

2026

Thông báo thay đổi hàng năm

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

California H5649-024-000

Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 12 năm
2026

H5649_26_024_CA_ANOC_M

CA-H5649-24-AC-VI-26-L



Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) do Central Health Plan of California, Inc. cung cấp

Thông báo thay đổi hàng năm cho năm 2026

Quý vị đã ghi danh tham gia Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).

Tài liệu này mô tả những thay đổi về chi phí và phúc lợi của chương trình trong năm tới.

- **Từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12, quý vị có thể thay đổi bảo hiểm Medicare của mình trong năm tới.** Nếu không tham gia một chương trình khác muộn nhất vào ngày 7 tháng 12, 2025, quý vị sẽ vẫn tham gia Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).
- Để đổi sang một **chương trình khác**, hãy truy cập www.Medicare.gov hoặc xem danh sách ở mặt sau sổ tay *Medicare & You 2026*.
- Lưu ý rằng đây chỉ là bản tóm tắt thay đổi. Quý vị có thể xem thêm thông tin về chi phí, phúc lợi và quy tắc trong *Chứng từ bảo hiểm*. Hãy tải bản sao tại centralhealthplan.com hoặc gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (866) 314-2427 (người dùng TTY gọi số 711) để nhận bản sao qua đường bưu điện.

Nguồn trợ giúp khác

- Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Hmong, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog và tiếng Việt.
- Để biết thêm thông tin, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (866) 314-2427 (người dùng TTY gọi số 711.). **Thời gian làm việc từ 1 tháng 10 – 31 tháng 3:** 8 a.m. đến 8 p.m. theo giờ địa phương, 7 ngày một tuần. **1 tháng 4 – 30 tháng 9,** thứ Hai – thứ Sáu, 8 a.m. – 8 p.m. theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí.
- Quý vị có thể nhận tài liệu này miễn phí bằng (các) ngôn ngữ khác hoặc định dạng khác như bản in khổ lớn, chữ nổi Braille hoặc âm thanh. Gọi số (866) 314-2427, (TTY:711). Cuộc gọi này miễn phí.

Giới thiệu về Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)

- Central Health Medicare Plan là một chương trình HMO/HMO SNP có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh phụ thuộc vào tình trạng gia hạn hợp đồng. Chương trình của chúng tôi cũng có thỏa thuận bằng văn bản với chương trình Medicaid của California để điều phối các phúc lợi Medicaid của quý vị.

- Khi tài liệu này đề cập đến “chúng tôi” hoặc “của chúng tôi” thì tức là đang nói đến Central Health Plan of California, Inc. Khi tài liệu này đề cập đến “chương trình” hoặc “chương trình của chúng tôi” thì tức là đang nói đến Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).
- **Nếu không làm gì trước ngày 7 tháng 12 năm 2025, quý vị sẽ tự động được ghi danh vào Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).** Kể từ ngày 1 tháng 1 năm 2026, quý vị sẽ được hưởng bảo hiểm thuốc và bảo hiểm y tế thông qua Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP). Xem Mục 3 để biết thêm thông tin về cách thay đổi chương trình và thời hạn thay đổi.

H5649_26_024_CA_ANOC_M

Thông báo thay đổi hàng năm cho năm 2026

Mục lục

Tóm tắt các chi phí quan trọng cho năm 2026..... 6

PHẦN 1 Những thay đổi về phúc lợi và chi phí trong năm tới 14

Phần 1.1 Những thay đổi về phí bảo hiểm theo chương trình hàng tháng 14

Phần 1.2 Những thay đổi về số tiền tự chi trả tối đa của quý vị 14

Phần 1.3 Những thay đổi về mạng lưới nhà cung cấp 16

Phần 1.4 Những thay đổi về mạng lưới nhà thuốc 17

Phần 1.5 Những thay đổi về phúc lợi và chi phí cho dịch vụ y tế 18

Phần 1.6 Những thay đổi về bảo hiểm thuốc theo toa Phần D 25

Phần 1.7 Những thay đổi về phúc lợi và chi phí thuốc theo toa 27

PHẦN 2 Những thay đổi về hành chính 41

PHẦN 3 Cách thay đổi chương trình 48

Phần 3.1 Hạn chót thay đổi chương trình 49

Phần 3.2 Có thời điểm nào khác trong năm để thực hiện thay đổi không? 50

PHẦN 4Nhận trợ giúp thanh toán thuốc theo toa.....**51**

PHẦN 5Quý vị có thắc mắc?**54**

Phần 5.1 Nhận trợ giúp từ Central Health Dual Access
Plan (HMO D-SNP)**54**

Phần 5.2 Nhận dịch vụ tư vấn miễn phí về Medicare**55**

Phần 5.3 Nhận trợ giúp từ Medicare**58**

Phần 5.4 Nhận trợ giúp từ Medicaid**59**

Tóm tắt các chi phí quan trọng cho năm 2026

Bảng dưới đây so sánh chi phí của năm 2025 và năm 2026 đối với Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ở một số hạng mục quan trọng. **Xin lưu ý đây chỉ là bản tóm tắt chi phí.**

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
Phí bảo hiểm chương trình hàng tháng* * Phí bảo hiểm của quý vị có thể cao hơn khoản tiền này. Xem Mục 1.1 để biết chi tiết.	\$0	\$0
Thăm khám tại văn phòng dịch vụ chăm sóc chính	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám
Thăm khám tại văn phòng bác sĩ chuyên khoa	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám	\$0 đồng thanh toán mỗi lần thăm khám

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
Nằm viện nội trú Bao gồm dịch vụ nội trú cấp tính, phục hồi chức năng nội trú, bệnh viện chăm sóc dài hạn và các loại dịch vụ nội trú khác tại bệnh viện. Thời gian chăm sóc nội trú tại bệnh viện bắt đầu từ ngày quý vị chính thức nhập viện theo chỉ định của bác sĩ. Ngày trước khi xuất viện là ngày nội trú cuối cùng của quý vị.	\$0 đồng thanh toán Chương trình bao trả tối đa 90 ngày chăm sóc nội trú tại bệnh viện cho mỗi thời gian hưởng phúc lợi. Quý vị cũng có thêm 60 ngày bảo hiểm, được gọi là ngày dự trữ trọn đời. Chỉ có thể sử dụng 60 ngày này một lần. Chúng tôi sẽ tự động bắt đầu áp dụng số ngày dự trữ trọn đời trừ khi quý vị yêu cầu chúng tôi không làm như vậy (tham khảo Chứng từ bảo hiểm của quý vị để biết thêm chi tiết về chu kỳ	\$0 đồng thanh toán Chương trình bao trả tối đa 90 ngày chăm sóc nội trú tại bệnh viện cho mỗi thời gian hưởng phúc lợi. Quý vị cũng có thêm 60 ngày bảo hiểm, được gọi là ngày dự trữ trọn đời. Quý vị chỉ có thể sử dụng 60 ngày này một lần. Chúng tôi sẽ tự động bắt đầu áp dụng số ngày dự trữ trọn đời trừ khi quý vị yêu cầu chúng tôi không làm như vậy (tham khảo

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	hưởng phúc lợi).	Chứng từ bảo hiểm để biết thêm chi tiết về thời gian hưởng phúc lợi).
Bảo hiểm thuốc Phần D	Các loại thuốc được bao trả theo Phần D trong danh mục thuốc của Chương trình sẽ thuộc một bậc. Chi phí của quý vị cho lượng thuốc đủ dùng cho một tháng (31 ngày) mua tại nhà thuốc trong mạng lưới với mức chia sẻ chi phí tiêu chuẩn: Các loại thuốc đa nguồn ưu tiên và thuốc gốc: Quý vị thanh toán \$0 cho mỗi toa	Khoản khấu trừ: \$550 Trong giai đoạn này, quý vị chi trả \$0 khoản chia sẻ chi phí cho các loại thuốc Bậc 1 và Bậc 6 và chi phí áp dụng cho thuốc Bậc 2, Bậc 3, Bậc 4 và Bậc 5 cho đến khi quý vị đạt đến khoản khấu trừ hàng năm. Khoản đồng thanh toán trong Giai

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	thuốc Tất cả các loại thuốc khác: Quý vị chi trả \$0 cho mỗi toa thuốc	đoạn bảo hiểm ban đầu: Thuốc Bậc 1: \$0 đồng thanh toán Thuốc Bậc 2: \$0, \$1.60 hoặc \$2 đồng thanh toán đối với tất cả các loại thuốc cho mỗi toa thuốc Thuốc Bậc 3: \$0, \$1.60 hoặc \$5.10 đồng thanh toán đối với thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
		thuốc gốc) \$0, \$4.90 hoặc \$12.65 đồng thanh toán đối với tất cả các loại thuốc khác cho mỗi toa thuốc Thuốc Bạc 4: \$0, \$1.60 hoặc \$5.10 đồng thanh toán đối với thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) \$0, \$4.90 hoặc \$12.65 đồng thanh toán đối với tất cả các loại thuốc khác cho mỗi toa thuốc

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
		Thuốc Bậc 5: \$0, \$1.60 hoặc \$5.10 đồng thanh toán đối với thuốc gốc (bao gồm cả thuốc chính hiệu được xem như thuốc gốc) \$0, \$4.90 hoặc \$12.65 đồng thanh toán đối với tất cả các loại thuốc khác cho mỗi toa thuốc Thuốc Bậc 6: \$0 đồng thanh toán

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
		Bảo hiểm tai ương: Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị không cần chi trả cho các loại thuốc Phần D được bao trả.

