

2026

# Краткий обзор покрываемых услуг

Central Health Medi-Medi Plan II  
(HMO DSNP)

California H5649-009-000

Зона обслуживания: Округ Ventura

Действует с 1 января по 31 декабря 2026г.

H5649\_26\_009\_CA\_SB\_M  
CA-H5649-9-SB-RU-26-S



# Краткий обзор покрываемых услуг. Введение.

## Central Health Medi-Medi Plan II

Благодарим вас за выбор компании Molina Healthcare! Каждый человек заслуживает качественного медицинского обслуживания. Наши клиенты доверяют компании Molina с 1980 года. И сегодня, как и всегда, ваши потребности у нас в приоритете.

В этом документе перечислены не все выгоды и покрываемые нами услуги, а также описаны не все ограничения и исключения. Чтобы получить полный перечень услуг, ознакомьтесь со Справочником участника плана (EOC). Копия EOC доступна на нашем веб-сайте по адресу MolinaHealthcare.com/Medicare. Вы также можете позвонить в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427, TTY 711, и мы вышлем вам экземпляр по почте.

Чтобы присоединиться к нашему страховому плану, вы должны иметь право на участие в программе Medicare Part A, вы должны быть зарегистрированы в программах Medicare Part B и Medicaid организацией California Department of Health Care Services, а также проживать в нашей зоне обслуживания. В нашу зону обслуживания входят такие округа California: Округ Ventura.

У компании Molina предусмотрена сеть врачей, больниц, аптек и других поставщиков услуг. За исключением экстренных ситуаций, если вы пользуетесь услугами поставщиков, не входящих в нашу сеть, мы вправе не оплачивать эти услуги. Если вы хотите сравнить наш план с другими планами медицинского страхования Medicare, запросите Краткий обзор покрываемых услуг по другим планам или воспользуйтесь инструментом для поиска планов Medicare Plan Finder на веб-сайте medicare.gov.

Информацию о покрытии и расходах по программе Original Medicare можно найти в актуальной брошюре «Medicare и вы» (Medicare & You). Ознакомьтесь с нею онлайн на веб-сайте medicare.gov или получите копию, позвонив по номеру **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Если у вас возникли вопросы, звоните в наш Отдел обслуживания по номеру **(866) 314-2427, TTY 711**. Звонки принимаются без выходных, с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени.

# O Medicare

Medicare — это программа медицинского страхования для людей в возрасте 65 лет и старше или в возрасте до 65 лет с определенными нарушениями.

Original Medicare — это федеральная программа медицинского страхования. В рамках этой программы оплата за ваше лечение производится непосредственно врачам и больницам, которые вы посещаете. Планом страхования Original Medicare не покрывается большая Часть профилактического медицинского обслуживания, кроме того возможны непрогнозируемые расходы за свой счет.



**Medicare Part A (страхование больничных расходов)** покрывает стационарное лечение в больницах, обслуживание в центрах квалифицированного сестринского ухода, услуги хосписа и некоторые медицинские услуги на дому.



**Medicare Part B (страхование медицинских расходов)** покрывает некоторые услуги врачей, амбулаторное лечение, медицинские принадлежности и профилактические услуги.



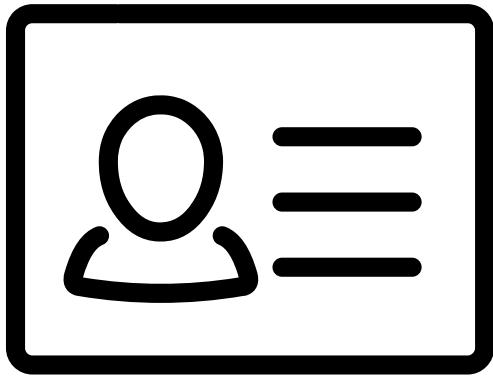
**Medicare Part C (Medicare Advantage)** представляет собой альтернативу «все в одном» программы Original Medicare. Планы Medicare Advantage включают части А, В и, как правило, Часть D. В некоторых страховых планах Medicare Advantage расходы за свой счет могут быть ниже, чем по программе Original Medicare, а также могут покрываться дополнительные услуги, которых нет в Original Medicare, например, стоматологические, офтальмологические или лечение органов слуха. В рамках программы Medicare план вашего лечения оплачивается по фиксированной ставке, а затем страховой план напрямую платит врачам и больницам. План страхования Medicare Advantage подразумевает прогнозируемые расходы за свой счет, а также в нем предусмотрено покрытие профилактического обслуживания и координация медицинской помощи.



**Medicare Part D (покрытие лекарственных препаратов по рецепту)** помогает вам оплачивать лекарства, которые вы получаете в аптеке.

## **Категории покрытия по программе Medicaid Dual Eligibility (право на участие в двух программах одновременно)**

- **Расширенная программа для правомочных получателей страхового обеспечения Medicare (QMB+).** Программа Medicaid оплачивает вам страховые взносы, безусловную франшизу, долю стоимости и доплаты по программам Medicare Part A и Medicare Part B. Вы получаете покрытие совместно оплачиваемых расходов по программе Medicare в рамках программы Medicaid и имеете право на полный набор услуг Medicaid.
- **Расширенная программа для правомочных участников Medicare с низким доходом (SLMB+).** Medicaid оплачивает ваш взнос по Medicare Part B и предоставляет полный пакет покрываемых услуг Medicaid.
- **Полное покрытие для людей, включенных в программы Medicaid и Medicare (Full-Benefit Dual Eligible, FBDE).** В некоторых случаях люди могут претендовать как на ограниченное софинансирование расходов по программе Medicare, так и на получение всех покрываемых услуг Medicaid.



