

2024

اطلاعیه تغییرات سالانه

Molina Medicare Complete Care Plus Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP) یک طرح

California H3038-003

ارائه خدمات به کانتی‌های: San Diego و Los Angeles ،Riverside ،San Bernardino

تاریخ اجرایی شدن از 1 ژانویه تا 31 دسامبر 2024

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ارائه شده توسط Molina Healthcare در California

اطلاعیه تغییرات سالانه برای سال 2024

مقدمه

شما در حال حاضر به عنوان عضوی از طرح ما ثبت نام کرده‌اید. سال آینده، تغییراتی در مزایای، پوشش بیمه، قوانین ما اعمال خواهد شد. در این بخش **یا** اطلاعیه تغییرات سالانه درباره این تغییرات و چگونگی پیدا کردن اطلاعات بیشتر در مورد آن اطلاعاتی به شما داده می‌شود. برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد مزایا، یا قوانین، لطفاً کتابچه راهنمای اعضا را در وبسایت ما به آدرس www.MolinaHealthcare.com/Medicare مطالعه کنید. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا گنجانده شده است.

منابع اضافی

- این سند به رایگان به زبان‌های اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، فرانسوی، کریول فرانسوی، هندی، همونگ، ایتالیایی، آلمانی، ژاپنی، کره ای، لائوسی، مین، لهستانی، پرتغالی، پنجابی، روسی، تاگالوگ، تایلندی، اوکراینی و ویتنامی موجود است.
- می‌توانید این اطلاعیه تغییرات سالانه را به صورت رایگان در قالب‌های دیگر از جمله چاپ درشت، خط بریل یا به صورت صوتی دریافت نمایید. شماره تماس 665-4627 (855) 711، TTY: 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 عصر به وقت محلی تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
- می‌توانید درخواست کنید که ما همیشه اطلاعات را به زبان یا قالبی که نیاز دارید برای شما ارسال کنیم. به این امر درخواست دائمی گفته می‌شود. ما درخواست دائمی شما را پیگیری می‌کنیم، بنابراین لازم نیست که برای هر بار ارسال اطلاعات به طور جداگانه درخواست کنید.
- جهت دریافت این سند به زبانی به غیر از انگلیسی، لطفاً با «ایالت» به شماره 711 TTY: 541-5555 (800)، دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 عصر به وقت محلی به منظور به روز رسانی پرونده خود به زبان دلخواه تماس بگیرید. جهت دریافت این سند به قالبی دیگر، لطفاً با «خدمات اعضاء» به شماره 711 TTY: 665-4627 (855) 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 عصر به وقت محلی تماس بگیرید. یک نماینده می‌تواند به شما در ایجاد یا تغییر درخواست دائمی کمک کند. همچنین می‌توانید با «مدیر پرونده» خود برای دریافت کمک در خصوص درخواست‌های دائمی تماس بگیرید.
- برای پاسخ به سؤالاتی که ممکن است درباره طرح‌های سلامت یا دارویی ما داشته باشید، می‌توانید از خدمات ترجمه رایگان ما استفاده کنید. برای دسترسی به مترجم شفاهی، کافی است با ما به این شماره تماس بگیرید: 711 TTY: 665-4627 (855). فردی که به انگلیسی، اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، فرانسوی، کریول فرانسوی، هندی، همونگ، ایتالیایی، آلمانی، ژاپنی، کره ای، لائوسی، مین، لهستانی، پرتغالی، پنجابی، روسی، تاگالوگ، تایلندی، اوکراینی و ویتنامی، صحبت می‌کند، می‌تواند به شما کمک کند. این سرویس رایگان است.

تأییدیه OMB 0938-1444 (تاریخ انقضا: 30 ژوئن، 2026)

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) به شماره 665-4627 (855)، TTY: 711، 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 عصر به وقت محلی، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر،** به سایت MolinaHealthcare.com/Medicare مراجعه کنید.



Spanish:

- Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o de medicamentos. Para acceder a los servicios de un intérprete, llámenos al (855) 665-4627 TTY: 711. Una persona que habla inglés, español, árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, francés, criollo francés, hindi, hmong, italiano, alemán, japonés, coreano, laosiano, mien, polaco, portugués, punjabi, ruso, tagalo, tailandés, ucraniano o vietnamita puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Arabic:

- نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، كل ما عليك هو الاتصال بنا على الرقم (855) 665-4627 TTY: 711 وبالنسبة لمستخدمي هاتف الصم والبكم TTY، فيمكنهم الاتصال على: 711. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث الإنجليزية، أو الإسبانية، أو العربية، أو الأرمنية، أو الكمبودية، أو الصينية، أو الفارسية، أو الفرنسية، أو الفرنسية الكريولية، أو الهندية، أو الهمونغية أو الإيطالية أو الألمانية أو اليابانية أو الكورية أو اللتوانية أو لغة المين أو البولندية أو البرتغالية أو البنجابية أو الروسية أو التاجولوجية أو التايلندية أو الأوكرانية أو الفيتنامية. تقدم هذه الخدمة مجاناً.

Armenian:

- Մենք տրամադրում ենք անվճար բանավոր թարգմանչի ծառայություններ՝ պատասխանելու ցանկացած հարցի առողջապահական կամ դեղերին առնչվող մեր ապահովագրական պլանների վերաբերյալ: Բանավոր թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք մեզ (855) 665-4627 TTY: 711 հեռախոսահամարով: Անգլերեն, իսպաներեն, արաբերեն, հայերեն, կիներեն, չինարեն, պարսկերեն, ֆրանսերեն, ֆրանսիական կրեոլ, հինդի, մոնգոլերեն, իտալերեն, գերմաներեն, ճապոներեն, կորեերեն, լատներեն, մյաո, լեհերեն, պորտուգալերեն, փենջաբի, ռուսերեն, տաղալոգ, սլովերեն, սկրաիներեն կամ վիետնամերեն խոսող յուրաքանչյուր ոք կարող է օգնել Ձեզ: Սա անվճար ծառայություն է:

Cambodianian:

- យើងមានសេវាផ្តល់អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចនឹងមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកកាន់យើងតាមលេខ (855) 665-4627 TTY: 711។ នរណាម្នាក់ដែលចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស អេស្ប៉ាញ អាវ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វាស៊ី បារាំង បារាំងក្រេអូល ហិណ្ឌូ ម៉ង់ អ៊ីតាលី អាស៊ីម៉ង់ ជប៉ុន កូរ៉េ ឡាវ ម៉ឺន ប៊ូឡូញ ព័រទុយហ្គាល់ ពុនចាម រុស្ស៊ី តាហ្គាឡុក ថៃ អ៊ុយក្រែន ឬវៀតណាម អាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Chinese:

- 我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，聯絡我們即可，請撥打 (855) 665-4627 TTY: 711。講英語、西班牙語、阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、漢語、波斯語、法語、法語克里奧爾語、北印度語、苗語、意大利語、德語、日語、韓語、老撾語、緬語、波蘭語、葡萄牙語、旁遮普語、俄語、塔加拉族語、泰語、烏克蘭語或越南語的人員可以為您提供幫助。這是免費的服務。

Farsi:

- ما خدمات مترجم شفاهی رایگان داریم تا به هر پرسشی که ممکن است در مورد طرح سلامت یا داروی ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای دسترسی به مترجم شفاهی کافی است از طریق شماره (855) 665-4627 TTY: 711 با ما تماس بگیرید. این خدمات رایگان است. اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، فرانسوی، کریول فرانسوی، هندی، همونگ، ایتالیایی، آلمانی، ژاپنی، کره‌ای، لائوس، مین، لهستانی، پرتغالی، پنجابی، روسی، تاگالوگ، تایلندی، اوکراینی، یا ویتنامی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این خدمات رایگان است.



