)	2026 (明 年)
膳食福利 - 出院后 (补充)	这不属于承保的补充福利。	根据这项福利，计划个案经理将确定哪些会员符合条件。您可获得每天2餐。餐食种类将根据您可能有的任何饮食需求而定。每年计划最多提供2周，共56餐。

第1.6节 D 部分处方药承保变更

《药物清单》的变更

我们的承保药物清单称为处方集或《药物清单》。我们通过电子方式提供《药物清单》的副本。

我们对《药物清单》进行了变更，其中可能包括删除或添加药物、更改某些药物的承保限制或将其转入不同的费用分摊等级。查看《药物清单》，确保您的药物明年将得到承保，并了解是否有任何限制，或者您的药品是否已移至不同的费用分摊等级。

《药物清单》中的大多数变化都是每年年初的新变化。但是，在计划年度内，我们可能会在 Medicare 规定允许的范围内做出其他对您有影响的变更。我们至少每月更新一次在线《药物

清单》，以提供最新的药物清单。如果我们做出的更改会影响您使用正在服用的药物，我们会向您发送更改通知。

如果您在年初或年中受到药物承保变更的影响，请查看您的《承保证明》第 9 章，并与您的医生讨论，了解您的选择，如要求临时供应、申请例外处理和/或努力寻找新药。请拨打 (866) 314-2427 联系会员服务部 (TTY 用户请拨打 711) 获取更多信息。

第1.7节 处方药福利和费用变更

您是否获得 Extra Help 以支付药物承保费用？

如果您参加了帮助支付药物费用的计划 (Extra Help)，有关 D 部分药物费用的信息可能对您不适用。我们向您发送了一份单独的材料，称为《获得处方药 Extra Help 的人的承保证明附加条款》，其中告诉您有关您的药物费用。如果您获得了 Extra Help，但到 9 月 30 日 之前没有收到此材料，请致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711) 并要求提供 LIS 附加条款。

药物付款阶段

有 3 个药物付款阶段：年度自付额阶段、初始给付阶段和重病给付阶段。D 部分福利中将不再存在承保缺口阶段和承保缺口折扣计划。

- **第 1 阶段：年度自付额**

每个日历年都从这一付款阶段开始。在此阶段，您需支付 D 部分药物的全额费用，直至达到年度自付额为止。

• 第 2 阶段：初始给付

一旦支付了年度自付额，您就进入了初始给付阶段。在此阶段，本计划将支付您药物费用中的相应份额，而您则支付您应承担的份额。在您的年度迄今自付费用达到 \$2,100之前，您一般会一直处于这一阶段。

• 第 3 阶段：重病给付

这是第三个也是最后一个药物付款阶段。在此付款阶段，您无需为承保的 D 部分药物支付费用。在日历年结束之前，您将一直处于此阶段。

Coverage Gap Discount Program 已经被 Manufacturer Discount Program 所取代。根据 Manufacturer Discount Program，药物制造商在初始给付阶段和重病给付阶段为承保的 D 部分品牌药和生物制剂支付计划全额费用的一部分。制造商根据 Manufacturer Discount Program 支付的折扣不计入自付费用。

下表显示了这一阶段每张处方的费用。

	2025 (今 年)	2026 (明 年)
年度自付额	\$0	\$550 在此阶段，您只需为第 1 级和第 6 级药物支付 \$0 费用分摊，为第 2 级、

	2025 (今年)	2026 (明年)
		第 3 级、第 4 级和第 5 级药物支付适用费用，直至达到年度自付额。

第 2 阶段的药物费用 : 初始给付

该表显示了您在网络药房按标准费用分摊获取一个月供应量的每张处方的费用。

大多数成人 D 部分疫苗均免费承保。有关疫苗费用的更多信息，或有关费用的信息，请参阅《承保证明》第 6 章。

一旦您自付了 \$2,100 的 D 部分承保药物费用，您将进入下一阶段（重病给付阶段）。

	2025 (今年)	2026 (明年)
第 1 级 (首选仿制药) : 我们更改了《药物清单》中部分药品的层级。如需了解您的药物	处方集中的 D 部分承保药物将属于同一层级。在网络药房获得一个月供应量 (31 天) 的费用，按标准费用分摊：	总费用的共付额为 \$0

