

2024

Thông báo Thay đổi Thường niên

**Molina Medicare Complete Care Plus
(HMO D-SNP) là một Chương trình Medicare
Medi-Cal**

California H3038-003

Phục vụ các hạt sau: Los Angeles, Riverside, San Bernardino và San Diego.

Có hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 đến ngày 31 tháng 12 năm 2024

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) là một Chương trình Medicare Medi-Cal do Molina Healthcare of California cung cấp.

Thông báo Thay đổi Thường niên cho Năm 2024

Giới thiệu

Quý vị hiện đã đăng ký làm thành viên trong chương trình của chúng tôi. Năm tới, sẽ có một số thay đổi về phúc lợi, phạm vi bảo hiểm và quy tắc của chúng tôi. Phần này **hoặc Thông báo Thay đổi Thường niên** cho quý vị biết về những thay đổi và nơi mà quý vị có thể tìm thêm thông tin về các thay đổi đó. Để biết thêm thông tin về phúc lợi hoặc quy tắc, vui lòng xem lại *Sổ tay Thành viên*, có trên trang web của chúng tôi tại www.MolinaHealthcare.com/Medicare. Các thuật ngữ chính và định nghĩa được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Sổ tay Thành viên*.

Nguồn lực bổ sung

- Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Pháp, tiếng Creole của Pháp, tiếng Hindi, tiếng Hmong, tiếng Ý, tiếng Đức, tiếng Nhật, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Dao, tiếng Ba Lan, tiếng Bồ Đào Nha, tiếng Punjabi, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Thái, tiếng Ukraina và tiếng Việt.
- Quý vị có thể nhận được *Thông báo Thay đổi Thường niên* miễn phí ở định dạng khác như bản in chữ lớn, chữ nổi Braille hoặc âm thanh. Hãy gọi số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày/tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi này miễn phí.
- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi luôn gửi thông tin cho quý vị bằng ngôn ngữ hoặc định dạng mà quý vị cần. Đây gọi là yêu cầu thường xuyên. Chúng tôi sẽ theo dõi yêu cầu thường xuyên của quý vị, vì vậy quý vị không cần phải thực hiện các yêu cầu riêng biệt mỗi khi chúng tôi gửi thông tin cho quý vị.
- Để nhận tài liệu này bằng một ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh, vui lòng liên hệ với Tiểu bang theo số (800) 541-5555, TTY: 711, từ thứ Hai – thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, theo giờ địa phương để cập nhật hồ sơ của quý vị bằng ngôn ngữ mong muốn. Để nhận tài liệu này bằng một định dạng thay thế, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Thành viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày/tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo giờ địa phương. Một nhân viên đại diện có thể giúp quý vị thực hiện hoặc thay đổi một yêu cầu thường xuyên. Quý vị cũng có thể liên hệ với Người phụ trách Trường hợp để được trợ giúp về các yêu cầu đang chờ xử lý.
- 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. Người nói tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Pháp, tiếng Creole của Pháp, tiếng Hindi, tiếng Hmong, tiếng Ý, tiếng Đức, tiếng Nhật, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Dao, tiếng Ba Lan, tiếng Bồ Đào Nha, tiếng Punjabi, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Thái, Tiếng Ukraina, tiếng Việt, có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.



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 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 الهмонجية 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 مجانًا.

Armenian:

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

Cambodianian:

- យើងមានសេវាផ្តល់អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចនឹងមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកកាន់យើងតាមលេខ (855) 665-4627 TTY: 711។ នរណាម្នាក់ដែលចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស អេស្ប៉ាញ អាហ្វ់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វីលីពីន បារាំង បារាំងក្រេអូល ហិណ្ឌូ ម៉ង អ៊ីតាលី អាស្ត្រីម៉ង ជប៉ុន កូរ៉េ ឡាវ ម៉ឺន ប៊ូឡាញ ព័រទុយហ្គាល់ ពុនចាប៊ី 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 فردی که به زبان انگلیسی، اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، فرانسوی، کریول فرانسوی، هندی، همونگ، ایتالیایی، آلمانی، ژاپنی، کره‌ای، لائوسی، 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, फ्रेंच, फ्रेंच 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 phiaj 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.*



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, 펀자브어, 러시아어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어 또는 베트남어 지원이 가능합니다. 무료 서비스입니다.

Laotian:

- ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສະຖະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງ ພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍແປພາສາພຽງແຕ່ໃຫ້ຫາພວກເຮົາທີ່ (855) 665-4627 TTY: 711. ມີຜູ້ທີ່ເວົ້າໄດ້ ພາສາອັງກິດ, ສະເປນ, ອາຣັບ, ອາເມລິກາ, ກຳປູເຈຍ, ຈີນ, ພາຊີ, ຝຣັ່ງ, ຝຣັ່ງ ເຄຣອໂຣ, ຮິນດູ, ມັງ, ອິຕາລີ, ເຢຍລະມັນ, ຍີ່ປຸ່ນ, ເກົາຫຼີ, ລາວ, ມຽນ, ໄປແລນ, ປອກຕຸຍການ, ບັງຈາບີ, ລັດເຊຍ, ຕາກາລັອກ, ໄທ, ອູແກຣນ ຫຼື ຫວຽດນາມ ເຊິ່ງສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ການບໍລິການ ນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ

Mien:

- Yie mbuo liepc duqv maaih faan waac mienh wangv-henh tengx dau waac bun muangx dongh haaix zanc meih qiexx 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-laaav 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 hhangv.*

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.*



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 ڈرگ منصوبے دے حوالے نال تہاڈے کسے وی سوالاں دا جواب دین لئی ساڈے مترجم دیاں مفت سروسز موجود نیں۔ مترجم حاصل کرن لئی سانوں (۵۵۸) ۷۲۶۴-۵۶۶ TTY: 177 تے کال کرو۔ کوئی وی انگریزی، ہسپانوی، عربی، آرمینیائی، کمبوڈین، چینی، فارسی، فرانسیسی، کیرول، ہندی، ہمونگ، اطالوی، جرمن، جاپانی، کوریائی، لاؤسی، مین، پولش، پرتگالی، پنجابی، روسی، تگالوگ، تھائی، یوکرینی، یا ویتنامی بولن آلا تہاڈی مدد کر سکا اے۔ ایہہ 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 maaaaring 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 อาร์บิก อาร์เมเนีย กัมพูชา จีน ฟาร์ซี ฝรั่งเศส ครีโอลฝรั่งเศส ฮินดี ม้ง อิตาลี เยอรมัน ญี่ปุ่น เกาหลี ลาว เมียน ไปแลนด์ 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 Dao, 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.