French:

- Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pouvez avoir sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance médicaments. Pour profiter de ce service, il suffit de nous appeler au (855) 665-4627 TTY: 711. *Un interlocuteur maîtrisant l'anglais, l'espagnol, l'arabe, l'arménien, le cambodgien, le chinois, le farsi, le français, le créole français, l'hindi, le hmong, l'italien, l'allemand, le japonais, le coréen, le laotien, le mien, le polonais, le portugais, le punjabi, le russe, le tagalog, le thaïlandais, l'ukrainien ou le vietnamien pourra vous aider. Ce service est gratuit.*

Creole:

- Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt jis rele nou nan (855) 665-4627 TTY: 711. *Yon moun ki pale Anglè, Espanyòl, Arab, Amenyen, Kanbòdj, Chinwa, Farsi, Fransè, Fransè Kreyòl, Hindi, Hmong, Italyen, Alman, Japonè, Koreyen, Laosyen, Mien, Polonè, Pòtigè, Punjabi, Ris, Tagalog, Thai, Ukrainian, oswa Vyetnamyen ka ede w. Sa a se yon sèvis gratis.*

Hindi:

- हमारे स्वास्थ्य या औषधि योजना के बारे में आपके हो सकने वाले किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए बस हमें (855) 665-4627 TTY: 711 पर कॉल करें। अंग्रेजी, स्पैनिश, अरबी, अर्मेनियाई, कम्बोडियाई, चीनी, फ़ारसी, फ़्रेंच, फ़्रेंच क्रियोल, हिंदी, हमोंग, इतालवी, जर्मन, जापानी, कोरियाई, लाओटियन, मीन, पोलिश, पुर्तगाली, पंजाबी, रूसी, टैगालोग, थाई, यूक्रेनी, या वियतनामी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Hmong:

- Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiag xwm kev noj qab haus huv thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus tsuas yog hu rau peb ntawm (855) 665-4627 TTY: 711. *Muaj tus neeg hais lus Askiv, Xab Pees Niv, AsLas Npiv, Asme Nias, Kas Pus Cia, Suav, Fas Lis, Fab Kis, Fab Kis KesLaus, His Du, Hmoob, Is Tas Lij, Yias Lab Mas, Nyiv Pooj, Kaus Lim, Nplog, Co, Paus Lis, Pos Tus Kej, Pa Ca Npi, Lav Xias, Ta Ka Lov, Thaib, Yus Khees los sis Nyab Laj los pab koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.*

Italian:

- Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere sul nostro piano sanitario o farmacologico. Per usufruire di un interprete, ci chiami al numero (855) 665-4627 supporto telescrivente: 711. *Una persona che parla inglese, spagnolo, arabo, armeno, cambogiano, cinese, farsi, francese, creolo francese, hindi, hmong, italiano, tedesco, giapponese, coreano, laotiano, mien, polacco, portoghese, punjabi, russo, tagalog, thailandese, ucraino o vietnamita la aiuterà. Il servizio è gratuito.*

German:

- Wir bieten Ihnen kostenlose Dolmetschdienstleistungen, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Um einen Dolmetscher zu bekommen, rufen Sie uns einfach an unter (855) 665-4627 TTY: 711. *Jemand, der Englisch, Spanisch, Arabisch, Armenisch, Kambodschanisch, Chinesisch, Farsi, Französisch, Französisch-Kreolisch, Hindi, Hmong, Italienisch, Deutsch, Japanisch, Koreanisch, Laotisch, Mien, Polnisch, Portugiesisch, Punjabi, Russisch, Tagalog, Thai, Ukrainisch oder Vietnamesisch spricht, kann Ihnen helfen. Diese Dienstleistung ist kostenlos.*

تأییدیہ OMB 1444-0938 (تاریخ انقضا: 30 ژوئن، 2026)

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) به شماره (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 عصر به وقت محلی، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به سایت MolinaHealthcare.com/Medicare مراجعه کنید.



Japanese:

- 当社の医療保険や処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳をご希望の方は、(855) 665-4627までお電話ください。TTY: 711。英語またはスペイン語、アラビア語、アルメニア語、カンボジア語、中国語、ペルシャ語、フランス語、クレオール語、ヒンディー語、モン語、イタリア語、ドイツ語、日本語、韓国語、ラオス語、ミエン語、ポーランド語、ポルトガル語、パンジャブ語、ロシア語、タガログ語、タイ語、ウクライナ語、ベトナム語を話せる者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。

Korean:

- 당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 의약품 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 (855) 665-4627 TTY: 711로 전화하십시오. 영어, 스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 프랑스어, 프랑스어 크리올어, 힌디어, 몽족어, 이탈리아어, 독일어, 일본어, 한국어, 라오스어, 미엔어, 폴란드어, 포르투갈어, 편자브어, 러시아어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어 또는 베트남어 지원이 가능합니다. 무료 서비스입니다.

Laotian:

- ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍແປພາສາພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ (855) 665-4627 TTY: 711. ມີຜູ້ທີ່ເວົ້າໄດ້ ພາສາອັງກິດ, ສະເປນ, ອາຣັບ, ອາເມເນຍ, ກຳປູເຈຍ, ຈີນ, ຟາຊີ, ຝຣັ່ງ, ຝຣັ່ງ ເຄຣໂຣ, ຮິນດູ, ມົ້ງ, ອິຕາລີ, ເຢຍລະມັນ, ຍີ່ປຸ່ນ, ເກົາຫຼີ, ລາວ, ມຽນ, ໂປແລນ, ປອກຕຸຍການ, ປັນຈານີ, ລັດເຊຍ, ຕາກາລັອກ, ໄທ, ອູແກຣນ ຫຼື ຫວຽດນາມ ເຊິ່ງສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ການບໍລິການນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ

Mien:

- Yie mbuo liepc duqv maaih faan waac mienh wangv-henh tengx dau waac bun muangx dongh haax zanc meih qiex naaic taux yie mbuo goux nyei ziux goux wangc siangx sou-gorn a'fai ndie nyei sou-gorn. Liouh lorx faan waac mienh se korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv (855) 665-4627 TTY: 711. Ninh liepc maaih mienh haih gorngv ang gitv waac, Spanish waac, Arabic waac, Armenian waac, Cambodian waac, Janx-kaeqv waac, Farsi waac, French waac, French Creole waac, Hindi waac, Janx-ba'miuh waac, Italian waac, German waac, Janx yi-bernv waac, Korean waac, Janx-laauv waac, Mienh waac, Polish waac, Portuguese waac, Punjabi waac, Russian waac, Tagalog waac, Janx-taiv waac, Ukrainian waac, a'fai janx Vietnam waac liouh tengx faan waac bun meih. Naaiv se wangv henh tengx faan waac bun muangx hngangv.

Polish:

- Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza ustnego, który pomoże uzyskać odpowiedzi na wszelkie pytania dotyczące naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego albo planu ubezpieczenia lekowego. Aby skorzystać z usługi tłumacza ustnego, proszę do nas zadzwonić pod numer (855) 665-4627, z telefonów tekstowych: 711. Ktoś posługujący się językiem angielskim, hiszpańskim, arabskim, armeńskim, kambodżańskim, chińskim, perskim, francuskim, kreolskim, hindi, hmong, włoskim, niemieckim, japońskim, koreańskim, laotańskim, mien, polskim, portugalskim, pendzabskim, rosyjskim, tagalskim, tajskim, ukraińskim albo wietnamskim może Ci pomóc. Ta usługa jest bezpłatna.

تأییدیہ OMB 1444-0938 (تاریخ انقضا: 30 ژوئن، 2026)

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) به شماره (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 عصر به وقت محلی، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به سایت MolinaHealthcare.com/Medicare مراجعه کنید.



Portuguese:

- Disponibilizamos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer perguntas que você possa ter sobre nosso plano de saúde ou de medicamentos. Para solicitar um intérprete, entre em contato conosco pelo telefone (855) 665-4627 TTY: 711. Você pode ser auxiliado por alguém que fale inglês, espanhol, árabe, armênio, cambojano, chinês, farsi, francês, crioulo francês, hindi, hmong, italiano, alemão, japonês, coreano, laosiano, iu mien, polonês, português, punjabi, russo, tagalo, tailandês, ucraniano ou vietnamita. Esse é um serviço gratuito.

Punjabi:

- ساڈی صحت یا ٹرگ منصوبے دے حوالے نال تہاڈے کسے وی سوالاں دا جواب دین لئی ساڈے مترجم دیان مفت سروسز موجود نیں۔ مترجم حاصل کرن لئی سانوں (855) 665-4627 TTY: 711 تے کال کرو۔ کوئی وی انگریزی، ہسپانوی، عربی، آرمینیائی، کمبوڈین، چینی، فارسی، فرانسیسی، کیروول، ہندی، ہمونگ، اطالوی، جرمن، جاپانی، کوریائی، لاؤسی، مین، پولش، پرتگالی، پنجابی، روسی، تگالوگ، تھائی، یوکرینی، یا ویتنامی بولن آلا تہاڈی مدد کر سکا اے۔ ایہ اک مفت سروس اے۔

Russian:

- Если у вас возникли какие-либо вопросы о вашем плане медицинского обслуживания или плане с покрытием лекарственных препаратов, для вас предусмотрены бесплатные услуги переводчика. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по номеру (855) 665-4627, телетайп: 711. Вам поможет сотрудник, владеющий английским, испанским, арабским, армянским, кхмерским, китайским, фарси, французским, гаитянским креольским, хинди, хмонг-мьенским, итальянским, немецким, японским, корейским, лаосским, мьен, польским, португальским, пенджабским, русским, тагальским, тайским, украинским или вьетнамским языком. Эта услуга предоставляется бесплатно.