	2025 (今年)	2026 (明年)
是否属于不同的层级，请在《药物清单》中查找。	<p>仿制药和首选多来源药品：</p> <p>每张处方只需支付 \$0。</p> <p>所有其他药物：</p> <p>每张处方需支付 \$0。</p> <p>每张处方只需支付 \$0。一旦您自付了 \$2,000 的 D 部分药物费用，您将进入下一阶段（重病给付阶段）。在重病给付阶段，您的费用分摊额为 \$0）。</p>	
第 2 级（仿制药）：	<p>处方集中的 D 部分承保药物将属于同一层级。</p> <p>在网络药房获得一个月供应量的费用，按标准费用分</p>	对于所有药物，每张处方 \$0、\$1.60 或 \$2 共付额

	2025 (今年)	2026 (明年)
	<p>摊 :</p> <p>仿制药和首选多来源药物 : 每张处方您需支付 \$0。</p> <p>所有其他药物 : 每张处方只需支付 \$0。 一旦您自付了 \$2,000 的 D 部分 药物费用 , 您将进入下一阶段 (重病 给付阶段)。在重 病给付阶段 , 您的 费用分摊额为 \$0)。</p>	
第 3 级 (首选品牌药) :	处方集中的 D 部分 承保药物将属于同 一层级。	对于仿制药 (包括 被视为仿制药的品 牌药) , \$0、 \$1.60 或 \$5.10

	2025 (今年)	2026 (明年)
	<p>在网络药房获得一个月供应量的费用，按标准费用分摊：</p> <p>仿制药和首选多来源药物： 每张处方您需支付 \$0。</p> <p>所有其他药物： 每张处方只需支付 \$0。</p> <p>一旦您自付了 \$2,000 的 D 部分药物费用，您将进入下一阶段（重病给付阶段）。在重病给付阶段，您的费用分摊额为 \$0）。</p>	<p>对于所有其他药物，每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额。</p>
第 4 级（非首选药物）：	<p>处方集中的 D 部分承保药物将属于同一层级。</p>	<p>对于仿制药（包括被视为仿制药的品牌药），\$0、</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
	<p>在网络药房获得一个月供应量的费用，按标准费用分摊：</p> <p>仿制药和首选多来源药物： 每张处方您需支付 \$0。</p> <p>所有其他药物： 每张处方只需支付 \$0。</p> <p>一旦您自付了 \$2,000 的 D 部分药物费用，您将进入下一阶段（重病给付阶段）。在重病给付阶段，您的费用分摊额为 \$0）。</p>	<p>\$1.60 或 \$5.10</p> <p>对于所有其他药物，每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额。</p>
第 5 级（专科药物）：	处方集中的 D 部分承保药物将属于同一层级。	对于仿制药（包括被视为仿制药的品牌药），\$0、

	2025 (今年)	2026 (明年)
	<p>在网络药房获得一个月供应量的费用，按标准费用分摊：</p> <p>仿制药和首选多来源药物： 每张处方您需支付 \$0。</p> <p>所有其他药物： 每张处方只需支付 \$0。</p> <p>一旦您自付了 \$2,000 的 D 部分药物费用，您将进入下一阶段（重病给付阶段）。在重病给付阶段，您的费用分摊额为 \$0）。</p>	<p>\$1.60 或 \$5.10</p> <p>对于所有其他药物，每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额。</p>
第 6 级（精选护理药物）：	<p>处方集中的 D 部分承保药物将属于同一层级。</p>	总费用的 \$0

2025 (今年)	2026 (明年)
<p>在网络药房获得一个月供应量的费用，按标准费用分摊：</p> <p>仿制药和首选多来源药物： 每张处方您需支付 \$0。</p> <p>所有其他药物： 每张处方只需支付 \$0。</p> <p>一旦您自付了 \$2,000 的 D 部分药物费用，您将进入下一阶段（重病给付阶段）。在重病给付阶段，您的费用分摊额为 \$0）。</p>	

VBID D 部分福利的变更

在 2025 年，Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 参与了价值型保险设计 (VBID) 模型，但该计划将于今年终止。

作为 VBID 模型 D 部分福利的一部分，Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 可免除 D 部分药物的费用分摊部分。由于该计划已经结束，会员可能需要为所有承保阶段的所有 D 部分药物支付费用分摊。如需了解更多信息，请致电会员服务部。

重病给付阶段的变更

有关重病给付阶段费用的具体信息，请参阅您的《承保证明》第 6 章第 6 节。

第2节 行政变更

我们正在为明年做出行政变更。下表中的信息描述了这些变更。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
Tivity 不再是 2026 年的签约供应商。	您的健身/健身房福利由 Tivity D.B.A. 管理。 SilverSneakers。	Silver&Fit 是 2026 年的签约健身/健身房服务供应商。
Healthrageous 不再是 2026 年的签约供应商。	您的膳食服务由 Healthrageous 提供。	NationsBenefits 是 2026 年的签约膳食供应商。
Aloecare 不再是 2026 年的签约供应	您的 PERS 福利由 Aloecare 管理。	Medical Guardian 是 2026 年的签约