Mục lục

A. Tuyên bố miễn trừ trách nhiệm.....	10
B. Xem xét bảo hiểm Medicare và Medi-Cal của quý vị cho năm tới	10
B1. Thông tin về Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)	11
B2. Những việc quan trọng cần làm.....	11
C. Những thay đổi đối với các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi	12
D. Các thay đổi về phúc lợi cho năm tiếp theo	12
D1. Các thay đổi về phúc lợi đối với dịch vụ y tế	12
D2. Các thay đổi về bảo hiểm thuốc theo toa	16
E. Các thay đổi hành chính.....	18
F. Chọn một chương trình	18
F1. Tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi.....	18
F2. Thay đổi chương trình.....	18
G. Nhận trợ giúp.....	21
G1. Chương trình của chúng tôi.....	21
G2. Chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy (HICAP).....	22
G3. Chương trình Ombuds	22
G4. Medicare.....	22
G5. Sở Chăm sóc Sức khỏe Có quản lý của California	23



A. Tuyên bố miễn trừ trách nhiệm

- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-DSNP) là Chương trình bảo hiểm sức khỏe có Hợp đồng Medicare và hợp đồng với chương trình Medicaid của tiểu bang. Việc đăng ký Molina Medicare Complete Care Plus phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.
- Molina Healthcare tuân thủ luật pháp về quyền dân sự Liên bang hiện hành và không phân biệt về chủng tộc, dân tộc, nguồn gốc quốc gia, tôn giáo, giới tính, độ tuổi, thương tật về thể chất hoặc tinh thần, tình trạng sức khỏe, việc tiếp nhận chăm sóc sức khỏe, lịch sử yêu cầu bảo hiểm, tiền sử y khoa, thông tin di truyền, bằng chứng về khả năng bảo hiểm, vị trí địa lý.
- Danh sách Thuốc được Bao trả và/hoặc mạng lưới nhà thuốc và nhà cung cấp có thể thay đổi trong suốt năm. Chúng tôi sẽ gửi thông báo đến quý vị trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi có thể ảnh hưởng đến quý vị.
- Điều kiện để tham gia các Chương trình Phúc lợi Mẫu hoặc RI theo Mô hình VBID không được đảm bảo và sẽ được MAO xác định sau khi đăng ký, dựa trên các tiêu chí liên quan, ví dụ: chẩn đoán lâm sàng, tiêu chí đủ điều kiện, tham gia chương trình quản lý trạng thái bệnh tật trong trường hợp đủ điều kiện của Những người đăng ký Chương trình Phúc lợi Mẫu hoặc Chương trình RI Đã nhắm mục tiêu không được đảm bảo hoặc không thể được xác định trước Năm Chương trình, nếu có.
- Medicare đã phê duyệt Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) để cung cấp khoản đồng thanh toán thấp hơn cho Thuốc theo toa Phần D như một phần của chương trình Thiết kế Bảo hiểm Dựa trên Giá trị. Chương trình này cho phép Medicare thử những cách mới để cải thiện các chương trình Medicare Advantage.

B. Xem xét bảo hiểm Medicare và Medi-Cal của quý vị cho năm tới

Điều quan trọng là phải xem xét bảo hiểm của quý vị ngay bây giờ để đảm bảo rằng bảo hiểm đó vẫn đáp ứng được nhu cầu của quý vị trong năm tới. Nếu bảo hiểm đó không đáp ứng được nhu cầu, quý vị có thể rời khỏi chương trình của chúng tôi. Hãy tham khảo **Phần F2** để biết thêm thông tin về những thay đổi đối với phúc lợi của quý vị cho năm tới.

Nếu quý vị chọn rời khỏi chương trình của chúng tôi, tư cách thành viên của quý vị sẽ kết thúc vào ngày cuối cùng của tháng mà quý vị đưa ra yêu cầu. Quý vị sẽ vẫn tham gia các chương trình Medicare và Medi-Cal miễn là quý vị đủ điều kiện.

Nếu rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có thể nhận thông tin về:

- Các tùy chọn Medicare trong bảng ở **Phần F2**.
- Các tùy chọn và dịch vụ Medi-Cal trong **Phần F2**.



B1. Thông tin về Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) là một chương trình sức khỏe có ký hợp đồng với cả Medicare và Medi-Cal để cung cấp các quyền lợi của cả hai chương trình cho thành viên.
- Bảo hiểm theo Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) là bảo hiểm y tế đủ điều kiện được gọi là “khoản bao trả cần thiết tối thiểu”. Bảo hiểm này đáp ứng yêu cầu trách nhiệm chung của cá nhân theo Đạo luật Bảo vệ Bệnh nhân và Chăm sóc Hợp túi tiền (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Hãy truy cập trang web của Sở Thuế Vụ (IRS) tại www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families để biết thêm thông tin về yêu cầu trách nhiệm chung của cá nhân.
- Khi Thông báo Thay đổi Thường niên này đề cập đến “chúng tôi”, “của chúng tôi” hoặc “chương trình của chúng tôi”, điều đó có nghĩa là Chương trình Medicare Medi-Cal.