Tagalog:

- Mayroon kaming libreng mga serbisyo ng interpreter na makakasagot sa anumang tanong na maaaring mayroon ka tungkol sa aming plano sa kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter tumawag lang sa (855) 665-4627 TTY: 711. Matutulungan ka ng isang taong nakakapagsalita ng English, Spanish, Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, French, French Creole, Hindi, Hmong, Italian, German, Japanese, Korean, Laotian, Mien, Polish, Portuguese, Punjabi, Russian, Tagalog, Thai, Ukrainian, o Vietnamese. Isa itong libreng serbisyo.

Thai:

- เรามีบริการล่ามให้บริการคุณฟรีสำหรับการตอบคำถามต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพและแผนยาของเรา หากต้องการล่ามสามารถโทรหาเราได้ที่ (855) 665-4627 TTY: 711. สำหรับคนที่พูดภาษาอังกฤษ สเปน อารบิก อาร์เมเนีย กัมพูชา จีน ฟาร์ซี ฝรั่งเศส ครีโอลฝรั่งเศส ฮินดี มัง อิตาลี เยอรมัน ญี่ปุ่น เกาหลี ลาว เมียนมา โปแลนด์ โปรตุเกส ปัญจาบ รัสเซีย ตากาล็อก ไทย ภาษายูเครนหรือภาษาเวียดนาม เราสามารถช่วยคุณได้ นี่เป็นบริการฟรีสำหรับคุณ



Ukrainian:

- Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, який допоможе відповісти на будь-які запитання про наш план медичного страхування або план покриття ліків. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером (855) 665-4627, телетайп: 711. Вам може допомогти людина, яка розмовляє англійською, іспанською, арабською, вірменською, кхмерською, китайською, фарсі, французькою, гаїтянською креольською, гінді, хмонг, італійською, німецькою, японською, корейською, лаоською, м'єн, польською, португальською, пенджабською, російською, тагальською, тайською, українською або в'єтнамською мовами. Ця послуга надається безкоштовно.

Vietnamese:

- Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số (855) 665-4627 TTY: 711. Sẽ có người nói tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Pháp, tiếng Pháp Creole, tiếng Hindi, tiếng Hmong, tiếng Ý, tiếng Đức, tiếng Nhật, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Miên, tiếng Ba Lan, tiếng Bồ Đào Nha, tiếng Punjabi, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Thái, tiếng Ukraina hoặc tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

تأییدیه OMB 1444-0938 (تاریخ انقضا: 30 ژوئن، 2026)

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) به شماره (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 عصر به وقت محلی، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به سایت MolinaHealthcare.com/Medicare مراجعه کنید.



فهرست مطالب

10	A. <u>سلب مسئولیت</u>
10	B. <u>بررسی پوشش بیمه Medicare و Medi-Cal شما برای سال آینده</u>
11	B1. <u>اطلاعات مربوط به Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)</u>
11	B2. <u>کارهای مهمی که باید انجام دهید</u>
12	C. <u>تغییرات در ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های شبکه ما</u>
12	D. <u>تغییر در مزایا و هزینه‌ها در سال آینده</u>
12	D1. <u>تغییرات در مزایا برای خدمات پزشکی</u>
16	D2. <u>تغییرات در پوشش بیمه داروی تجویزی</u>
18	E. <u>تغییرات اجرایی</u>
18	F. <u>انتخاب یک طرح</u>
18	F1. <u>ماندن در طرح ما</u>
18	F2. <u>تغییر طرح‌ها</u>
21	G. <u>دریافت کمک</u>
21	G1. <u>طرح ما</u>
22	G2. <u>برنامه Health Insurance Counseling و Advocacy (HICAP)</u>
22	G3. <u>برنامه Ombuds</u>
22	G4. <u>Medicare</u>
23	G5. <u>California Department of Managed Health Care</u>



A. سلب مسئولیت

- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-DSNP) یک طرح سلامت دارای قرارداد با Medicare و برنامه ایالتی Medicaid است. ثبت نام در Molina Medicare Complete Care Plus به تمدید قرارداد بستگی دارد.
- Molina Healthcare مطابق با قوانین حقوق شهروندی فدرال است و بر اساس نژاد، قومیت، اصلیت ملی، مذهب، جنسیت، ارتباط جنسی، سن، معلولیت ذهنی و جسمی، وضعیت سلامت، مراقبت‌های درمانی دریافتی، سوابق درخواست‌ها، سوابق پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، شواهد صلاحیت بیمه شدن، موقعیت جغرافیایی، تبعیض قائل نمی‌شود.
- فهرست داروهای تحت پوشش و/یا ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های عضو شبکه ممکن است در طول سال تغییر کند. ما قبل از آنکه تغییری ایجاد کنیم که شما را تحت تأثیر قرار دهد، به شما اطلاع خواهیم داد.
- در صورتی که واجد شرایط بودن ثبت نام شدگان مورد نظر برای مزایای مدل یا برنامه‌های RI به نحو مقتضی قطعی نشود یا قبل از سال طرح تعیین نشود، صلاحیت برای دریافت مزایای مدل (Model Benefit) یا برنامه‌های RI تحت مدل VBID قطعی نمی‌شود و بعد از ثبت نام از سوی MAO و بر اساس معیارهای صلاحیت مرتبط مانند تشخیص بالینی، معیارهای صلاحیت، شرکت در برنامه مدیریت ایالتی بیماری تعیین می‌شود.
- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) Medicare را تأیید کرد تا پرداخت‌های مشترک کمتری را برای داروهای تجویزی بخش D برنامه Value-Based Insurance Design ارائه دهد. این برنامه به Medicare اجازه می‌دهد راه‌های جدیدی را برای بهبود طرح‌های Medicare Advantage امتحان کند.

B. بررسی پوشش بیمه Medicare و Medi-Cal برای سال آینده

- مهم است که اکنون پوشش بیمه خود را بررسی کنید و مطمئن شوید که در سال آینده نیز همچنان نیازهای شما را برطرف می‌کند. اگر پوشش بیمه نیازهای شما را برطرف نمی‌کند، ممکن است بتوانید برنامه درمانی ما را ترک کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد تغییرات مزایای خود در سال آینده به **بخش F2** مراجعه کنید.
- اگر تصمیم بگیرید که از طرح ما خارج شوید، عضویت شما در آخرین روز از ماهی که درخواست ارائه شده است تمام می‌شود. تا زمانی که واجد شرایط باشید، همچنان در برنامه‌های Medicare و Medi-Cal باقی خواهید ماند.
- اگر از برنامه ما خارج شوید، می‌توانید اطلاعاتی درباره موارد زیر دریافت کنید:

- گزینه‌های مختلف Medicare در جدول **بخش F2**.
- گزینه‌ها و خدمات مختلف Medi-Cal در **بخش F2**.



B1. اطلاعات درباره Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

- شرکت Medicare و Medi-Cal قرارداد بسته است تا بتواند مزایای هر دو برنامه را به اعضا ارائه نماید.
- پوشش تحت Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) پوشش سلامت باکیفیت با نام «حداقل پوشش ضروری» است. این پوشش، پیش نیازهای مسئولیت تقسیم شده فردی قانون محافظت از بیمار و مراقبت در دسترس (ACA) را برآورده می کند. به وسایط خدمات درآمد داخلی (IRS) به نشانی www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families بروید تا اطلاعات بیشتری درباره پیش نیازهای مسئولیت تقسیم شده فردی به دست آورید.
- در این اطلاعیه سالانه تغییرات، زمانی که به «ما»، «مال ما»، «برای ما»، یا «طرح ما» اشاره می شود، منظور از آنها طرح Medicare Medi-Cal است.

B2. کارهای مهمی که باید انجام دهید:

- بررسی کنید که آیا تغییراتی در مزایای ما رخ داده اند که ممکن است به شما مربوط باشند یا نه.
 - آیا تغییراتی وجود دارند که به خدمات مورد استفاده شما مربوط می شوند؟
 - تغییرات مزایا را مرور کنید تا مطمئن شوید که در سال آینده برای شما مفید خواهند بود.
 - به **بخش D1** مراجعه کنید تا اطلاعات بیشتری درباره تغییرات مزایا برای طرح ما دریافت کنید.
- تغییرات پوشش داروی نسخه ای ما را بررسی کنید تا ببینید آیا شامل شما می شوند یا نه.
 - آیا داروهای شما پوشش داده خواهند شد؟ آیا آنها در رده متفاوت تقسیم هزینه هستند؟ آیا می توانید از همان داروخانه ها استفاده کنید؟
 - تغییرات را مرور کنید تا مطمئن شوید که پوشش دارویی ما در سال آینده برای شما مفید خواهد بود.
 - برای اطلاعات مربوط به تغییرات پوشش دارویی ما، به **بخش D2** مراجعه کنید.
- ببینید آیا ارائه کنندگان و داروخانه هایتان سال آینده در شبکه ما خواهند بود یا نه.
 - آیا پزشکان شما، از جمله پزشکان متخصص ما، در شبکه هستند؟ داروخانه تان چگونه است؟ بیمارستان ها یا ارائه کنندگان دیگری که استفاده می کنید چگونه است؟
 - برای اطلاعات درباره فهرست ارائه کنندگان و داروخانه های ما، به **بخش G1** مراجعه کنید.
- درباره هزینه های کلی تان در طرح فکر کنید.
 - برای خدمات و داروهای نسخه ای که بطور مرتب استفاده می کنید چقدر از جیب خودتان خرج خواهید کرد؟
 - مجموع هزینه ها در مقایسه با گزینه های دیگر پوشش چقدر است؟
 - به این فکر کنید که آیا از طرح ما راضی هستید یا نه.