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
商。		PERS 供应商。
Medicare Prescription Payment Plan	不适用	<p>Medicare Prescription Payment Plan 是一种新的付款方式，可与您当前的药物承保配合使用，并且它可以通过费用分摊到全年 (1 月至 12 月) 不同的每月付款来帮助您管理药物费用。如需了解有关此付款方式的更多信息，请通过以下方式联系我们 (866) 314-2427 (TTY: 711) 或访问 Medicare.gov</p>
慢性病患者特殊补充福利 (SSBCI)	如果您经诊断患有下列慢性病并符合特定标准，您可能有资格享受针对慢性病患者的特别补充福利。符	如果您经诊断患有下列慢性病并符合特定标准，您可能有资格享受针对慢性病患者的特别补

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
	<p>符合条件的慢性病包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 心血管疾病• 慢性心力衰竭• 痴呆症• 糖尿病• 慢性肺部疾病• 肾病	<p>充福利。符合条件的慢性病包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 心血管疾病• 慢性心力衰竭• 痴呆症• 糖尿病• 慢性肺部疾病• 慢性肾病 (CKD)• 慢性酒精使用障碍和其他物质使用障碍 (SUD)• 癌症• 自身免疫性疾病• 超重、肥胖和代谢综合症• 慢性胃肠道疾病• 严重的血液系统疾病• HIV/AIDS• 慢性且致残性心理健康状况

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
		<ul style="list-style-type: none">• 神经系统疾病• 中风• 器官移植后• 免疫缺陷和免疫抑制性疾病• 与认知障碍相关的疾病• 有功能挑战性的状况• 影响视力、听力(耳聋)、味觉、触觉和嗅觉的慢性疾病• 需要持续治疗服务才能维持或保留个人功能的疾病

第3节 如何更改计划

要想留在 Central Health Dual Access Plan(HMO D-SNP) , 您不需要做任何事情。除非您在 12 月 7 日之前未注册加入其

他计划或转入 Original Medicare , 否则您将自动加入我们的 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)。

如果您想更改 2026 年的计划 , 请按照以下步骤操作 :

- 若要转换至其他 Medicare 健康计划 , 请投保新计划。您将自动从 Central Health Dual Access Plan(HMO D-SNP) 退保。
- 若要转入包含 Medicare 药物承保的 Original Medicare , 请投保新计划。您将自动从 Central Health Dual Access Plan(HMO D-SNP) 退保。
- 若要转入不包含药物计划的 Original Medicare , 您可向我们发送书面退保申请。请拨打 (866) 314-2427 联系会员服务部 (TTY 用户请拨打 711) , 以获取有关如何执行此操作的更多信息。或者 , 拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 Medicare 并要求退保。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。如果您未参保 Medicare 药物计划 , 您可能要支付 D 部分逾期参保罚金 (请参阅《承保证明》第 1 章第 4.4 节) 。
- 如需了解更多有关 Original Medicare 和不同类型 Medicare 计划的信息 , 请访问 www.Medicare.gov 查阅 2026 年《Medicare 与您》手册 , 或致电您的 State Health Insurance Assistance Program (请参阅第 6 节) , 或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 。

第3.1节 改变计划的截止日期

参加 Medicare 的人员可在每年 10 月 15 日至 12 月 7 日期间更改其承保范围。

如果您在 2026 年 1 月 1 日前参保 Medicare Advantage 计划，并且您不喜欢您的计划选择，您也可以在 2026 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期间转入另一个 Medicare 健康计划（包括或不包括 Medicare 药物承保）或转入 Original Medicare（包括或不包括单独的 Medicare 药物承保）。

第3.2节 一年中还有其他时间可以做出变更吗？

在某些情况下，人们在一年中可能还有其他变更的机会。这些人包括

- 拥有 Medicaid
- 获得 Extra Help 支付药费
- 已经或即将离开雇主承保
- 迁出本计划的服务区域

由于您享有 Medicaid，您可以在一年中的任何月份选择以下 Medicare 选项之一来终止您在我们的计划中的会员资格：

- Original Medicare 包括单独的 Medicare 处方药计划，
- Original Medicare 不包括单独的 Medicare 处方药计划（如果选择此选项，除非您选择退出自动参保，否则 Medicare 可能会为您加入药物计划），或
- 如果符合条件，综合 D-SNP 在一个计划中提供您的 Medicare 和大部分或全部 Medicaid 福利和服务