B2. Những việc quan trọng cần làm

- Kiểm tra xem có bất kỳ thay đổi nào về phúc lợi của chúng tôi có thể ảnh hưởng đến quý vị hay không.
 - Có bất kỳ thay đổi nào ảnh hưởng đến dịch vụ quý vị sử dụng không?
 - Xem xét các thay đổi về phúc lợi để đảm bảo chúng sẽ có tác dụng với quý vị vào năm tới.
 - Tham khảo **Phần D1** để biết thông tin về những thay đổi về phúc lợi trong chương trình của chúng tôi.
- Kiểm tra xem có bất kỳ thay đổi nào về bảo hiểm thuốc theo toa của chúng tôi có thể ảnh hưởng đến quý vị hay không.
 - Thuốc của quý vị có được bao trả không? Các thuốc đó có ở một bậc chia sẻ chi phí khác không? Quý vị có thể sử dụng các nhà thuốc tương tự không?
 - Xem xét các thay đổi để đảm bảo bảo hiểm thuốc của chúng tôi sẽ có hiệu quả cho quý vị vào năm tới.
 - Tham khảo **Phần D2** để biết thông tin về những thay đổi đối với bảo hiểm thuốc của chúng tôi.
- Kiểm tra xem nhà cung cấp và nhà thuốc của quý vị có nằm trong mạng lưới của chúng tôi vào năm tới hay không.
 - Các bác sĩ của quý vị, bao gồm cả bác sĩ chuyên khoa, có thuộc mạng lưới của chúng tôi không? Còn nhà thuốc của quý vị thì sao? Còn các bệnh viện hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị sử dụng thì sao?
 - Tham khảo **Phần G1** để biết thông tin về Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc của chúng tôi.
- Hãy suy nghĩ về chi phí tổng thể của quý vị trong chương trình.
 - Quý vị sẽ chi bao nhiêu tiền túi cho các dịch vụ và thuốc theo toa mà quý vị sử dụng thường xuyên?
 - Tổng chi phí so với các lựa chọn bảo hiểm khác như thế nào?
 - **Hãy nghĩ xem quý vị có hài lòng với chương trình của chúng tôi không.**



Nếu quý vị quyết định tiếp tục tham gia Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP):

Nếu quý vị muốn ở lại với chúng tôi vào năm tới, thật dễ dàng – quý vị không cần phải làm gì cả. Nếu quý vị không thực hiện thay đổi, quý vị sẽ tự động tiếp tục được ghi danh vào Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP).

Nếu quý vị quyết định thay đổi chương trình:

Nếu quyết định bảo hiểm khác sẽ đáp ứng tốt hơn nhu cầu của mình, quý vị có thể chuyển đổi chương trình (tham khảo Phần F2 để biết thêm thông tin). Nếu quý vị đăng ký một chương trình mới hoặc thay đổi sang Original Medicare, bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.

C. Những thay đổi đối với các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi

Chúng tôi chưa thực hiện bất kỳ thay đổi nào đối với mạng lưới nhà cung cấp và nhà thuốc của mình trong năm tới.

Tuy nhiên, điều quan trọng là quý vị biết rằng chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi đối với mạng lưới của mình trong năm. Nếu nhà cung cấp của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có một số quyền và biện pháp bảo vệ nhất định. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo **Chương 3** của *Sổ tay Thành viên*.

Vui lòng xem lại Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc năm 2024 để tìm hiểu xem nhà cung cấp hoặc nhà thuốc của quý vị có nằm trong mạng lưới của chúng tôi hay không. Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc đã cập nhật nằm trên trang web của chúng tôi tại www.MolinaHealthcare.com/Medicare. Quý vị cũng có thể gọi cho Dịch vụ Thành viên theo số ở cuối trang để biết thông tin cập nhật về nhà cung cấp hoặc yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc*.

Điều quan trọng là quý vị biết rằng chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi đối với mạng lưới của mình trong năm. Nếu nhà cung cấp của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có một số quyền và biện pháp bảo vệ nhất định. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo **Chương 3** của *Sổ tay Thành viên*.

D. Các thay đổi về phúc lợi cho năm tiếp theo

D1. Các thay đổi về phúc lợi đối với dịch vụ y tế

Chúng tôi sẽ thay đổi phạm vi bảo hiểm của mình đối với một số dịch vụ y tế nhất định và số tiền quý vị phải trả cho các dịch vụ y tế được bao trả này vào năm tới. Bảng bên dưới mô tả những thay đổi này.



Phúc lợi Medicare	2023 (năm nay)	2024 (năm tới)
Các loại thuốc theo toa Medicare Phần D	Thuốc được bao trả trong Phần D trong danh mục thuốc của Chương trình có các bậc khác nhau. Vì có Medi-Cal nên quý vị đã được ghi danh vào chương trình “Extra Help (Trợ Giúp Bổ Sung)”, còn được gọi là Phụ cấp dành cho Người thu nhập thấp. Vào năm 2023, chi phí mua thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới của quý vị sẽ phụ thuộc vào Khoản đồng thanh toán Phụ cấp dành cho Người thu nhập thấp (LIS) và bậc thuốc được áp dụng.	Thuốc được bao trả trong Phần D trong danh mục thuốc của Chương trình sẽ có một bậc. Vì có Medi-Cal nên quý vị đã được ghi danh vào chương trình “Extra Help (Trợ Giúp Bổ Sung)”, còn được gọi là Phụ cấp dành cho Người thu nhập thấp. Vào năm 2024, chi phí mua thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới của quý vị sẽ là \$0 cho tất cả các giai đoạn của Phúc lợi thuốc theo toa Phần D với phúc lợi nâng cao Thiết kế Bảo hiểm Dựa trên Giá trị (VBID).
	Lưu ý: Bảo hiểm này dành cho Thuốc theo toa Phần D được Medicare bao trả. Hãy nhớ rằng, quý vị cần có thẻ Medi-Cal hoặc Thẻ Nhận dạng Phúc lợi (BIC) để tiếp cận các loại thuốc được Medi-Cal Rx bao trả.	
Phúc lợi Bổ sung Medicare: Dịch vụ hỗ trợ tại nhà	Phúc lợi được được bao trả dưới dạng Phúc lợi Bổ sung Medicare lên tới 90 giờ mỗi năm do Nhà cung cấp của chúng tôi cung cấp	Phúc lợi không được bao trả như Phúc lợi Bổ sung Medicare
	Lưu ý: Bảo hiểm này dành cho phúc lợi IHSS Bổ sung của Medicare. Nếu quý vị cần được trợ giúp về phúc lợi Dịch vụ Hỗ trợ tại Nhà (IHSS) của Medi-Cal, hãy liên hệ với Sở Dịch Vụ Xã Hội tại Hạt địa phương. Chương trình IHSS có thể cung cấp các dịch vụ để quý vị có thể an toàn ở tại chính ngôi nhà của mình. IHSS được xem là chương trình thay thế cho dịch vụ chăm sóc bên ngoài nhà, chẳng hạn như nhà điều dưỡng hoặc cơ sở cung cấp dịch vụ ăn ở và chăm sóc. Để đăng ký IHSS, hãy liên hệ với Văn phòng IHSS tại hạt địa phương của quý vị.	



