

2026

Ежегодное уведомление об ИЗМЕНЕНИЯХ

Central Health Dual Access Plan
(HMO D-SNP)

California H5649-024-000

Действует с 1 января по 31 декабря 2026 г.

H5649_26_024_CA_ANOC_M

CA-H5649-24-AC-RU-26-L



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

Ежегодное уведомление об изменениях на 2026 г.

Вы являетесь участником страхового плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).

В этом документе описаны изменения расходов и покрываемых услуг, предусмотренных нашим планом, в следующем году.

- **У вас есть время с 15 октября по 7 декабря, чтобы внести изменения в страховое покрытие Medicare на следующий год.** Если вы не перейдете в другой план до 7 декабря 2025 г., то останетесь участником плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).
- Чтобы перейти на **другой план**, посетите сайт www.Medicare.gov или просмотрите список в конце брошюры *Medicare и вы (Medicare & You)* за 2026 г.
- Это всего лишь краткий обзор изменений. Более подробная информация о расходах, покрываемых услугах и правилах приведена в *Справочнике участника плана*. Копию можно найти на сайте centralhealthplan.com. Также можно получить копию по почте, позвонив в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711).

Другие ресурсы

- Этот материал можно бесплатно получить на арабском, армянском, камбоджийском, китайском, корейском, русском, испанском, тагальском, вьетнамском языках, а также на языках фарси и хмонг.
- Чтобы получить дополнительную информацию, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711.). **График работы с 1 октября по 31 марта:** с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени, без выходных. **С 1 апреля по 30 сентября:** с понедельника по пятницу, с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. Звонки бесплатные.
- Вы можете бесплатно получить этот документ в переводе на другие языки или в других форматах, например набранный шрифтом Брайля или крупным шрифтом или же в аудиозаписи. Звоните по номеру (866) 314-2427 (TTY:711). Звонки бесплатные.

Информация о планах Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)

- Central Health Medicare Plan — это план HMO/HMO SNP по договору с Medicare. Регистрация в программе зависит от продления договора. У нашего плана также есть письменное соглашение с программой Medicaid

штата California о координации ваших покрываемых услуг по программе Medicaid.

- В этом документе слово "мы" и другие формы этого местоимения означают Central Health Plan of California, Inc. Слова "план" и "наш план" означают Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).
- **Если вы не предпримете никаких действий до 7 декабря 2025 года, то автоматически будете зарегистрированы в плане Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).** С 1 января 2026 года вы будете получать покрытие медицинских услуг и покрытие лекарственных препаратов по рецепту в рамках плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).
Дополнительную информацию о порядке изменения планов и сроках внесения изменений см. в разделе 3.

H5649_26_024_CA_ANOC_M

Ежегодное уведомление об изменениях на 2026 год

Содержание

Обзор основных расходов в 2026 г.....	6
РАЗДЕЛ 1 Изменения в покрываемом обслуживании и расходах в следующем году.....	16
Раздел 1.1 Как изменятся ежемесячные страховые взносы	16
Раздел 1.2 Как изменится максимальная сумма ваших личных расходов за год.....	16
Раздел 1.3 Изменения в сети поставщиков услуг	18
Раздел 1.4 Изменения в сети аптек.....	19
Раздел 1.5 Изменения в льготах и расходах на медицинские услуги.....	20
Раздел 1.6 Изменения в покрытии лекарственных препаратов в рамках Части D.....	30
Раздел 1.7 Изменения в льготах и расходах на рецептурные лекарственные препараты	31
РАЗДЕЛ 2 Административные изменения.....	55
РАЗДЕЛ 3 Как поменять план.....	63
Раздел 3.1 Крайние сроки перехода на другой план	65
Раздел 3.2 Можно ли менять страховку в другое время?	66

РАЗДЕЛ 4 Получение помощи в оплате рецептурных лекарственных препаратов 68

РАЗДЕЛ 5 Есть вопросы? 71

Раздел 5.1 Получение помощи по плану Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 71

Раздел 5.2 Получение бесплатных консультаций по программе Medicare 73

Раздел 5.3 Получение помощи по программе Medicare .. 75

Раздел 5.4 Получение помощи по программе Medicaid .. 77

Обзор основных расходов в 2026 г.

В таблице ниже мы сравниваем основные статьи расходов в 2025 г. и 2026 г. по страховому плану Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP). **Это всего лишь краткий обзор ваших расходов.**

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
Ежемесячный страховой взнос* * Страховой взнос может превышать данную сумму. Подробнее см. в разделе 1.1.	\$0	\$0
Визиты для получения первичной медицинской помощи	\$0 доплаты за прием	\$0 доплаты за прием
Приемы в кабинете специалиста	\$0 доплаты за прием	\$0 доплаты за прием

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
Госпитализация в стационарной больнице Включает лечение острого состояния, реабилитацию в стационаре, лечение в больнице, специализирующейся на долгосрочном уходе, и другие виды стационарного лечения. Стационарное лечение в больнице начинается в тот день, когда вас по	\$0 доплаты План покрывает не более 90 дней стационарного лечения в больнице за каждый госпитализационный период. Вы также получаете дополнительные 60 дней покрытия, которые называются пожизненными резервными днями. Эти 60 дней можно использовать только один раз. Если вы не дадите нам других	\$0 доплаты План покрывает не более 90 дней стационарного лечения в больнице за каждый госпитализационный период. Вы также получаете дополнительные 60 дней покрытия, которые называются пожизненными резервными днями. Эти 60 дней можно использовать только один раз.

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
направлению врача официально госпитализируют в качестве стационарного пациента. Последний день стационарного лечения — это день перед выпиской.	указаний, мы начнем применять пожизненные резервные дни покрытия автоматически (подробнее о госпитализационных периодах см. в Справочнике участника плана).	Если вы не дадите нам других указаний, мы начнем применять пожизненные резервные дни покрытия автоматически (подробнее о госпитализационных периодах см. в Справочнике участника плана).
Покрытие лекарственных препаратов по программе Часть D	Указанные в Фармакологическом справочнике покрываемые лекарственные препараты Части D будут	Безусловная франшиза: \$550 На этом этапе вы выплачиваете сумму софинансирования расходов в размере \$0 за

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	одного уровня. Сумма, взимаемая за получение запаса лекарства на один месяц (31 день) в сетевой аптеке при стандартном софинансировании расходов: Непатентованные лекарственные препараты и предпочтительные фирменные препараты и их непатентованные аналоги: вы платите \$0 за каждый назначенный препарат.	лекарственные препараты 1-го и 6-го уровней, а также причитающуюся стоимость лекарственных препаратов 2-го, 3-го, 4-го и 5-го уровней, пока не достигнете годового не покрываемого страховкой минимума. Доплата на стадии первоначального страхового покрытия: Лекарственные препараты

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	Все остальные препараты: вы платите \$0 за каждый рецептурный препарат	уровня 1: \$0 доплаты Лекарственные препараты уровня 2: \$0, \$1.60 или \$2 доплаты за все лекарства за каждый рецептурный препарат Лекарственные препараты уровня 3: \$0, \$1.60 или \$5.10 доплаты за непатентованные лекарственные

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
		препараты (включая фирменные препараты, рассматриваемые как непатентованные) \$0, \$4.90 или \$12.65 доплаты за все прочие лекарства за каждый рецептурный препарат Лекарственные препараты уровня 4: \$0, \$1.60 или \$5.10 доплаты за непатентованные

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
		лекарственные препараты (включая фирменные препараты, рассматриваемые как непатентованные) \$0, \$4.90 или \$12.65 доплаты за все прочие лекарства за каждый рецептурный препарат Лекарственные препараты уровня 5: \$0, \$1.60 или \$5.10 доплаты за непатентованные

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
		лекарственные препараты (включая фирменные препараты, рассматриваемые как непатентованные) \$0, \$4.90 или \$12.65 доплаты за все прочие лекарства за каждый рецептурный препарат Лекарственные препараты уровня 6: \$0 доплаты

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
		Страхование покрытие по достижении предела самостоятельных расходов: На этом этапе оплаты вы ничего не платите за покрываемые лекарственные препараты Части D.