#### **Изменения в критериях приемлемости.**

Чтобы сохранить право на участие в двух программах одновременно и получать полный пакет покрываемых услуг с \$0 доплатой, необходимо читать и отвечать на все письма, которые приходят из службы социального обеспечения или офиса Medicaid в вашем штате.

Периодически, в соответствии с требованиями Центров государственной медицинской помощи в рамках Medicare и Medicaid (CMS), мы будем проверять статус вашего права на участие в программе Medicaid, а также вашего права на участие в двух программах одновременно. Если вы полностью утратите покрытие Medicaid, вам будет предоставлен льготный период, чтобы вы могли снова подать заявку на участие в программе Medicaid.

Если вы больше не подходите под категорию имеющих право на участие в двух программах одновременно и получение полного пакета покрываемых услуг, вы можете быть принудительно исключены из плана после окончания льготного периода. Сотрудники службы Medicaid вашего штата направят вам уведомление о потере вами права на участие в программе Medicaid или об изменении категории Medicaid. Мы также можем связаться с вами, чтобы напомнить о необходимости повторно подать заявку на участие в программе Medicaid в качестве имеющего право на участие в двух программах одновременно и получение полного пакета покрываемых услуг. По этой причине важно сообщать нам об изменении вашего почтового адреса и (или) номера телефона.



# Краткий обзор страховых взносов и покрываемых услуг

## Central Health Medi-Medi Plan II

**Ежемесячный  
страховой взнос**



\$0 в месяц

Если вы получаете дополнительную помощь по программе Extra Help от Medicare, ваш ежемесячный страховой взнос по плану будет ниже, или вы можете вообще ничего не платить.

**Не покрываемый  
страховкой  
минимум на  
медицинское  
обслуживание**



Ежегодно ваш не покрываемый страховкой минимум на медицинское обслуживание составляет \$0.

**Максимальная  
сумма расходов  
за свой счет**



\$9,250 ежегодно за услуги, которые вы получаете от сетевых поставщиков (не считая рецептурных лекарственных препаратов).

Есть вопросы? Позвоните в офис Central Health Plan по номеру (866) 314-2427, TTY: 711.

## Central Health Medi-Medi Plan II

**Стационарная больница** Вы платите \$0 за дни 1–90 госпитализации за каждый госпитализационный период.



Наш план покрывает также 60 «резервных дней за все время жизни» участника. Эти дни мы покрываем «дополнительно». Если продолжительность госпитализации превышает 90 дней за госпитализационный период, вы можете использовать эти дополнительные дни. Но после того, как вы израсходуете эти дополнительные 60 дней, покрытие лечения в стационарной больнице будет ограничено 90 днями за госпитализационный период.

*Может требоваться предварительное подтверждение.*

**Амбулаторные услуги** \$0 доплаты за визит



*Может требоваться предварительное подтверждение.*

**Амбулаторный хирургический центр** \$0 доплаты за визит



*Может требоваться предварительное подтверждение.*

**Приемы у врача** **Первичная медицинская помощь**  
\$0 за визит



**Услуги специалистов**  
\$0 за визит

**Профилактическое обслуживание** \$0 доплаты  
См. строки с изображением яблока в Таблице покрываемого обслуживания в главе 4 Справочника участника плана. В течение года действия плана страхования покрываются также все дополнительные профилактические услуги, одобренные Medicare.

# Краткий обзор страховых взносов и покрываемых услуг (продолжение)

## Central Health Medi-Medi Plan II

**Экстренная помощь** \$0 доплаты



**Неотложная помощь** \$0 доплаты



**Услуги диагностики/лабораторий/сканирования** **Диагностические процедуры и обследования**  
\$0 доплаты



**Лабораторные услуги**

\$0 доплаты

**Услуги лучевой диагностики** (например, МРТ [MRI] и КТ [CT scan])  
\$0 доплаты

**Рентген в амбулаторных условиях**

\$0 доплаты

**Терапевтическая радиология**

\$0 доплаты

*Для покрытия некоторых услуг может требоваться предварительное подтверждение.*

*На амбулаторные анализы и рентгеновские снимки получать наше разрешение не требуется. Генетические лабораторные анализы требуют предварительного подтверждения.*

Есть вопросы? Позвоните в офис Central Health Plan по номеру (866) 314-2427, TTY: 711.

## Central Health Medi-Medi Plan II

**Услуги, связанные со слухом** **Диагностические обследования слуха и равновесия, покрываемые по программе Medicare**

\$0 доплаты, 1 раз в год



**Плановое обследование слуха**

\$0 доплаты, 1 каждый год

**Подбор/осмотр слуховых аппаратов**

\$0 доплаты, 1 каждый год

**Слуховые аппараты**

\$0 доплаты

Наш план предусматривает покрытие не более 2 слуховых аппаратов из утвержденного списка от одобренного планом поставщика каждые 2 года.

---

**Стоматологическая помощь** **Покрываемая по программе Medicare стоматологическая помощь**

\$0 доплаты



# Краткий обзор страховых взносов и покрываемых услуг (продолжение)

## Central Health Medi-Medi Plan II

### Офтальмологические Покрываемые по программе Medicare офтальмологические услуги



- Обследование органов зрения для диагностики/лечения заболеваний глаз (в том числе ежегодный скрининг для выявления глаукомы): \$0 доплаты
- Очки или контактные линзы после операции по удалению катаракты: \$0 доплаты

**Мы сотрудничаем с определенной группой специалистов в области офтальмологии/оптометрии, чтобы вы могли получать максимальную пользу от плановых проверок зрения.**

К дополнительным офтальмологическим услугам относятся, в частности, перечисленные ниже:

Покрытие включает:

- Один плановый офтальмологический осмотр каждый календарный год
- Компенсация на приобретение приборов для коррекции дефектов зрения

Вы можете использовать компенсацию на приобретение приборов для коррекции дефектов зрения (\$300) для покупки следующих товаров и услуг:

- контактные линзы\*
- очки (линзы и оправы)
- линзы и/или оправы для очков
- проведение модернизации (например, установка тонированных, U-V, поляризованных или фотохромных линз)

\* Если вы предпочтете контактные линзы, то компенсацию на приобретение приборов для коррекции дефектов зрения также можно использовать для полной или частичной оплаты подбора контактных линз.