<p>اگر تصمیم گرفتید که برنامه درمانی را تغییر دهید:</p> <p>اگر فکر می‌کنید پوشش بیمه دیگری نیازهای شما را بهتر برآورده می‌کند، ممکن است بتوانید طرح‌ها را جابجا کنید (برای اطلاعات بیشتر به بخش F2 مراجعه کنید). اگر در برنامه درمانی جدیدی ثبت‌نام کنید یا به Original Medicare جابجا شوید، پوشش بیمه جدید شما در اولین روز ماه بعدی شروع می‌شود.</p>	<p>اگر تصمیم دارید در طرح Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) بمانید:</p> <p>اگر می‌خواهید سال آینده نیز با ما بمانید، کار سختی نیست؛ نیازی نیست که کاری انجام دهید. اگر تغییری ایجاد نکنید، به طور خودکار در Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) باقی می‌مانید.</p>
---	---

C. تغییرات در ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های شبکه ما

ما هیچ تغییری در شبکه ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های خود برای سال آینده ایجاد نکرده‌ایم.

اما، مهم است بدانید که ممکن است در طول سال در شبکه خود تغییراتی اعمال کنیم. اگر ارائه‌دهنده شما از طرح ما خارج شود، شما از حقوق و حمایت‌های خاصی برخوردارید. جهت کسب اطلاعات بیشتر به **فصل 3 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.

لطفاً فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها در سال 2024 را بررسی کنید و ببینید آیا ارائه‌دهندگان یا داروخانه‌های مورد نظر شما در شبکه ما هستند یا خیر. فهرست به‌روز ارائه‌کننده‌ها و داروخانه‌ها در وبسایت ما به آدرس www.MolinaHealthcare.com/Medicare مراجعه کنید. همچنین می‌توانید از طریق شماره‌های موجود در پایین این صفحه با «خدمات اعضا» تماس بگیرید و اطلاعات به‌روز رسانی شده‌ای را درباره ارائه‌دهندگان دریافت کنید، یا از ما بخواهید فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها را از طریق پست برایتان ارسال کنیم.

مهم است بدانید که ممکن است در طول سال نیز در شبکه ما تغییراتی اعمال شود. اگر ارائه‌دهنده شما از طرح ما خارج شود، شما از حقوق و حمایت‌های خاصی برخوردارید. جهت کسب اطلاعات بیشتر به **فصل 3 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.

D. تغییر در مزایا در سال آینده

D1. تغییرات در مزایا برای خدمات پزشکی

ما در حال ایجاد تغییراتی در پوشش بیمه بعضی خدمات پزشکی خاص هستیم و مبلغی که شما برای این خدمات پزشکی تحت پوشش در سال آینده می‌پردازید تغییر خواهد کرد. جدول زیر این تغییرات را نشان می‌دهد.



2024 (سال بعد)	2023 (امسال)	مزایای پزشکی
<p>داروهای تحت پوشش بخش D در فهرست داروی طرح، در یک دسته خواهند بود.</p> <p>از آنجا که شما Medi-Cal دارید، از قبل در "Extra Help" نام نویسی شده‌اید که یارانه افراد کم‌درآمد نیز نامیده می‌شود.</p> <p>در سال 2024، هزینه شما برای نسخه‌ای که داروهای آن از یک داروخانه شبکه دریافت می‌شوند، 0 دلار در طول همه مراحل مزیت داروی نسخه‌ای بخش D بر پایه مزیت افزایش یافته طرح بیمه (VBID) خواهد بود.</p>	<p>داروهای تحت پوشش بخش D در فهرست داروی طرح، در دسته‌های مختلف هستند.</p> <p>به دلیل اینکه Medi-Cal دارید، از قبل در کمک اضافی (Extra Help) ثبت‌نام شده‌اید، که به آن Low-Income Subsidy (LIS) (یارانه افراد کم درآمد) نیز گفته می‌شود.</p> <p>در سال 2023، هزینه‌های شما برای نسخه‌ای که داروهای آن از یک داروخانه شبکه دریافت می‌شود، به یارانه افراد کم‌درآمد (LIS) شما و دسته مربوطه دارو بستگی دارد.</p>	<p>داروی تجویزی Medicare بخش D</p>
<p>توجه: این پوشش برای داروهای تجویزی بخش D تحت پوشش Medicare است. به یاد داشته باشید، برای دسترسی به داروهای تحت پوشش Medi-Cal Rx به کارت Medi-Cal یا کارت شناسایی مزایا (BIC) نیاز دارید.</p>		
<p>مزایا به عنوان مزایای تکمیلی Medicare پوشش داده نمی‌شود</p>	<p>مزایا به عنوان مزایای تکمیلی Medicare تا سقف 90 ساعت در سال از سوی فروشنده ما پوشش داده می‌شود</p>	<p>مزایای تکمیلی Medicare: خدمات پشتیبانی در خانه</p>
<p>توجه: این پوشش برای مزایای IHSS تکمیلی Medicare است. اگر در رابطه با خدماتی مانند مزایای خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS) Medi-Cal به کمک نیاز دارید، با اداره خدمات اجتماعی کانتی منطقه خود تماس حاصل فرمایید. برنامه IHSS می‌تواند خدماتی را به شما ارائه دهد تا بتوانید به‌طور ایمن در خانه خود بمانید. IHSS یک گزینه جایگزین برای خدمات خارج از خانه، مانند آسایشگاه‌ها یا مراکز نگهداری و پانسیون‌ها می‌باشد. برای درخواست IHSS، با دفتر IHSS منطقه خود تماس بگیرید.</p>		



2024 (سال بعد)	2023 (امسال)	مزایای پزشکی
<p>مزایا تحت عنوان مزایای تکمیلی Medicare پوشش داده می‌شود</p> <p>به منظور ارائه گزینه‌های بیشتر به شما برای نیازهای دندانپزشکی معمول در سال 2024 می‌توانید یکی از این دو گزینه را انتخاب کنید:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. اگر از ارائه‌دهنده‌ای از درون فروشنده دندانپزشکی استفاده کنید، خدمات دندانپزشکی زیر را بدون هزینه دریافت خواهید کرد: <ul style="list-style-type: none"> ■ 2 معاینات دهانی ■ 2 جرم‌گیری، ■ 2 درمان با فلوراید ■ عکسبرداری دندان، <p>علاوه بر این، شما یک کمک‌هزینه \$1000 سالانه برای خدمات دندانپزشکی جامع خواهید داشت. می‌توانید به استفاده از کارت MyChoice خود برای خدمات دندانپزشکی جامع ادامه دهید.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. در صورتی که انتخاب کنید از دندانپزشکی در خارج از شبکه فروشنده استفاده کنید، خدمات معمول دندانپزشکی فقط زمانی پوشش داده می‌شود که شما از کمک هزینه سالانه \$1000 در هنگام استفاده از کارت MyChoice خود استفاده کنید. 	<p>مزایا به عنوان مزایای تکمیلی Medicare پوشش داده می‌شود</p> <p>وقتی از کارت MyChoice خود استفاده می‌کنید، خدمات دندانپزشکی پیشگیرانه و جامع تحت این مزایا قرار دارند.</p> <p>شما یک کمک هزینه \$4000 سالانه برای خدمات ترکیبی پیشگیرانه و جامع دندانپزشکی دارید.</p> <p>شما یک دبیت کارت MyChoice دریافت کردید که می‌تواند برای مزایای طرح تکمیلی شما استفاده شود.</p>	<p>مزایای تکمیلی Medicare: خدمات دندانپزشکی منظم</p>
<p>توجه: این پوشش برای مزایای دندانپزشکی تکمیلی Medicare است. برخی خدمات دندانپزشکی از طریق برنامه دندانپزشکی Medi-Cal موجود هستند. مزایای دندانپزشکی در برنامه دندانپزشکی Medi-Cal به صورت «هزینه به ازای خدمات» قابل ارائه است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، یا در صورت نیاز به یافتن دندانپزشکی که برنامه دندانپزشکی Medi-Cal را بپذیرد، لطفاً با خط خدمات مشتری به شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید (کاربران TTY با 1-800-735-2922 تماس بگیرند). این تماس رایگان است.</p> <p>نمایندگان برنامه خدمات دندانپزشکی Medi-Cal از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر روزهای دوشنبه تا جمعه در دسترس هستند. علاوه بر این می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر به وبسایت به آدرس dental.dhcs.ca.gov مراجعه کنید.</p>		

تأییدیه OMB 1444-0938 (تاریخ انقضا: 30 ژوئن، 2026)

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) به شماره 711، (855) 665-4627، TTY: 711، 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 عصر به وقت محلی، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر،** به سایت MolinaHealthcare.com/Medicare مراجعه کنید.