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
Максимальная сумма ваших личных расходов Это <u>максимальная</u> сумма, которую вам потребуется самостоятельно оплатить за услуги, покрываемые по Части А и Части В. (Подробнее см. в разделе 1.2.)	\$9,350 Если в рамках программы Medicaid вы имеете право на помощь с оплатой сумм софинансирования расходов по программе Medicare, то вы не несете какие-либо самостоятельные расходы за покрываемые услуги по программам Часть А и Часть В.	\$9,250 Если в рамках программы Medicaid вы имеете право на помощь с оплатой сумм софинансирования расходов по программе Medicare, то вы не несете какие-либо самостоятельные расходы за покрываемые услуги по программам Часть А и Часть В.

РАЗДЕЛ 1 Изменения в покрываемом обслуживании и расходах в следующем году

Раздел 1.1 Как изменятся ежемесячные страховые взносы

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
Ежемесячный страховой взнос плана (Вы также должны платить страховой взнос по программе Medicare Part B, если программа Medicaid не покрывает его за вас.)	\$0	\$0

Раздел 1.2 Как изменится максимальная сумма ваших личных расходов за год

Программа Medicare требует от всех планов медицинского страхования, чтобы они ограничивали максимальную сумму личных выплат участников за год. Этот предел называется

максимальной суммой личных выплат. Когда вы достигнете данной суммы, то до конца календарного года больше ничего не будете платить за покрываемые услуги в рамках Частей А и В.

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
Максимальная сумма ваших личных расходов Поскольку участники нашего плана получают помощь также по программе Medicaid, очень немногие из них достигают максимальной суммы собственных расходов. Вы не несете какие-либо самостоятельные расходы за покрываемые услуги по программам Часть А и	\$9,350	\$9,250 Когда ваши личные расходы на покрываемые услуги по программам Часть А и Часть В достигнут \$9,250, вы ничего не будете платить за покрываемые услуги по программам

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
Часть В. В счет максимальной суммы личных расходов засчитываются ваши затраты на покрываемые медицинские услуги (например, доплаты). Страховой взнос по нашему плану и ваши расходы на рецептурные лекарственные препараты не учитываются в максимальную сумму ваших личных расходов.		Часть А и Часть В до конца календарного года.

Раздел 1.3 Изменения в сети поставщиков услуг

Наша сеть поставщиков на следующий год изменилась. Проверьте в *каталоге поставщиков медицинских услуг за 2026 г.* на веб-сайте centralhealthplan.com, состоят ли

поставщики услуг (основной врач, врачи-специалисты, больницы и т. д.) в нашей сети. Как получить обновленный *каталог поставщиков медицинских услуг*

- Посетите наш сайт по адресу centralhealthplan.com.
- Позвоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711) и попросите предоставить актуальную информацию о поставщиках услуг или выслать *каталог поставщиков медицинских услуг* почтой.

Перечень сотрудничающих с нами больниц, врачей и других специалистов (поставщиков) может меняться в течение года. Если изменения, внесенные в список поставщиков услуг в течение года, затрагивают вас, обратитесь за помощью в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711). Дополнительную информацию о ваших правах в ситуации, когда сетевой поставщик покидает наш план, см. в разделе 2.3 главы 3 *Справочника участника плана*.

Раздел 1.4 Изменения в сети аптек

Сумма, которую вы сами платите за рецептурные лекарственные препараты, может зависеть от того, в какую аптеку вы обращаетесь. Планы Medicare, покрывающие лекарства, принимаются в сети аптек. В большинстве

случаев мы оплачиваем рецептурные лекарственные препараты, *только* если они получены в одной из наших сетевых аптек.

Наша сеть аптек на следующий год изменилась. Проверьте по 2026 *каталогу аптек* на сайте centralhealthplan.com, какие аптеки состоят в нашей сети. Как получить обновленный *Каталог аптек*:

- Посетите наш сайт по адресу centralhealthplan.com.
- Позвоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711), чтобы получить актуальную информацию об аптеках или попросить отправить вам *каталог аптек* по почте.

Перечень аптек, входящих в сеть вашего страхового плана, может меняться в течение года. Если изменения, внесенные в список аптек в течение года, затрагивают вас, обратитесь за помощью в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711).

Раздел 1.5 Изменения в льготах и расходах на медицинские услуги

Ежегодное уведомление об изменениях содержит информацию об изменениях в отношении ваших расходов и покрываемых услуг по программе Medicare.

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
Безрецептурные товары (ОТС) (дополнительно)	Вы получаете предварительно пополненную дебетовую карту MyChoice с комбинированным ежеквартальным пособием в размере \$150 на безрецептурные (ОТС) товары, безрецептурные (ОТС) слуховые аппараты.	Вы получаете предварительно пополненную дебетовую карту MyChoice с комбинированным ежеквартальным пособием в размере \$120 на товары ОТС.
Дополнительные услуги телемедицины	Вы вносите \$0 доплаты за определенные услуги телемедицины, включая услуги основного лечащего врача,	Вы вносите \$0 доплаты за определенные услуги телемедицины, включая услуги по кардиологической

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
	услуги мануальной терапии, услуги по трудотерапии, услуги врачей-специалистов, индивидуальные и групповые сеансы специалистов по психическому здоровью, услуги подиатра, услуги других медицинских специалистов, индивидуальные и групповые сеансы психиатров, услуги физиотерапии и логопедии, услуги программы лечения опиоидной	реабилитации, услуги основного лечащего врача, услуги мануальной терапии, услуги по трудотерапии, услуги врачей-специалистов, индивидуальные и групповые сеансы специалистов по психическому здоровью, услуги подиатра, услуги других медицинских специалистов, индивидуальные и групповые сеансы

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
	зависимости, индивидуальные сеансы для амбулаторного лечения злоупотребления психоактивными веществами и групповые сеансы для амбулаторного лечения злоупотребления психоактивными веществами.	психиатров, услуги физиотерапии и логопедии, услуги программы лечения опиоидной зависимости, индивидуальные сеансы для амбулаторного лечения злоупотребления психоактивными веществами и групповые сеансы для амбулаторного лечения злоупотребления психоактивными

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
		веществами.
Помощь на дому	Вы платите \$0 доплаты максимум за 20 часов в календарный год. Услуга предоставляется одним из поставщиков, одобренных нашим планом.	Не является дополнительным страховым покрытием.
Офтальмологические услуги (дополнительно)	Мы сотрудничаем с определенной группой специалистов в области офтальмологии/оптометрии, чтобы расширить ваши возможности в отношении	Мы сотрудничаем с определенной группой специалистов в области офтальмологии/оптометрии, чтобы расширить ваши

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
	плановых проверок зрения. К дополнительным офтальмологическим услугам относятся, в частности, перечисленные ниже: Один плановый офтальмологический осмотр каждый календарный год. Компенсация на приобретение средств коррекции зрения в размере \$300. Вы можете использовать компенсацию на приобретение приборов для коррекции	ВОЗМОЖНОСТИ В ОТНОШЕНИИ ПЛАНОВЫХ проверок зрения. К дополнительным офтальмологическим услугам относятся, в частности, перечисленные ниже: Один плановый офтальмологический осмотр каждый календарный год. Компенсация на приобретение средств коррекции зрения в размере \$200. Вы можете

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
	дефектов зрения для покупки следующего: Контактные линзы* Очки (линзы и оправы) Линзы и/или оправы для очков Модернизированные линзы (например, тонированные линзы, линзы с УФ-защитой, поляризационные или фотохроматические линзы). * Если вы предпочтете контактные линзы, то компенсацию на приобретение приборов для	использовать компенсацию на приобретение приборов для коррекции дефектов зрения для покупки следующего: Контактные линзы* Очки (линзы и оправы) Линзы и/или оправы для очков Модернизированные линзы (например, тонированные линзы, линзы с УФ-защитой, поляризационные или

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
	коррекции дефектов зрения также можно использовать для полной или частичной оплаты подбора контактных линз. Вам придется оплатить любые средства коррекции зрения, стоимость которых превышает указанную сумму компенсации на приобретение приборов для коррекции дефектов зрения. Вы доплачиваете \$0 за не более чем	фотохроматические линзы). * Если вы предпочтете контактные линзы, то компенсацию на приобретение приборов для коррекции дефектов зрения также можно использовать для полной или частичной оплаты подбора контактных линз. Вам придется оплатить любые средства коррекции зрения, стоимость

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
	одну плановую проверку зрения (и рефрактометрию) для приобретения очков каждый календарный год.	которых превышает указанную сумму компенсации на приобретение приборов для коррекции дефектов зрения. Вы оплачиваете \$0 за не более чем одну плановую проверку зрения (и рефрактометрию) для приобретения очков каждый календарный год.
Услуга по обеспечению	Не является дополнительным	В рамках этой покрываемой

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
питанием после выписки (дополнительно)	страховым покрытием.	услуги менеджер по работе с планами определит, какие участники отвечают критериям. Вы получаете 2-разовое питание. Тип доставляемой пищи зависит от ваших пищевых потребностей. Планом предусмотрено максимум 2 недели в год, в общей сложности 56 приемов пищи.