Вам придется оплатить любые средства коррекции зрения, стоимость которых превышает указанную сумму компенсации на приобретение приборов для коррекции дефектов зрения.

\$0 доплаты за 1 плановую проверку зрения (и рефрактометрию) с целью приобретения очков каждый календарный год.

---

Есть вопросы? Позвоните в офис Central Health Plan по номеру (866) 314-2427, TTY: 711.

## Central Health Medi-Medi Plan II

### Медицинские услуги по охране психического здравья



#### Визиты в условиях стационара

Вы платите \$0 за 1–90 дней госпитализации в стационарной больнице.

Предусмотрен 190-дневный предел по стационарному лечению в психиатрической больнице за все время участия в программе. Предел по стационарному лечению в больнице не распространяется на услуги стационарного психиатрического лечения, предоставляемые в больнице общего профиля.

Наш план покрывает также 60 «резервных дней за все время жизни» участника. Эти дни мы покрываем «дополнительно». Если ваша госпитализация длится дольше 90 дней, вы можете использовать эти дополнительные дни. Но после того, как вы израсходуете эти резервные 60 дней, покрытие лечения в стационарной больнице будет ограничено 90 днями.

*Может требоваться предварительное подтверждение.*

#### Услуги амбулаторной индивидуальной и групповой терапии

\$0 доплаты

### Центр квалифицированного сестринского ухода



Вы платите \$0 за пребывание в центре квалифицированного сестринского ухода в период с 1 по 100-й день.

Предварительное подтверждение не требуется.

*Может требоваться предварительное подтверждение.*

### Физиотерапия



#### Физиотерапия и логопедия

\$0 доплаты

Может требоваться предварительное подтверждение.

#### Программа кардиологической и легочной реабилитации

\$0 доплаты>

Может требоваться предварительное подтверждение.

#### Услуги эрготерапии

\$0 доплаты

Может требоваться предварительное подтверждение.

# Краткий обзор страховых взносов и покрываемых услуг (продолжение)

## Central Health Medi-Medi Plan II

**Скорая помощь** \$0 доплаты



*Предварительное подтверждение для поездки в машине скорой помощи требуется только в неэкстренных случаях.*

**Транспортировка** \$0 доплаты



48 ежегодных поездок в один конец в учреждения, утвержденные планом

*Может требоваться предварительное подтверждение.*

## Препараты, предусмотренные Medicare Part B

**Препараты химиотерапии или радиотерапии и прочие лекарственные препараты, предусмотренные Частью В** В зависимости от уровня покрытия Medicaid вы платите либо \$0 доплаты, либо 20% от стоимости

*Может требоваться предварительное подтверждение.*

*Ступенчатая терапия может требоваться для определенных лекарственных препаратов.*

Есть вопросы? Позвоните в офис Central Health Plan по номеру (866) 314-2427, TTY: 711.



# Краткий обзор покрытия лекарственных препаратов

## Стандартные розничные аптеки и аптеки с доставкой препаратов по почте

В зависимости от вашего дохода и статуса учреждения вы платите за:

непатентованные лекарственные препараты (в том числе патентованные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные), а именно:

- \$0 доплаты; \$1.60 доплаты; \$4.00 доплаты; \$5.10 доплаты

Все прочие препараты:

- \$0 доплаты; \$4.90 доплаты; \$12.65 доплаты

Доплата за рецептурные лекарственные препараты может отличаться в зависимости от уровня услуг, которые вы получаете по программе Extra Help. Чтобы получить более подробную информацию, обратитесь к администрации плана.

## Стадии страхового покрытия

<b>Стадия 1. Не покрываемый страховкой минимум</b>	Ваш не покрываемый страховкой минимум составляет \$250. На этом этапе вы выплачиваете сумму софинансирования расходов в размере \$0 за лекарственные препараты 1-го и 6-го уровня, а также установленную стоимость лекарственных препаратов 2–5 уровней, пока не достигнете годового не покрываемого страховкой минимума.
<b>Стадия 2. Стадия первоначального страхового покрытия</b>	Вы переходите на эту стадию, когда первый раз за год получаете свой лекарственный препарат по рецепту. В течение этого периода план платит свою долю, а вы — свою долю стоимости лекарств. Вы остаетесь на этом этапе до тех пор, пока ваши ежегодные собственные расходы не достигнут \$2,100.
	Если вы проживаете в учреждении длительной медицинской помощи, вы платите столько же, сколько и в розничной аптеке. Вы можете получать препараты во внесетевой аптеке по той же цене, что и в сетевой аптеке.
<b>Стадия 3. Стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов</b>	После того как ваши собственные ежегодные расходы на лекарственные препараты (в том числе приобретенные в розничной аптеке и/или заказанные с доставкой по почте) достигнут \$2,100, план начнет оплачивать стоимость всех ваших лекарственных препаратов.

Есть вопросы? Позвоните в офис Central Health Plan по номеру (866) 314-2427, TTY: 711.



# Краткий обзор прочих покрываемых услуг

## Central Health Medi-Medi Plan II

### Иглотерапия



#### Покрываемая Medicare иглотерапия

\$0 доплаты

При хронических болях в пояснице покрывается до 12 сеансов в течение 90 дней. Для тех пациентов, у которых наблюдается улучшение, в том же году покрываются еще до восьми дополнительных сеансов.