如果您最近搬入或目前住在机构（如专业护理机构或长期护理医院），您可以随时更改您的 Medicare 承保范围。您可以随时更改为任何其他 Medicare 健康计划（包含或不包括 Medicare 药物承保）或转换为 Original Medicare（包含或不包括单独的 Medicare 药物计划）。如果您最近搬出了某个机构，您有机会在搬出当月后的 2 个整月内更改计划或转入 Original Medicare。

第4节 获得处方药支付帮助

您可能有资格获得处方药费用补助。我们可以提供各种帮助：

- 从 Medicare 获得的 Extra Help。收入有限的人可能有资格获得 Extra Help，以支付处方药费用。如果您符合资格，Medicare 可为您支付高达 75% 或更多的药物费用，包括每月的药物计划保费、每年的自付额和共同保险。此外，符合条件的人不会有逾期参保罚金。如需了解您是否符合条件，请致电
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户可以拨打 1-877-486-2048，全天 24 小时，每周 7 天。
 - 您可以拨打社会安全局的电话 1-800-772-1213，周一至周五 8 a.m. 至 7 p.m.，联系代表。自动留言 24 小时开通。TTY 用户可拨打 1-800-325-0778。
 - 您所在州的 Medicaid 办公室。

- **艾滋 (HIV/AIDS) 病患者处方药费用分摊补助。** AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 帮助确保符合 ADAP 资格 HIV/AIDS 感染者能够获得挽救生命的 HIV 药物。要符合您所在州 ADAP 的资格，个人必须满足某些条件，包括提供所在州居住证明和 HIV 状态证明、符合州定义的低收入标准，以及无保险/保险不足的状况。同时由 ADAP 承保的 Medicare Part D 处方药有资格通过 Office of AIDS 获得处方费用分摊援助。有关资格标准、承保药物、如何加入该计划，或者关于如果您目前已加入该计划，如何继续获得帮助的信息，请致电 (916) 449-5900。打电话时请务必告知他们您的 Medicare Part D 计划名称或保单号。
- **Medicare Prescription Payment Plan。** Medicare Prescription Payment Plan 是一种付款方式，可与您目前的药物承保配合使用，通过在日历年（1 月至 12 月）内费用分摊，帮助您管理本计划承保药物的自付费用。任何参保 Medicare 药物计划或有药物承保的 Medicare 健康计划（如有药物承保的 Medicare Advantage 计划）的人都可以使用此付款方式。这种付款方式可能有助于您管理费用，但并不能为您省钱或降低药物费用。
- 对于符合条件的人来说，Medicare 提供的 Extra Help 以及 SPAP 和 ADAP 提供的帮助比参加 Medicare Prescription Payment Plan 更有利。无论收入水平如何，所有会员都有资格参保 Medicare Prescription Payment Plan。如需了解有关此付款方式的更多信息，请致电 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711) 或访问 www.Medicare.gov。

第5节 有疑问？

第5.1节 向 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 寻求帮助

- **请致电会员服务部 (866) 314-2427。(仅限 TTY 用户，请致电 711。) 您可通过电话联系我们。服务时间为 10 月 1 日至 3 月 31 日，每周 7 天，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m.。4 月 1 日至 9 月 30 日，周一至周五，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m.。拨打此免费号码。**
- **阅读您的 2026 《承保证明》**

本《年度变更通知》概述了以下福利和费用的2026 年度变更情况。有关详细信息，请参阅 2026 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 《承保证明》。本《承保证明》是对计划福利的合法、详细说明。它解释了您的权利以及获得承保服务和处方药需要遵守的规则。《承保证明》副本可在我们的网站上查阅，网址为 centralhealthplan.com。您也可以致电会员服务部要求我们为您邮寄《承保证明》。

访问我们的网站

您还可以访问我们的网站 centralhealthplan.com。请注意，我们的网站上有关于我们的医疗服务提供者网络（《医疗服务提供者与药房名录》）和我们的《承保药物清单》（处方集/药物清单）的最新信息。

第5.2节 获取有关 Medicare 的免费咨询

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 是一项独立的政府计划，各州都有训练有素的顾问。在 California , SHIP 被称为