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
Số tiền tự chi trả tối đa Đây là số tiền <u>tối đa</u> mà quý vị sẽ phải tự chi trả cho các dịch vụ được bao trả theo Phần A và Phần B. (Xem Mục 1.2 để biết chi tiết.)	\$9,350 Nếu quý vị đủ điều kiện nhận trợ giúp khoản chia sẻ chi phí của Medicare theo Medicaid, thì quý vị không có trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí tự trả nào đối với số tiền tự chi trả tối đa cho các dịch vụ được bao trả theo Phần A và Phần B.	\$9,250 Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ khoản chia sẻ chi phí của Medicare theo Medicaid, thì quý vị không có trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí tự chi trả nào đối với số tiền tự chi trả tối đa cho các dịch vụ được bao trả theo Phần A và Phần B.

PHẦN 1Những thay đổi về phúc lợi và chi phí trong năm tới

Phần 1.1 Những thay đổi về phí bảo hiểm theo chương trình hàng tháng

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
Phí bảo hiểm theo chương trình hàng tháng (Quý vị cần phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Part B trừ khi khoản phí này được Medicaid thanh toán cho quý vị.)	\$0	\$0

Phần 1.2 Những thay đổi về số tiền tự chi trả tối đa của quý vị

Medicare yêu cầu tất cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe phải giới hạn số tiền quý vị tự chi trả trong năm. Giới hạn này được gọi là số tiền tự chi trả tối đa. Một khi đã chi trả số tiền

này, thông thường quý vị sẽ không cần chi trả bất kỳ khoản nào cho các dịch vụ được bao trả theo Phần A và Phần B cho đến hết năm theo lịch.

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
Số tiền tự chi trả tối đa Bởi vì các thành viên của chúng tôi cũng nhận được trợ giúp từ Medicaid nên rất ít thành viên đạt đến mức chi phí tự trả tối đa này. Quý vị không phải chịu trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí tự chi trả nào đối với số tiền tự chi trả tối đa cho các dịch vụ	\$9,350	\$9,250 Sau khi quý vị tự chi trả \$9,250 cho các dịch vụ được bao trả theo Phần A và Phần B, quý vị sẽ không cần chi trả cho các dịch vụ này cho đến hết

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
được bao trả theo Phần A và Phần B. Chi phí của quý vị cho các dịch vụ y tế được bao trả (như các khoản đồng thanh toán) sẽ được tính vào số tiền tự chi trả tối đa của quý vị. Phí bảo hiểm chương trình và chi phí cho thuốc theo toa không được tính vào số tiền tự chi trả tối đa của quý vị.		năm theo lịch.

Phần 1.3 Những thay đổi về mạng lưới nhà cung cấp

Hệ thống nhà cung cấp của chúng tôi đã thay đổi trong năm tới. Hãy xem *Danh bạ nhà cung cấp* năm 2026 tại centralhealthplan.com để biết nhà cung cấp (nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện, v.v.) của quý vị có nằm trong mạng lưới của chúng tôi hay không. Dưới đây là cách nhận *Danh bạ nhà cung cấp* cập nhật:

- Truy cập trang web của chúng tôi tại centralhealthplan.com.
- Gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (866) 314-2427 (người dùng TTY gọi 711) để biết thông tin về nhà cung cấp hiện tại hoặc yêu cầu chúng tôi gửi *Danh bạ nhà cung cấp* cho quý vị qua thư.

Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi đối với bệnh viện, bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa (nhà cung cấp) nằm trong chương trình của chúng tôi trong năm. Nếu có thay đổi giữa năm đối với nhà cung cấp của chúng tôi làm ảnh hưởng đến quý vị, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (866) 314-2427 (người dùng TTY xin gọi 711) để được trợ giúp. Để biết thêm thông tin về các quyền của quý vị khi một nhà cung cấp trong mạng lưới rời khỏi chương trình của chúng tôi, hãy xem Chương 3, Phần 2.3 trong *Chứng từ bảo hiểm* của quý vị.

Phần 1.4 Những thay đổi về mạng lưới nhà thuốc

Số tiền quý vị trả cho thuốc theo toa có thể tùy thuộc vào nhà thuốc mà quý vị đang dùng. Các chương trình bảo hiểm Medicare có một hệ thống các nhà thuốc. Trong hầu hết các trường hợp, đơn thuốc theo toa của quý vị *chỉ* được bao trả nếu được mua tại một trong các nhà thuốc thuộc hệ thống của chúng tôi.

Hệ thống nhà thuốc của chúng tôi đã thay đổi trong năm tới. Hãy xem *Danh bạ nhà thuốc* theo số centralhealthplan.com để biết những nhà thuốc nào nằm trong mạng lưới của chúng tôi. Dưới đây là cách nhận *Danh bạ nhà thuốc* cập nhật:

- Ghé thăm trang web của chúng tôi tại centralhealthplan.com.
- Gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (866) 314-2427 (người dùng TTY gọi số 711) để nhận thông tin mới nhất về nhà thuốc hoặc để yêu cầu chúng tôi gửi *Danh bạ nhà thuốc* qua đường bưu điện.

Trong năm, chúng tôi có thể thay đổi các nhà thuốc tham gia chương trình. Nếu có thay đổi nhà thuốc giữa năm ảnh hưởng đến quý vị, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (866) 314-2427 (người dùng TTY gọi số 711) để được trợ giúp.

Phần 1.5 Những thay đổi về phúc lợi và chi phí cho dịch vụ y tế

Thông báo thay đổi hàng năm trình bày về những thay đổi đối với phúc lợi và chi phí Medicare của quý vị.

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
Vật phẩm không theo toa (OTC) (Bổ sung)	Quý vị sẽ nhận được một thẻ ghi nợ MyChoice đã nạp sẵn khoản trợ cấp kết hợp trị giá \$150 mỗi quý để mua các vật phẩm OTC, thiết bị trợ thính OTC.	Quý vị sẽ nhận được thẻ ghi nợ MyChoice đã nạp sẵn khoản trợ cấp kết hợp trị giá \$120 mỗi quý để mua các vật phẩm OTC.
Phúc lợi chăm sóc sức khỏe từ xa bổ sung	Quý vị trả khoản đồng thanh toán \$0 cho một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa, bao gồm Dịch vụ bác sĩ chăm sóc chính, Dịch vụ nắn xương khớp, Dịch vụ trị liệu cơ năng, Dịch vụ bác sĩ chuyên khoa, Buổi tư vấn cá nhân cho các dịch vụ chuyên khoa sức khỏe tâm	Quý vị trả khoản đồng thanh toán \$0 cho một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa, bao gồm Dịch vụ phục hồi chức năng tim, Dịch vụ bác sĩ chăm sóc chính, Dịch vụ nắn xương khớp, Dịch vụ trị liệu cơ năng, Dịch vụ bác sĩ chuyên khoa,

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	thần, Buổi tư vấn theo nhóm cho các dịch vụ chuyên khoa sức khỏe tâm thần, Dịch vụ điều trị bệnh về chân, Dịch vụ do chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác cung cấp, Buổi tư vấn cá nhân về các dịch vụ tâm lý, Buổi tư vấn theo nhóm về các dịch vụ tâm lý, Dịch vụ vật lý trị liệu và điều trị bệnh lý về âm ngữ – ngôn ngữ, Dịch vụ chương trình điều trị bằng Opiod, Buổi tư vấn cá nhân về lạm dụng chất gây	Buổi tư vấn cá nhân về các dịch vụ chuyên khoa sức khỏe tâm thần, Buổi tư vấn theo nhóm về các dịch vụ chuyên khoa sức khỏe tâm thần, Dịch vụ điều trị bệnh về chân, Dịch vụ do chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác cung cấp, Buổi tư vấn cá nhân về các dịch vụ tâm lý, Buổi tư vấn theo nhóm về các dịch vụ tâm lý, Dịch vụ vật lý trị liệu và điều trị bệnh lý về âm ngữ

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	nghiện dành cho bệnh nhân ngoại trú và Buổi tư vấn theo nhóm về lạm dụng chất gây nghiện dành cho bệnh nhân ngoại trú.	– ngôn ngữ, Dịch vụ chương trình điều trị bằng Opiod, Buổi tư vấn cá nhân về lạm dụng chất gây nghiện dành cho bệnh nhân ngoại trú và Buổi tư vấn theo nhóm về lạm dụng chất gây nghiện dành cho bệnh nhân ngoại trú.
Dịch vụ hỗ trợ tại nhà	Quý vị trả khoản đồng thanh toán \$0 cho tối đa 20 giờ mỗi năm theo lịch thông qua một trong các nhà cung cấp được chương trình của chúng tôi phê	Đây không phải là phúc lợi bổ sung được bao trả.