#### Плановая акупунктура

\$0 доплаты

Наш план покрывает неограниченное количество процедур плановой (дополнительной) акупунктуры каждый год.

### Дополнительные услуги телемедицины



Вы платите \$0 доплаты за определенные услуги телемедицины, в том числе:

- Услуги по кардиологической реабилитации
- Услуги врача, оказывающего первичную медицинскую помощь
- Услуги мануального терапевта
- Услуги эрготерапии
- Услуги врача-специалиста
- Индивидуальные сеансы специализированной психиатрической помощи
- Групповые сеансы специализированной психиатрической помощи
- Услуги подиатра
- Другие специалисты в области здравоохранения
- Индивидуальные сеансы психиатрической помощи
- Групповые сеансы психиатрической помощи
- Услуги физиотерапии и логопедии
- Услуги программы лечения опиоидной зависимости
- Индивидуальные сеансы амбулаторного лечения зависимости от психоактивных веществ
- Групповые сеансы амбулаторного лечения зависимости от психоактивных веществ

### Ежегодный медицинский осмотр



\$0 доплаты

Есть вопросы? Позвоните в офис Central Health Plan по номеру (866) 314-2427, TTY: 711.

## Central Health Medi-Medi Plan II

<b>Мануальная терапия</b>	<b>Услуги мануального терапевта, покрываемые по программе Medicare</b> \$0 доплаты 
<b>Диализ</b>	\$0 доплаты 
<b>Фитнес-услуги</b>	\$0 доплаты 
<b>Уход за ступнями (услуги подиатра)</b>	<b>Осмотр и лечение стоп, покрываемые Medicare</b> \$0 доплаты  Участники плана Silver&Fit могут посещать участвующие в программе фитнес-центры и использовать пакеты занятий фитнесом на дому, если участник предпочитает заниматься фитнесом дома или во время поездок.
<b>Обучение сознательному отношению к здоровью</b>	<b>Осмотр и лечение стоп, покрываемые Medicare</b> \$0 доплаты  Осмотр и лечение стоп, если у вас повреждение нервов, связанное с диабетом, и (или) вы соответствуете определенным критериям. <i>Может требоваться предварительное подтверждение.</i>
<b>Медицинская помощь на дому</b>	\$0 доплаты  <i>Может требоваться предварительное подтверждение.</i>

## Краткий обзор прочих покрываемых услуг (продолжение)

### Central Health Medi-Medi Plan II

**Услуги питания** \$0 доплаты



Питание предоставляется сразу после каждого хирургического вмешательства или госпитализации в стационарную больницу либо в связи с диагнозом COVID или карантином на дому из-за контакта с инфицированными COVID лицами, в результате чего участник плана вынужден оставаться дома в течение определенного периода. Доплата: \$0 за двухразовое питание в течение 14 дней. Этой услугой можно воспользоваться не более 4 раз в год (всего 112 порций).

*Может требоваться предварительное подтверждение.*

**Медицинское оборудование и материалы**



**Медицинское оборудование длительного пользования** (например, инвалидные коляски, кислород)

\$0 доплаты

**Протезирование/медицинские товары и материалы**

\$0 доплаты

**Расходные материалы и услуги для людей с диабетом**

\$0 доплаты

*Для получения медицинского оборудования длительного пользования, протезов/медицинских принадлежностей и товаров для диабетиков может потребоваться предварительное подтверждение.*

*Для получения обуви и диабетических стелек требуется предварительное подтверждение.*

*Для приобретения товаров у предпочтительных производителей предварительное подтверждение не требуется.*

**Круглосуточная справочная служба медсестер**



\$0 доплаты

Доступна круглосуточно, без выходных.

Есть вопросы? Позвоните в офис Central Health Plan по номеру (866) 314-2427, TTY: 711.

## Central Health Medi-Medi Plan II

**Услуги по  
программе лечения  
зависимости от  
опиоидов** \$0 доплаты  
*Для получения лекарств требуется предварительное подтверждение.*



**Услуги  
амбулаторного  
зabora и  
переливания крови** \$0 доплаты  
3 пинты без не покрываемого страховкой минимума



**Амбулаторные  
услуги по  
избавлению от  
наркотической  
зависимости** \$0 доплаты  
Сеансы групповой или индивидуальной терапии  
*Может требоваться предварительное подтверждение.*



**Безрецептурные  
товары** \$0 доплаты  
Вы получаете предоплаченную дебетовую карту (карту MyChoice), на которую ежеквартально начисляется совокупная компенсация в размере \$320 для оплаты товаров ОТС.  
  
Слуховые аппараты ОТС покрываются планом и включены в совокупную компенсацию на оплату товаров ОТС.  
  
См. раздел «Предоплаченная дебетовая карта (карта MyChoice)» для ознакомления с полным списком льгот и услуг, которые включены в объем совокупной компенсации.

## Краткий обзор прочих покрываемых услуг (продолжение)

### Central Health Medi-Medi Plan II

<b>Персональная система экстренного реагирования (Personal Emergency Response System, PERS)</b>	\$0 доплаты  В случае одобрения мы предоставим вам устройство для домашнего использования, с помощью которого можно уведомить соответствующий персонал об экстренной ситуации (например, падение).  Требуется проверка со стороны координатора медицинской помощи.  <i>Может требоваться предварительное подтверждение.</i>
---	---



<b>Срочная медицинская помощь и экстренная помощь в разных странах мира</b>	\$0 доплаты  Вы получаете страховое покрытие услуг экстренной и неотложной медицинской помощи в любой стране мира на сумму до \$10,000.
---	---



<b>Предоплаченная дебетовая карта (карта MyChoice)</b>	\$0 доплаты  Вы получаете ежемесячную совокупную компенсацию в размере \$320 на предоплаченную дебетовую карту, которую можно использовать для оплаты определенных дополнительных услуг, предоставляемых планом. К ним относятся:
--	---



- Безрецептурные товары

Вам предоставляется совокупная ежемесячная компенсация в размере \$200 на приобретение продуктов питания, в частности свежих растительных продуктов\*.