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

致电 获取个性化健康保险咨询。他们可以帮助您了解您的 Medicare 和 Medicaid 计划选择，并回答有关转换计划的问题。的信息，请访问 (<https://www.aging.ca.gov/hicap>)。

第5.3节 向 Medicare 寻求帮助

- **拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

您可以每周 7 天，每天 24 小时免费拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。

- 通过 [www.Medicare.gov](https://www.Medicare.gov/talk-to-someone) 进行实时聊天

您可以通过 www.Medicare.gov/talk-to-someone 进行实时聊天

- **写信给 Medicare**

您可以写信给 Medicare，地址：PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- 访问 www.Medicare.gov

Medicare 官方网站包含有关费用、承保范围和质量星级评定的信息，可帮助您比较所在地区的 Medicare 健康计划。

- 阅读 2026 年《*Medicare 与您*》

每年秋季都会向参保 Medicare 的人员邮寄 2026 年《*Medicare 与您*》手册。该手册中概述了 Medicare 福利、权利和保护，并对有关 Medicare 的最常见问题进行回答。请登录 www.Medicare.gov 或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 获取副本。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。

第5.4节 向 Medicaid 寻求帮助

请致电 (916) 449-5000 联系 California Department of Health Care Services。TTY 用户请拨打 711。

其他重要的 Healthcare 和会员资源信息

- 电子通知 (ELN) - 如何获取重要文件
- 非歧视通知 (NDN) - 第 1557 节
- 可用性通知 (NOA) - 语言协助服务
- 隐私惯例通知 (NPP)



如何获取重要的计划文件

您对我们很重要！我们能让您轻松获取所需信息。上网查看重要计划文件并查找网络提供者或药房。您还可以随时随地通过任何设备查询处方药。您的 2026 年计划文件，如《承保证明》、处方集和《提供者/药房名录》将于 2025 年 10 月 15 日前在网上提供。

了解您的计划文件

- **《承保证明》 (EOC) :** 计划承保范围指南。它详细介绍了您的计划福利和承保范围、会员权利等。
- **处方集 (《药物清单》) :** 您计划下的承保药物清单。
- **《提供者/药房名录》 :** 网络在线医生、专科医生和药房的列表，包括电话号码和地址。您可以使用我们的在线目录 CentralHealthPlan.com/doctor. 查找网络提供者或药房。
- **《隐私惯例通知》 :** 本通知说明了如何使用和披露您的医疗信息，以及您如何获取这些信息。请访问我们的网站 CentralHealthPlan.com/chp/Member/PrivacyNotice。

如何查看或获取计划文件副本



在线访问 CentralHealthPlan.com

随时随地在线查看或下载计划文件副本。使用任何设备，如电脑、平板电脑或手机。您的 2026 年计划文件将于 2025 年 10 月 15 日前在线提供。



在线访问 MyCHPportal.com。

访问我们的自助式会员门户网站，可全天候在线查看您的计划文件，或查找网络提供者或药房。登录您的会员门户或在 MyCHPportal.com 上设置帐户。单击“创建账户”，然后按步骤说明注册。



拨打免费电话

如果您无法使用电脑，或者您希望邮寄 EOC 或《提供者/药房名录》的复印件，请告诉我们。如需计划文件的复印件，请拨打会员服务部免费电话，号码位于您的 ID 卡背面，服务时间为周一至周五，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m..

我们在此提供帮助

如果您对自己的福利有疑问，需要帮助寻找网络提供者或药房，请拨打会员服务部免费电话，号码位于您的 ID 卡背面。



非歧视通知

第 1557 节

Central Health Plan

歧视是违法行为。Central Health Plan 遵守州和联邦民权法。Central Health Plan 不会因性别、种族、肤色、宗教、血统、国籍、民族认同、年龄、精神残疾、身体残疾、医疗状况、基因信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向而非法歧视、排斥或区别对待他人。

Central Health Plan 提供：

- 及时向残疾人士提供免费的辅助工具和服务，帮助他们更好地沟通，例如：
 - 合格的手语翻译
 - 其他格式的书面信息（大字版、音频、无障碍电子格式、其他格式）
- 及时为母语不是英语的人提供免费语言服务，如
 - 合格的口译员
 - 其他语言的书面信息

如果您需要这些服务，请在 之间致电 1-855 687-7860 联系 Central Health Plan，8 a.m. 至 8 p.m. 之间致电 (866) 314-2427。如果您听力或说话障碍，请拨打 711。根据要求，我们可以为您提供本文件的盲文版、大字版、音频或电子版。要获取这些替代格式的副本，请致电或写信至：