Раздел 1.6 Изменения в покрытии лекарственных препаратов в рамках Части D

Изменения в списке лекарственных препаратов

Перечень покрываемых лекарственных препаратов в рамках плана называется "фармакологический справочник" или "список лекарственных препаратов". Экземпляр Списка лекарственных препаратов предоставляется в электронном виде.

Мы внесли изменения в список лекарственных препаратов: некоторые лекарства могли быть удалены, а другие добавлены; могли измениться ограничения на страховое покрытие некоторых лекарств; для некоторых лекарств изменился уровень софинансирования расходов.

Проверьте по новому Списку лекарственных препаратов, будут ли ваши лекарственные препараты покрываться в следующем году, не установлены ли новые ограничения на их страховое покрытие, а также не изменился ли уровень вашего участия в оплате.

Большинство изменений в Списке лекарственных препаратов вносятся в начале каждого года. Однако в течение календарного года мы можем вносить и другие изменения с разрешения Medicare. Последняя версия Списка лекарственных препаратов, который мы обновляем

по крайней мере раз в месяц, доступна на сайте. Если изменения окажут влияние на доступ к принимаемому вами препарату, мы отправим уведомление.

Если внесенное в начале или в течение года изменение в покрытие лекарственных препаратов затронуло вас, обратитесь к главе 9 *Справочника участника плана* и обсудите с врачом возможные варианты действий. Можно, например, попросить обеспечить временный запас препарата, подать запрос на продление покрытия лекарства в порядке исключения и (или) принять меры по поиску другого средства. Чтобы получить дополнительную информацию, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711).

Раздел 1.7 Изменения в льготах и расходах на рецептурные лекарственные препараты

Участвуете ли вы в программе Extra Help для покрытия лекарственных препаратов?

Если вы участник программы дополнительной помощи Extra Help, помогающей оплатить лекарства, **информация о расходах на лекарственные препараты по Части D может вас не касаться**. Мы отправили вам отдельный документ под названием *Дополнение к справочнику участника плана для лиц, пользующихся Extra Help для*

*оплаты рецептурных лекарственных препаратов, в котором говорится о стоимости лекарственных препаратов для вас. Если вы участвуете в программе Extra Help и не получили этот документ до 30 сентября, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711) и попросите прислать вам *Дополнение LIS*.*

Стадии оплаты лекарственных препаратов

Существует 3 **стадии оплаты лекарств**: стадия годовой безусловной франшизы, стадия первоначального страхового покрытия и стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов. Льготы согласно Части D больше не предусматривают стадию отсутствия страхового покрытия и программу скидок при отсутствии страхового покрытия.

- ***Стадия 1. Годовая безусловная франшиза***

Вы начинаете с этого этапа оплаты каждый календарный год. На этом этапе вы оплачиваете полную стоимость своих препаратов Части D, пока не достигнете годовой безусловной франшизы.

- ***Стадия 2. Первоначальное страховое покрытие***

После выплаты ежегодной безусловной франшизы вы переходите к стадии первоначального страхового покрытия. В течение этого периода план платит свою

долю, а вы — свою часть стоимости лекарств. Обычно вы остаетесь на этом этапе до тех пор, пока сумма самостоятельных расходов с начала года не достигнет \$2,100.

- ***Стадия 3. Страхование покрытие по достижении предела самостоятельных расходов***

Это третий и завершающий этап оплаты лекарственных препаратов. На этой стадии вы ничего не платите за лекарства, покрываемые по условиям Части D. Как правило, вы остаетесь на этой стадии до конца календарного года.

Также программа скидок от производителя заменила программу скидок при отсутствии страхового покрытия. Согласно этой программе производители будут оплачивать часть полной стоимости фирменных препаратов и биопрепаратов, которые покрываются в рамках Части D, на стадиях первоначального страхового покрытия и страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов. Эти скидки от производителей по упомянутой выше программе не учитываются в сумме личных расходов.

В таблице указан размер ваших расходов за рецептурные лекарственные препараты на этой стадии.

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
Годовая безусловная франшиза	\$0	\$550 На этом этапе вы выплачиваете сумму софинансирования расходов в размере \$0 за лекарственные препараты 1-го и 6-го уровней, а также причитающуюся стоимость лекарственных препаратов 2-го, 3-го, 4-го и 5-го уровней, пока не достигнете годового не

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
		покрываемого страховкой минимума.

Стоимость лекарственных препаратов на стадии 2. Первоначальное страховое покрытие

В таблице указана сумма, взимаемая за месячный запас каждого рецептурного лекарственного препарата в сетевой аптеке при стандартном софинансировании расходов.

За большинство вакцин для взрослых, покрываемых по условиям Части D, вам ничего платить не нужно. Для получения дополнительной информации о стоимости вакцин или прочих расходах см. главу 6 своего *Справочника участника плана*.

Когда ваши личные расходы на покрываемые по условиям Части D лекарства составят \$2,100, вы перейдете на следующий этап (стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов).

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
Уровень 1 (предпочтительные непатентованные лекарственные препараты): Мы изменили уровень для некоторых препаратов из Списка лекарственных препаратов. Чтобы узнать, изменился ли уровень необходимых лекарственных препаратов, найдите их в Списке лекарственных препаратов.	Указанные в Фармакологическом справочнике покрываемые лекарственные препараты Части D будут одного уровня. Сумма, взимаемая за получение запаса лекарства на один месяц (31 день) в сетевой аптеке при стандартном софинансировании расходов: Непатентованные лекарства и предпочтительные	\$0 доплаты от общей стоимости

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	лекарства, доступные как в непатентованном, так и патентованном варианте: Вы платите \$0 за рецептурный лекарственный препарат. Все остальные препараты: Вы платите \$0 за каждый рецептурный препарат. Вы платите \$0 за рецептурный лекарственный препарат. Когда	

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	ваши личные расходы на покрываемые Частью D лекарства составят \$2,000, вы перейдете на следующий этап (стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов). На стадии страхового покрытия по достижении предела самостоятельных	

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	расходов ваша доля участия в оплате составляет \$0	
Уровень 2 (непатентованные лекарственные препараты):	Указанные в Фармакологическом справочнике покрываемые лекарственные препараты Части D будут одного уровня. Сумма, взимаемая за получение запаса лекарства на один месяц в сетевой аптеке при стандартном софинансировании	\$0, \$1.60 или \$2 доплаты за все лекарства за каждый рецептурный препарат

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	расходов: Непатентованные лекарственные препараты и предпочтительные фирменные препараты и их непатентованные аналоги: вы платите \$0 за каждый назначенный препарат. Все остальные препараты: Вы платите \$0 за рецептурный лекарственный препарат.	

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	Когда ваши личные расходы на покрываемые Частью D лекарства составят \$2,000, вы перейдете на следующий этап (стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов). На стадии страхового покрытия по достижении предела самостоятельных	

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	расходов ваша доля участия в оплате составляет \$0	
Уровень 3 (предпочтительные фирменные препараты):	Указанные в Фармакологическом справочнике покрываемые лекарственные препараты Части D будут одного уровня. Сумма, взимаемая за получение запаса лекарства на один месяц в сетевой аптеке при стандартном	\$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные препараты, рассматриваемые как непатентованные) \$0, \$4.90 или \$12.65 доплаты за все прочие лекарства за

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	софинансировании расходов: Непатентованные лекарственные препараты и предпочтительные фирменные препараты и их непатентованные аналоги: вы платите \$0 за каждый назначенный препарат. Все остальные препараты: Вы платите \$0 за рецептурный лекарственный препарат.	каждый рецептурный препарат.

