

ແຈ້ງການປ່ຽນແປງປະຈຳປີ 2024

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

California H3038-003

ໃຫ້ບໍລິການໃນເຂດປົກຄອງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້: Los Angeles, Riverside, San Bernardino ແລະ San Diego

ເລີ່ມມີຜົນນຳໃຊ້ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ 1 ມັງກອນຈົນເຖິງວັນທີ 31 ທັນວາ 2024

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) Medicare Medi-Cal Plan ທີ່ໃຫ້ບໍລິການໂດຍ Molina Healthcare ຂອງລັດ California.

ແຈ້ງການປ່ຽນແປງປະຈຳປີ 2024

ຄໍານຳ

ໃນປັດຈຸບັນ, ທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນເປັນສະມາຊິກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ. ໃນປີຖັດໄປ, ຈະມີການປ່ຽນແປງບາງຢ່າງໃນສິດທິປະໂຫຍດ, ການຄຸ້ມຄອງ, ກົດລະບຽບຂອງພວກເຮົາ. ພາກສ່ວນນີ້ **ຖື ແຈ້ງການປ່ຽນແປງປະຈຳປີ** ຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮັບຊາບກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງ ແລະ ບ່ອນທີ່ສາມາດຊອກຫາຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງເຫຼົ່ານັ້ນ. ເພື່ອຮັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບສິດທິປະໂຫຍດ ຫຼື ກົດລະບຽບ, ກະລຸນາກວດເບິ່ງ **ຄູ່ມືສະມາຊິກ**, ເຊິ່ງພົບເຫັນໄດ້ໃນເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາທີ່ www.MolinaHealthcare.com/Medicare. ຄໍາສັບສຳຄັນ ແລະ ຄຳນິຍາມຂອງພວກມັນແມ່ນສະແດງໂດຍຮຽງຕາມພະຍັນຊະນະໃນໝວດສຸດທ້າຍຂອງ **ຄູ່ມືສະມາຊິກ** ຂອງທ່ານ.

ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ

- ເອກະສານນີ້ ແມ່ນມີໃຫ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເປັນພາສາແອັດສະປາຍ, ພາສາອາຣາບິກ, ພາສາອາເມນິ, ພາສາກຳປູເຈຍ, ພາສາຈີນ, ພາສາຟາຊີ, ພາສາຝຣັ່ງ, ພາສາຝຣັ່ງຄຣີໂອນ, ພາສາຮິນດີ, ພາສາມັ້ງ, ພາສາອິຕາລີ, ພາສາເຢຍລະມັນ, ພາສາຍີ່ປຸ່ນ, ພາສາເກົາຫຼີ, ພາສາລາວ, ພາສາມຽນ, ພາສາໂປໂລຍ, ພາສາປອກຕຸຍການ, ພາສາພັນຈາບີ, ພາສາຣັດເຊຍ, ພາສາຕາກາລັອກ, ພາສາໄທ, ພາສາອູແກຣນ ແລະ ພາສາຫວຽດນາມ.
- ທ່ານສາມາດຮັບ **ແຈ້ງການປ່ຽນແປງປະຈຳປີ** ນີ້ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເປັນຮູບແບບອື່ນໆ, ເຊັ່ນ: ແບບພິມໃຫຍ່, ຕົວອັກສອນນູນ ຫຼື ສຽງ. ໂທຫາ (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ມື້ ຕໍ່ອາທິດ, 8 a.m. ຫາ 8 p.m. ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ. ການໂທແມ່ນບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.
- ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາສົ່ງຂໍ້ມູນເປັນພາສາ ຫຼື ໃນຮູບແບບທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ທ່ານຢູ່ສະເໝີ. ນີ້ ແມ່ນເອີ້ນວ່າຄໍາຮ້ອງຂໍທີ່ຄົງຄ້າງ. ພວກເຮົາຈະຕິດຕາມຄໍາຮ້ອງຂໍທີ່ຄົງຄ້າງຂອງທ່ານ ເພື່ອວ່າທ່ານຈະບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຮ້ອງຂໍແຍກໃນແຕ່ລະຄັ້ງທີ່ພວກເຮົາສົ່ງຂໍ້ມູນໃຫ້ທ່ານ.
- ເພື່ອຮັບເອກະສານສະບັບນີ້ ເປັນພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ລັດທີ່ເບີໂທ (800) 541-5555, TTY: 711, ວັນຈັນ – ວັນສຸກ, 8 a.m. ຫາ 5 p.m. ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ ເພື່ອອັບເດດປະຫວັດຂອງທ່ານດ້ວຍພາສາທີ່ທ່ານເລືອກ. ເພື່ອຮັບເອກະສານສະບັບນີ້ ໃນຮູບແບບອື່ນ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກທີ່ເບີໂທ (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ມື້ ຕໍ່ອາທິດ, 8:00 a.m. ຫາ 8:00 p.m. ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ. ຕົວແທນສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານດຳເນີນການ ຫຼື ປ່ຽນແປງຄໍາຮ້ອງຂໍທີ່ຄົງຄ້າງ. ທ່ານຍັງສາມາດຕິດຕໍ່ຜູ້ຈັດການກໍລະນີຂອງທ່ານເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບຄໍາຮ້ອງຂໍທີ່ຄົງຄ້າງ.
- ພວກເຮົາມີການບໍລິການລ່າມແປພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານອາດມີກ່ຽວກັບແຜນປະກັນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍລ່າມແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີໂທ (855) 665-4627, TTY: 711. ຄົນທີ່ປາກເວົ້າພາສາອັງກິດ, ພາສາແອັດສະປາຍ, ພາສາອາຣາບິກ, ພາສາອາເມນິ, ພາສາກຳປູເຈຍ, ພາສາຈີນ, ພາສາຟາຊີ, ພາສາຝຣັ່ງ, ພາສາຝຣັ່ງຄຣີໂອນ, ພາສາຮິນດີ, ພາສາມັ້ງ, ພາສາອິຕາລີ, ພາສາເຢຍລະມັນ, ພາສາຍີ່ປຸ່ນ, ພາສາເກົາຫຼີ, ພາສາລາວ, ພາສາມຽນ, ພາສາໂປໂລຍ, ພາສາປອກຕຸຍການ, ພາສາພັນຈາບີ, ພາສາຣັດເຊຍ, ພາສາຕາກາລັອກ, ພາສາໄທ, ພາສາອູແກຣນ ແລະ ພາສາຫວຽດນາມ ແມ່ນສາມາດໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອແກ່ທ່ານໄດ້. ນີ້ ແມ່ນການບໍລິການທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າ.