Денежные средства поступают на карту каждый месяц. Остаток средств в конце каждого месяца не переносится на следующий месяц или страховой год.

\* Необходимо соответствовать определенным критериям

Есть вопросы? Позвоните в офис Central Health Plan по номеру (866) 314-2427, TTY: 711.

## Central Health Medi-Medi Plan II

<b>Особое дополнительное страховое покрытие для лиц с хроническими заболеваниями</b>	\$0 доплаты
--	-------------



Вы получаете ежемесячную совокупную компенсацию в размере \$200 на предоплаченную дебетовую карту (карту MyChoice), которую можно использовать для оплаты определенных дополнительных услуг, предоставляемых планом. К ним относятся:

- Продукты питания, в частности свежие растительные продукты

См. раздел «Предоплаченная дебетовая карта (карта MyChoice)» для ознакомления с полным списком льгот и услуг, которые включены в объем совокупной компенсации. Неиспользованная сумма не переносится на следующий месяц.

*Может требоваться предварительное подтверждение.*

Участникам плана необходимо соответствовать критериям, указанным в главе 4 «Справочника участника плана».

# Краткий обзор покрываемых Medicaid услуг

## Какие услуги покрываются?

В приведенной ниже таблице показано, какие услуги покрываются Medicare и Medicaid. Вы увидите слово «Покрывается» в колонке Medicaid, если Medicaid также покрывает услугу, которая покрывается планом Central Health Medi-Medi Plan II. Эта таблица применима только в том случае, если вы имеете право на получение покрываемых услуг в рамках программы Medicaid вашего штата. Ваша доля в совместном покрытии расходов зависит от вашей категории Medicaid.

Услуга	Central Health Medi-Medi Plan II	Medi-Cal
<b>ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ</b>		
<b>Страховые взносы и другая важная информация</b> Если вы получаете дополнительную помощь по программе Extra Help от Medicare, ваш ежемесечный страховой взнос по плану может быть ниже, или вы можете вообще ничего не платить.	<b>Общие</b> \$0 ежемесечный взнос  <b>Сеть</b> \$9,250 лимит личных расходов на оплату покрываемых услуг по программе Medicare.  Однако в этом плане вы не будете нести ответственность за софинансирование расходов на покрываемые услуги по программе Medicare, в зависимости от уровня вашего права на покрытие услуг по программе Medicaid.	Помощь Medicaid в оплате страховых взносов и участии в расходах может варьироваться в зависимости от вашего уровня покрытия услуг по программе Medicaid.
<b>Выбор врача и больницы</b> (дополнительную информацию см. в разделе «Экстренная помощь и неотложная помощь»).	<b>Сетевой</b> Вам необходимо обращаться к врачам, специалистам и больницам, входящим в сеть.	Вам необходимо обращаться к врачам, профильным специалистам и в больницы, которые сотрудничают с программой Medicaid. Требуется направление к сетевым профильным специалистам (для получения определенных покрываемых услуг).

Есть вопросы? Позвоните в офис Central Health Plan по номеру (866) 314-2427, TTY: 711.

Услуга	Central Health Medi-Medi Plan II	Medi-Cal
<b>УСЛУГИ АМБУЛАТОРНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ</b>		
<b>Иглотерапия</b>	Ограниченнное покрытие	Покрывается Могут применяться ограничения
<b>Услуги скорой помощи (по медицинским показаниям)</b>	Покрывается	Покрывается
<b>Услуги кардиологической и легочной реабилитации</b>	Покрывается	Покрывается
<b>Услуги мануального терапевта</b>	Ограниченнное покрытие	Покрывается Могут применяться ограничения
<b>Стоматологическая помощь</b>	Покрывается	Покрывается Могут применяться ограничения
<b>Программы для людей с диабетом и расходные материалы</b>	Покрывается	Покрывается
<b>Диагностические тесты, рентгеновские обследования, лабораторные и радиологические услуги</b>	Покрывается	Покрывается Могут применяться ограничения
<b>Услуги диализа</b>	Покрывается	Покрывается Могут применяться ограничения
<b>Приемы в кабинете врача</b>	Покрывается	Покрывается

## Краткий обзор покрываемых Medicaid услуг (продолжение)

Услуга	Central Health Medi-Medi Plan II	Medi-Cal
<b>УСЛУГИ АМБУЛАТОРНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)</b>		
<b>Медицинское оборудование длительного пользования</b> (в т. ч. инвалидные кресла, кислородное оборудование и т. д.)	Покрывается	Покрывается Могут применяться ограничения
<b>Экстренная помощь</b>	Покрывается	Покрывается
<b>Услуги, связанные со слухом</b>	Покрывается	Покрывается Могут применяться ограничения
<b>Услуги медицинской помощи на дому</b> (включают необходимый с медицинской точки зрения периодический квалифицированный сестринский уход, услуги сотрудника по оказанию медицинской помощи на дому, услуги по реабилитации и т. д.)	Покрывается	Покрывается
<b>Амбулаторное психиатрическое лечение</b>	Покрывается	Покрывается Могут применяться ограничения
<b>Услуги амбулаторной реабилитации</b> (трудотерапия, физиотерапия, логопедия и лингвистическая терапия)	Покрывается	Покрывается Могут применяться ограничения
<b>Амбулаторные услуги</b>	Покрывается	Покрывается

Есть вопросы? Позвоните в офис Central Health Plan по номеру (866) 314-2427, TTY: 711.