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	Когда ваши личные расходы на покрываемые Частью D лекарства составят \$2,000, вы перейдете на следующий этап (стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов). На стадии страхового покрытия по достижении предела самостоятельных	

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	расходов ваша доля участия в оплате составляет \$0	
Уровень 4 (непредпочтительные лекарственные препараты):	Указанные в Фармакологическом справочнике покрываемые лекарственные препараты Части D будут одного уровня. Сумма, взимаемая за получение запаса лекарства на один месяц в сетевой аптеке при стандартном софинансировании	\$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные препараты, рассматриваемые как непатентованные) \$0, \$4.90 или \$12.65 доплаты за все прочие лекарства за каждый

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	расходов: Непатентованные лекарственные препараты и предпочтительные фирменные препараты и их непатентованные аналоги: вы платите \$0 за каждый назначенный препарат. Все остальные препараты: Вы платите \$0 за рецептурный лекарственный препарат.	рецептурный препарат.

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	Когда ваши личные расходы на покрываемые Частью D лекарства составят \$2,000, вы перейдете на следующий этап (стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов). На стадии страхового покрытия по достижении предела самостоятельных	

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	расходов ваша доля участия в оплате составляет \$0	
Уровень 5 (специализированные лекарственные препараты):	Указанные в Фармакологическом справочнике покрываемые лекарственные препараты Части D будут одного уровня. Сумма, взимаемая за получение запаса лекарства на один месяц в сетевой аптеке при стандартном софинансировании	\$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные препараты, рассматриваемые как непатентованные) \$0, \$4.90 или \$12.65 доплаты за все прочие лекарства за каждый

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	расходов: Непатентованные лекарственные препараты и предпочтительные фирменные препараты и их непатентованные аналоги: вы платите \$0 за каждый назначенный препарат. Все остальные препараты: Вы платите \$0 за рецептурный лекарственный препарат.	рецептурный препарат.

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	Когда ваши личные расходы на покрываемые Частью D лекарства составят \$2,000, вы перейдете на следующий этап (стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов). На стадии страхового покрытия по достижении предела самостоятельных	

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	расходов ваша доля участия в оплате составляет \$0	
Уровень 6 (лекарственные препараты для лечения определенных заболеваний):	Указанные в Фармакологическом справочнике покрываемые лекарственные препараты Части D будут одного уровня. Сумма, взимаемая за получение запаса лекарства на один месяц в сетевой аптеке при стандартном софинансировании	\$0 от общей стоимости

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	расходов: Непатентованные лекарственные препараты и предпочтительные фирменные препараты и их непатентованные аналоги: вы платите \$0 за каждый назначенный препарат. Все остальные препараты: Вы платите \$0 за рецептурный лекарственный препарат.	

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	Когда ваши личные расходы на покрываемые Частью D лекарства составят \$2,000, вы перейдете на следующий этап (стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов). На стадии страхового покрытия по достижении предела самостоятельных	

	2025 (в этом году)	2026 (в следующем году)
	расходов ваша доля участия в оплате составляет \$0	

Изменения страхового покрытия по Части D в рамках VБID

В 2025 г. план Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) участвовал в модели страхового покрытия на основе ценности Value-Based Insurance Design (VБID), но в этом году данная программа заканчивается. В рамках покрытия Части D по модели VБID план Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) предложил отменить софинансирование расходов на лекарства, покрываемые по условиям Части D. Поскольку действие этой программы завершено, возможно, теперь участникам придется платить за покрываемые по условиям Части D лекарственные препараты на всех этапах страхового покрытия. Для получения более подробной информации позвоните в наш Отдел обслуживания.

Изменения стадии страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов

Конкретную информацию о расходах на стадии страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов см. в разделе 6 главы 6 *Справочника участника плана*.

РАЗДЕЛ 2 Административные изменения

В следующем году мы вносим административные изменения. Они описаны в таблице ниже.

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
В 2026 году сотрудничество с компанией Tivity прекратится.	Услуги фитнес-клубов/ тренажерных залов ранее предоставлялись компанией Tivity под брендом SilverSneakers.	В 2026 году поставщиком услуг фитнес-клубов/ тренажерных залов по договору станет программа Silver&Fit.

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
В 2026 году сотрудничество с компанией Healthrageous прекратится.	Услуги организации питания ранее предоставлялись компанией Healthrageous.	В 2026 году поставщиком услуг питания по договору станет компания NationsBenefits.
В 2026 году сотрудничество с Aloecare прекратится.	Льготы PERS были предоставлены Aloecare.	В 2026 году поставщиком услуг PERS будет компания Medical Guardian.
План оплаты рецептурных препаратов Medicare Prescription Payment Plan	Не применяется	План оплаты рецептурных препаратов Medicare Prescription Payment Plan — это новый вариант оплаты, который работает с вашим текущим покрытием

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
		лекарственных препаратов и может помочь вам управлять стоимостью лекарственных препаратов, распределяя ее по ежемесячным платежам, которые варьируются в течение года (с января по декабрь). Подробнее об этом варианте оплаты можно узнать, связавшись с нами по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711) или на

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
		веб-сайте Medicare.gov
Особое дополнительное страховое покрытие для лиц с хроническими заболеваниями (Special Supplemental Benefits for the Chronically III, SSBCI)	Если у вас диагностировано хроническое заболевание из установленного перечня и вы отвечаете определенным критериям, вы можете получить право на специальное дополнительное страховое покрытие для людей с хроническими заболеваниями. Перечень таких хронических заболеваний:	Если у вас диагностировано хроническое заболевание из установленного перечня и вы отвечаете определенным критериям, вы можете получить право на специальное дополнительное страховое покрытие для людей с хроническими заболеваниями. Перечень таких хронических

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
	• Сердечно-сосудистые заболевания • Хроническая сердечная недостаточность • Деменция • Сахарный диабет • Хронические заболевания легких • Заболевания почек	заболеваний: • Сердечно-сосудистые заболевания • Хроническая сердечная недостаточность • Деменция • Сахарный диабет • Хронические заболевания легких • Хроническая почечная недостаточность (CKD) • Хроническое расстройство, связанное с

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
		употреблением алкоголя, и другие расстройства, связанные с употреблением наркотических веществ (SUD) • Рак • Аутоиммунные заболевания • Избыточный вес, ожирение и метаболический синдром • Хронические заболевания желудочно-кишечного

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
		тракта • Тяжелые заболевания крови • HIV/AIDS • Хронические и инвалидизирующие психические заболевания • Неврологические расстройства • Инсульт • Состояние после трансплантации органов • Иммунодефицит и иммунодепрессивные

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
		расстройства • Состояния, связанные с когнитивными нарушениями • Состояния, сопровождающиеся функциональными нарушениями • Хронические состояния, которые ухудшают зрение, слух (глухота), вкус, осязание и обоняние

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
		• Состояния, которые требуют длительной терапии для поддержки или восстановления функциональных возможностей пациента

РАЗДЕЛ 3 Как поменять план

Чтобы остаться участником страхового плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP), не нужно ничего предпринимать. Если вы не зарегистрируетесь в другом страховом плане или не перейдете в программу Original Medicare до 7 декабря, то автоматически останетесь участником нашего плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).

Если вы хотите сменить план на 2026 год, выполните следующие действия:

- **Чтобы перейти на другой план медицинского страхования Medicare**, зарегистрируйтесь в этом плане. Вы будете автоматически исключены из плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).
- **Чтобы перейти в программу Original Medicare с покрытием лекарственных препаратов Medicare**, зарегистрируйтесь в новом плане Medicare, покрывающем лекарства. Вы будете автоматически исключены из плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).
- **Для перехода на программу Original Medicare без плана, покрывающего лекарства**, вы можете отправить нам письменный запрос на исключение из плана. Чтобы получить дополнительную информацию о том, как это сделать, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711). Вы также можете связаться с **Medicare** по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) и попросить исключить вас из плана. TTY: 1-877-486-2048. Если вы не зарегистрируетесь в плане Medicare, покрывающем лекарства, вам может быть начислен штраф за несвоевременное включение в план Части D (см. раздел 4.4 главы 1 *Справочника участника плана*).