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	duyet.	
Dịch vụ nhãn khoa (Bổ sung)	Chúng tôi đã hợp tác với một Nhà cung cấp dịch vụ nhãn khoa để đem lại cho quý vị nhiều giá trị hơn, phục vụ các nhu cầu nhãn khoa định kỳ của quý vị! Các dịch vụ nhãn khoa bổ sung được bao trả bao gồm nhưng không giới hạn ở: Một lần khám mắt định kỳ mỗi năm theo lịch. Một khoản trợ cấp cho kính mắt trị giá \$300. Quý vị có thể sử dụng khoản trợ cấp cho kính mắt của mình để mua:	Chúng tôi đã hợp tác với một Nhà cung cấp dịch vụ nhãn khoa để đem lại cho quý vị nhiều giá trị hơn, phục vụ các nhu cầu nhãn khoa định kỳ của quý vị! Các dịch vụ nhãn khoa bổ sung được bao trả bao gồm nhưng không giới hạn ở: Một lần khám mắt định kỳ mỗi năm theo lịch. Một khoản trợ cấp cho kính mắt trị giá \$200. Quý vị có thể sử dụng

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	Kính áp tròng* Kính mắt (tròng kính và gọng kính) Tròng kính và/hoặc gọng kính Nâng cấp (chẳng hạn như tròng kính nhuộm màu, chống tia UV, phân cực hoặc đổi màu). *Nếu chọn kính áp tròng, quý vị cũng có thể sử dụng khoản trợ cấp cho kính mắt để thanh toán toàn bộ hoặc một phần phí thử kính áp tròng. Quý vị chịu trách nhiệm thanh toán cho bất kỳ kính mắt điều chỉnh khúc xạ nào vượt quá khoản trợ	khoản trợ cấp cho kính mắt của mình để mua: Kính áp tròng* Kính mắt (tròng kính và gọng kính) Tròng kính và/hoặc gọng kính Nâng cấp (chẳng hạn như tròng kính nhuộm màu, chống tia UV, phân cực hoặc đổi màu). *Nếu chọn kính áp tròng, quý vị cũng có thể sử dụng khoản trợ cấp cho kính mắt để thanh toán toàn bộ hoặc một phần phí thử kính áp tròng. Quý vị chịu trách

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	cấp cho kính mắt của chương trình. Quý vị trả \$0 cho tối đa một lần khám mắt định kỳ (và đo khúc xạ) cho kính mắt mỗi năm theo lịch.	nhiệm thanh toán cho bất kỳ kính mắt điều chỉnh khúc xạ nào vượt quá khoản trợ cấp cho kính mắt của chương trình. Quý vị trả \$0 cho tối đa một lần khám mắt định kỳ (và đo khúc xạ) cho kính mắt mỗi năm theo lịch.
Phúc lợi bữa ăn – Sau khi xuất viện (Bổ sung)	Đây không phải là phúc lợi bổ sung được bao trả.	Theo phúc lợi này, người quản lý hồ sơ chương trình sẽ xác định thành viên nào đủ điều kiện. Quý vị nhận được 2 bữa ăn mỗi ngày. Loại bữa ăn sẽ được

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
		dựa trên bất kỳ nhu cầu ăn uống nào mà quý vị có thể có. Lên kế hoạch tối đa 2 tuần một năm, tổng cộng 56 bữa ăn.

Phần 1.6 Những thay đổi về bảo hiểm thuốc theo toa Phần D

Những thay đổi về Danh sách thuốc

Danh sách thuốc được bao trả của chúng tôi được gọi là một danh mục thuốc hoặc Danh sách thuốc. Một bản sao Danh sách thuốc của chúng tôi được cung cấp dưới dạng điện tử. Chúng tôi đã thực hiện các thay đổi đối với Danh sách thuốc của mình, có thể bao gồm việc loại bỏ hoặc thêm các loại thuốc, thay đổi các hạn chế áp dụng cho khoản bảo hiểm của chúng tôi đối với một số loại thuốc hoặc chuyển chúng sang một bậc chia sẻ chi phí khác. **Xem lại Danh sách thuốc để**

đảm bảo thuốc của quý vị sẽ được bao trả vào năm tới và xem liệu có bất kỳ hạn chế nào hay không hoặc liệu thuốc của quý vị có được chuyển sang bậc chia sẻ chi phí khác hay không.

Hầu hết các thay đổi trong Danh sách thuốc được áp dụng vào đầu mỗi năm. Tuy nhiên, chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi khác được cho phép theo quy tắc của Medicare, những thay đổi này sẽ ảnh hưởng đến quý vị trong suốt năm theo lịch. Chúng tôi cập nhật Danh sách thuốc trực tuyến ít nhất hàng tháng để cung cấp danh sách các loại thuốc mới nhất. Nếu chúng tôi thực hiện thay đổi có ảnh hưởng đến một loại thuốc mà quý vị đang sử dụng, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo về thay đổi đó.

Nếu quý vị bị ảnh hưởng bởi một thay đổi về bảo hiểm thuốc vào đầu năm hoặc trong năm, hãy xem Chương 9 trong *Chứng từ bảo hiểm* và trao đổi với bác sĩ của quý vị để đưa ra các phương án, chẳng hạn như yêu cầu cung cấp lượng thuốc tạm thời, xin miễn trừ và/hoặc tìm một loại thuốc mới. Để biết thêm thông tin, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (866) 314-2427 (người dùng TTY gọi số 711).

Phần 1.7 Những thay đổi về phúc lợi và chi phí thuốc theo toa

Quý vị có nhận được Extra Help để thanh toán chi phí bảo hiểm thuốc của mình không?

Nếu quý vị đang tham gia chương trình hỗ trợ thanh toán chi phí thuốc (Extra Help), **thì thông tin về chi phí thuốc Phần D có thể không áp dụng cho quý vị.** Chúng tôi đã gửi cho quý vị một phụ lục riêng biệt, gọi là *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Phụ lục về Chứng từ bảo hiểm dành cho những người được nhận trợ giúp bổ sung để thanh toán thuốc theo toa), trong đó nêu rõ về chi phí thuốc của quý vị. Nếu quý vị nhận được Extra Help (Trợ giúp bổ sung) và quý vị không nhận được tài liệu này trước Ngày 30 tháng 9, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (866) 314-2427 (người dùng TTY gọi 711) và yêu cầu Phụ lục LIS.

Giai đoạn thanh toán thuốc

Có 3 **giai đoạn thanh toán thuốc**: Giai đoạn khấu trừ hàng năm, Giai đoạn bảo hiểm ban đầu và Giai đoạn bảo hiểm tai ương. Coverage Gap Stage Program và Coverage Gap Discount Program không còn tồn tại trong phúc lợi theo Phần D.

- ***Giai đoạn 1: Khoản khấu trừ hàng năm***

Quý vị bắt đầu giai đoạn thanh toán này mỗi năm theo lịch. Trong giai đoạn này, quý vị thanh toán toàn bộ chi phí thuốc Phần D cho đến khi đạt đến khoản khấu trừ hàng năm.

• ***Giai đoạn 2: Bảo hiểm ban đầu***

Sau khi quý vị thanh toán khoản khấu trừ hàng năm, quý vị sẽ chuyển sang Giai đoạn bảo hiểm ban đầu. Trong giai đoạn này, chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán một phần chi phí cho thuốc của quý vị và quý vị sẽ thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình. Quý vị thường ở trong giai đoạn này cho đến khi tổng chi phí thuốc từ đầu năm đến nay đạt \$2,100.

• ***Giai đoạn 3: Bảo hiểm tai ương***

Đây là giai đoạn thanh toán thuốc thứ ba và cuối cùng. Trong giai đoạn này, quý vị không cần chi trả cho các loại thuốc được bao trả theo Phần D của mình. Quý vị sẽ thuộc giai đoạn này cho đến cuối năm theo lịch.

Coverage Gap Discount Program đã được thay thế bằng Manufacturer Discount Program. Theo Manufacturer Discount Program, các nhà sản xuất thuốc sẽ chi trả một phần chi phí toàn bộ của chương trình của chúng tôi đối với các loại thuốc thương hiệu đặc biệt và thuốc sinh học được bảo hiểm theo Phần D, trong Giai đoạn bảo hiểm ban đầu và Giai đoạn bảo hiểm tai ương. Các khoản giảm giá do các nhà sản xuất thanh toán theo Manufacturer Discount Program không được tính vào chi phí tự chi trả.

Bảng này cho thấy chi phí cho mỗi đơn thuốc của quý vị trong giai đoạn này.

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
Khoản khấu trừ hàng năm	\$0	\$550 Trong giai đoạn này, quý vị chi trả \$0 khoản chia sẻ chi phí cho các loại thuốc Bậc 1 và Bậc 6 và chi phí áp dụng cho thuốc Bậc 2, Bậc 3, Bậc 4 và Bậc 5 cho đến khi quý vị đạt đến khoản khấu trừ hàng năm.

Chi phí thuốc ở giai đoạn 2: Bảo hiểm ban đầu

Bảng cho thấy chi phí của quý vị cho mỗi toa thuốc cho lượng thuốc cấp phát đủ dùng trong một tháng được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới với mức chia sẻ chi phí tiêu chuẩn:

Hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn đều được bao trả miễn phí cho quý vị. Để biết thêm thông tin về chi phí vắc-xin hoặc thông tin về chi phí, hãy xem Chương 6 của *Chứng từ bảo hiểm*.

Sau khi quý vị đã tự chi trả \$2,100 cho thuốc theo toa Phần D, quý vị sẽ chuyển sang giai đoạn tiếp theo (Giai đoạn bảo hiểm tai ương).