2024 (سال بعد)	2023 (امسال)	مزایای پزشکی
<p>مزایا به عنوان مزایای تکمیلی Medicare تا سقف 2 سمعک از قبل انتخاب شده از ارائه‌دهنده مورد تأیید طرح هر 2 سال یکبار پوشش داده می‌شود. شما باید از HearUSA برای دسترسی به مزایا استفاده کنید.</p>	<p>مزایا به عنوان مزایای تکمیلی Medicare تا سقف 2 سمعک از قبل انتخاب شده از ارائه‌دهنده مورد تأیید طرح پوشش داده می‌شود. می‌توانید از ارائه‌دهندگان شبکه برای دسترسی به مزایا استفاده کنید.</p>	<p>مزایای تکمیلی Medicare: خدمات شنوایی معمول</p>
<p>توجه: پوشش برای مزایای تکمیلی سمعک Medicare است. شما برای سمعک اضافی و خدمات شنوایی تحت مزایای Medi-Cal (Medicaid) تحت پوشش هستید.</p>		
<p>مزایا به عنوان مزایای تکمیلی Medicare پوشش داده نمی‌شود</p>	<p>مزایا به عنوان مزایای تکمیلی Medicare پوشش داده می‌شود. شامل 2 وعده غذایی در روز به مدت 14 روز و در مجموع 28 وعده غذایی می‌شود. همچنین ممکن است به موجب تأیید واجد شرایط 28 وعده غذایی اضافی طی 14 روز شود. حداکثر پوشش طرح به مدت 4 هفته، و تا حداکثر 56 وعده غذایی در هر سال اعمال می‌شود.</p>	<p>مزایای تکمیلی Medicare: مزایای تغذیه‌ای</p>
<p>توجه: پوشش برای مزایای تکمیلی وعده غذایی Medicare است. اگر برای کمک در مورد ناامنی غذایی به منابع جامعه نیاز دارید، لطفاً با «خدمات اعضا» یا «مدیر پرونده» خود تماس بگیرید. علاوه بر این، شما می‌توانید در صورت درخواست تحت مزایای مشاوره تغذیه/رژیم غذایی خود با یک ارجاع، مشاوره تلفنی و فردی برای تغذیه دریافت کنید.</p>		
<p>مزایا به عنوان مزایای تکمیلی Medicare پوشش داده می‌شود</p> <p>پوشش شامل کمک هزینه \$320 هر سه‌ماه یکبار است تا بر روی اقلام OTC مورد تأیید طرح هزینه کند. دبیت کارت MyChoice اعتباری شما می‌تواند برای مزایای طرح تکمیلی OTC شما استفاده شود.</p>	<p>مزایا به عنوان مزایای تکمیلی Medicare پوشش داده می‌شود</p> <p>پوشش شامل کمک هزینه \$400 هر سه‌ماه یکبار است تا بر روی اقلام OTC مورد تأیید طرح هزینه کند. شما یک دبیت کارت MyChoice اعتباری دریافت کردید که می‌تواند در مورد مزایای تکمیلی OTC شما استفاده شود.</p>	<p>مزایای تکمیلی Medicare: بدون نسخه (OTC)</p>
<p>توجه: این پوشش برای مزایای تکمیلی Medicare برای وعده غذایی OTC است. برخی داروهای بدون نسخه (OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت Medi-Cal Rx به آدرس medi-calrx.dhcs.ca.gov رجوع کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید.</p>		

تأییدیه OMB 1444-0938 (تاریخ انقضا: 30 ژوئن، 2026)

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) به شماره 665-4627 (855)، TTY: 711، 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 عصر به وقت محلی، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر،** به سایت MolinaHealthcare.com/Medicare مراجعه کنید.



مزایای پزشکی	2023 (امسال)	2024 (سال بعد)
مزایای تکمیلی Medicare: سیستم پاسخ اورژانس شخصی (PERS):	مزایا به عنوان مزایای تکمیلی Medicare پوشش داده می‌شود	مزایا به عنوان مزایای تکمیلی Medicare پوشش داده نمی‌شود
	توجه: این پوشش برای مزایای دندانپزشکی PERS تکمیلی Medicare است. اگر برای کمک در مورد مزایای «معافیت» به منابع جامعه یا کمک نیاز دارید، لطفاً با «خدمات اعضا» یا «مدیر پرونده» خود تماس بگیرید.	
مزایای تکمیلی Medicare: خدمات پاپزشکی معمول	مزایا به عنوان مزایای تکمیلی Medicare پوشش داده می‌شود	مزایا به عنوان مزایای تکمیلی Medicare پوشش داده نمی‌شود
	تا سقف 12 ویزیت در سال طرح توجه: این پوشش برای مزایای تکمیلی معمول Medicare برای پاپزشکی است. شما برای خدمات پاپزشکی اضافی تحت مزایای Medi-Cal (Medicaid) از طریق این طرح تحت پوشش هستید.	
مزایای تکمیلی Medicare: خدمات حمل‌ونقل معمول	مزایا به عنوان مزایای تکمیلی Medicare پوشش داده می‌شود	مزایا به عنوان مزایای تکمیلی Medicare پوشش داده نمی‌شود
	پوشش شامل کمک هزینه \$200 هر سه ماه یکبار است تا برای خدمات حمل‌ونقل معمول مورد تأیید طرح هزینه کند. شما یک دبیت کارت MyChoice اعتباری دریافت کردید که می‌تواند در مورد مزایای تکمیلی OTC شما استفاده شود. توجه: این پوشش برای مزایای تکمیلی Medicare برای حمل‌ونقل معمول است. شما برای خدمات حمل‌ونقل معمول اضافی تحت مزایای Medi-Cal (Medicaid) از طریق این طرح تحت پوشش هستید.	

D2. تغییرات در پوشش بیمه داروی تجویزی

تغییرات در فهرست داروهای ما

شما لیست داروهای تحت پوشش برای سال 2024 را در ایمیل جداگانه دریافت خواهید کرد. فهرست به‌روز رسانی شده داروهای تحت پوشش در وبسایت ما در این آدرس موجود است: www.MolinaHealthcare.com/Medicare همچنین می‌توانید از طریق شماره‌های موجود در پایین این صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید و اطلاعات به‌روزرسانی شده‌ای را درباره داروها دریافت کنید، یا از ما بخواهید فهرست داروهای تحت پوشش را از طریق پست برایتان ارسال کنیم. فهرست داروهای تحت پوشش «فهرست داروها» نیز نامیده می‌شود.

فهرست داروی ما تغییراتی کرده است، از جمله تغییر در داروهای تحت پوشش و تغییر در محدودیت‌هایی که به پوشش بیمه ما برای برخی داروهای خاص اعمال می‌شود.

«فهرست داروها» را بررسی کنید تا مطمئن شوید سال آینده داروهای شما تحت پوشش قرار می‌گیرند و اینکه آیا محدودیتی وجود خواهد داشت.

تأییدیه OMB 1444-0938 (تاریخ انقضا: 30 ژوئن، 2026)

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) به شماره 711-711، 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 عصر به وقت محلی، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به سایت MolinaHealthcare.com/Medicare مراجعه کنید.