Spanish:

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

Arabic:

- نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، كل ما عليك هو الاتصال بنا على الرقم (855) 665-4627 TTY: 711 وبالنسبة لمستخدمي هاتف الصم والبكم TTY، فيمكنهم الاتصال على: 711. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث الإنجليزية، أو الإسبانية، أو العربية، أو الأرمنية، أو الكمبودية، أو الصينية، أو الفارسية، أو الفرنسية، أو الفرنسية الكريولية، أو الهندية، أو الهونجية 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 քարզմանչի ծառայություններ՝ պատասխանելու ցանկացած հարցի առողջապահական կամ դեղերին առնչվող մեր ապահովագրական պլանների վերաբերյալ: Բանավոր քարզմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք մեզ (855) 665-4627 TTY: 711 հեռախոսահամարով: Անգլերեն, իսպաներեն, արաբերեն, հայերեն, կիմերեն, չինարեն, պարսկերեն, ֆրանսերեն, ֆրանսիական կրեոլ, հինգլի, մոնգոլերեն, իտալերեն, գերմաներեն, ճապոներեն, կորեերեն, լատուերեն, մյաո, լեհերեն, պորտուգալերեն, փենջաբի, ռուսերեն, տաղալոգ, սլովակերեն, ուկրաիներեն կամ վիետնամերեն խոսող յուրաքանչյուր ով կարող է օգնել Ձեզ: Սա անվճար ծառայություն է:

Cambodian:

- យើងមានសេវាផ្តល់អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចនឹងមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកកាន់យើងតាមលេខ (855) 665-4627 TTY: 711។ នរណាម្នាក់ដែលចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស អេស្ប៉ាញ អាវ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វីលីពីន បារាំង បារាំងក្រហម ហិណ្ឌូ ម៉ង់ អ៊ីតាលី អាស្ត៊ីម៉ង់ ជប៉ុន កូរ៉េ ឡាវ ម៉ឺន ប៊ូឡាញ ព័រទុយហ្គាល់ ពុនបារ៉ា 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. اگر به زبان انگلیسی، اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، فرانسوی، کریول فرانسوی، هندی، هونگ، ایتالیایی، آلمانی، ژاپنی، کره‌ای، لائوسی، مین، لهستانی، پرتغالی، پنجابی، روسی، تگالوگ، تایلندی، اوکراینی، یا ویتنامی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این خدمات رایگان است.