Phúc lợi Medicare	2023 (năm nay)	2024 (năm tới)
<p>Phúc lợi Bổ sung Medicare: Dịch vụ nha khoa định kỳ</p>	<p>Phúc lợi được bao trả như Phúc lợi Bổ sung Medicare</p> <p>Dịch vụ Nha khoa Phòng ngừa và Toàn diện được bao trả phúc lợi này khi quý vị sử dụng thẻ MyChoice của mình.</p> <p>Quý vị có khoản trợ cấp \$4,000 mỗi năm cho các dịch vụ nha khoa phòng ngừa và toàn diện kết hợp.</p> <p>Quý vị đã nhận được thẻ ghi nợ trả trước MyChoice có thể sử dụng cho các phúc lợi của chương trình bổ sung.</p>	<p>Phúc lợi được bao trả như một khoản Phúc lợi Bổ sung Medicare</p> <p>Để cung cấp cho quý vị nhiều tùy chọn hơn cho nhu cầu nha khoa định kỳ của mình vào năm 2024, quý vị có thể chọn một trong hai tùy chọn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nếu quý vị sử dụng Nhà cung cấp trong danh mục Nhà cung cấp nha khoa của chúng tôi, quý vị sẽ nhận được các Dịch vụ Nha khoa Phòng ngừa sau đây miễn phí: <ul style="list-style-type: none"> ■ 2 lần khám răng miệng, ■ 2 lần làm sạch răng, ■ 2 lần điều trị bằng florua ■ Chụp X-quang nha khoa <p>Ngoài ra, quý vị còn được trợ cấp \$1,000 mỗi năm cho dịch vụ nha khoa toàn diện. Quý vị có thể tiếp tục sử dụng thẻ MyChoice của mình cho các dịch vụ nha khoa toàn diện.</p> 2. Nếu quý vị chọn sử dụng nhà cung cấp dịch vụ nha khoa bên ngoài mạng lưới Nhà cung cấp, tất cả các dịch vụ nha khoa thông thường sẽ chỉ được bao trả khi quý vị sử dụng khoản trợ cấp hàng năm \$1,000 lúc sử dụng thẻ MyChoice của mình. <p>Lưu ý: Bảo hiểm này dành cho Phúc lợi Nha khoa Bổ sung Medicare. Một số dịch vụ nha khoa được cung cấp thông qua Chương trình Nha khoa Medi-Cal. Các phúc lợi nha khoa được cung cấp trong Chương trình Nha khoa Medi-Cal dưới dạng phí dịch vụ. Để biết thêm thông tin hoặc nếu quý vị cần trợ giúp tìm nha sĩ chấp nhận Chương trình Nha khoa Medi-Cal, hãy liên hệ với Đường dây Dịch vụ Khách hàng theo số 1-800-322-6384 (người dùng TTY gọi 1-800-735-2922). Cuộc gọi này miễn phí.</p> <p>Đại diện của Chương trình Dịch vụ Nha khoa Medi-Cal sẵn sàng hỗ trợ quý vị từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị cũng có thể truy cập trang web tại dental.dhcs.ca.gov/ để biết thêm thông tin.</p>



Phúc lợi Medicare	2023 (năm nay)	2024 (năm tới)
Phúc lợi Bổ sung Medicare: Dịch vụ Thính giác Định kỳ	Phúc lợi được bao trả dưới dạng Phúc lợi Bổ sung Medicare cho tối đa 2 máy trợ thính được chọn trước từ nhà cung cấp được chương trình phê duyệt hằng năm. Quý vị có thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới để tiếp cận khoản phúc lợi này.	Phúc lợi được bao trả dưới dạng Phúc lợi Bổ sung Medicare cho tối đa 2 máy trợ thính được chọn trước từ nhà cung cấp được chương trình phê duyệt 2 năm một lần. Quý vị phải sử dụng HearUSA để tiếp cận khoản phúc lợi này.
	Lưu ý: Bảo hiểm này dành cho Phúc lợi Thính giác Bổ sung của Medicare. Quý vị được bao trả cho các dịch vụ trợ thính và thính giác bổ sung theo phúc lợi Medi-Cal (Medicaid) thông qua Chương trình.	
Phúc lợi Bổ sung Medicare: Phúc Lợi Về Bữa Ăn	Phúc lợi được bao trả như Phúc lợi Bổ sung Medicare. Bao gồm 2 bữa ăn mỗi ngày trong 14 ngày với tổng cộng 28 bữa ăn được giao. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện nhận thêm 28 bữa ăn trong 14 ngày nữa nếu được chấp thuận. Mức bao trả tối đa của chương trình là 4 tuần và tối đa là 56 bữa ăn trong mỗi năm theo lịch được áp dụng.	Phúc lợi không được bao trả như Phúc lợi Bổ sung Medicare
	Lưu ý: Bảo hiểm này dành cho Phúc lợi Bữa ăn Bổ sung của Medicare. Vui lòng gọi cho Dịch vụ Thành viên hoặc liên hệ với Người phụ trách Trường hợp của quý vị nếu quý vị cần các nguồn lực cộng đồng để giúp giải quyết tình trạng mất an ninh lương thực. Ngoài ra, quý vị có thể nhận được tư vấn dinh dưỡng qua điện thoại cá nhân theo yêu cầu theo quyền lợi tư vấn về Dinh dưỡng/Chế độ ăn cùng sự giới thiệu.	
Phúc lợi Bổ sung Medicare: Thuốc không cần toa (OTC)	Phúc lợi được bao trả như Phúc lợi Bổ sung Medicare	Phúc lợi được bao trả như Phúc lợi Bổ sung Medicare
	Bảo hiểm bao gồm khoản trợ cấp \$400 mỗi quý để chi tiêu cho các thuốc OTC được chương trình phê duyệt. Quý vị đã nhận được thẻ ghi nợ trả trước MyChoice có thể sử dụng cho các phúc lợi OTC bổ sung.	Bảo hiểm bao gồm khoản trợ cấp \$320 mỗi quý để chi tiêu cho các thuốc OTC được chương trình phê duyệt. Thẻ ghi nợ trả trước MyChoice của quý vị có thể được sử dụng cho các phúc lợi OTC bổ sung của quý vị.
Lưu ý: Bảo hiểm này dành cho Phúc lợi OTC Bổ sung của Medicare. Một số loại thuốc không cần toa (OTC) và một số loại vitamin nhất định có thể được Medi-Cal Rx bao trả. Vui lòng truy cập vào trang web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi Trung tâm Dịch vụ Khách hàng Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273.		