اگر تغییر پوشش دارو قرار بر شما تأثیر گذاشته، توصیه می‌کنیم این اقدامات را انجام دهید:

- با پزشک خود (یا یک تجویزکننده دیگر) مشورت کنید تا داروی دیگری را پیدا کنید که تحت پوشش ما باشد.
 - می‌توانید از طریق شماره‌های موجود در پایین این صفحه با «خدمات اعضا» یا «مدیر پرونده» خود تماس بگیرید و فهرست داروهای تحت پوشش را که برای درمان شرایط مشابه شما استفاده می‌شود، درخواست کنید.
 - این فهرست به ارائه‌دهنده کمک می‌کند داروی تحت پوششی را پیدا کند که ممکن است برایتان مفید باشد.
 - با پزشک خود (یا تجویزکننده دیگر) همکاری کنید و از ما بخواهید استثنایی را برای پوشش دارویی قائل شویم.
 - می‌توانید قبل از شروع سال آینده درخواست اعمال استثنا کنید، و ما ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواستان (یا اظهارنامه تکمیلی از طرف تجویزکننده) پاسخ خواهیم داد.
 - برای یادگیری آنچه باید برای استثنا بخواهید، به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا یا خدمات اعضا به شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید.
 - اگر برای درخواست اعمال استثنا به کمک نیاز دارید، می‌توانید با خدمات اعضا یا مدیر پرونده خود تماس بگیرید. به **فصل 2 و 3** کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید تا بیشتر درباره نحوه تماس مدیر پرونده خود بدانید.
 - از ما بخواهید که دوز لازم برای مصرف موقت دارو را تحت پوشش قرار دهیم.
 - در بعضی وضعیت‌ها، ما تامین موقت دارو در طول (90) روز نخست سال تقویمی را پوشش می‌دهیم.
 - این تامین موقت، تا (31) روز یک ماه است. (برای اطلاعات بیشتر درباره اینکه چه زمان می‌توانید از تامین موقت استفاده کنید و چگونگی درخواست آن، به **فصل 5** در کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.)
- زمانی که از تامین موقت برای یک دارو استفاده می‌کنید، با پزشک خود صحبت کنید تا مشخص شود که هنگام پایان تامین موقت دارویتان چکار باید بکنید. می‌توانید از یک داروی متفاوت تحت پوشش طرح ما استفاده کنید و یا از ما بخواهید که برای شما استثنایی قائل شده و داروی فعلی را پوشش دهیم.

پیام مهم درباره مبلغی که برای واکسن‌ها پرداخت می‌کنید

طرح ما بیشتر واکسن‌های بخش D را بدون هزینه‌ای برای شما پوشش می‌دهد.

تغییرات هزینه‌های داروی نسخه‌ای

ما همه داروهای فهرست دارو را به یک دسته منتقل کردیم.

جدول زیر هزینه‌های شما برای داروهای تک‌دسته‌ای در هر کدام از فهرست‌های دسته 1 ما را نشان می‌دهد.



2024 (سال بعد)	2023 (امسال)	داروهای نسخه‌ای بخش D
داروهای تحت پوشش بخش D در فهرست داروی طرح، در یک دسته خواهند بود.	داروهای تحت پوشش بخش D در فهرست داروی طرح، در دسته‌های مختلف هستند.	
از آنجا که شما Medi-Cal دارید، از قبل در "Extra Help" نام نویسی شده‌اید که یارانه افراد کم‌درآمد نیز نامیده می‌شود.	از آنجا که شما Medi-Cal دارید، از قبل در "Extra Help" نام نویسی شده‌اید که یارانه افراد کم‌درآمد نیز نامیده می‌شود.	طرح ما واکسن‌های بخش D را بدون هزینه‌ای برای شما پوشش می‌دهد
در سال 2024، هزینه شما برای نسخه‌ای که داروهای آن از یک داروخانه شبکه دریافت می‌شوند، 0 دلار در طول همه مراحل مزیت داروی نسخه‌ای بخش D بر پایه مزیت افزایش یافته طرح بیمه (VBID) خواهد بود.	در سال 2023، هزینه‌های شما برای نسخه‌ای که داروهای آن از یک داروخانه شبکه دریافت می‌شود، به یارانه افراد کم‌درآمد (LIS) شما و دسته مربوطه دارو بستگی دارد.	

E. تغییرات اداری

ما تغییرات اداری را برای سال بعد انجام می‌دهیم. اطلاعات زیر در جدول زیر، این تغییرات را شرح می‌دهند.

2024 (سال بعد)	2023 (امسال)	قرارداد/بسته مزیت طرح (PBP) شما تغییر یافته است.
H3038-003	H5810-016	

F. انتخاب یک طرح

F1. ماندن در طرح ما

امیدواریم شما به عنوان عضو طرح همچنان باقی بمانید. برای ماندن در طرح ما، لازم نیست کاری انجام دهید. اگر در یک طرح دیگر Medicare یا Original Medicare نام‌نویسی **نکنید** به طور خودکار به عنوان یک عضو طرح ما برای سال 2024 نام‌نویسی خواهید شد.

F2. تغییر دادن طرح‌ها

بیشتر افراد دارای Medicare می‌توانند در زمان‌های معین سال، به عضویت خود پایان دهند. از آنجا که شما Medi-Cal دارید، ممکن است بتوانید در **دوره‌های نام‌نویسی معین** زیر، به عضویت‌تان در طرح ما پایان دهید یا به یک طرح دیگر منتقل شوید:

- ژانویه تا مارس
- آوریل تا ژوئن
- ژوئیه تا سپتامبر



علاوه بر این سه دوره نامنویسی معین، در دوره‌های زیر نیز می‌توانید به عضویت‌تان در طرح ما پایان دهید:

■ **دوره نامنویسی سالانه** که از 15 اکتبر تا 7 دسامبر است. اگر تصمیم بگیرید در این دوره در یک طرح جدید نامنویسی کنید، عضویت‌تان در طرح ما در 31 دسامبر پایان می‌یابد و عضویت‌تان در طرح جدید از 1 ژانویه آغاز می‌شود.

■ دوره نامنویسی آزاد **Medicare Advantage (MA) Open Enrollment Period** که از 1 ژانویه تا 31 مارس طول می‌کشد. اگر تصمیم بگیرید در طول این دوره در یک طرح جدید نامنویسی کنید، عضویت‌تان در طرح جدید، از روز نخست ماه بعد آغاز می‌شود.

ممکن است وضعیت‌های دیگری وجود داشته باشد که برای ایجاد تغییر در نامنویسی‌تان واجد شرایط باشید. برای مثال اگر:

■ به خارج از منطقه خدمات نقل مکان کنید،

■ صلاحیت شما برای Medi-Cal یا Extra Help تغییر یابد، یا

■ اگر اخیراً به یک آسایشگاه یا یک بیمارستان مراقبت نقل مکان کرده‌اید یا اکنون در آن مراقبت دریافت می‌کنید یا همین اخیراً آنجا را ترک کرده‌اید.

خدمات Medicare شما

شما سه گزینه برای دریافت خدمات Medicare دارید. با انتخاب یکی از این گزینه‌ها، به صورت خودکار به عضویت‌تان در طرح ما پایان می‌دهید.



<p>نحوه انجام آن:</p> <p>در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس حاصل نمایند.</p> <p>برای درخواست‌های مربوط به «برنامه مراقبت جامع برای سالمندان (PACE)» با شماره (7223) PACE (7223)-921-855-1 تماس بگیرید.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none">با برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعد از ظهر تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP در ناحیه‌تان، به www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ مراجعه کنید. <p>یا</p> <p>در یک طرح جدید Medicare نام‌نویسی کنید.</p> <p>هنگامی که پوشش طرح جدید آغاز می‌شود، عضویت‌تان در طرح ما به صورت خودکار لغو خواهد شد. طرح Medi-Cal شما ممکن است تغییر یابد.</p>	<p>1. می‌توانید به:</p> <p>طرح سلامت دیگر Medicare منتقل شوید، از جمله یک طرح دیگر Medicare Medi-Cal</p>
<p>نحوه انجام آن:</p> <p>در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس حاصل نمایند.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none">با برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعد از ظهر تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP در ناحیه‌تان، به www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ مراجعه کنید. <p>یا</p> <p>در یک طرح داروی نسخه‌ای جدید Medicare نام‌نویسی کنید.</p> <p>هنگامی که پوشش Original Medicare شما آغاز می‌شود، عضویت‌تان در طرح ما به صورت خودکار لغو خواهد شد.</p> <p>طرح Medi-Cal شما تغییر نخواهد یافت.</p>	<p>2. می‌توانید به:</p> <p>Original Medicare با یک طرح داروی نسخه‌ای جداگانه Medicare منتقل شوید</p>