Услуга	Central Health Medi-Medi Plan II	Medi-Cal
--------	----------------------------------	----------

## УСЛУГИ АМБУЛАТОРНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

<b>Амбулаторные услуги по лечению наркотической зависимости</b>	Покрывается	Покрывается
<b>Безрецептурные товары</b>	Покрывается	Не покрывается
<b>Услуги подиатра</b>	Покрывается	Покрывается Могут применяться ограничения
<b>Протезные устройства (в том числе брекеты, протезы конечностей, глаз и т. д.)</b>	Покрывается	Не покрывается
<b>Услуги медицинской транспортировки (Профилактические осмотры)</b>	Покрывается	Покрывается
<b>Неотложная помощь (Это НЕ экстренная помощь и, в большинстве случаев, предоставляется вне зоны обслуживания).</b>	Покрывается	Не покрывается
<b>Офтальмологические услуги</b>	Покрывается	Покрывается Могут применяться ограничения
<b>Оздоровительные/ образовательные и другие вспомогательные программы</b>	Покрывается	Не покрывается

# Краткий обзор покрываемых Medicaid услуг (продолжение)

Услуга	Central Health Medi-Medi Plan II	Medi-Cal
<b>СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ</b>		
<b>Стационарное лечение в больнице</b> (включая лечение при злоупотреблении психоактивными веществами и услуги по реабилитации)	Покрывается	Покрывается Могут применяться ограничения
<b>Стационарное психиатрическое лечение</b>	Покрывается	Не покрывается
<b>Центр квалифицированного сестринского ухода (SNF)</b> (в сертифицированных Medicare учреждениях)	Покрывается	Покрывается Могут применяться ограничения
<b>ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ УСЛУГИ</b>		
<b>Обучение по вопросам здоровья и здорового образа жизни</b>	Покрывается	Покрывается
<b>Болезни и медицинские состояния почек</b>	Покрывается	Покрывается Могут применяться ограничения
<b>Профилактические услуги</b>	Покрывается	Покрывается
<b>ХОСПИС</b>		
<b>Хоспис</b>	Покрывается	Покрывается

Есть вопросы? Позвоните в офис Central Health Plan по номеру (866) 314-2427, TTY: 711.

Услуга	Central Health Medi-Medi Plan II	Medi-Cal
--------	-------------------------------------	----------

## ПОКРЫТИЕ РЕЦЕПТУРНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

**Рецептурные лекарственные препараты для амбулаторного лечения**

Покрывается

Покрывается  
Могут применяться  
ограничения

## Краткий обзор покрываемых Medicaid услуг (продолжение)

Для участников, имеющих право на полное покрытие услуг по программе Medicaid, ниже перечислены дополнительные услуги, на которые вы тоже можете иметь право. Это дополнительные услуги Medicaid, которые покрываются программой Medicaid штата, но могут не покрываться планом Central Health Medi-Medi Plan II:

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ ПО ПРОГРАММЕ MEDICAID	
УСЛУГИ	ПОКРЫТИЕ MEDI-CAL
<b>Программа альтернативного обслуживания AIDS Waiver Program</b>	Покрывается Могут применяться ограничения
<b>Кровь и производные крови</b>	Покрывается
<b>Услуги регулярного дialisа</b>	Покрывается Могут применяться ограничения
<b>Медицинские услуги для взрослых, предоставляемые по месту проживания (CBAS)</b>	Покрывается
<b>Комплексная программа перинатальных услуг (профилактические услуги)</b>	Покрывается
<b>Ранний и периодический скрининг, диагностика и лечение (EPSDT)</b>	Покрывается
<b>Смеси для энтерального питания</b>	Покрывается
<b>Семейный фельдшер</b>	Покрывается
<b>Услуги по планированию семьи и вспомогательные материалы</b>	Покрывается
<b>Услуги медицинского центра, соответствующего федеральным требованиям (FQHC)</b>	Покрывается
<b>Уход на дому и по месту жительства для пожилых людей с ограниченной функциональностью (только по программе альтернативного обслуживания)</b>	Покрывается

Есть вопросы? Позвоните в офис Central Health Plan по номеру (866) 314-2427, TTY: 711.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ ПО ПРОГРАММЕ MEDICAID

УСЛУГИ	ПОКРЫТИЕ MEDI-CAL
<b>Учреждение для проживания лиц, нуждающихся в патронажном уходе и бытовой помощи</b>	Покрывается
<b>Услуги дипломированных акушеров</b>	Покрывается
<b>Услуги медсестры/медбрата-анастезиста</b>	Покрывается
<b>Акушер(-ка)</b>	Покрывается
<b>Услуги персонального ухода</b>	Покрывается Могут применяться ограничения
<b>Психологические услуги</b>	Покрывается Могут применяться ограничения
<b>Центры реабилитации</b>	Покрывается
<b>Услуги по предоставлению респираторного оборудования для ИВЛ-зависимых пациентов</b>	Покрывается
<b>Услуги сельского медицинского центра (RHC)</b>	Покрывается
<b>Услуги персональных патронажных медсестер/медбратьев</b>	Покрывается
<b>Услуги сурдоперевода</b>	Покрывается
<b>Трансплантация</b>	Покрывается