Phúc lợi Medicare	2023 (năm nay)	2024 (năm tới)
Phúc lợi Bổ sung Medicare: Hệ thống Ứng cứu khẩn cấp cá nhân (Personal Emergency Response System, PERS)	Phúc lợi được bao trả như Phúc lợi Bổ sung Medicare	Phúc lợi không được bao trả như Phúc lợi Bổ sung Medicare
	Lưu ý: Bảo hiểm này dành cho Phúc lợi PERS Bổ sung của Medicare. Vui lòng gọi cho Dịch vụ Thành viên hoặc liên hệ với Người phụ trách Trường hợp của quý vị nếu quý vị cần các nguồn lực cộng đồng hoặc hỗ trợ về các quyền lợi Miễn trừ.	
Phúc lợi Bổ sung Medicare: Dịch vụ Điều trị Bệnh về bàn chân Định kỳ	Phúc lợi được bao trả như Phúc lợi Bổ sung Medicare cho tối đa 12 lượt thăm khám trong năm chương trình	Phúc lợi không được bao trả như Phúc lợi Bổ sung Medicare
	Lưu ý: Bảo hiểm này dành cho Phúc lợi Điều trị Bệnh về bàn chân Định kỳ Bổ sung của Medicare. Quý vị được bao trả cho các dịch vụ điều trị bệnh về bàn chân bổ sung theo phúc lợi Medi-Cal (Medicaid) của quý vị thông qua Chương trình.	
Phúc lợi Bổ sung Medicare: Dịch Vụ Vận Chuyển Thông Thường	Phúc lợi được bao trả như Phúc lợi Bổ sung Medicare	Phúc lợi không được bao trả như Phúc lợi Bổ sung Medicare
	Bảo hiểm bao gồm khoản trợ cấp \$200 mỗi quý để chi tiêu cho các dịch vụ vận chuyển thông thường. Quý vị đã nhận được thẻ ghi nợ trả trước MyChoice có thể sử dụng cho các phúc lợi OTC bổ sung.	Lưu ý: Bảo hiểm này dành cho Phúc lợi Vận chuyển Thông thường Bổ sung của Medicare. Quý vị được bao trả cho các dịch vụ vận chuyển thông thường bổ sung theo phúc lợi Medi-Cal (Medicaid) của mình thông qua Chương trình.

D2. Các thay đổi về bảo hiểm thuốc theo toa

Các thay đổi về Danh sách Thuốc của chúng tôi

Quý vị sẽ nhận được *Danh sách Thuốc được Bao trả năm 2024* trong lần gửi riêng. Danh sách Thuốc được Bao trả *mới nhất* có trên trang web của chúng tôi tại www.MolinaHealthcare.com/Medicare. Quý vị cũng có thể gọi cho Dịch vụ Thành viên theo số điện thoại ở cuối trang để biết thông tin cập nhật về thuốc hoặc yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị *Danh sách Thuốc được Bao trả* qua đường bưu điện. *Danh sách Thuốc được Bao trả* còn được gọi là “Danh sách Thuốc”.

Chúng tôi đã thực hiện các thay đổi đối với Danh Sách Thuốc của mình, bao gồm các thay đổi về những loại thuốc mà chúng tôi bao trả cũng như các thay đổi về những hạn chế mà chúng tôi áp dụng cho khoản bao trả đối với một số loại thuốc.

Xem lại Danh sách Thuốc để **đảm bảo thuốc của quý vị sẽ được bao trả vào năm tới** và tìm hiểu xem có bất kỳ hạn chế nào không.



Nếu quý vị bị ảnh hưởng bởi sự thay đổi về bảo hiểm thuốc, quý vị nên:

- Làm việc với bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác) để tìm loại thuốc khác mà chúng tôi bao trả.
 - Quý vị có thể gọi cho Dịch vụ Thành viên theo số điện thoại ở cuối trang hoặc liên hệ với Người phụ trách Trường hợp của quý vị để yêu cầu danh sách các loại thuốc được bao trả điều trị tình trạng tương tự.
 - Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp của quý vị tìm thấy thuốc được bao trả có thể có tác dụng đối với quý vị.
- Làm việc với bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác) và yêu cầu chúng tôi đưa ra một trường hợp ngoại lệ để bao trả cho thuốc.
 - Quý vị có thể yêu cầu trường hợp ngoại lệ trước năm tiếp theo và chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị (hoặc tuyên bố hỗ trợ của người kê toa cho quý vị).
 - Để tìm hiểu những gì quý vị phải làm để yêu cầu ngoại lệ, hãy tham khảo **Chương 9** trong *Sổ tay Thành viên* hoặc gọi cho Dịch vụ Thành viên theo số điện thoại ở cuối trang.
 - Nếu quý vị cần trợ giúp yêu cầu trường hợp ngoại lệ, hãy liên hệ với Dịch vụ Thành viên hoặc Người phụ trách Trường hợp của quý vị. Hãy tham khảo **Chương 2 và 3** của *Sổ tay Thành viên* để tìm hiểu thêm về cách liên hệ với Người phụ trách Trường hợp của quý vị.
- Yêu cầu chúng tôi bao trả nguồn cung cấp thuốc tạm thời.
 - Trong một số trường hợp, chúng tôi bao trả nguồn cung cấp thuốc **tạm thời** cho quý vị trong (90) ngày đầu tiên của năm theo lịch.
 - Nguồn cung cấp tạm thời này dành cho tối đa (31) ngày trong một tháng. (Để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể nhận nguồn cung cấp tạm thời và cách yêu cầu nguồn cung cấp tạm thời, hãy tham khảo **Chương 5** của *Sổ tay Thành viên*.)