Central Health Plan

Civil Rights Coordinator

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

电话: 1-866-606-3889。如果您听力或说话障碍，请拨打 711。

如何提出申诉

如果您认为 Central Health Plan 未能提供这些服务，或以其他方式基于性别、种族、肤色、宗教、血统、国籍、族裔认同、年龄、精神残疾、身体残疾、医疗状况、基因信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向进行非法歧视，您可以向 Central Health Plan 的民权协调员提出申诉。您可以通过电话、书面、亲自或电子方式提出申诉：

- **电话:** 请于 8:30 a.m. 至 5:30 p.m. 之间致电 1-866-606-3889 联系 Central Health Plan 的民权协调员。或者，如果您听力或说话障碍，请拨打 711。
- **致函 :**填写投诉表或写信寄送至：
Central Health Plan
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802
- **亲自 :**前往您的医生诊室或 Central Health Plan 并说您想要提出申诉。

- 电子方式：发送邮件至 Civil.Rights@MolinaHealthcare.com。您还可以访问 Central Health Plan 网站 MolinaHealthcare.Alertline.com。

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

您也可以通过电话、书面或电子方式向 California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights 提出公民权利投诉：

- 电话：拨打 1-916-440-7370。如果您说话或听力障碍，请拨打 711（电信 Relay 服务）。
- 致函：填写投诉表或发送信件至：

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

投诉表格可在以下网址获取：DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。

- 电子方式：发送邮件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

如果您认为自己因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而受到歧视，您可以通过电话、书面或电子方式向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights 提起民权投诉（申诉）：

- **电话:** 拨打 1-800-368-1019。如果您说话或听力障碍，请拨打 TTY/TDD : 1-800-537-7697。

- **致函 :**填写投诉表格或发送信件至：

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

投诉表格可在 HHS.gov/ocr/office/file/index.html 上获取。

- **电子方式 :**访问 Office for Civil Rights 投诉门户网站

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 أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برييل والخط الكبير، اتصل ب 314-2427 (866) (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY : يمكنهم الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեզ հարկավոր է աջակցություն ձեր լեզվով, ապա զանգահարեք (866) 314-2427 (711) հեռախոսահամարով:

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

ខេរ (Cambodian)

ចំណាំ: បឹងក្រោះការជំនួយជាកាសាបស់អ្នក សូមទ្វាសព្យាល់លេខ (866) 314-2427 (TTY: 711)។ ជំនួយ

និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ

នូចជាតិកាសាសរសេរជាមក្ស្យដុំសសម្រាប់ជនពិការអ្នក
ប្រើប្រាស់កាសាសរសេរជាមក្ស្យពុម្ពដំ កំអាចរកបានជនដែរ។

ទ្វាសព្យាល់មកលេខ (866) 314-2427 (TTY: 711)។

សេវាកម្មទាំងនេះមិនគីតថ្មីយ។

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.

ہندی (Hindi)

�्यान 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: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທທາເບີ (866) 314-2427 (711). ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ:
ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ມີໂຕຜົມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທທາເບີ (866) 314-2427 (711). ການບໍລິການເຫຼົານີ້ແມ່ນຜົນ.

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)

ਪਿਆਨ 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 ਮੇਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। (866) 314-2427 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ 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) น อกจากนี้ 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 (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 (866) 314-2427 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số (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.

《隐私惯例通知》

本通知说明了如何使用和披露您的医疗信息，以及您如何获取这些信息。请仔细阅读。

本通知描述了 Molina Healthcare 附属健康计划（在此称为“**Molina**”、“我们”或“我们的”）的隐私惯例。我们使用并分享有关您的受保护健康信息（“**PHI**”），以便为您作为 Molina 会员提供健康福利。我们使用和分享您的 PHI 是为了开展治疗、付款和医疗保健业务。在法律允许和要求的情况下，我们还会出于其他原因使用和分享您的 PHI。我们有责任对您的健康信息保密，并遵守本通知的条款。本通知的生效日期为 2026 年 1 月 1 日。

PHI 是包括您的姓名、会员号或其他标识符的健康信息，由我们使用或共享。**PHI** 包括有关物质使用障碍的健康信息和生物特征信息（如声纹）。

为什么我们使用或分享您的 **PHI**？

我们使用或分享您的 **PHI** 是为了向您提供医疗保健福利。使用或分享您的 **PHI** 也是为了开展治疗、付款和医疗保健业务。

用于治疗

我们可能使用或共享您的 **PHI** 为您提供或安排医疗护理。这种治疗还包括医生或其他医疗保健提供者之间的转诊。例如，我们可能会与专科医生分享有关您健康状况的信息。这有助于专科医生与您的医生讨论您的治疗方案。