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
Bậc 1 (Thuốc gốc ưu tiên): Chúng tôi đã thay đổi bậc của một số loại thuốc trong Danh sách thuốc của mình. Để tìm hiểu xem thuốc của quý vị có ở bậc	Các loại thuốc được bao trả theo Phần D trong danh mục thuốc của Chương trình sẽ thuộc một bậc. Chi phí của quý vị cho lượng thuốc đủ dùng cho một	\$0 đồng thanh toán trong tổng chi phí

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
khác không, hãy tra cứu trên Danh sách thuốc.	tháng (31 ngày) mua tại nhà thuốc trong mạng lưới với mức chia sẻ chi phí tiêu chuẩn: Các loại thuốc đa nguồn ưu tiên và thuốc gốc: Quý vị sẽ chi trả \$0 cho mỗi toa thuốc. Tất cả các loại thuốc khác: Quý vị sẽ chi trả \$0 cho mỗi toa thuốc. Quý vị sẽ chi trả \$0 cho mỗi toa thuốc. Sau khi quý vị đã tự chi trả \$2,000 cho thuốc	

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	theo Phần D, quý vị sẽ chuyển sang giai đoạn tiếp theo (Giai đoạn bảo hiểm tai ương). Phần chia sẻ chi phí của quý vị là \$0 trong Giai đoạn Bảo hiểm tai ương)	
Bậc 2 (Thuốc gốc):	Các loại thuốc được bao trả theo Phần D trong danh mục thuốc sẽ thuộc một bậc. Chi phí quý vị phải trả cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng được mua tại nhà thuốc trong mạng	\$0, \$1.60 hoặc \$2 đồng thanh toán đối với tất cả các loại thuốc cho mỗi toa thuốc

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	lưới với khoản chia sẻ chi phí thông thường: Thuốc gốc và thuốc đa nguồn ưu tiên: Quý vị trả \$0 cho mỗi toa thuốc. Tất cả các loại thuốc khác: Quý vị chi trả \$0 cho mỗi toa thuốc. Sau khi quý vị đã tự chi trả \$2,000 cho thuốc Phần D, quý vị sẽ chuyển sang giai đoạn tiếp theo (Giai đoạn bảo hiểm tai ương). Phần chia sẻ chi phí của quý	

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	vị là \$0 trong Giai đoạn Bảo hiểm tai ương)	
Bậc 3 (Thuốc biệt dược ưu tiên):	Các loại thuốc được bao trả theo Phần D trong danh mục thuốc sẽ thuộc một bậc. Chi phí quý vị phải trả cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới với khoản chia sẻ chi phí thông thường: Thuốc gốc và thuốc đa nguồn	\$0, \$1.60 hoặc \$5.10 đối với thuốc gốc (bao gồm thuốc chính hiệu được dùng như thuốc gốc) \$0, \$4.90 hoặc \$12.65 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi toa thuốc.

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	Ưu tiên: Quý vị trả \$0 cho mỗi toa thuốc. Tất cả các loại thuốc khác: Quý vị chi trả \$0 cho mỗi toa thuốc. Sau khi quý vị đã tự chi trả \$2,000 cho thuốc Phần D, quý vị sẽ chuyển sang giai đoạn tiếp theo (Giai đoạn bảo hiểm tai ương). Phần chia sẻ chi phí của quý vị là \$0 trong Giai đoạn Bảo hiểm tai ương)	
Bậc 4 (Thuốc không ưu tiên):	Các loại thuốc được bao trả theo	\$0, \$1.60 hoặc \$5.10 đối với

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	Phần D trong danh mục thuốc sẽ thuộc một bậc. Chi phí quý vị phải trả cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới với khoản chia sẻ chi phí thông thường: Thuốc gốc và thuốc đa nguồn ưu tiên: Quý vị trả \$0 cho mỗi toa thuốc. Tất cả các loại thuốc khác: Quý vị chi trả \$0 cho mỗi toa thuốc.	thuốc gốc (bao gồm thuốc chính hiệu được dùng như thuốc gốc) \$0, \$4.90 hoặc \$12.65 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác cho mỗi toa thuốc.

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	Sau khi quý vị đã tự chi trả \$2,000 cho thuốc Phần D, quý vị sẽ chuyển sang giai đoạn tiếp theo (Giai đoạn bảo hiểm tai ương). Phần chia sẻ chi phí của quý vị là \$0 trong Giai đoạn Bảo hiểm tai ương)	
Bậc 5 (Thuốc chuyên khoa):	Các loại thuốc được bao trả theo Phần D trong danh mục thuốc sẽ thuộc một bậc. Chi phí quý vị phải trả cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng	\$0, \$1.60 hoặc \$5.10 đối với thuốc gốc (bao gồm thuốc chính hiệu được dùng như thuốc gốc) \$0, \$4.90 hoặc \$12.65 đồng thanh toán cho

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới với khoản chia sẻ chi phí thông thường: Thuốc gốc và thuốc đa nguồn ưu tiên: Quý vị trả \$0 cho mỗi toa thuốc. Tất cả các loại thuốc khác: Quý vị chi trả \$0 cho mỗi toa thuốc. Sau khi quý vị đã tự chi trả \$2,000 cho thuốc Phần D, quý vị sẽ chuyển sang giai đoạn tiếp theo (Giai đoạn bảo hiểm tai	tất cả các loại thuốc khác cho mỗi toa thuốc.

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	ương). Phần chia sẽ chi phí của quý vị là \$0 trong Giai đoạn Bảo hiểm tai ương)	
Bậc 6 (Một số loại thuốc được chọn cho dịch vụ chăm sóc):	Các loại thuốc được bao trả theo Phần D trong danh mục thuốc sẽ thuộc một bậc. Chi phí quý vị phải trả cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới với khoản chia sẽ chi phí thông thường: Thuốc gốc và thuốc đa nguồn	\$0 trên tổng chi phí

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	Ưu tiên: Quý vị trả \$0 cho mỗi toa thuốc. Tất cả các loại thuốc khác: Quý vị chi trả \$0 cho mỗi toa thuốc. Sau khi quý vị đã tự chi trả \$2,000 cho thuốc Phần D, quý vị sẽ chuyển sang giai đoạn tiếp theo (Giai đoạn bảo hiểm tai ương). Phần chia sẻ chi phí của quý vị là \$0 trong Giai đoạn Bảo hiểm tai ương)	

Những thay đổi về phúc lợi VBID Phần D của quý vị

Trong 2025, Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) đã tham gia vào Mô hình Value Based Insurance Design (VBID), nhưng chương trình này sẽ biến mất trong năm nay. Là một phần của phúc lợi Phần D của Mô hình VBID, Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) cho phép loại bỏ phần chia sẻ chi phí cho thuốc Phần D. Vì chương trình này đã kết thúc, thành viên có thể có khoản chia sẻ chi phí cho mọi loại thuốc thuộc Phần D trong mọi giai đoạn bảo hiểm. Để biết thêm thông tin, quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên nếu có thắc mắc.

Những thay đổi đối với Giai đoạn bảo hiểm tai ương

Để biết thông tin cụ thể về chi phí của quý vị trong Giai đoạn bảo hiểm tai ương, hãy đến Chương 6, Phần 6 trong *Chứng từ bảo hiểm* của quý vị.

PHẦN 2 Những thay đổi về hành chính

Chúng tôi sẽ thực hiện các thay đổi về mặt hành chính vào năm tới. Thông tin trong bảng dưới đây mô tả những thay đổi đó.

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
Tivity không còn là nhà cung cấp	Phúc lợi Thể dục/ Phòng tập thể hình	Silver&Fit sẽ là nhà cung cấp dịch

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
theo hợp đồng cho năm 2026.	của quý vị do Tivity D.B.A. SilverSneakers quản lý.	vụ Thể dục/Phòng tập thể hình theo hợp đồng cho năm 2026.
Healthrageous không còn là nhà cung cấp theo hợp đồng cho năm 2026.	Dịch vụ bữa ăn của quý vị được cung cấp thông qua Healthrageous.	NationsBenefits là nhà cung cấp bữa ăn theo hợp đồng vào năm 2026.
Aloecare không còn là nhà cung cấp theo hợp đồng cho năm 2026.	Phúc lợi PERS của quý vị do Aloecare quản lý.	Medical Guardian là nhà cung cấp PERS theo hợp đồng cho năm 2026.
Chương trình thanh toán thuốc theo toa của Medicare	Không áp dụng	Chương trình thanh toán thuốc theo toa của Medicare là một tùy chọn thanh toán mới phù hợp với bảo hiểm thuốc hiện tại của

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
		quý vị và có thể giúp quý vị quản lý chi phí thuốc bằng cách chia đều chúng thành các khoản thanh toán hàng tháng thay đổi trong suốt cả năm (tháng 1 - tháng 12). Để tìm hiểu thêm về tùy chọn thanh toán này, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo số (866) 314-2427, TTY: 711) hoặc truy cập Medicare.gov
Phúc lợi bổ sung đặc biệt cho người mắc bệnh mãn tính (SSBCI)	Nếu được chẩn đoán mắc (các) bệnh mãn tính đủ điều kiện và đáp	Nếu được chẩn đoán mắc (các) bệnh mãn tính đủ điều kiện và đáp

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	ứng một số tiêu chí nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện hưởng các phúc lợi bổ sung đặc biệt cho người mắc bệnh mãn tính. Các bệnh mãn tính đủ điều kiện bao gồm: • Rối loạn tim mạch • Suy tim mãn tính • Sa sút trí tuệ • Đái tháo đường • Rối loạn phổi mãn tính • Bệnh thận	ứng một số tiêu chí nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện hưởng các phúc lợi bổ sung đặc biệt cho người mắc bệnh mãn tính. Các bệnh mãn tính đủ điều kiện bao gồm: • Rối loạn tim mạch • Suy tim mãn tính • Sa sút trí tuệ • Đái tháo đường • Rối loạn phổi mãn tính

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
		• Bệnh thận mãn tính (CKD) • Rối loạn mãn tính do sử dụng đồ uống có cồn và các rối loạn khác do sử dụng chất gây nghiện • Ung thư • Rối loạn tự miễn • Thừa cân, béo phì và hội chứng chuyển hóa • Bệnh đường tiêu hóa mãn tính

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
		• Rối loạn máu nặng • HIV/AIDS • Tình trạng y tế về sức khỏe tâm thần mãn tính và gây tàn tật • Rối loạn thần kinh • Đột quy • Sau cấy ghép nội tạng • Rối loạn suy giảm miễn dịch và rối loạn ức chế miễn dịch • Bệnh liên quan đến suy giảm nhận

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
		thức • Bệnh gây hạn chế chức năng vận động/sinh hoạt • Bệnh mãn tính làm suy giảm thị giác, thính giác (điếc), vị giác, xúc giác và khứu giác • Bệnh cần sử dụng dịch vụ trị liệu liên tục để cá nhân duy trì hoặc khôi phục chức năng

PHẦN 3Cách thay đổi chương trình

Để tiếp tục tham gia chương trình Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP), quý vị không cần phải làm gì cả. Nếu không đăng ký tham gia một chương trình khác hoặc đổi sang Original Medicare muộn nhất vào ngày 7 tháng 12, quý vị sẽ tự động được ghi danh tham gia Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).