- **Подробнее о программе Original Medicare и разных видах страховых планов Medicare** можно узнать на сайте www.Medicare.gov, в брошюре “Программа Medicare и вы” (*Medicare & You*) за 2026 г., в программе State Health Insurance Assistance Program (см. раздел 6) или по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Раздел 3.1 Крайние сроки перехода на другой план

Лица, участвующие в программе Medicare, могут вносить изменения в страховое покрытие с **15 октября по 7 декабря** каждого года.

Если по состоянию на 1 января 2026 г. вы зарегистрированы в страховом плане Medicare Advantage, но вам этот план не нравится, вы также можете перейти на другой план медицинского страхования Medicare (с покрытием лекарственных препаратов по программе Medicare или без него) или перейти в программу Original Medicare (с отдельным покрытием лекарственных препаратов по рецепту по программе Medicare или без него) с 1 января до 31 марта 2026 г.

Раздел 3.2 Можно ли менять страховку в другое время?

В определенных ситуациях у людей могут быть другие возможности внести изменения в течение года. Пример — люди, которые:

- участвуют в программе Medicaid;
- получают помощь по программе Extra Help в оплате лекарственных препаратов;
- имеют страховку от работодателя или отказываются от нее;
- выезжают за пределы зоны обслуживания нашего страхового плана.

Поскольку вы получаете покрытие по программе Medicaid, то можете прекратить участие в плане в любой месяц года, выбрав один из перечисленных ниже вариантов покрытия Medicare.

- о Программа Original Medicare с отдельным планом, покрывающим лекарства по рецепту по программе Medicare.
- о Программа Original Medicare без отдельного плана, покрывающего лекарства по рецепту по программе

Medicare (если выбрать этот вариант, то Medicare может включить вас в такой план самостоятельно, если только вы не откажетесь от автоматической регистрации).

о Интегрированный план D-SNP, если вы имеете право на участие в нем. Этот план включает покрываемые услуги и виды обслуживания Medicare и большинство или все покрываемые услуги и виды обслуживания Medicaid.

Если сейчас вы живете в учреждении (например, в центре квалифицированного сестринского ухода либо в больнице долгосрочного ухода) или недавно в него переехали, тогда сменить план Medicare можно **в любое время**. Вы можете перейти на любой другой план медицинского страхования Medicare (с покрытием лекарственных препаратов по программе Medicare или без него) или на программу Original Medicare (с отдельным покрытием лекарственных препаратов по программе Medicare или без него) в любое время. Если вы недавно покинули специализированное учреждение, то у вас есть возможность сменить план или перейти на Original Medicare в течение 2 полных месяцев после месяца, когда вы переехали из такого учреждения.

РАЗДЕЛ 4 Получение помощи в оплате рецептурных лекарственных препаратов

Не исключено, что вы можете стать участником программы, помогающей платить за рецептурные лекарственные препараты. Доступны различные виды помощи:

- **Программа дополнительной помощи Extra Help в рамках программы Medicare.** Люди с ограниченным доходом могут соответствовать критериям участия в программе Extra Help для оплаты стоимости рецептурных лекарственных препаратов. Если вы соответствуете требованиям, Medicare может оплачивать до 75% или более стоимости лекарств, включая ежемесячные страховые взносы по плану, покрывающему лекарства, годовую безусловную франшизу и сострахование. Кроме того, люди, которые отвечают требованиям, не оплачивают штраф за несвоевременное включение. Чтобы узнать, отвечаете ли вы требованиям, позвоните по телефону:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании ТТУ набирайте номер 1-877-486-2048, Линия работает круглосуточно и без выходных.

- Служба социального обеспечения: телефон 1-800-772-1213. Линия работает с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 7 р.м. Автоматические сообщения можно прослушивать круглосуточно. При использовании ТТУ набирайте 1-800-325-0778.
- Отделение программы Medicaid вашего штата.
- **Программа обеспечения лекарствами при вирус иммунодефицита человека (HIV)/синдром приобретенного иммунодефицита (AIDS).**
Программа помощи в получении лекарственных препаратов против СПИДа (ADAP) помогает больным ВИЧ/СПИДом (HIV/AIDS), которые отвечают определенным требованиям, получать жизненно необходимые лекарства для лечения этих заболеваний. Для включения в программу ADAP, действующую в вашем штате, нужно отвечать определенным требованиям: постоянно проживать в штате, иметь статус носителя ВИЧ (HIV) и низкий доход (согласно принятому в этом штате определению) при отсутствии страховки или ее недостаточном покрытии. Office of AIDS может предоставлять помощь с софинансированием расходов на определенные рецептурные лекарственные препараты, покрываемых как Medicare Part D, так и программой ADAP. Чтобы узнать критерии

соответствия установленным требованиям, перечень покрываемых лекарственных препаратов, порядок регистрации в программе или продления помощи, если вы уже являетесь ее участником, звоните по номеру (916) 449-5900. Во время звонка необходимо сообщить название своего плана по Medicare Part D или номер полиса.

- **План оплаты рецептурных препаратов Medicare Prescription Payment Plan.** План оплаты рецептурных препаратов Medicare Prescription Payment Plan — это вариант оплаты, который сочетается с вашим текущим страховым покрытием лекарственных препаратов, чтобы помочь вам управлять личными расходами на препараты, покрываемые нашим планом, распределяя их на календарный год (с января по декабрь). Использовать этот вариант оплаты может любой участник плана Medicare, покрывающего препараты, или плана медицинского страхования Medicare с покрытием лекарств (например, план Medicare Advantage с покрытием лекарственных препаратов). **Этот способ оплаты поможет вам управлять расходами, но не сэкономит деньги и не снизит стоимость лекарственных препаратов.**
- Программа Extra Help от Medicare, помощь от программ SPAP и ADAP для тех, кто имеет на это

право, более выгодно, чем участие в Плане оплаты рецептурных препаратов Medicare Prescription Payment Plan. Все участники имеют право на участие в плане оплаты рецептурных препаратов Medicare Prescription Payment Plan независимо от уровня своего дохода. Чтобы узнать больше об этом варианте оплаты, позвоните нам по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711) или посетите веб-сайт www.Medicare.gov.

РАЗДЕЛ 5 Есть вопросы?

Раздел 5.1 Получение помощи по плану Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)

- **Позвоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427. (Пользователям TTY следует набирать 711.)**

График приема звонков: График работы: с 1 октября по 31 марта — ежедневно с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. С 1 апреля по 30 сентября — с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. Звонки на эти номера бесплатны.

- Прочитайте ***Справочник участника плана на 2026 г.***

В ежегодном уведомлении об изменениях приведены общие сведения об изменениях услуг и расходов, которые произойдут в 2026 г. Более подробные сведения см. в *Справочнике участника плана на 2026 г. для плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)*. *Справочник участника плана* — это юридический документ, содержащий подробное описание льгот, предусмотренных вашим страховым планом. В нем объясняются ваши права и правила, которым необходимо следовать для получения покрываемых услуг и рецептурных лекарственных препаратов. Вы можете получить *Справочник участника плана* на нашем веб-сайте centralhealthplan.com или позвонить в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711) и попросить прислать вам экземпляр почтой.

- Посетите веб-сайт centralhealthplan.com

На сайте вы найдете актуальные версии *каталога поставщиков медицинских услуг и аптек, состоящих в сети страхового плана, и перечня покрываемых лекарственных препаратов (также известного как*

фармакологический справочник или список лекарственных препаратов).

Раздел 5.2 Получение бесплатных консультаций по программе Medicare

Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата State Health Insurance Assistance Program (SHIP) — это независимая государственная программа, в которой работают опытные консультанты. Такая программа есть в каждом штате. В штате California программа SHIP называется

Alameda County:

Legal Assistance for Seniors

(510) 839-0393

Contra Costa County:

Contra Costa County Aging & Adult Services

(925) 655-1393

Fresno County:

Valley Caregiver Resource Center

(559) 224-9117

Imperial County:

Elder Law & Advocacy

(760) 353-0223

Kern County:

Kern County Aging and Adult Services

(661) 868-1000

Kings County:

Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office

(559) 713-2875

Madera County:

Valley Caregiver Resource Center

(559) 224-9117

Orange County:

Council on Aging – Southern California, Inc.