对于付款

我们可能会使用或共享 **PHI** 以作出付款决定。这可能包括索赔、治疗批准和有关医疗需求的决定。账单上可能写有您的姓

自 2026 年 1 月 1 日起生效

名、病症、治疗情况和所提供的用品。例如，我们可能会让医生知道您享有我们的福利。我们还会告诉医生我们将支付的账单金额。

用于医疗保健业务

我们可能会使用或共享您的 PHI 来运营我们的健康计划。例如，我们可能会使用您的索赔信息让您了解可以帮助您的健康计划。我们也可能使用或分享您的 PHI 以解决您的疑虑。您的 PHI 也可能用于确认索赔是否得到正确支付。

医疗保健业务涉及许多日常业务需求。其中包括但不限于以下业务：

- 提高质量；
- 在健康计划中采取行动，帮助患有某些疾病（如哮喘）的会员；
- 进行或安排医疗审查；
- 法律服务，包括欺诈和滥用检测与起诉计划；
- 采取行动帮助我们遵守法律；
- 满足会员需求，包括解决投诉和申诉。

我们将与为我们的健康计划执行不同活动的其他公司（“业务合作方”）共享您的 PHI。我们还可能使用您的 PHI 为您提供预约提醒。我们可能会使用您的 PHI 向您提供有关其他治疗或其他健康相关福利和服务的信息。

什么情况下我们可以在未获得您书面授权（批准）的情况下使用或共享您的 PHI？

除了治疗、付款和医疗保健业务外，法律还允许或要求 Molina 出于以下几种其他目的使用和共享您的 PHI：

法律要求

我们将根据法律要求使用或共享您的信息。在 Department of Health and Human Services (HHS) 部长要求时，我们将分享您的 PHI。这可能是为了法庭案件、其他法律审查或执法需要。

公共卫生

您的 PHI 可能会为公共卫生目的而被使用或共享。这可能包括帮助公共卫生机构预防或控制疾病。

健康护理监督

您的 PHI 可能会被政府机构使用或共享。他们可能需要您的 PHI 进行审计。

研究

在某些情况下，如经隐私或机构审查委员会的批准，您的 PHI 可用于研究或与他人共享。

法律或行政程序

您的 PHI 可能在法律程序中被使用或共享，例如在响应法院命令时。

执法

您的 PHI 可能会被警方使用或与警方共享以用于执法目的，例如帮助寻找嫌疑人、证人或失踪人员。

健康与安全

您的 PHI 可能会被共享，以防止对个人或公众的健康或安全造成严重和迫在眉睫的威胁。

政府职能

您的 PHI 可能会出于特殊功能而与政府共享。保护总统就是一个例子。

虐待、忽视或家庭暴力的受害者

如果我们认为某人是虐待或忽视的受害者，您的 PHI 可能会与法律机构共享。

工人赔偿

您的 PHI 可能在遵守工人赔偿法的情况下被使用或共享。

其他披露

您的 PHI 可能会与葬礼负责人或验尸官共享，以帮助他们开展工作。

使用和披露的额外限制。

一些联邦和州法律可能要求特殊的隐私保护，以限制某些类型的健康信息的使用和披露。此类法律可能保护以下类型的信息：酒精和物质使用障碍、生物特征信息、儿童或成人虐待或忽视（包括性侵犯）、传染病、基因信息、HIV/AIDS、心理健康、未成年人信息、处方、生殖健康和性传播疾病。我们将遵守适用于我们且更为严格的法律。

物质使用障碍 (SUD) 信息。

虽然我们不是联邦法律规定的物质使用障碍治疗计划（“SUD Program”），但我们可能会从 SUD Program 收到有关您的信息。我们不得披露 SUD 信息以用于针对您的民事、刑事、行政或立法程序，除非我们 (i) 获得您的书面同意，或 (ii) 在通知我们和您并给予听证机会后，获得附有传票的法院命令或其他强制披露的法律要求。

我们何时需要您的书面授权（批准）才能使用或共享您的 PHI？
我们需要获得您的书面批准才能使用或共享您的 PHI，用于本通知所列目以外的目的。我们在披露您的 PHI 用于以下目的之前需要您的授权：(1) 心理治疗记录的大部分使用和披露；(2) 出于营销目的的使用和披露；以及 (3) 涉及出售 PHI 的使用和披露。您可以取消对我们的书面批准。您的取消将不适用于我们因您给予批准而已经采取的行动。