<p style="text-align: center;">نحوه انجام آن:</p> <p>در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس حاصل نمایند.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ با برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعد از ظهر تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP در ناحیه‌تان، به www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling مراجعه کنید. <p>هنگامی که پوشش Original Medicare شما آغاز می‌شود، عضویت‌تان در طرح ما به صورت خودکار لغو خواهد شد.</p> <p>طرح Medi-Cal شما تغییر نخواهد یافت.</p>	<p style="text-align: center;">3. می‌توانید به:</p> <p style="text-align: center;">Original Medicare بدون یک طرح داروی نسخه‌ای جداگانه Medicare منتقل شوید</p> <p>توجه: اگر به Original Medicare منتقل شوید و در یک طرح داروی نسخه‌ای جداگانه Medicare نام‌نویسی نکنید، Medicare ممکن است شما را در یک طرح دارو نام‌نویسی کنید، مگر آن که به Medicare اعلام کنید که نمی‌خواهید عضو شوید.</p> <p>از پوشش داروی نسخه‌ای تنها زمانی می‌توانید صرف‌نظر کنید که پوشش دارو را از یک منبع دیگر داشته باشید، مثلاً یک کارفرما یا اتحادیه. اگر پرسش‌هایی درباره این که به پوشش دارو نیاز دارید یا نه دارید، با برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعد از ظهر تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP در ناحیه‌تان، به www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling مراجعه کنید.</p>
---	--

خدمات Medi-Cal شما

برای پرسش‌های مربوط به چگونگی انتخاب یک طرح Medi-Cal یا دریافت خدمات Medi-Cal پس از ترک طرح‌مان، با گزینه‌های مراقبت سلامت به شماره 1-800-430-4263، دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 6 بعد از ظهر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با 1-800-430-7077 تماس بگیرند. پرسید پیوستن به یک طرح دیگر یا بازگشت به Original Medicare چه تاثیری بر نحوه دریافت پوشش Medi-Cal شما دارد.

G. دریافت کمک

G1. طرح ما

ما برای پاسخگویی به همه پرسش‌های شما، آماده ارائه کمک هستیم. در طول روزها و ساعات کار مذکور، با شماره‌های موجود در پایین صفحه، با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید. این تماس‌ها رایگان هستند.



کتابچه راهنمای اعضا را بخوانید

کتابچه راهنمای اعضا یک شرح قانونی و دقیق از مزایای طرح ما است. این کتابچه شامل اطلاعات دقیق درباره مزایا و هزینه‌ها در سال 2024 است. این کتابچه، حقوق شما و قوانینی را که باید رعایت کنید تا خدمات و داروهای تحت پوشش ما را دریافت کنید شرح می‌دهد.

کتابچه راهنمای اعضا برای سال 2024، تا 15 اکتبر در دسترس خواهد بود. همچنین می‌توانید کتابچه راهنمای اعضا را که به صورت جداگانه پست می‌شود بخوانید تا ببینید سایر تغییرات مربوط به مزایا یا هزینه شامل شما می‌شوند یا نه. یک نسخه به‌روز شده از کتابچه راهنمای اعضا در وبسایت ما به نشانی www.MolinaHealthcare.com/Medicare موجود است. همچنین می‌توانید با شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید تا از ما بخواهید یک نسخه از کتابچه راهنمای اعضا برای سال 2024 را به شما پست کنیم.

وبسایت ما

می‌توانید به وبسایت ما به نشانی www.MolinaHealthcare.com/Medicare مراجعه کنید. به عنوان یک یادآوری، وبسایت ما دارای آخرین اطلاعات درباره شبکه ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما (فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها) و فهرست داروی ما (فهرست داروهای تحت پوشش) است.

G2. برنامه مشاوره و حمایت بیمه درمانی (HICAP)

همچنین می‌توانید با برنامه امداد بیمه درمانی ایالتی (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) تماس بگیرید. در کالیفرنیا، SHIP برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت (HICAP) نامیده می‌شود. مشاوران HICAP می‌توانند به شما کمک کنند تا گزینه‌های طرح‌تان را بفهمید و به پرسش‌های شما درباره تغییر برنامه‌ها پاسخ دهند. HICAP با ما یا با هیچ شرکت بیمه یا طرح سلامت ارتباط ندارند. HICAP در هر کانتی دارای مشاوران آموزش دیده است و خدمات رایگان هستند. شماره تلفن HICAP عبارت است از 1-800-434-0222. TTY 711. برای اطلاعات بیشتر یا برای یافتن دفتر محلی HICAP در ناحیه خودتان، لطفاً به www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling مراجعه کنید.

G3. برنامه بازرس کل (Ombuds)

- اگر مشکلی با طرح ما داشته باشید، برنامه بازرس کل Medicare Medi-Cal می‌تواند به شما کمک کند. خدمات بازرس کل رایگان و به همه زبان‌ها موجود هستند. برنامه بازرس کل Medicare Medi-Cal:
- به عنوان حامی شما از طرف شما کار می‌کند. اگر مشکل یا شکایتی داشته باشید، آنها می‌توانند به پرسش‌ها پاسخ دهند و می‌توانند در فهمیدن آنچه باید انجام دهید، به شما کمک کنند.
 - اطمینان حاصل می‌کند که شما اطلاعات مربوط به حقوق و محافظت‌هایتان را دارید و می‌توانید مشکلات‌تان را حل کنید.
 - با ما یا با هیچ شرکت بیمه یا طرح سلامت ارتباط ندارند. شماره تلفن برنامه بازرس کل Medicare Medi-Cal عبارت است از 1-888-804-3536.

G4. Medicare

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



وبسایت Medicare

می‌توانید از وبسایت Medicare (www.medicare.gov) بازدید کنید. اگر تصمیم بگیرید از طرح ما خارج شوید و در یک طرح دیگر Medicare نام‌نویسی کنید، وبسایت Medicare اطلاعات مربوط به هزینه‌ها، پوشش، و امتیازهای مربوط به کیفیت را دارد تا در مقایسه طرح‌ها به شما کمک کند.

اطلاعات مربوط به طرح‌های Medicare موجود در ناحیه خودتان را می‌توانید با استفاده از Medicare Plan Finder در وبسایت Medicare پیدا کنید. (برای اطلاعات درباره طرح‌ها، به www.medicare.gov بروید و روی «طرح‌ها را پیدا کنید» کلیک کنید.)

Medicare و شما در سال 2024

می‌توانید کتابچه Medicare و شما در سال 2024 را بخوانید. پاییز هر سال، این کتابچه به افراد دارای Medicare فرستاده می‌شود. این کتابچه، شامل خلاصه‌ای از مزایای Medicare، حقوق و محافظت‌ها، و پاسخهای بیشتر سوالات متداول درباره Medicare است. این کتابچه به زبان‌های اسپانیایی، چینی و ویتنامی نیز موجود است.

اگر نسخه‌ای از این کتابچه را ندارید، می‌توانید آن را از وبسایت Medicare به نشانی

(www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) یا با تماس با شماره 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227) در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048

تماس حاصل نمایند.

G5. اداره مراقبت سلامت مدیریت شده کالیفرنیا (California Department of Managed Health Care)

اداره مراقبت سلامت مدیریت شده کالیفرنیا (DMHC)، مسئول نظارت بر برنامه‌های خدمات مراقبت بهداشتی و درمانی می‌باشد. مرکز پشتیبانی DMHC می‌تواند درباره درخواست‌های تجدیدنظر و شکایات مربوط به خدمات Medi-Cal به شما کمک کند. اگر شکایتی علیه طرح سلامت خود دارید، باید نخست پیش از تماس با اداره، با طرح سلامت خود به شماره 665-4627 (855)، TTY 711 تماس بگیرید و از فرآیند شکایت طرح سلامت‌تان استفاده کنید. استفاده از این فرآیند شکایت باعث جلوگیری از اعطای حقوق قانونی احتمالی یا ارائه درمان‌های در دسترس شما نخواهد شد. در صورت نیاز به کمک در اعتراضات مربوط به شرایط اضطراری، یا اعتراضی که بطور مطلوب توسط برنامه خدمات بهداشتی و درمانی شما حل و فصل نشده یا اعتراضی که بیش از 30 روز حل نشده باقی مانده است، می‌توانید با سازمان تماس بگیرید. ممکن است واجد شرایط بررسی مستقل پزشکی (IMR) هم باشید. اگر برای IMR واجد شرایط باشید، در مراحل IMR یک بررسی جزئی از تصمیم‌گیری‌های پزشکی توسط طرح سلامت در رابطه با ضرورت ارائه خدمات یا درمان‌ها، تصمیم‌گیری‌های مربوط به پوشش دهی برای موارد درمانی تجربی یا تحقیقاتی، و بحث درباره پرداخت برای شرایط اورژانسی یا خدمات فوری، انجام می‌گیرد. اداره همچنین یک شماره تلفن رایگان (1-888-466-2219) و یک تلفن TDD به شماره (1-877-688-9891) برای افراد دچار ناتوانی‌های شنوایی و گفتاری دارد. وب‌سایت اینترنتی این بخش www.dmhc.ca.gov دارای فرم‌های شکایت، فرم درخواست IMR و دستورالعمل‌های آنلاین است.