Khi quý vị nhận được nguồn cung cấp thuốc tạm thời, hãy trao đổi với bác sĩ của quý vị về những việc cần làm khi nguồn cung cấp thuốc tạm thời của quý vị hết. Quý vị có thể chuyển sang một loại thuốc khác mà chương trình của chúng tôi bao trả hoặc yêu cầu chúng tôi đưa ra một ngoại lệ cho quý vị và bao trả cho loại thuốc hiện tại của quý vị.

Thông báo Quan trọng về Số tiền Quý vị Phải trả cho Vắc xin

Chương trình của chúng tôi bao trả miễn phí hầu hết các loại vắc xin Phần D cho quý vị.

Các thay đổi về chi phí thuốc theo toa

Chúng tôi đã chuyển tất cả các loại thuốc trong Danh sách Thuốc sang một bậc.

Bảng sau đây hiển thị chi phí cho các loại thuốc Bậc duy nhất của quý vị trong mỗi danh mục thuốc Bậc 1 của chúng tôi.



	2023 (năm nay)	2024 (năm tới)
<p>Thuốc theo toa Phần D</p> <p>Chương trình của chúng tôi bao trả miễn phí các vắc xin Phần D cho quý vị</p>	<p>Thuốc được bao trả trong Phần D trong danh mục thuốc của Chương trình có các bậc khác nhau.</p> <p>Vì quý vị có Medi-Cal nên quý vị đã được ghi danh vào chương trình “Extra Help (Trợ Giúp Bổ Sung)”, còn được gọi là Phụ cấp dành cho Người thu nhập thấp.</p> <p>Vào năm 2023, chi phí mua thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới của quý vị sẽ phụ thuộc vào Khoản đồng thanh toán Phụ cấp dành cho Người thu nhập thấp (LIS) và bậc thuốc được áp dụng.</p>	<p>Thuốc được bao trả trong Phần D trong danh mục thuốc của Chương trình sẽ có một bậc.</p> <p>Vì có Medi-Cal nên quý vị đã được ghi danh vào chương trình “Extra Help (Trợ Giúp Bổ Sung)”, còn được gọi là Phụ cấp dành cho Người thu nhập thấp.</p> <p>Vào năm 2024, chi phí mua thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới của quý vị sẽ là \$0 cho tất cả các giai đoạn của Phúc lợi thuốc theo toa Phần D với phúc lợi nâng cao Thiết kế Bảo hiểm Dựa trên Giá trị (VBID).</p>

E. Các thay đổi hành chính

Chúng tôi đang thực hiện các thay đổi hành chính cho năm tới. Thông tin trong bảng dưới đây mô tả những thay đổi này.

	2023 (năm nay)	2024 (năm tới)
Gói Phúc lợi Hợp đồng/Chương trình (PBP) của quý vị đã thay đổi.	H5810-016	H3038-003

F. Chọn một chương trình

F1. Tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi

Chúng tôi hy vọng quý vị vẫn là thành viên của chương trình. Quý vị không cần phải làm bất cứ điều gì để tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị **không** đổi sang một chương trình Medicare khác hoặc đổi sang Original Medicare, thì quý vị sẽ tự động được ghi danh là thành viên của chương trình của chúng tôi cho đến năm 2024.

F2. Thay đổi chương trình

Hầu hết những người tham gia Medicare đều có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong các khoảng thời gian nhất định của năm. Do tham gia Medi-Cal, quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi hoặc được chuyển một lần sang chương trình khác trong từng **Khoảng Thời Gian Đăng Ký Đặc Biệt** sau đây:

- Từ tháng 1 đến tháng 3
- Từ tháng 4 đến tháng 6
- Từ tháng 7 đến tháng 9



Ngoài 3 khoảng thời gian Đăng Ký Đặc Biệt, quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi trong các khoảng thời gian sau:

- **Khoảng Thời Gian Đăng Ký Hàng Năm** , kéo dài từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12. Nếu quý vị chọn chương trình mới trong khoảng thời gian này, tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi sẽ kết thúc vào ngày 31 tháng 12 và tư cách thành viên của quý vị trong chương trình mới sẽ bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.
- **Khoảng Thời Gian Đăng Ký Mở Cho Chương Trình Medicare Advantage** kéo dài từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3. Nếu quý vị chọn chương trình mới trong thời gian này, tư cách thành viên của quý vị trong chương trình mới sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.

Có thể có những tình huống khác khi quý vị đủ điều kiện để thay đổi việc đăng ký của mình. Ví dụ như khi:

- quý vị chuyển ra bên ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi,
- khả năng đủ điều kiện nhận Medi-Cal hoặc Trợ giúp bổ sung của quý vị đã thay đổi, **hoặc**
- nếu quý vị mới chuyển đến, hiện đang được chăm sóc hoặc vừa chuyển ra khỏi cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn.

Các dịch vụ Medicare của quý vị

Quý vị có ba lựa chọn để nhận các dịch vụ Medicare của mình. Bằng cách chọn một trong các tùy chọn này, quý vị sẽ tự động chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi.