## **Краткий обзор покрываемых Medicaid услуг (продолжение)**

\*\* В недавно принятое законодательство был добавлен раздел 14131.10 Кодекса W&I Code, исключающий несколько категорий дополнительных услуг из покрытия программы Medi-Cal, что вступает в силу с 1 июля 2009 года. Указанные дополнительные услуги исключены из покрытия по программе Medi-Cal с 1 июля 2009 года. Политика исключения дополнительных услуг не распространяется на таких участников программы, как: 1) участники в возрасте младше 21 года за услуги, предоставляемые в соответствии с программой EPSDT; 2) участники, проживающие в центрах квалифицированного сестринского ухода (учреждениях уровня А и В, в том числе учреждениях, оказывающих помощь при подострых состояниях); 3) беременные (выплаты и услуги, связанные с беременностью; другие выплаты и услуги для лечения заболеваний, которые, если их не лечить, могут вызвать трудности во время беременности); 4) участники программы California Children's Services; и 5) участники программы All-Inclusive Care for the Elderly. С 1 июля 2009 года или далее большинство счетов за оказание услуг, исключенных из списка дополнительных покрываемых услуг, выставляемые врачом или группой врачей, по-прежнему подлежат возмещению. Однако эти счета будут отклонены, если поставщик услуг не является врачом, а входит в число поставщиков дополнительных услуг. Более подробную информацию о сокращении выплат и услуг, затронутых этим новым законодательством, можно найти на веб-сайте California Department of Health Care Services [www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov).

Есть вопросы? Позвоните в офис Central Health Plan по номеру (866) 314-2427, TTY: 711.



# **Словарь терминов**

## **Доля в совместном страховом возмещении**

Фиксированный процент вашей части, которую вы должны оплачивать при получении определенных медицинских услуг или рецептурных лекарственных препаратов. Например, если ваша доля в совместном страховом возмещении составляет 20%, вы оплачиваете 20 процентов стоимости вашего медицинского счета.

## **Доплата**

Фиксированная сумма, которую вы платите в качестве своей доли стоимости медицинской услуги или расходных материалов. Например, вы можете доплачивать \$20 каждый раз, когда посещаете своего основного лечащего врача.

## **Не покрываемый страховкой минимум**

Сумма, которую вы платите за медицинские услуги или рецептурные лекарственные препараты, прежде чем ваша страховка начнет их оплачивать.

## **Extra Help**

Программа Medicare, помогающая людям с ограниченным доходом и ресурсами оплачивать расходы по программе рецептурных лекарственных препаратов, такие как страховые взносы, не покрываемые страховкой минимумы и долю в совместном страховом возмещении.

## **Долгосрочная медицинская помощь**

Услуги и поддержка для людей, которые не могут выполнять основные повседневные действия, такие как одевание и купание. Medicare и большинство планов медицинского страхования не оплачивают услуги долгосрочного ухода.

## **Medicaid**

Государственная и федеральная программа, предоставляющая медицинскую страховку для людей с низким уровнем дохода.

## **Medicare Advantage**

Также известна как «Часть С». Тип плана Medicare, предлагаемый частной компанией, одобренной Medicare. План Medicare Advantage — это альтернатива Original Medicare. По нему предоставляются все покрываемые услуги по частям А и В, а также часто предлагаются дополнительные услуги, например, стоматологические услуги и проверка зрения.

## **Original Medicare.**

Medicare Part A (больничное страхование) и Medicare Part B (медицинское страхование). Большинство людей становятся ее участниками по исполнении 65 лет. Программой Original Medicare управляет федеральное правительство.

## **Расходы за свой счет**

Сумма, которую вы должны заплатить за покрываемые услуги в течение одного года. Как только вы достигаете этой суммы, ваша страховка покрывает 100 процентов необходимого вам медицинского обслуживания в течение оставшегося периода до окончания года.

## **Страховой взнос**

Деньги, которые вы ежемесячно платите Medicare или медицинскому плану за страховое покрытие.

## **Профилактические услуги**

Медицинское обслуживание, направленное на предотвращение или выявление заболеваний на ранних стадиях. Большинством планов медицинского страхования предусмотрено бесплатное покрытие некоторых важных профилактических услуг, таких как прививки от гриппа и измерение артериального давления.

План Central Health Medicare Plan — это план НМО/НМО SNP с договором Medicare. Регистрация в программе зависит от продления договора.

## Примечания

# Уведомление о недопустимости дискриминации Раздел 1557

## Central Health Plan



Дискриминация незаконна. Central Health Plan соблюдает требования законодательства штата и федерального законодательства о гражданских правах. Central Health Plan не допускает дискриминации людей, не отказывает им в услугах и предоставляет одинаковый уровень обслуживания всем людям независимо от пола, расовой принадлежности, цвета кожи, религии, социального и национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, психической или физической недееспособности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендерной принадлежности/идентичности или сексуальной ориентации.

Central Health Plan предоставляет указанное далее.

- Своевременные бесплатные услуги и содействие людям с ограниченными возможностями с целью облегчения коммуникации, в том числе:
  - услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
  - печатную информацию в других форматах (крупный шрифт, аудио- или специальные электронные / другие форматы).
- Бесплатные и своевременно предоставляемые языковые услуги для людей, для которых английский не является основным языком, включая, например:
  - услуги квалифицированных переводчиков;
  - печатные материалы на других языках.

Если вам требуются такие услуги, свяжитесь с Central Health Plan, позвонив по номеру 1-866-314-2427 с 8 а.м. до 8 р.м. Номер для лиц с нарушениями слуха и речи: 711. По запросу этот документ можно получить напечатанным шрифтом Braille, крупным шрифтом, в аудио- или электронном формате. Чтобы получить копию документа в одном из следующих альтернативных форматов, позвоните или напишите по адресу:

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

**По телефону:** 1-866-606-3889. Номер для лиц с нарушениями слуха и речи: 711.

### КАК ПОДАТЬ ЖАЛОБУ

Если вы считаете, что администрация Central Health Plan не предоставила указанные услуги или со стороны сотрудников плана имела место иная незаконная дискриминация по признаку пола, расовой принадлежности, цвета кожи, религии, социального и национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, психической или физической недееспособности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендерной принадлежности/идентичности или сексуальной ориентации, вы можете подать жалобу координатору по гражданским правам в Central Health Plan. Жалобу можно подать по телефону, письменно, лично или в электронном виде.