Nếu quý vị muốn thay đổi chương trình cho năm 2026, hãy làm theo các bước sau:

- **Để đổi sang một chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare khác**, hãy ghi danh tham gia chương trình mới. Bạn sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).
- **Để chuyển sang Original Medicare có bảo hiểm thuốc Medicare**, hãy ghi danh tham gia chương trình thuốc Medicare mới. Bạn sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).
- **Để chuyển sang Original Medicare mà không có chương trình thuốc**, quý vị có thể gửi cho chúng tôi một văn bản yêu cầu hủy ghi danh. Để biết thêm thông tin về cách thực hiện, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (866) 314-2427 (người dùng TTY gọi số 711). Hoặc gọi cho **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227) để yêu cầu được ghi danh. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Nếu không ghi danh chương trình thuốc Medicare, quý vị có thể phải trả tiền phạt vì ghi danh trễ Phần D (xem Chương 1, Mục 4.4 trong *Chứng từ bảo hiểm* của quý vị).

- **Để tìm hiểu thêm về Original Medicare và các loại chương trình Medicare khác nhau**, hãy truy cập www.Medicare.gov, xem sổ tay *Medicare & You 2026*, gọi cho State Health Insurance Assistance Program (chuyển đến Mục 6) hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Phần 3.1 Hạn chót thay đổi chương trình

Những người có Medicare có thể thay đổi phạm vi bảo hiểm của họ từ **ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12** mỗi năm.

Nếu đã ghi danh tham gia chương trình Medicare Advantage có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2026, và không hài lòng với lựa chọn chương trình của mình, quý vị có thể đổi sang một chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare khác (có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa Medicare) hoặc chuyển sang Original Medicare (có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng biệt) trong khoảng thời gian từ ngày 1 tháng 1 – ngày 31 tháng 3 năm 2026.

Phần 3.2 Có thời điểm nào khác trong năm để thực hiện thay đổi không?

Trong một số trường hợp, mọi người có thể có những cơ hội khác để thay đổi trong năm. Ví dụ bao gồm những người:

- Có Medicaid
- Được Extra Help thanh toán cho thuốc của họ
- Có hoặc đang rời khỏi bảo hiểm của chủ lao động
- Chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi

Vì quý vị có Medicaid, quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi bằng cách chọn các lựa chọn Medicare vào bất kỳ tháng nào trong năm.

- Original Medicare *đi kèm với* một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng,
- Original Medicare *không có* chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt (Nếu quý vị chọn tùy chọn này, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị chọn không tham gia ghi danh tự động.), hoặc

- Nếu đủ điều kiện, một D-SNP tích hợp sẽ cung cấp Medicare và hầu hết hoặc tất cả các phúc lợi cũng như dịch vụ Medicaid của quý vị trong một chương trình.

Nếu gần đây quý vị đã chuyển đến hoặc hiện đang sống trong một cơ sở (như cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn), quý vị có thể thay đổi bảo hiểm Medicare của mình **bất kỳ lúc nào**. Quý vị có thể thay đổi sang bất kỳ chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare nào khác (có hoặc không có bảo hiểm thuốc của Medicare) hoặc chuyển sang Original Medicare (có hoặc không có bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt) bất kỳ lúc nào. Nếu gần đây quý vị đã chuyển ra khỏi một cơ sở, thì quý vị có thể chuyển đổi chương trình hoặc chuyển sang Original Medicare trong 2 tháng tròn kể từ tháng quý vị chuyển đi.

PHẦN 4 Nhận trợ giúp thanh toán thuốc theo toa

Quý vị có thể đủ điều kiện để được trợ giúp thanh toán thuốc theo toa. Các hình thức trợ giúp khác nhau có sẵn:

- **Extra Help từ Medicare.** Những người có thu nhập hạn chế có thể đủ điều kiện nhận Extra Help để thanh toán chi phí thuốc theo toa. Nếu quý vị đủ điều kiện, Medicare có thể chi trả tới 75% trở lên cho chi phí thuốc của quý vị

bao gồm phí bảo hiểm chương trình thuốc hàng tháng, khoản khấu trừ và khoản đồng bảo hiểm hàng năm. Ngoài ra, những người đủ điều kiện sẽ không phải nộp phí phạt vì ghi danh trễ. Để xem quý vị có đủ điều kiện hay không, hãy gọi cho:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần;
- Gọi đến Văn phòng An sinh xã hội qua số 1-800-772-1213 từ 8 a.m. đến 7 p.m., từ Thứ Hai đến Thứ Sáu để gặp người đại diện. Tin nhắn tự động luôn sẵn sàng 24 giờ một ngày. Người dùng TTY có thể gọi 1-800-325-0778.
- Văn phòng Medicaid tiểu bang của quý vị.
- **Trợ giúp chia sẻ chi phí thuốc theo toa cho những người nhiễm HIV/AIDS.** Chương trình AIDS Drug Assistance Program (ADAP) giúp những người nhiễm HIV/AIDS đủ điều kiện có thể sử dụng thuốc điều trị HIV quan trọng. Để đạt điều kiện tham gia ADAP hoạt động tại Tiểu bang của mình, quý vị phải đáp ứng một số tiêu chí nhất định, bao gồm bằng chứng cư trú tại tiểu bang và tình trạng HIV, thu nhập thấp theo quy định của tiểu bang và tình trạng không có bảo hiểm/bảo hiểm không

đầy đủ. Thuốc theo toa Medicare Part D cũng được ADAP bao trả sẽ đủ điều kiện nhận trợ giúp chia sẻ chi phí thuốc theo toa thông qua Office of AIDS. Để biết thông tin về tiêu chí đủ điều kiện, thuốc được bao trả, cách ghi danh tham gia chương trình hoặc nếu quý vị hiện đang ghi danh tiếp tục nhận trợ giúp, hãy gọi số <(916) 449-5900>. Hãy nhớ thông báo cho họ biết tên chương trình Medicare Part D hoặc số hợp đồng của quý vị khi gọi điện.

- **Chương trình thanh toán thuốc theo toa của Medicare.** Chương trình thanh toán thuốc theo toa của Medicare là một tùy chọn thanh toán kết hợp với bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị để giúp quý vị quản lý chi phí tự trả cho các loại thuốc được chương trình của chúng tôi chi trả bằng cách chia nhỏ chúng trong năm theo lịch (tháng 1 - tháng 12). Bất kỳ ai có chương trình thuốc Medicare hoặc chương trình sức khỏe Medicare có bảo hiểm thuốc (như chương trình Medicare Advantage Plan có bảo hiểm thuốc) đều có thể sử dụng lựa chọn thanh toán này. **Lựa chọn thanh toán này có thể giúp quý vị quản lý chi phí của mình nhưng không giúp quý vị tiết kiệm tiền hoặc giảm chi phí thuốc.**
- Extra Help từ Medicare và trợ giúp từ SPAP cũng như ADAP của quý vị, dành cho những người đủ điều kiện, sẽ có lợi hơn so với việc tham gia Chương trình thanh toán thuốc theo toa của Medicare. Tất cả các thành viên đều

đủ điều kiện tham gia Chương trình thanh toán thuốc theo toa của Medicare, bất kể mức thu nhập. Để tìm hiểu thêm về lựa chọn thanh toán này, hãy gọi cho chúng tôi theo số (866) 314-2427 (người dùng TTY xin gọi 711) hoặc truy cập www.Medicare.gov.

PHẦN 5 Quý vị có thắc mắc?

Phần 5.1 Nhận trợ giúp từ Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)

- **Gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (866) 314-2427. (Người dùng TTY xin gọi số 711.)**

Chúng tôi sẵn sàng nhận các cuộc gọi điện thoại Thời gian làm việc từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, 8 a.m. đến 8 p.m. theo giờ địa phương, 7 ngày một tuần. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m. theo giờ địa phương. Các cuộc gọi đến số này đều miễn cước.

- **Đọc *Chứng từ bảo hiểm* năm 2026 của quý vị**

Thông báo thay đổi hàng năm này cung cấp cho quý vị bản tóm tắt những thay đổi về phúc lợi và chi phí của quý vị trong năm 2026. Để biết thông tin chi tiết, hãy xem *Chứng từ bảo hiểm* 2026 cho Central Health Dual Access Plan (HMO

D-SNP). *Chứng từ bảo hiểm* là bảng mô tả chi tiết, hợp pháp về các phúc lợi trong chương trình của quý vị. Sổ tay này cũng giải thích các quyền lợi của quý vị và những quy định quý vị cần tuân theo để nhận các dịch vụ và thuốc theo toa được bao trả. Nhận *Chứng từ bảo hiểm* trên trang web của chúng tôi tại centralhealthplan.com hoặc gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (866) 314-2427 (người dùng TTY xin gọi số 711) để yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị một bản sao.