您有哪些健康信息权利？

您有权：

- 要求限制 PHI 的使用或披露（共享您的 PHI）**

您可以要求我们不为开展治疗、付款或医疗保健业务而共享您的 PHI。您也可以要求我们不要将您的 PHI 与您的家人、朋友或您指定的与您的健康护理有关的其他人分享。但是，我们并不一定要同意您的要求。您需要以书面形式提出要求。您可以使用我们的表格提出申请。

- 要求对 PHI 进行保密通信**

您可以要求 Molina 以特定方式或在特定地点提供您的 PHI，以帮助保护您的 PHI 的隐私。如果您告诉我们分享全部或部分 PHI 可能会危及您的生命，我们将遵从您的合理要求。您需要以书面形式提出要求。您可以使用我们的表格提出申请。

- **查看并复制您的 PHI**

您有权查看并获取我们持有的您的 PHI 的副本。这可能包括作为我们会员在做出承保、索赔和其他决定时使用的记录。您需要以书面形式提出要求。您可以使用我们的表格提出申请。我们可能会向您收取复印和邮寄记录的合理费用。在某些情况下，我们可能会拒绝该要求。重要须知：我们没有您的医疗记录的完整副本。如果您想查看、复制或更改您的医疗记录，请联系您的医生或诊所。

- **修改您的 PHI**

您可以要求我们修改（更改）您的 PHI。这涉及我们保存的关于您作为会员的记录。您需要以书面形式提出要求。您可以使用我们的表格提出申请。如果我们拒绝您的要求，您可以写信表示不同意。

- **接收 PHI 披露（共享您的 PHI）的说明**

您可以要求我们向您提供一份清单，列出在您提出申请之日前的六年内，我们曾与哪些方共享过您的 PHI。该清单不包括以下分享的 PHI：

- 用于治疗、付款或医疗保健业务；
- 向个人提供有关其自身 PHI 的信息；
- 经您授权后分享；
- 由于适用法律允许或要求的使用或披露；
- 为维护国家安全或情报目的而公布的 PHI；或
- 根据适用法律，作为有限数据集的一部分。

如果您在 12 个月内多次索取该清单，我们将对每份清单收取合理费用。您需要以书面形式提出要求。您可以使用我们的表格提出申请。

您可以提出上述任何要求，也可以获取本通知的纸质副本。请拨打您的 ID 卡背面我们会员服务部的免费电话，每周 7 天，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m.. TTY/TDD 用户请拨打 711。

如果您的权利未得到保护，该怎么办？

如果您认为隐私权受到侵犯，可以向我们和 Department of Health and Human Services 投诉。我们不会因为您提出投诉而对您采取任何不利措施。您的护理和福利不会有任何改变。

您可以通过以下方式向我们投诉：

请拨打您的 ID 卡背面会员服务部的免费电话，每周 7 天，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m.. TTY/TDD 用户请拨打 711。或者写信给我们：

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

您可以通过以下方式向 U.S. Department of Health and Human Services 部长提出投诉：

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 (传真)

我们的职责是什么？

我们需要：

- 保密您的 PHI；
- 向您提供此类书面信息，说明我们对您的 PHI 的职责和隐私保护措施；
- 在您的未受保护 PHI 遭到泄露时向您发出通知；
- 不为承保目的使用或披露您的基因信息；
- 遵守本通知的条款。

本通知可能会有变更

我们保留随时更改其信息惯例和本通知条款的权利。如果我们这样做，新的条款和惯例将适用于我们保存的所有 PHI。如果我们做出任何重大变更，我们将在我们的网站上发布修订后的通知，并在下一次年度邮件中向届时受我们承保的会员发送修订后的通知或关于重大变更以及如何获取修订后通知的信息。
本通知可在我们的网站 MolinaHealthcare.com 上查阅。

联系方式

如果您对本通知有任何疑问，请联系我们。

请拨打您 ID 卡背面会员服务部的免费电话；每周 7 天，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m.。TTY/TDD 用户请拨打 711。或写信至：

Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

您可以免费获得此文件的其他格式版本，如大字版、盲文或音频。请致电 (855) 882-3901，TTY/TDD : 711，服务时间为每周 7 天，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m.。拨打此号码免费。

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

Molina Healthcare 重要信息



CAACZHS26L01376