(714) 560-0424

Placer County:

Legal Services of Northern California

(916) 376-8915

San Francisco County:

Self-Help for the Elderly (San Francisco County)

(415) 677-7520

San Joaquin County:

Legal Services of Northern California

(209) 470-7812

San Mateo County:

Self Help For The Elderly (San Mateo County)

(650) 627-9350

Santa Clara County:

Sourcewise

(408) 350-3239

Solano County:

Senior Advocacy Services-HICAP

(707) 526-4108

Stanislaus County:

Stanislaus County Department of Aging and Veterans Services

(209) 558-4540

Tulare County:

Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office

(559) 713-2875

Yolo County:

Legal Services of Northern California

(916) 376-8915

Позвоните в , чтобы получить личную консультацию по вопросам медицинского страхования. Они помогут вам определиться с выбором плана Medicare и Medicaid и ответят на вопросы об изменении плана. Чтобы получить дополнительную информацию о программе , посетите веб-сайт (<https://www.aging.ca.gov/hicap>).

Раздел 5.3 Получение помощи по программе Medicare

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

Звонки по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

принимаются круглосуточно, без выходных. TTY:

1-877-486-2048.

- **Воспользуйтесь чатом www.Medicare.gov в реальном времени**

Воспользуйтесь чатом в реальном времени на странице www.Medicare.gov/talk-to-someone

- **Напишите в Medicare**

Вы можете написать в Medicare по адресу: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Посетите веб-сайт www.Medicare.gov**

На официальном сайте Medicare можно уточнить рейтинги страховых планов медицинского страхования Medicare, доступных по вашему месту жительства, а также найти сведения о предоставляемом страховом покрытии и стоимости услуг, что поможет сравнить их и сделать выбор.

- **Прочитайте брошюру “*Medicare и вы*” (*Medicare & You*) на 2026 год**

Брошюра “*Medicare и вы*” (*Medicare & You*) 2026 г. рассылается каждую осень участникам программы Medicare. В ней вкратце рассказывается об услугах по программе Medicare, о правах и мерах защиты,

предусмотренных для ее участников, а также содержатся ответы на наиболее распространенные вопросы о программе. Получите экземпляр на веб-сайте www.Medicare.gov или позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY: 1-877-486-2048.

Раздел 5.4 Получение помощи по программе Medicaid

Звоните в California Department of Health Care Services по номеру (916) 449-5000. TTY: 711.

Дополнительная важная информация о медицинских ресурсах и ресурсах для участника

- **Электронное уведомление (ELN): как получить важные документы**
- **Уведомление о недопущении дискриминации (NDN): раздел 1557**
- **Уведомление о доступности (NOA): помощь переводчиков**
- **Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией (NPP)**

Как получить важные документы страхового плана



Вы важны для нас! Мы делаем все возможное, чтобы вам было проще получать необходимую информацию. Вы можете просмотреть важные документы по плану страхования, а также найти сетевого поставщика услуг или сетевую аптеку онлайн. Кроме того, вы можете в любое время и с любого устройства найти необходимые вам рецептурные лекарственные препараты. Документы по вашему плану за год, например Справочник участника плана, Фармакологический справочник и Каталог поставщиков медицинских услуг и аптек, станут доступны онлайн с 15 октября года.

Ознакомьтесь с документацией вашего страхового плана

- **Справочник участника плана (ЕОС):** информация о том, что ваш план покрывает. В нем содержатся подробные сведения о страховых льготах и покрытии, предусмотренных планом, о правах его участников и о многом другом.
- **Список лекарственных препаратов (Фармакологический справочник):** перечень покрываемых лекарственных препаратов вашего плана.
- **Каталог поставщиков медицинских услуг и аптек:** перечень состоящих в сети страхового плана врачей, специалистов и аптек с указанием их адресов и телефонов. Сетевого поставщика или сетевую аптеку можно найти в нашем онлайн-каталоге по адресу CentralHealthPlan.com/doctor.
- **Уведомление о защите конфиденциальности:** в этом уведомлении описан порядок использования и передачи

вашей медицинской информации, а также порядок предоставления вам доступа к ней. Этот документ есть на сайте CentralHealthPlan.com/chp/Member/PrivacyNotice.

Как можно ознакомиться с тем или иным документом плана или получить его копию?



Онлайн на сайте CentralHealthPlan.com

Просматривать и загружать документы с сайта нашего плана можно всегда и везде. Можно использовать любое устройство, например компьютер, планшет или мобильный телефон. Материалы страхового плана на год появятся на веб-сайте к 15 октября года.



Онлайн на сайте MyCHPportal.com.

Посетите наш портал для участников плана, где вы можете просматривать материалы своего страхового плана и найти сетевых поставщиков услуг и сетевые аптеки в любое время суток и в любой день. Войдите в свою учетную запись на портале участников. Если у вас ее нет, зарегистрируйтесь как новый пользователь на сайте MyCHPportal.com. Нажмите кнопку “Create an Account” (Создать учетную запись) и выполните пошаговые инструкции, чтобы зарегистрироваться.



Позвоните по номеру бесплатной связи.

Сообщите нам, если у вас нет доступа к компьютеру или если вы хотите получить печатный экземпляр ЕОС или Каталога поставщиков медицинских услуг и аптек по почте. Для того чтобы получить печатный экземпляр, позвоните в наш Отдел обслуживания по бесплатному номеру, расположенному на обратной стороне вашей идентификационной карты. Линия работает с понедельника по пятницу, с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени.

Мы всегда готовы вам помочь

Если у вас возникли вопросы о покрываемых услугах или вам нужна помощь в поиске сетевого поставщика или аптеки, позвоните в Отдел обслуживания **по бесплатному номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты.**

**Уведомление о недопущении
дискриминации
Раздел 1557
Central Health Plan**



Дискриминация запрещена законом. Central Health Plan соблюдает требования законодательства штата и федерального законодательства о гражданских правах. План Central Health Plan не допускает незаконной дискриминации, исключения людей или особого обращения с ними на основании пола, расовой принадлежности, цвета кожи, религии, социального и национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, психической или физической недееспособности, заболевания, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации.

Central Health Plan предоставляет:

- Своевременные бесплатные услуги и содействие людям с ограниченными физическими возможностями с целью облегчения коммуникации, в том числе:
 - Услуги квалифицированных сурдопереводчиков

- Печатные материалы в других форматах (крупный шрифт, аудио, электронные форматы с поддержкой специальных возможностей, прочие форматы)
- Людям, чей основной язык не английский, своевременно предоставляются бесплатные языковые услуги, например:
 - Услуги квалифицированных переводчиков
 - Печатные материалы на других языках.

Если вам требуются такие услуги, обращайтесь в компанию Central Health Plan с 8 a.m. до 8 p.m. по номеру (866) 314-2427. Номер для лиц с нарушениями слуха и речи: 711. По запросу этот документ может быть предоставлен вам шрифтом Брайля, крупным шрифтом, на аудиокассете или в электронном формате. Чтобы получить копию документа в одном из этих альтернативных форматов, позвоните или напишите по следующему адресу:

Central Health Plan

Civil Rights Coordinator

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

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

КАК ПОДАТЬ ЖАЛОБУ

Если вы считаете, что компания Central Health Plan не предоставила указанные услуги или с ее стороны имела место иная незаконная дискриминация по признаку пола, расовой принадлежности, цвета кожи, религии, социального и национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, психической или физической недееспособности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации, вы можете подать жалобу координатору по вопросам гражданских прав Central Health Plan. Это можно сделать по телефону, по обычной или электронной почте и лично.

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

- Лично: Обратитесь в кабинет врача или в план Central Health Plan и сообщите, что вы хотите подать жалобу.
- В электронном виде: отправьте электронное письмо по адресу Civil.Rights@MolinaHealthcare.com Кроме того, вы можете посетить веб-сайт Central Health Plan по адресу MolinaHealthcare.Alertline.com.