- **Truy cập centralhealthplan.com**

Trang web của chúng tôi có thông tin cập nhật nhất về hệ thống nhà cung cấp của chúng tôi (*Danh bạ nhà thuốc/nhà cung cấp*) và *Danh sách thuốc được bao trả (Danh sách/danh mục thuốc)* của chúng tôi.

Phần 5.2 Nhận dịch vụ tư vấn miễn phí về Medicare

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) là một chương trình độc lập của chính phủ với các cố vấn đã qua đào tạo ở mọi tiểu bang. Tại California, SHIP được gọi là 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

Hãy gọi để được tư vấn bảo hiểm sức khỏe cá nhân . Các tư vấn viên có thể giúp quý vị hiểu rõ các lựa chọn chương trình Medicare và Medicaid và giải đáp mọi câu hỏi về việc chuyển

đổi chương trình. Tìm hiểu thêm về bằng cách truy cập (<https://www.aging.ca.gov/hicap>).

Phần 5.3 Nhận trợ giúp từ Medicare

- **Gọi cho số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

- **Trò chuyện trực tiếp với www.Medicare.gov**

Quý vị có thể trò chuyện trực tiếp tại www.Medicare.gov/talk-to-someone

- **Gửi thư cho Medicare**

Quý vị có thể viết thư cho Medicare theo địa chỉ PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Truy cập www.Medicare.gov**

Trang web Medicare chính thức có các thông tin về chi phí, bảo hiểm và Đánh giá chất lượng để giúp quý vị so sánh các chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare trong khu vực của quý vị.

- **Tham khảo *Medicare & You 2026***

Sổ tay *Medicare & You 2026* được gửi qua đường bưu điện đến những người tham gia Medicare vào mỗi mùa thu. Sổ tay này có phần tóm tắt các phúc lợi, quyền và sự bảo vệ từ Medicare, cùng phần giải đáp các câu hỏi thường gặp về Medicare. Quý vị cũng có thể yêu cầu một bản sao tại www.Medicare.gov hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

Phần 5.4 Nhận trợ giúp từ Medicaid

Gọi cho California Department of Health Care Services theo số (916) 449-5000. Người dùng TTY 711.

Thông tin bổ sung về nguồn lực chăm sóc sức khỏe và thành viên quan trọng

- **Thông báo điện tử (ELN) - Cách nhận các tài liệu quan trọng**
- **Thông báo về không phân biệt đối xử (NDN) - Phần 1557**
- **Thông báo về tính khả dụng (NOA) - Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ**
- **Thông báo về phương thức bảo vệ quyền riêng tư (NPP)**

Cách nhận tài liệu quan trọng về chương trình



Quý vị rất quan trọng với chúng tôi! Chúng tôi sẽ giúp quý vị dễ dàng nhận được thông tin quý vị cần. Truy cập trực tuyến để xem các tài liệu quan trọng về chương trình và tìm nhà thuốc hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới. Quý vị cũng có thể tra cứu thuốc theo toa của quý vị mọi lúc mọi nơi từ bất kỳ thiết bị nào. Các tài liệu về chương trình năm , chẳng hạn như Chứng từ bảo hiểm, Danh mục thuốc và Danh mục nhà cung cấp/Nhà thuốc sẽ được cung cấp trực tuyến trước ngày 15 tháng 10 .

Tìm hiểu các tài liệu về chương trình của quý vị

- **Chứng từ bảo hiểm (EOC):** Tài liệu hướng dẫn về những mục được bao trả trong chương trình của quý vị. Tài liệu này bao gồm thông tin chi tiết về phúc lợi và bảo hiểm trong chương trình của quý vị, quyền của thành viên và nhiều thông tin khác.
- **Danh mục thuốc (Danh sách thuốc):** Danh sách thuốc được bao trả theo chương trình của quý vị.
- **Danh bạ nhà thuốc/nhà cung cấp:** Danh sách các bác sĩ, bác sĩ chuyên khoa và nhà thuốc trong mạng lưới cùng với số điện thoại và địa chỉ. Quý vị có thể tìm nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc nhà thuốc bằng danh bạ trực tuyến của chúng tôi tại CentralHealthPlan.com/doctor.
- **Thông báo về phương thức bảo vệ quyền riêng tư:** Thông báo này mô tả cách sử dụng và tiết lộ thông tin y tế về quý vị và cách quý vị có thể truy cập vào các thông tin

này. Thông báo này có trên trang web của chúng tôi tại CentralHealthPlan.com/chp/Member/PrivacyNotice.

Cách xem hoặc yêu cầu bản sao các tài liệu chương trình



Trực tuyến tại CentralHealthPlan.com

Xem hoặc tải xuống bản sao trực tuyến các tài liệu chương trình của quý vị mọi lúc mọi nơi. Quý vị có thể sử dụng bất kỳ thiết bị nào như máy tính bàn, máy tính bảng hoặc điện thoại di động. Các tài liệu chương trình năm sẽ được tải trực tiếp trước ngày 15 tháng 10 .



Trực tuyến tại MyCHPportal.com.

Truy cập cổng thông tin thành viên tự phục vụ của chúng tôi để xem các tài liệu về chương trình có sẵn trực tuyến 24/7 hoặc tìm nhà thuốc hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới. Đăng nhập vào Cổng thông tin thành viên hoặc thiết lập tài khoản tại MyCHPportal.com. Nhấp vào “Create an Account” (Tạo tài khoản) và làm theo hướng dẫn từng bước để đăng ký.



Liên hệ tổng đài miễn cước

Vui lòng cho chúng tôi biết nếu quý vị không thể truy cập qua máy tính hoặc quý vị muốn nhận được bản cứng tài liệu EOC hoặc Danh bạ nhà thuốc/nhà cung cấp gửi qua đường bưu điện đến quý vị. Để yêu cầu bản in tài liệu của chương trình, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo **số điện thoại miễn cước ở mặt sau thẻ ID của quý vị, từ thứ Hai - thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m. theo giờ địa phương.**

Chúng tôi luôn sẵn lòng hỗ trợ

Nếu quý vị có thắc mắc về phúc lợi của mình hoặc cần trợ giúp tìm nhà thuốc hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo **số điện thoại miễn cước ở mặt sau thẻ ID của quý vị.**

Thông báo về không phân biệt đối xử Phần 1557 Central Health Plan



Phân biệt đối xử là vi phạm pháp luật. Central Health Plan tuân theo luật dân quyền của Tiểu bang và Liên bang. Central Health Plan không phân biệt đối xử bất hợp pháp, loại trừ mọi người hay đối xử với họ một cách khác biệt do giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc dân tộc, nhận dạng nhóm dân tộc, độ tuổi, tình trạng khuyết tật tâm thần, tình trạng khuyết tật thể chất, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới hoặc xu hướng tính dục.

Central Health Plan cung cấp:

- Các công cụ hỗ trợ và dịch vụ miễn phí kịp thời cho người khuyết tật để giúp họ liên hệ với chúng tôi, chẳng hạn như:
 - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có chuyên môn
 - Thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (chữ in lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí kịp thời cho những người có tiếng mẹ đẻ không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như:
 - Thông dịch viên có trình độ

- Thông tin bằng văn bản bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, hãy liên hệ với Central Health Plan trong khoảng từ 8 a.m đến 8 p.m. bằng cách gọi số (866) 314-2427. Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi số 711. Theo yêu cầu, tài liệu này có thể được cung cấp cho quý vị dưới dạng chữ nổi Braille, bản in cỡ lớn, băng âm thanh hoặc biểu mẫu điện tử. Để nhận một bản sao ở một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi hoặc viết thư cho:

Central Health Plan

Điều phối viên về dân quyền

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

Qua điện thoại: 1-866-606-3889. Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi số 711.

CÁCH NỘP ĐƠN THAN PHIÊN

Nếu quý vị tin rằng Central Health Plan đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử bất hợp pháp theo cách khác dựa trên tính dục, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc dân tộc, nhận dạng nhóm dân tộc, độ tuổi, tình trạng khuyết tật về tinh thần, tình trạng khuyết tật về thể chất, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới

tính, bản dạng giới hoặc xu hướng tính dục, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên Điều phối viên Dân quyền của Molina Healthcare. Quý vị có thể nộp đơn than phiền qua điện thoại, thư bưu điện, trực tiếp hoặc trực tuyến:

- **Qua điện thoại:** Liên hệ với Central Health Plan của Molina Healthcare từ 8:30 a.m. đến 5:30 p.m. bằng cách gọi số 1-866-606-3889. Hoặc, nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi số 711.
- **Qua thư:** Điền vào mẫu đơn khiếu nại hoặc viết thư và gửi đến:
Central Health Plan
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802
- **Trực tiếp:** Đến văn phòng bác sĩ của quý vị hoặc Central Health Plan và nói rằng quý vị muốn nộp đơn than phiền.
- **Điện tử:** Gửi email đến Civil.Rights@MolinaHealthcare.com. Quý vị cũng có thể truy cập trang web của Molina Healthcare theo số MolinaHealthcare.Alertline.com.