<p>1. Quý vị có thể chuyển sang:</p> <p>Một chương trình sức khỏe Medicare khác, bao gồm một Chương trình Medicare Medi-Cal khác</p>	<p>Sau đây là những việc cần làm:</p> <p>Gọi tới Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.</p> <p>Nếu quý vị có thắc mắc về Chương trình Chăm sóc Toàn diện dành cho Người cao tuổi (PACE), hãy gọi 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc thông tin khác:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hãy gọi đến Chương trình Vận động và Tư vấn Bảo hiểm Y tế California (HICAP) theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập vào www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. <p>HOẶC</p> <p>Đăng ký chương trình Medicare mới.</p> <p>Quý vị sẽ tự động bị hủy đăng ký khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu. Chương trình Medi-Cal của quý vị có thể thay đổi.</p>
<p>2. Quý vị có thể chuyển sang:</p> <p>Original Medicare với một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt</p>	<p>Sau đây là những việc cần làm:</p> <p>Gọi tới Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.</p> <p>Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc thông tin khác:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hãy gọi đến Chương trình Vận động và Tư vấn Bảo hiểm Y tế California (HICAP) theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập vào www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. <p>HOẶC</p> <p>Đăng ký chương trình thuốc theo toa mới của Medicare.</p> <p>Quý vị sẽ tự động bị hủy đăng ký khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu.</p> <p>Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ không thay đổi.</p>



3. Quý vị có thể chuyển sang:**Original Medicare không có chương trình thuốc theo toa riêng biệt của Medicare**

LƯU Ý: Nếu quý vị chuyển tới Original Medicare và không tham gia vào một chương trình thuốc theo toa Medicare khác, Medicare có thể sẽ đăng ký cho quý vị một chương trình thuốc, trừ khi quý vị cho Medicare biết quý vị không muốn tham gia.

Quý vị chỉ nên bỏ bảo hiểm thuốc theo toa nếu quý vị có bảo hiểm thuốc từ một nguồn khác, chẳng hạn như chủ sử dụng lao động hoặc công đoàn. Nếu quý vị có thắc mắc về việc liệu quý vị có cần bao trả thuốc không, hãy gọi Chương trình Vận động và Tư vấn Bảo hiểm Y tế California (HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ 2 đến Thứ 6 từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm một văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

Sau đây là những việc cần làm:

Gọi tới Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.

Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc thông tin khác:

- Hãy gọi đến Chương trình Vận động và Tư vấn Bảo hiểm Y tế California (HICAP) theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập vào www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

Quý vị sẽ tự động bị hủy đăng ký khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu.

Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ không thay đổi.

Các dịch vụ Medi-Cal của quý vị

Nếu có thắc mắc về cách chọn chương trình Medi-Cal hoặc nhận các dịch vụ Medi-Cal sau khi quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, hãy liên hệ với Health Care Options theo số 1-800-430-4263, từ thứ Hai – thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY nên gọi đến số 1-800-430-7077. Hãy hỏi xem việc tham gia một chương trình khác hoặc quay lại chương trình Original Medicare sẽ ảnh hưởng đến cách quý vị nhận khoản bao trả Medi-Cal như thế nào.

G. Nhận trợ giúp**G1. Chương trình của chúng tôi**

Chúng tôi sẵn sàng trợ giúp nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào. Hãy gọi tới Dịch vụ Thành viên theo số điện thoại ở cuối trang vào ngày và giờ hoạt động được liệt kê. Những cuộc gọi này là miễn phí.



Đọc Sổ Tay Thành Viên

Sổ tay Thành viên là bản mô tả chi tiết, hợp pháp về các phúc lợi của chương trình của chúng tôi. Sổ tay này có thông tin chi tiết về khoản phúc lợi và chi phí cho năm 2024. Sổ tay này giải thích các quyền của quý vị và quy tắc phải tuân theo để nhận được các dịch vụ và thuốc theo toa mà chúng tôi bao trả.

Sổ tay Thành viên năm 2024 sẽ có sẵn trước ngày 15 tháng 10. Quý vị cũng có thể xem lại Sổ tay Thành viên được gửi riêng để tìm hiểu xem các thay đổi về phúc lợi hoặc chi phí khác có ảnh hưởng đến quý vị hay không. Bản sao mới nhất của Sổ tay Thành viên có sẵn trên trang web của chúng tôi tại www.MolinaHealthcare.com/Medicare. Quý vị cũng có thể gọi cho Dịch vụ Thành viên theo số ở cuối trang để yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị Sổ tay Thành viên năm 2024 qua đường bưu điện.

Trang web của chúng tôi

Quý vị cũng có thể truy cập trang web của chúng tôi tại www.MolinaHealthcare.com/Medicare. Xin nhắc lại, trang web của chúng tôi có thông tin cập nhật nhất về mạng lưới nhà cung cấp và nhà thuốc của chúng tôi (*Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc*) và Danh sách Thuốc của chúng tôi (*Danh sách Thuốc được Bao trả*).

G2. Chương trình Vận động và Tư vấn Bảo hiểm Y tế California (HICAP)

Quý vị có thể gọi đến Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP). Ở California, SHIP được gọi là Chương trình Vận động và Tư vấn Bảo hiểm Y tế (HICAP). Các tư vấn viên của HICAP có thể giúp quý vị hiểu các lựa chọn chương trình của mình và trả lời các câu hỏi về việc chuyển đổi chương trình. HICAP không liên kết với chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế nào. HICAP đã đào tạo tư vấn viên tại tất cả các hạt và các dịch vụ đều miễn phí. Số điện thoại của HICAP là 1-800-434-0222. TTY 711. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

G3. Chương trình Ombuds

Chương trình Medicare Medi-Cal Ombuds có thể giúp đỡ quý vị nếu quý vị gặp vấn đề với chương trình của chúng tôi.

Các dịch vụ của ombudsman đều miễn phí và có sẵn bằng mọi ngôn ngữ. Chương trình Medicare Medi-Cal Ombuds:

- hoạt động như một người bào chữa thay mặt cho quý vị. Họ có thể trả lời câu hỏi nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại và có thể giúp quý vị hiểu rõ những việc cần làm.
- đảm bảo quý vị có thông tin liên quan đến quyền lợi và sự bảo vệ của mình cũng như cách quý vị có thể giải quyết mối quan ngại của mình.
- không liên kết với chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế nào. Số điện thoại của Chương trình Medicare Medi-Cal Ombuds là 1-888-804-3536.