ОТДЕЛ ГРАЖДАНСКИХ ПРАВ (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) — ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА КАЛИФОРНИЯ (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в отдел гражданских прав Департамента здравоохранения штата Калифорния (California Department of Health Care, Office of Civil Rights) по телефону, в письменной форме или в электронной виде:

- **По телефону:** звоните по номеру 1-916-440-7370. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером 711 (служба коммутируемых сообщений).
- **По почте:** заполните форму для подачи жалобы или отправьте письмо по адресу:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services

Office of Civil Rights
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413

Формы для подачи жалобы можно найти по следующей ссылке [DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx](https://dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- **В электронном виде:** отправьте электронное письмо по адресу CivilRights@dhcs.ca.gov

ОТДЕЛ ГРАЖДАНСКИХ ПРАВ (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) — МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ США (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)

Если вы считаете, что подверглись дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, физической недееспособности или пола, вы можете подать жалобу на нарушение гражданских прав в Управление по защите гражданских прав при U.S. Department of Health and Human Services по телефону, письменно или в электронном виде.

- **По телефону:** звоните по номеру 1-800-368-1019. Номер ТТУ/TDD для лиц с нарушениями слуха и речи: 1-800-537-7697.
- **По почте:** заполните форму для подачи жалобы или отправьте письмо по адресу:

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

Формы для подачи жалобы можно найти по ссылке [HHS.gov/ocr/office/file/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

- **В электронном виде:** посетите портал для подачи жалоб Управления по гражданским правам по адресу [OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf).

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English

ATTENTION: If you need help in your language call (866) 314-2427 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call (866) 314-2427 (TTY: 711). These services are free of charge.

العربية(Arabic)

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

Հայերեն (Armenian)

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

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

ខែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាបស្ចឹម សូមទូរសព្ទទៅលេខ (866) 314-2427 (TTY: 711)។ ជំនួយ

និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ

ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។

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

សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文 (Chinese)

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

فارسی (Farsi)

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

हिंदी (Hindi)

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

Hmoob (Hmong)

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

日本語 (Japanese)

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

한국어 (Korean)

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

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໃຫ້ໂທຫາເບີ (866) 314-2427 (711). ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ (866) 314-2427 (711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ.

Mien

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

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

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

Русский (Russian)

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

Español (Spanish)

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

Tagalog (Filipino)

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

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข (866) 314-2427 (711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข (866) 314-2427 (711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

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

Tiếng Việt (Vietnamese)

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

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВИЛАХ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

**В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАН ПОРЯДОК
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И ПЕРЕДАЧИ ВАШЕЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ ПОРЯДОК
ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ВАМ ДОСТУПА К НЕЙ.
ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ДАННОЙ
ИНФОРМАЦИЕЙ.**

В настоящем Уведомлении описывается политика конфиденциальности аффилированных планов медицинского страхования компании Molina Healthcare (далее — **Molina**, **мы** и другие формы этого местоимения). Мы используем и передаем вашу закрытую медицинскую информацию (**PHI**), чтобы предоставлять вам услуги медицинского страхования как участнику программы Molina. Мы используем и передаем вашу PHI для осуществления медицинского обслуживания, лечения и платежей. Мы также используем и передаем вашу PHI в других целях, если это разрешено или предписано законом. Мы обязуемся сохранять конфиденциальность вашей медицинской информации и следовать условиям данного Уведомления. Дата вступления настоящего Уведомления в силу — 1 января 2026 года.

Закрытая медицинская информация (**PHI**) — это данные о состоянии вашего здоровья, которые включают ваши имя и фамилию, номер участника или другие идентификаторы и используются либо передаются нами. PHI включает

Действует с 1 января 2026 года

медицинскую информацию о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, и биометрическую информацию (например, голосовой отпечаток).

В каких целях мы используем вашу PHI и предоставляем доступ к ней?

Мы используем или передаем вашу PHI только с целью предоставления вам услуг медицинского страхования. Ваша PHI также используется или передается для осуществления медицинского обслуживания, лечения и платежей.

Для осуществления лечения

Мы вправе использовать или предоставлять вашу PHI для обеспечения или организации вашей медицинской помощи. Это касается также направлений, выдаваемых вашими лечащими врачами, к другим врачам или прочим поставщикам медицинских услуг. Например, мы можем передать информацию о состоянии вашего здоровья врачу-специалисту. Это поможет специалисту обсудить ваше лечение с вашим врачом.

Для осуществления платежей

Мы можем использовать или передавать PHI для принятия решений об оплате. Такие сведения могут включать страховые требования, разрешения на лечение и решения относительно медицинских потребностей. В счете могут быть указаны ваше имя, ваше заболевание, предоставленное вам лечение, а также использованные расходные медицинские материалы. Например, мы можем

сообщить врачу о том, что вы пользуетесь нашими услугами. Мы также сообщаем врачу сумму счета, которую мы готовы оплатить.

Для осуществления медицинского обслуживания

Мы можем использовать или передавать вашу PHI для управления планом медицинского страхования. Например, мы можем использовать информацию из вашего заявления, чтобы сообщить вам о медицинской программе, которая может вам помочь. Мы также можем использовать или передавать вашу PHI для решения ваших проблем. Кроме того, касающаяся вас PHI может использоваться для проверки правильности выплат по страховым требованиям.

Осуществление медицинского обслуживания связано с необходимостью решения множества текущих деловых задач. Они включают, помимо прочего, следующее:

- повышение качества обслуживания;
- деятельность в рамках программ медицинского страхования для оказания помощи участникам с определенными заболеваниями (например, астмой);
- проведение или организация медицинской экспертизы;
- юридические услуги, включая программы по выявлению и преследованию мошенничества и злоупотреблений;
- действия, помогающие нам соблюдать законы;
- удовлетворение потребностей участников, включая решения по претензиям и жалобам.

Действует с 1 января 2026 года

Мы будем передавать вашу PHI другим компаниям (**деловым партнерам**), которые осуществляют различные виды деятельности для реализации нашего плана медицинского страхования. Мы также можем использовать вашу PHI для напоминания о назначенных вам приемах у врачей. Мы можем использовать вашу PHI, чтобы предоставлять вам данные о других методах лечения или других покрываемых услугах, связанных со здоровьем.

В каких случаях мы можем использовать и передавать касающуюся вас PHI без получения от вас письменного разрешения (согласия)?

Помимо лечения, осуществления платежей и осуществления медицинского обслуживания, закон разрешает/обязывает Molina использовать и передавать вашу PHI в ряде других целей, включая перечисленные ниже:

В соответствии с требованиями законодательства
Мы используем и раскрываем вашу информацию в соответствии с требованиями закона. Ваша PHI может быть раскрыта по требованию секретаря Департамента здравоохранения и социальных служб (Department of Health and Human Services, HHS). Это может быть связано с судебным разбирательством, иными юридическими действиями, а также в случае необходимости в правоохранительных целях.

Для целей, связанных с общественным здравоохранением

Касающаяся вас PHI может быть использована или передана для проведения мероприятий в сфере общественного здравоохранения. В частности, для содействия органам здравоохранения в профилактике или контроле заболеваний.

В целях надзора в сфере здравоохранения

Касающаяся вас PHI может использоваться государственными органами либо предоставляться этим органам. Им может понадобиться ваша PHI для проведения аудита.

Для исследовательских целей

Касающаяся вас PHI может использоваться или предоставляться для исследования в определенных случаях, например, когда имеется разрешение комиссии по конфиденциальности или экспертного совета организации.

Для целей судебного или административного производства

Ваша PHI может быть использована или передана для целей судебного производства, например в ответ на распоряжение суда.

**Для целей, касающихся деятельности
правоохранительных органов**

Ваша РНІ может быть использована или передана полиции в правоохранительных целях, например для помощи в поиске подозреваемого, свидетеля или пропавшего человека.

В целях защиты здоровья и безопасности населения
Ваша РНІ может быть передана для предотвращения серьезной и неминуемой угрозы здоровью населения или общественной безопасности.

Для осуществления функций государственных органов
Ваша РНІ может быть передана правительству для выполнения особых функций. Например, для защиты президента.