VĂN PHÒNG DÂN QUYỀN – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền với Văn phòng dân quyền, California Department of Health Care

Services qua điện thoại, qua đường bưu điện hoặc theo phương thức điện tử:

- **Qua điện thoại:** Gọi số 1-916-440-7370. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe rõ, vui lòng gọi 711 (Dịch vụ chuyển tiếp viễn thông).
- **Qua thư:** Hãy điền vào biểu mẫu khiếu nại hoặc gửi thư đến:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413
Biểu mẫu khiếu nại có sẵn tại [DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx](https://dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).
- **Điện tử:** Gửi email đến CivilRights@dhcs.ca.gov.

VĂN PHÒNG DÂN QUYỀN – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES

Nếu quý vị cho rằng mình đã bị phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại (than phiền) về dân quyền lên U.S. Department of Health and Human Services, Văn phòng Dân quyền, qua điện thoại, qua thư hoặc bằng phương thức điện tử:

- **Qua điện thoại:** Gọi số 1-800-368-1019. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe rõ, vui lòng gọi số TTY/TDD: 1-800-537-7697.
- **Qua thư:** Điền vào biểu mẫu khiếu nại hoặc gửi thư đến:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Các mẫu đơn khiếu nại có tại [HHS.gov/ocr/office/file/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).
- **Điện tử:** Truy cập Cổng thông tin khiếu nại của Văn phòng Dân quyền tại [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 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 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: បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក 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.

THÔNG BÁO VỀ PHƯƠNG THỨC BẢO VỆ QUYỀN RIÊNG TƯ

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁCH SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ VỀ QUÝ VỊ VÀ CÁCH QUÝ VỊ CÓ THỂ TRUY CẬP VÀO CÁC THÔNG TIN NÀY. VUI LÒNG ĐỌC THẬT KỸ.

Thông báo này mô tả các biện pháp bảo vệ quyền riêng tư của các chương trình bảo hiểm sức khỏe liên kết của Molina Healthcare (sau đây được gọi là “**Molina**”, “**chúng tôi**” hoặc “**của chúng tôi**”). Chúng tôi sử dụng và chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ (“**PHI**”) về quý vị để cung cấp phúc lợi sức khỏe cho quý vị với tư cách là thành viên của Molina. Chúng tôi sử dụng và chia sẻ PHI của quý vị để tiến hành điều trị, thanh toán và thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe. Chúng tôi cũng sử dụng và chia sẻ PHI của quý vị vì các lý do khác như được luật pháp cho phép và yêu cầu. Chúng tôi có nghĩa vụ giữ kín thông tin sức khỏe của quý vị và tuân thủ những điều khoản trong Thông báo này. Thông báo này có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2026.

PHI là thông tin sức khỏe bao gồm tên, mã thành viên hoặc các thông tin nhận dạng khác, và được chúng tôi sử dụng hoặc chia sẻ. PHI bao gồm thông tin sức khỏe về các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và thông tin sinh trắc học (như voiceprint (trích xuất giọng nói)).

Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2026

Tại sao chúng tôi sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị?

Chúng tôi sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị để cung cấp cho quý vị các phúc lợi về chăm sóc sức khỏe. PHI của quý vị cũng được sử dụng hoặc chia sẻ để phục vụ việc điều trị, thanh toán và các hoạt động chăm sóc sức khỏe.

Để điều trị

Chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị để cung cấp hoặc sắp xếp việc chăm sóc y tế cho quý vị. Việc điều trị còn bao gồm thư giới thiệu giữa các bác sĩ của quý vị hoặc các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Ví dụ: chúng tôi có thể chia sẻ thông tin về tình trạng sức khỏe của quý vị với một bác sĩ chuyên khoa. Điều này giúp bác sĩ chuyên khoa đó trao đổi với bác sĩ của quý vị về việc điều trị của quý vị.

Để thanh toán

Chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI để đưa ra quyết định về thanh toán. Điều này bao gồm các yêu cầu bồi hoàn, chấp thuận điều trị và quyết định về sự cần thiết về mặt y tế. Tên, tình trạng y tế, việc điều trị và vật tư được cung cấp của quý vị có thể được viết trên hóa đơn. Ví dụ: chúng tôi có thể báo cho một bác sĩ biết rằng quý vị hưởng phúc lợi của chúng tôi. Chúng tôi cũng sẽ cho bác sĩ đó biết số tiền trong hóa đơn mà chúng tôi sẽ thanh toán.

Để thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe

Chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI về quý vị để vận hành (các) chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi. Ví dụ: chúng tôi có thể sử dụng thông tin từ yêu cầu bồi hoàn của

quý vị để báo cho quý vị biết về chương trình sức khỏe có khả năng giúp đỡ quý vị. Chúng tôi cũng có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị để giải quyết các mối quan ngại của thành viên. PHI của quý vị cũng có thể được sử dụng để đảm bảo yêu cầu bồi hoàn được thanh toán đúng.

Các hoạt động chăm sóc sức khỏe liên quan đến nhiều nhu cầu kinh doanh hàng ngày. Việc này bao gồm nhưng không giới hạn ở những điều sau:

- Cải thiện chất lượng;
- Những hoạt động trong các chương trình bảo hiểm sức khỏe để giúp các thành Viên mắc một số bệnh lý (như bệnh suyễn);
- Thực hiện hoặc sắp xếp hoạt động đánh giá y khoa;
- Dịch vụ pháp lý, bao gồm các chương trình phát hiện gian lận và lạm dụng cũng như chương trình truy tố;
- Những hành động giúp chúng tôi tuân thủ luật pháp;
- Giải quyết nhu cầu của thành viên, bao gồm việc giải quyết các khiếu nại và than phiền.

Chúng tôi sẽ chia sẻ PHI của quý vị với những công ty khác (“**cộng sự kinh doanh**”) thực hiện các loại hình hoạt động khác nhau cho (các) chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi. Chúng tôi cũng có thể sử dụng PHI của quý vị để gửi nhắc nhở về các cuộc hẹn của quý vị. Chúng tôi có thể sử dụng PHI của quý vị để cung cấp cho quý vị thông tin về (các)

Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2026

phương pháp điều trị khác hoặc các phúc lợi và dịch vụ khác có liên quan đến sức khỏe.

Khi nào chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị mà không cần có văn bản cho phép (chấp thuận) từ quý vị?

Ngoài việc điều trị, thanh toán và các hoạt động chăm sóc sức khỏe, luật pháp cho phép hoặc yêu cầu Molina sử dụng và chia sẻ PHI của quý vị vì nhiều mục đích khác, bao gồm những mục đích như sau:

Theo yêu cầu của luật pháp

Chúng tôi sẽ sử dụng hoặc chia sẻ thông tin về quý vị theo yêu cầu của luật pháp. Chúng tôi sẽ chia sẻ PHI của quý vị khi Bộ Trưởng Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (Department of Health and Human Services, HHS) yêu cầu. Thông tin này có thể được dùng để phục vụ cho một vụ kiện, đánh giá pháp lý khác, hoặc khi được yêu cầu cho mục đích thực thi pháp luật.

Sức khỏe cộng đồng

PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ vì các hoạt động sức khỏe cộng đồng. Hoạt động này có thể bao gồm giúp các cơ quan sức khỏe cộng đồng ngăn ngừa hoặc kiểm soát dịch bệnh.

Giám sát chăm sóc sức khỏe

PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ với các cơ quan chính phủ. Họ có thể cần PHI của quý vị để thực hiện kiểm tra.

Nghiên cứu

PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ để phục vụ nghiên cứu trong một số trường hợp nhất định, ví dụ như khi được hội đồng duyệt xét cấp cơ sở hoặc hội đồng về quyền riêng tư chấp thuận.

Thủ tục tố tụng pháp lý hoặc thủ tục hành chính

PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ để phục vụ các thủ tục tố tụng pháp lý, chẳng hạn như đáp lại lệnh của tòa án.

Thực thi pháp luật

PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ với cảnh sát để phục vụ các mục đích thực thi pháp luật, chẳng hạn như giúp tìm nghi phạm, nhân chứng hoặc người bị mất tích.

Sức khỏe và sự an toàn

PHI của quý vị có thể được chia sẻ để ngăn ngừa mối đe dọa nghiêm trọng và cấp thiết đến sức khỏe hoặc sự an toàn của cá nhân hoặc cộng đồng.

Chức năng chính phủ

PHI của quý vị có thể được chia sẻ với chính phủ để thực hiện các chức năng đặc biệt. Một ví dụ đó là bảo vệ Tổng thống.

Nạn nhân của tình trạng ngược đãi, bỏ bê hoặc bạo lực gia đình

PHI của quý vị có thể được chia sẻ với cơ quan pháp luật nếu chúng tôi tin rằng có người là nạn nhân của tình trạng ngược đãi hoặc bỏ bê.

Bồi thường cho người lao động

PHI của quý vị có thể được sử dụng hoặc chia sẻ để tuân thủ luật Bồi thường cho người lao động.

Các trường hợp tiết lộ khác

PHI của quý vị có thể được chia sẻ với người kinh doanh tang lễ hoặc điều tra viên các vụ chết bất thường để giúp họ hoàn thành công việc của họ.

Các hạn chế bổ sung về việc sử dụng và tiết lộ.

Một số luật liên bang và tiểu bang có thể yêu cầu các biện pháp bảo vệ quyền riêng tư đặc biệt hạn chế việc sử dụng và tiết lộ một số loại thông tin sức khỏe nhất định. Các luật này có thể bảo vệ các loại thông tin sau: rối loạn sử dụng rượu và chất kích thích, thông tin sinh trắc học, lạm dụng hoặc bỏ bê trẻ em hoặc người lớn bao gồm tấn công tình dục, bệnh truyền nhiễm, thông tin di truyền, HIV/AIDS, sức khỏe tâm thần, thông tin về trẻ vị thành niên, đơn thuốc, sức khỏe sinh sản và các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Chúng tôi sẽ tuân theo luật nghiêm ngặt hơn, áp dụng cho chúng tôi.