G4. Medicare

Để nhận thông tin trực tiếp từ Medicare, hãy gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.



Trang web của Medicare

Quý vị có thể truy cập trang web của Medicare (www.medicare.gov). Nếu quý vị chọn hủy đăng ký khỏi chương trình của chúng tôi và đăng ký vào một chương trình Medicare khác, trang web của Medicare có thông tin về chi phí, phạm vi bảo hiểm và xếp hạng chất lượng để giúp quý vị so sánh các chương trình.

Quý vị có thể tìm thông tin về các chương trình Medicare hiện có trong khu vực của mình bằng cách sử dụng Công cụ tìm kiếm Chương trình Medicare trên trang web của Medicare. (Để biết thông tin về các chương trình, hãy tham khảo www.medicare.gov và nhấp vào “Tìm các chương trình.”)

Medicare và Quý vị 2024

Quý vị có thể đọc sổ tay *Medicare và Quý vị 2024*. Hàng năm vào mùa thu, tập sách này sẽ được gửi đến những người có Medicare. Tập sách này có một bản tóm tắt các phúc lợi, quyền và tùy chọn bảo vệ của Medicare, cũng như đáp án cho những câu hỏi thường gặp nhất về Medicare. Cuốn sổ tay này cũng có sẵn bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Trung và tiếng Việt.

Nếu quý vị không có bản sao của tập sách này, quý vị có thể tải tại trang web của Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) hoặc gọi đến 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.

G5. California Department of Managed Health Care (Cơ quan Chăm sóc sức khỏe có quản lý của California)

Sở Chăm sóc Sức khỏe Có quản lý (DMHC) California chịu trách nhiệm điều phối các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Trung tâm Trợ giúp DMHC có thể giúp quý vị kháng cáo và khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal. Nếu có phàn nàn về chương trình chăm sóc sức khỏe của mình thì trước tiên, quý vị nên gọi điện đến chương trình đó theo số (855) 665-4627, TTY: 711 và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình chăm sóc sức khỏe của quý vị trước khi liên hệ với Sở. Việc sử dụng quy trình than phiền này không ngăn cấm bất kỳ quyền pháp lý hoặc biện pháp đền bù tiềm năng nào có thể dành cho quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp than phiền liên quan đến trường hợp cấp cứu, một than phiền chưa được chương trình bảo hiểm y tế của quý vị giải quyết thỏa đáng, hoặc một than phiền vẫn chưa được giải quyết sau hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi điện cho cơ quan này để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện được Đánh giá y khoa độc lập (IMR). Nếu quý vị đủ điều kiện được nhận IMR, quy trình IMR sẽ cung cấp một đánh giá khách quan về các quyết định y khoa do chương trình chăm sóc sức khỏe đưa ra liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc điều trị đề xuất, quyết định bao trả cho điều trị có tính chất thử nghiệm hoặc nghiên cứu và các tranh chấp về thanh toán cho dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Cơ quan cũng có một số điện thoại miễn phí (**1-888-466-2219**) và một đường dây TDD (**1-877-688-9891**) dành cho người suy giảm chức năng nghe và nói. Trang web của cơ quan www.dmhc.ca.gov có các mẫu đơn khiếu nại, các mẫu đơn IMR và các chỉ dẫn trực tuyến.



**Nhận các tài liệu
quan trọng về
chương trình**



Cách nhận các tài liệu quan trọng về Chương trình

Quý vị có ý nghĩa quan trọng đối 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 chương trình năm **2024** như Chứng từ Bảo hiểm, Danh mục Thuốc và Nhà cung cấp/Nhà thuốc sẽ có sẵn trực tuyến trước **ngày 15 tháng 10 năm 2023**.

Tim 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 được bao trả theo chương trình của quý vị.
- **Danh mục Nhà cung cấp/Nhà thuốc:** 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 mạng lưới nhà cung cấp hoặc nhà thuốc qua danh mục trực tuyến của chúng tôi tại MolinaHealthcare.com/ProviderSearch
- **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 cũng như cách quý vị có thể tiếp cận thông tin này. Thông tin này có trên trang web của chúng tôi tại https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/terms_privacy.aspx

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



Truy cập trực tuyến tại MolinaHealthcare.com/Medicare

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 về chương trình năm 2024 sẽ được cung cấp trực tuyến trước ngày 15 tháng 10 năm 2023.



Truy cập trực tuyến tại MyMolina.com.

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



Gọi số miễn phí.

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 Chứng Từ Bảo Hiểm (EOC), Danh mục thuốc hoặc Danh mục Nhà cung cấp/Nhà thuốc gửi qua đường bưu điện đến quý vị. Để yêu cầu nhận bản cứng tài liệu chương trình, hãy gọi bộ phận Dịch vụ Thành viên theo số điện thoại miễn phí **(855) 665-4627, TTY: 711, từ thứ Hai – thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo giờ địa phương.**

Chúng tôi luôn sẵn lòng hỗ trợ

Nếu quý vị có thắc mắc về quyền lợi của mình hoặc cần trợ giúp tìm nhà cung cấp/nhà thuốc trong mạng lưới hoặc muốn từ chối nhận tài liệu được gửi qua đường bưu điện, vui lòng gọi tới Dịch vụ Thành viên theo số điện thoại miễn phí **(855) 665-4627, TTY: 711**.

Y0050_24_3526_LRWelcKitElectNote_C

OMB Phê duyệt 0938-1444 (Hết hạn: 30/06/2026)



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) theo số **(855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày/tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo giờ địa phương**. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập vào MolinaHealthcare.com/Medicare.



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:

نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية لكافة أسئلةك عن خططنا الصحية أو خططنا الدوائية. لدينا مترجم فوري، 1. ويلمك شخص يتحدث اللغة 1-855-665-4627 تفضل بالابتداء على 9 ق 08. مساعدتتك هذه الخدمة م جانا

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.

Português:

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.