دریافت مطالب مهم طرح



نحوه دریافت اسناد مهم طرح

شما برای ما مهم هستید! ما دریافت اطلاعات مورد نیاز را برای شما آسان می کنیم. برای مشاهده اسناد مهم طرح و پیدا کردن ارائه دهنده شبکه یا داروخانه به صورت آنلاین جستجو کنید. همچنین می توانید داروهای تجویزی خود را در هر زمان و هر مکان و از هر دستگاهی جستجو کنید. اسناد طرح 2024 شما، مانند کتابچه راهنمای اعضا، فرمولاری و فهرست ارائه دهندگان/داروخانه ها، تا 15 اکتبر 2023 به صورت آنلاین در دسترس خواهند بود.

با اسناد طرح خود آشنا شوید

- **سند پوشش (EOC):** کتابچه راهنما: راهنمای آنچه در طرح شما ارائه شده است. که جزئیاتی مربوط به مزایا و پوشش طرح شما، حقوق اعضا و موارد دیگر را دارد.
- **فهرست داروها:** فرمولاری (لیست داروها): لیستی از داروهای تحت پوشش تحت برنامه شما.
- **راهنمای ارائه کنندگان/داروخانه ها:** فهرست ارائه دهندگان/داروخانه ها: یک فهرست از پزشکان، متخصصان و داروخانه های حاضر در این شبکه، به همراه شماره تلفن و آدرس. با استفاده از فهرست آنلاین ما در [MolinaHealthcare.com/ProviderSearch](https://www.molinahealthcare.com/ProviderSearch)، می توانید ارائه دهنده شبکه یا داروخانه را پیدا کنید.
- **اعلامیه سیاست حریم خصوصی:** در این اعلامیه، درباره نحوه استفاده از اطلاعات پزشکی شما و ارائه آن به دیگران و نحوه دسترسی شما به این اطلاعات توضیحاتی ارائه شده است. این اعلامیه، در وبسایت ما به این نشانی موجود است https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/terms_privacy.aspx

نحوه مشاهده یا درخواست نسخه ای از سند طرح

آنلاین در سایت [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.molinahealthcare.com/Medicare)



در هر زمان و هر مکان یک نسخه از اسناد طرح خود را بصورت آنلاین مشاهده یا بارگیری کنید. از هر دستگاهی مانند کامپیوتر، تبلت یا تلفن همراه خود استفاده کنید. اسناد طرح 2024 شما تا 15 اکتبر 2023 به صورت آنلاین در دسترس خواهد بود.

آنلاین در [MyMolina.com](https://www.molinahealthcare.com/MyMolina)



جهت مشاهده اسناد طرح خود به صورت 7/24 و یا یافتن ارائه دهنده شبکه یا داروخانه، از پرتال سلف سرویس اعضای ما دیدن کنید. به پرتال اعضای My Molina خود وارد شوید یا یک حساب کاربری در [MyMolina.com](https://www.molinahealthcare.com/MyMolina) ایجاد کنید. روی "Create an Account" (ایجاد حساب) کلیک کنید و دستورالعمل های مرحله به مرحله را دنبال کنید.

با شماره رایگان تماس بگیرید.



اگر به کامپیوتر دسترسی ندارید یا ترجیح می دهید یک نسخه چاپی از کتابچه راهنمای اعضا، فرمولاری یا فهرست ارائه دهندگان/داروخانه ها برای شما پست شود، به ما اطلاع دهید. برای درخواست یک نسخه چاپی از یک سند طرح، با خدمات اعضا به صورت رایگان با شماره **TTY: 711، 665-4627 (855)**، روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب به وقت محلی تماس بگیرید.

ما برای راهنمایی آماده هستیم

اگر پرسش‌هایی درباره مزایا دارید یا در یافتن یک ارائه‌کننده یا داروخانه شبکه به کمک نیاز دارید، یا می‌خواهید مطالب ارسالی را دریافت نکنید، لطفاً با خدمات اعضا به این شماره رایگان تماس بگیرید **TTY: 711، 665-4627 (855)**.

Y0050_24_3526_LRWelcKitElectNote_C

تأییدیه OMB 1444-0938 (تاریخ انقضا: 30 ژوئن، 2026)

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) به شماره 665-4627 (855)، TTY: 711، 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 عصر به وقت محلی، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به سایت [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.molinahealthcare.com/Medicare) مراجعه کنید.





Language Assistance Services

Free aids and services, such as sign language interpreters, written translations, and written information in alternative formats, are available to you. Call 1-855-665-4627 (TTY: 711).

English:

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-665-4627. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish:

Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al 1-855-665-4627. Alguien que hable Español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin:

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们：1-855-665-4627。说普通话的人士会帮助您。这是免费服务。

Chinese Cantonese:

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打1-855-665-4627 聯絡我們。能說广东话的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

Tagalog:

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-855-665-4627. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libheng serbisyo.

Vietnamese:

Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-855-665-4627. Một người nói Tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

H5810_23_50_CASNPStateMLI_C016

Korean:

당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 처방약 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 1-855-665-4627 로 전화하십시오. 한국말 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 무료 서비스입니다.

Russian:

Если у вас возникли какие-либо вопросы о вашем плане медицинского обслуживания или плане с покрытием лекарственных препаратов, для вас предусмотрены бесплатные услуги переводчика. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по номеру 1-855-665-4627. Вам поможет сотрудник, владеющий русским языком. Эта услуга предоставляется бесплатно.

Arabic:

تتوفر لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديكم حول خططنا الصحية أو خطة الأدوية. للوصول إلى مترجم، فقط اتصل بنا على الرقم 1-855-665-4627. شخص يتحدث اللغة العربية سوف يقوم بمساعدتك. هذه الخدمة مجانية.

Hindi:

हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-665-4627 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Japanese:

弊社の健康保険や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳サービスを利用するには、1-855-665-4627までお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Armenian:

Մենք ունենք անվճար բարձրանցական ծառայություններ՝ մեր առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարե՛ք մեզ՝ 1-855-665-4627 հեռախոսահամարով: Ինչ-որ մեկին, ով խոսում է հայերեն, կարող է օգնել Ձեզ: Սա անվճար ծառայություն է:

Cambodian:

យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងសំណួរនានា ដែលអ្នកអាចនឹងមាន អំពីគម្រោងសុខភាពនិងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ ផ្ទាល់មាត់ម្នាក់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមក យើងខ្ញុំតាមលេខ 1-855-665-4627 ។ មនុស្សម្នាក់ដែល និយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះ មិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Persian (Farsi):

برای پاسخگویی به سؤالاتی که ممکن است درباره طرح های سلامت یا دارویی ما داشته باشید می توانید از خدمات ترجمه رایگان ما استفاده کنید. برای دسترسی به مترجم شفاهی، کافی است با شماره 1-855-665-4627 با ما تماس بگیرید. فردی که به زبان فارسی صحبت می کند به شما کمک خواهد کرد. این سرویس رایگان است.

Hmong:

Peb muaj cov kev pab cuam pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog peb txoj phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis tshuaj. Yog xav tau ib tus neeg txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-855-665-4627. Ib tus neeg uas hais lus Hmoob tuaj yeem pab koj. Qhov no yog ib qho kev pab cuam pub dawb.

Laotian:

ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ການຢາຂອງພວກ ເຮົາ. ຖ້າຕ້ອງການນາຍແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-855-665-4627. ຄົນທີ່ເວົ້າ ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍ ທ່ານໄດ້. ມີແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

Mien:

Yie mbuo mv nongc zinh taengx meih mbienv wac daih dau meih, haih doix yie mbuo nyei sinh beih nongx faix bong ndie nyei nyungh nyungc geh naiv. Oix duqv taux taengx meih mbienv wac, kungx zuqc mboqv yie mbuo nyei dienx wac 1-855-665-4627. Haih gorngv mienh wac nyei mienh haih bong taengx zuqc meih. Naiv se yietc nyungc mv nongc zinh nyei bong taengx.

Punjabi:

ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਸੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਬਾਸੀਏ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-855-665-4627 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Thai:

เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการรับบริการล่าม เพียงโทรหาเราที่ 1-855-665-4627 คนที่สามารถพูดภาษา ภาษาไทย สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้เป็นบริการที่ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian:

У нас є безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які питання, які ви можете мати про наш план здоров'я або наркотиків. Щоб отримати інтерпретатор, просто зателефонуйте нам на 1-855-665-4627. Хтось, хто говорить Українська мова, може вам допомогти. Це безкоштовна послуга.

H5810_23_50_CASNPStateMLI_CO16

French:

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-665-4627. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

German:

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-665-4627. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Italian:

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-665-4627. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués:

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-665-4627. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole:

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-665-4627. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish:

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-665-4627. Ta usługa jest bezpłatna.