Thông tin về Rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (SUD).

Mặc dù chúng tôi không phải là chương trình điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện theo luật liên bang (“Chương trình SUD”), chúng tôi có thể nhận được thông tin từ Chương trình SUD về quý vị. Chúng tôi không được tiết lộ thông tin SUD để sử dụng trong thủ tục tố tụng dân sự, hình sự, hành chính hoặc lập pháp chống lại quý vị trừ khi chúng tôi nhận được (i) sự đồng ý bằng văn bản của quý vị hoặc (ii) lệnh của tòa án kèm theo trát đòi hầu tòa hoặc yêu cầu pháp lý khác buộc phải tiết

lộ sau khi chúng tôi và quý vị nhận được thông báo và có cơ hội được lắng nghe.

Khi nào chúng tôi cần sự cho phép (chấp thuận) bằng văn bản của quý vị để sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị?

Chúng tôi cần văn bản chấp thuận của quý vị để sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị cho mục đích khác ngoài các mục đích được liệt kê trong Thông báo này. Chúng tôi cần sự cho phép của quý vị trước khi chúng tôi tiết lộ PHI của quý vị cho những trường hợp sau đây: (1) hầu hết các trường hợp sử dụng hoặc tiết lộ ghi chú về liệu pháp tâm lý; (2) sử dụng và tiết lộ nhằm mục đích tiếp thị; và (3) sử dụng và tiết lộ liên quan đến việc bán PHI. Quý vị có thể hủy bỏ văn bản chấp thuận mà quý vị đã cung cấp cho chúng tôi. Việc quý vị hủy bỏ sẽ không áp dụng cho các hành động đã được chúng tôi thực hiện trước đó theo sự chấp thuận của quý vị.

Quyền về thông tin sức khỏe của quý vị là gì?

Quý vị có quyền:

- **Yêu cầu hạn chế sử dụng hoặc tiết lộ PHI (chia sẻ PHI của quý vị)**

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi không chia sẻ PHI của quý vị để thực hiện điều trị, thanh toán hoặc các hoạt động chăm sóc sức khỏe. Quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi không chia sẻ PHI của quý vị với gia đình, bạn bè của quý vị, hoặc những người khác quý vị đã chỉ đích danh có liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe của quý vị. Tuy nhiên, chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu của quý vị. Quý vị

cần phải đưa ra yêu cầu bằng văn bản. Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu của chúng tôi để đưa ra yêu cầu.

- **Yêu cầu trao đổi PHI bí mật**

Quý vị có thể yêu cầu Molina cung cấp cho quý vị PHI của quý vị theo một cách nhất định hoặc tại một địa điểm cụ thể để giúp giữ bí mật thông tin PHI của quý vị. Chúng tôi sẽ tuân theo các yêu cầu hợp lý nếu quý vị cho chúng tôi biết việc chia sẻ toàn bộ hoặc một phần PHI đó có thể khiến tính mạng của quý vị gặp nguy hiểm như thế nào. Quý vị cần phải đưa ra yêu cầu bằng văn bản. Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu của chúng tôi để đưa ra yêu cầu.

- **Xem xét và sao chép PHI của quý vị**

Quý vị có quyền xem xét và nhận bản sao PHI của mình do chúng tôi lưu giữ. Bản sao này có thể bao gồm các hồ sơ được sử dụng để thực hiện bao trả, yêu cầu bảo hiểm và các quyết định khác về quý vị với tư cách là thành viên của chúng tôi. Quý vị cần phải đưa ra yêu cầu bằng văn bản. Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu của chúng tôi để đưa ra yêu cầu. Chúng tôi có thể thu một mức phí hợp lý cho việc sao chép và gửi hồ sơ qua đường bưu điện. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể từ chối yêu cầu. *Lưu ý quan trọng: Chúng tôi không có các bản sao đầy đủ cho hồ sơ y tế của quý vị. Nếu quý vị muốn xem, nhận bản sao hoặc thay đổi hồ sơ y tế của mình, vui lòng liên hệ với bác sĩ hoặc phòng khám của quý vị.*

- **Sửa đổi PHI của quý vị**

Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2026

Quý vị có thể đề nghị chúng tôi sửa đổi (thay đổi) PHI của mình. Việc sửa đổi chỉ áp dụng cho các hồ sơ của quý vị với tư cách là thành viên do chúng tôi nắm giữ. Quý vị cần phải đưa ra yêu cầu bằng văn bản. Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu của chúng tôi để đưa ra yêu cầu. Quý vị có thể gửi thư phản đối chúng tôi nếu chúng tôi từ chối yêu cầu.

- **Nhận Bản giải trình về việc tiết lộ PHI (Chia sẻ PHI của quý vị)**

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cung cấp cho quý vị danh sách một số bên mà chúng tôi đã chia sẻ PHI của quý vị trong sáu năm trở về trước tính từ ngày quý vị gửi yêu cầu. Danh sách này sẽ không bao gồm PHI đã chia sẻ:

- để phục vụ việc điều trị, thanh toán hoặc các hoạt động chăm sóc sức khỏe;
- cho mọi người về PHI của chính họ;
- việc chia sẻ được thực hiện có sự cho phép của quý vị;
- vô tình sử dụng hoặc tiết lộ nhưng việc sử dụng hoặc tiết lộ vốn được luật pháp hiện hành cho phép hoặc yêu cầu;
- PHI được tiết lộ vì lợi ích an ninh quốc gia hoặc mục đích tình báo; hoặc
- là một phần của chuỗi dữ liệu giới hạn theo luật pháp hiện hành.

Chúng tôi sẽ thu một mức phí hợp lý cho mỗi danh sách khi quý vị yêu cầu nhận danh sách này từ lần thứ hai trở đi trong

khoảng thời gian 12 tháng. Quý vị cần phải đưa ra yêu cầu bằng văn bản. Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu của chúng tôi để đưa ra yêu cầu.

Quý vị có thể đưa ra bất kỳ yêu cầu nào nêu trên, hoặc có thể nhận một bản sao dạng giấy của Thông báo này. Vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại miễn cước ở mặt sau thẻ ID của quý vị, 7 ngày một tuần, 8 a.m. đến 8 p.m., theo giờ địa phương. Người dùng TTY/TDD xin gọi số 711.

Quý vị có thể làm gì nếu quyền của mình không được bảo vệ?

Quý vị có thể khiếu nại với Department of Health and Human Services nếu cho rằng quyền riêng tư của mình đã bị xâm phạm. Chúng tôi sẽ không gây bất lợi cho quý vị vì đã gửi khiếu nại. Hoạt động chăm sóc và phúc lợi của quý vị sẽ không thay đổi theo bất kỳ cách nào.

Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại cho chúng tôi theo địa chỉ:

Gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại miễn cước ở mặt sau thẻ ID của quý vị, 7 ngày một tuần, 8 a.m đến 8 p.m. theo giờ địa phương. Người dùng TTY/TDD xin gọi số 711. Hoặc gửi thư cho chúng tôi theo địa chỉ:

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

Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại cho Bộ trưởng của U.S. Department of Health and Human Services theo địa chỉ:

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 (FAX)

Nhiệm vụ của chúng tôi là gì?

Chúng tôi được yêu cầu:

- Bảo mật PHI của quý vị;
- Cung cấp cho quý vị thông tin bằng văn bản chẳng hạn như thông tin này về nghĩa vụ và phương thức bảo vệ quyền riêng tư của chúng tôi đối với PHI của quý vị;
- Gửi thông báo cho quý vị nếu xảy ra trường hợp vi phạm đối với PHI không được bảo mật của quý vị;
- Không sử dụng hoặc tiết lộ thông tin di truyền của quý vị cho mục đích thẩm định bảo hiểm;
- Tuân thủ điều khoản trong Thông báo này.

Thông báo này có thể thay đổi

Chúng tôi có quyền thay đổi phương thức cung cấp thông tin về điều khoản của Thông báo này bất cứ lúc nào. Nếu có thay đổi, phương thức và điều khoản mới sẽ áp dụng cho mọi PHI mà chúng tôi nắm giữ. Nếu thực hiện bất kỳ thay đổi quan trọng nào, chúng tôi sẽ đăng tải Thông báo

Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2026

được chỉnh sửa trên trang web của chúng tôi và gửi một bản Thông báo chỉnh sửa hoặc thông tin về thay đổi quan trọng và cách nhận Thông báo được chỉnh sửa trong thư báo hàng năm tiếp theo của chúng tôi gửi đến các thành viên được chúng tôi bao trả. Thông báo này có trên trang web của chúng tôi tại MolinaHealthcare.com.

Thông tin liên hệ

Nếu quý vị có câu hỏi về Thông báo này, vui lòng liên hệ với chúng tôi. Hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên theo số điện thoại miễn cước ở mặt sau thẻ ID của quý vị; 7 ngày một tuần, 8 a.m. đến 8 p.m. theo giờ địa phương. Người dùng TTY/TDD xin gọi số 711. Or write to Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Quý vị có thể nhận tài liệu này miễn phí ở các định dạng khác như bản in cỡ lớn, chữ nổi Braille hoặc âm thanh. Hãy gọi số (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, 7 ngày một tuần, 8 a.m. đến 8 p.m., theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí.

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

Thông tin quan trọng của Molina Healthcare



CAACVI26L00640