- **По телефону:** звоните координатору по гражданским правам Central Health Plan по номеру 1-866-606-3889 с 8:30 а.м. до 5:30 р.м. Номер для лиц с нарушениями слуха и речи: 711.
- **По почте:** заполните форму для подачи жалобы или отправьте письмо по адресу:  
Central Health Plan  
Civil Rights Coordinator  
200 Oceangate, Suite 100  
Long Beach, CA 90802

- **При личной встрече:** обратитесь в приемную своего врача или в Central Health Plan и сообщите, что вы хотите подать жалобу.
- **В электронном виде:** отправьте электронное письмо по адресу [Civil.Rights@MolinaHealthcare.com](mailto:Civil.Rights@MolinaHealthcare.com). Вы также можете посетить веб-сайт Central Health Plan по адресу [MolinaHealthcare.Alertline.com](http://MolinaHealthcare.Alertline.com).

## УПРАВЛЕНИЕ ПО ГРАЖДАНСКИМ ПРАВАМ — ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА CALIFORNIA

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения штата California по телефону, в письменной форме или в электронном виде.

- **По телефону:** звоните по номеру 916-440-7370. Если у вас есть затруднения с речью или слухом, звоните по номеру 711 (служба ретрансляции телекоммуникаций).
- **По почте:** заполните форму для подачи жалобы или отправьте письмо по адресу:  
Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413  
Sacramento, CA 95899-7413

Формы для подачи жалобы можно найти по ссылке [DHCS.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- **В электронном виде:** отправьте электронное письмо по адресу [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

## УПРАВЛЕНИЕ ПО ГРАЖДАНСКИМ ПРАВАМ — ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ США

Если вы считаете, что подверглись дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, ограниченных возможностей или пола, вы можете подать жалобу (претензию) о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения и социальных служб США — по телефону, в письменной форме или в электронном виде.

- **По телефону:** звоните по номеру 1-800-368-1019. Номер TTY/TDD для лиц с нарушениями слуха и речи: 1-800-537-7697.
- **По почте:** заполните форму для подачи жалобы или отправьте письмо по адресу:  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

Формы для подачи жалобы можно найти по адресу [HHS.gov/ocr/office/file/index.html](http://HHS.gov/ocr/office/file/index.html).

- **В электронном виде:** посетите портал для подачи жалоб Управления по гражданским правам по адресу [OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://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 1-866-314-2427(TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-866-314-2427(TTY: 711). These services are free of charge.

### العربية (Arabic)

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

### Հայերեն (Armenian)

ՈՒԾԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Կթե ձեզ հարկավոր է աջակցություն ձեր լեզվով, ապա զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով։ Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար գործումեն նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ, օրինակ՝ Բբայլի գրատիպով ու խոշորատար տպատառով տրամադրվող նյութեր։ Տվյալ դեպքում զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով։ Ծառայությունները գործում են անվճար։

### ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាការបស់អ្នក ស្វ័យប័ណ្ណទៅលេខ 1-866-314-2427(TTY: 711)។ ជំនួយ និងសៀវភៅអ្នកស្របច្បាប់ជនពិការ ដូចជាការសរស់នៅជាអក្សរអិស្សសម្រាប់ជនពិការតែង បុគ្គលាសរស់នៅជាអក្សរពុម្ពជំនួយ ទៅស្តីពីលក្ខណៈដែលបានផ្តល់ទៅលេខ 1-866-314-2427(TTY: 711)។ សៀវភៅអ្នកទាំងនេះមិនគឺជាផ្លូវការ។

### 简体中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的语言提供帮助，请致电 1-866-314-2427(TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的辅助工具和服务，例如盲文文件和大字体文件。请致电 1-866-314-2427(TTY: 711)。这些服务均免费提供。

### فارسی (Farsi)

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

## Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

### हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-866-314-2427(TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-866-314-2427(TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निशुल्क हैं।

### Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-866-314-2427 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-866-314-2427(TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

### 日本語 (Japanese)

注記：日本語での対応が必要な場合は 1-866-314-2427(TTY: 711) までお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスもご用意しております。1-866-314-2427(TTY: 711)までお電話ください。これらのサービスは無料です。

### 한국어 (Korean)

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

### ລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ທຳທ່ານຕົ້ນຕ່າງການຄວາມຂ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໄທທາເປີ 1-866-314-2427(TTY: 711). ນອກນິ້ນຕັ້ງມີຄວາມຂ່ວຍເຫຼືອ ຮະກວານບໍລິການສໍານັບຄົນຜິການ ເຊັ່ນ: ເອກະນານທີ່ເປັນອັກສອນນຸ່ມຮະມືໄຕຜົມໃຫຍ່ ໃຫ້ໄທທາເປີ 1-866-314-2427(TTY: 711). ກວານບໍລິການທີ່ຈຳເປັນມີຜົກ.

### Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-866-314-2427(TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-866-314-2427(TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

### ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਪਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ 1-866-314-2427(TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-866-314-2427(TTY: 711)'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

## Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

### **Русский (Russian)**

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

### **Español (Spanish)**

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

### **Tagalog (Filipino)**

**ATENSIYON:** Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-866-314-2427(TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-866-314-2427(TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

### **ภาษาไทย (Thai)**

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

### **Українська (Ukrainian)**

**УВАГА!** Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-866-314-2427(TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-866-314-2427(TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

### **Tiếng Việt (Vietnamese)**

**CHÚ Ý:** Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-866-314-2427 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-866-314-2427 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.



**CENTRAL HEALTH  
MEDICARE PLAN**