**Для защиты лиц, пострадавших от жестокого,
небрежного обращения или домашнего насилия**
Касающаяся вас РНІ может быть предоставлена официальным властям, если мы сочтем, что какое-либо лицо является жертвой жестокого или небрежного обращения.

**Выплаты по страховке от несчастного случая на
рабочем месте**

Касающаяся вас РНІ может быть использована либо предоставлена для выполнения требований законов о страховании от несчастных случаев на рабочих местах.

Другие случаи раскрытия информации

Ваша PHI может быть предоставлена руководителям похоронных служб или судмедэкспертам для оказания содействия их работе.

Дополнительные ограничения на использование и раскрытие.

Некоторые федеральные законы и законы штата могут требовать специальных мер защиты конфиденциальности, которые ограничивают использование и раскрытие определенных видов медицинской информации. Такие законы могут защищать следующие виды информации: расстройства, связанные с употреблением алкоголя и психоактивных веществ, биометрическая информация, жестокое или халатное обращение с детьми или взрослыми, включая сексуальное насилие, инфекционные заболевания, генетическая информация, ВИЧ/СПИД, психическое здоровье, информация о несовершеннолетних, рецептурные лекарственные препараты, сведения о репродуктивном здоровье и заболеваниях, передаваемых половым путем. Мы будем следовать более строгому закону в ситуациях, где он к нам применим.

Информация о расстройстве, связанном с употреблением психоактивных веществ (SUD).

Хотя мы не являемся программой лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, в соответствии с федеральным законодательством (Программа SUD) мы можем получать информацию о вас

от участников Программы SUD. Мы не имеем права раскрывать информацию SUD для использования в гражданском, уголовном, административном или законодательном разбирательстве против вас, если у нас нет (i) вашего письменного согласия или (ii) судебного постановления, сопровождаемого повесткой в суд или другим юридическим требованием, обязывающим к раскрытию и выданным после того, как мы и вы получили уведомление и возможность предоставить свое мнение.

Когда нам требуется ваше письменное разрешение (одобрение) на использование или передачу вашей PHI?

Нам необходимо получить письменное согласие на использование и передачу вашей PHI для любой цели, отличной от перечисленных в этом Уведомлении. Нам необходимо получить ваше разрешение перед раскрытием вашей PHI в следующих случаях: (1) в большинстве случаев использования и раскрытия психотерапевтических записей; (2) в случаях использования и раскрытия в маркетинговых целях; и (3) в случаях использования и раскрытия, которые подразумевают продажу PHI. Вы можете отменить данное вами письменное разрешение. Отмена разрешения не будет распространяться на действия, осуществленные ранее на основании данного вами согласия.

Каковы ваши права в отношении вашей медицинской информации?

У вас есть перечисленные ниже права:

- **Подавать запрос об ограничении использования или раскрытия (передачи) вашей PHI**

Вы можете попросить нас не предоставлять касающуюся вас PHI для осуществления медицинского обслуживания, лечения и платежей. Вы также можете попросить нас не передавать вашу PHI членам семьи, друзьям или другим названным вами лицам, которые имеют отношение к вашему медицинскому обслуживанию. Однако компания вправе отказать в удовлетворении вашей просьбы. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму.

- **Просить о конфиденциальной передаче вашей PHI**

Вы можете попросить компанию Molina передать вам PHI определенным образом или в определенном месте, чтобы сохранить конфиденциальность данных. Мы будем выполнять ваши обоснованные просьбы, если вы сообщите нам, каким образом предоставление вашей PHI или ее части может подвергнуть вашу жизнь риску. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму.

- **Просматривать и копировать касающуюся вас PHI**

Действует с 1 января 2026 года

Вы имеете право ознакомиться с хранящейся у нас вашей PHI и получить ее копию. К такой информации могут относиться документы, использовавшиеся при принятии решений о покрытии услуг, удовлетворении страховых требований и других решений, касающихся вас как участника нашего плана. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму. Мы можем взимать обоснованную плату за изготовление копий и отправку документов по почте. В некоторых случаях мы можем отклонить запрос. *Важное примечание. Мы не храним полные копии ваших медицинских карт. Если вы хотите просмотреть, получить копию или внести изменения в свою медицинскую карту, обратитесь к своему врачу или в клинику.*

- **Вносить изменения в свою PHI**

Вы можете попросить нас внести поправки (изменения) в вашу PHI. Это относится только к тем хранящимся у нас документам, которые касаются вас как участника. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму. Вы можете направить письмо о несогласии, если мы отклоним запрос.

- **Получать отчет о случаях раскрытия PHI (передачи PHI)**

Вы можете попросить нас предоставить вам список конкретных третьих сторон, которым мы передавали вашу PHI в течение шести лет, предшествующих дате вашего запроса. В этот список не включается PHI, передаваемая при следующих обстоятельствах:

- для осуществления медицинского обслуживания, лечения и платежей;
- осуществляется передача лицам их собственной PHI;
- передача информации осуществляется с вашего разрешения;
- использование или передача разрешены на ином основании или предусмотрены действующим законодательством;
- раскрытие PHI осуществляется в интересах национальной безопасности или разведки;
- в рамках ограниченного набора данных в соответствии с действующим законодательством.

Мы взимаем определенную плату за каждый запрос, если вы запрашиваете этот список более одного раза в течение 12 месяцев. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму.

Вы можете подать любые запросы, указанные выше, а также получить бумажную копию этого Уведомления. Звоните в Отдел обслуживания нашего плана по бесплатному номеру, указанному на обороте вашей идентификационной карты. Линия работает без выходных с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. При использовании TTY/TDD звоните по номеру 711.

Что делать, если ваши права не были защищены?

Вы можете подать жалобу в наш план и в Department of Health and Human Services, если считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены. Мы не будем предпринимать никаких действий против вас за подачу жалобы. Это никоим образом не повлияет на ваше лечение и покрытие услуг.

Вы можете подать жалобу следующим образом:

Звоните в Отдел обслуживания плана по бесплатному номеру, указанному на обороте вашей идентификационной карты. Линия работает без выходных с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. При использовании TTY/TDD звоните по номеру 711. Или напишите нам по следующему адресу:

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

Вы можете подать жалобу секретарю Департамента здравоохранения и социальных служб США (Department of Health and Human Services) по такому адресу:

U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights
200 Independence Ave., S.W. Suite 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (ФАКС)

Каковы наши обязанности?

Мы обязаны:

- соблюдать конфиденциальность вашей закрытой медицинской информации (PHI);
- предоставлять вам письменную информацию, подобную этой, о наших обязанностях и методах обеспечения конфиденциальности вашей PHI;
- уведомлять вас в случае любой утечки вашей незащищенной PHI;
- не использовать и не раскрывать вашу генетическую информацию для целей продажи страховых покрытий;
- соблюдать условия данного Уведомления.

В данное Уведомление могут вноситься изменения

Мы оставляем за собой право в любое время изменять правила соблюдения конфиденциальности информации и условия настоящего Уведомления. Если

Действует с 1 января 2026 года

мы это сделаем, то новые условия и методы будут применяться ко всей хранимой нами PHI. В случае внесения каких-либо существенных изменений мы разместим пересмотренное Уведомление на своем веб-сайте и отправим измененную версию Уведомления или информацию о существенном изменении и о том, как получить новую версию Уведомления, в своей следующей ежегодной рассылке активным участникам нашего плана страхования. Это уведомление доступно на нашем веб-сайте MolinaHealthcare.com.

Контактная информация

Если у вас есть какие-либо вопросы по поводу настоящего Уведомления, свяжитесь с нами.

Позвоните в наш отдел обслуживания по бесплатному номеру, указанному на обороте вашей идентификационной карты. График работы: ежедневно с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. При использовании TTY/TDD звоните по номеру 711. Вы также можете написать по адресу Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Вы можете бесплатно получить этот документ в других форматах, включая шрифт Брайля, крупный шрифт и аудиоформат. Позвоните по номеру (855) 882-3901, TTY/TDD: 711. Звонки принимаются без выходных, с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. Звонки бесплатные.

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

Important Molina Healthcare Information



CAACRU26L00643