French:

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

Creole:

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

Hindi:

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

Hmong:

- Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub 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, 편자브어, 러시아어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어 또는 베트남어 지원이 가능합니다. 무료 서비스입니다.

Laotian:

- ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍແປພາສາພຽງແຕ່ໃຫ້ພາບພວກເຮົາທີ່ (855) 665-4627 TTY: 711. ມີຜູ້ທີ່ເວົ້າໄດ້ພາສາອັງກິດ, ສະເປນ, ອາຣັບ, ອາເມເນຍ, ກຳປູເຈຍ, ຈີນ, ຟາຊີ, ຝຣັ່ງ, ຝຣັ່ງ ເຄຣໂອ, ຮົນລຸ, ມົງ, ອີຕາລີ, ເຢຍລະມັນ, ອົບັງ, ເກົາຫຼີ, ລາວ, ມຽນ, ໂປແລນ, ບອກຕຸຍການ, ບັນຈາບີ, ລັດເຊຍ, ຕາກາລັອກ, ໄທ, ອູແກຣນ ຫຼື ຫວຽດນາມ ເຊິ່ງສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ການບໍລິການນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ

Mien:

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

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, pendżabskim, 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:

- ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਡਰੱਗ ਮਨੁੱਖੀ ਦੇ ਹਾਲੇ ਨਾਲ ਟੱਭਾਏ ਕਸੇ ਵੀ ਸੁਆਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਮੁੱਖ ਮੁਢਲੇ ਸੇਵਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਮੁੱਖ ਮੁਢਲੇ ਸੇਵਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ (855) 665-4627 TTY: 711 (੫੫੫) ਤੋਂ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵੀ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ, ਹਿੰਦੀ, ਫ਼ਾਰਸੀ, ਆਰਮੀਨੀ, ਚੀਨੀ, ਫ਼ਾਰਸੀ, ਫ਼ਰੇਂਚ, ਫ਼ਰੇਂਚ ਕ੍ਰੀਓਲ, ਹਿੰਦੀ, ਹਮੋਂਗ, ਇਟਾਲੀਅਨ, ਜਰਮਨ, ਜਾਪਾਨੀ, ਕੋਰੀਆਈ, ਲਾਊਸੀ, ਮਿਨ, ਪੋਲਿਸ਼, ਪੁੰਜਾਬੀ, ਰੂਸੀ, ਤਗਾਲੋਗ, ਯੋਕਰੀਨੀ, ਯੂਕਰੇਨੀਅਨ ਜਾਂ ਵਿਅਤਨਾਮੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲੇ ਆਪਣੇ ਆਪਣੇ ਸੇਵਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

Russian:

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

Tagalog:

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

Thai:

- เรามีบริการสามเฝ้าบริการคุณฟรีสำหรับการตอบคำถามต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพและแผนยาของเรา หากต้องการสามเฝ้าสามารถโทรหาเราได้ที่ (855) 665-4627 TTY: 711. สำหรับคนที่พูดภาษาอังกฤษ สเปน อาร์บิก อาร์เมเนีย กัมพูชา จีน ฝรั่งเศส ครีโอลฝรั่งเศส ฮินดี ม้ง อิตาลี เยอรมัน ญี่ปุ่น เกาหลี ลาว เมียนมา โปแลนด์ โปรตุเกส ปัญจาบ รัสเซีย ตากาล็อก ไทย ภาษาญีรอนหรือภาษาเวียดนาม เราสามารถช่วยคุณได้ นี่เป็นบริการฟรีสำหรับคุณ



Ukrainian:

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

Vietnamese:

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



ສາລະບານ

A. ຂໍ້ຄວາມປະຕິເສດຄວາມຮັບຜິດຊອບ	10
B. ການກວດສອບການຄຸ້ມຄອງ Medicare ແລະ Medi-Cal ທ່ານສໍາລັບປີຖັດໄປ	10
B1. ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)	11
B2. ສິ່ງສໍາຄັນທີ່ຕ້ອງເຮັດ	11
C. ການປ່ຽນແປງໃນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາຂອງພວກເຮົາ	12
D. ການປ່ຽນແປງໃນສິດທິປະໂຫຍດສໍາລັບປີຖັດໄປ	12
D1. ການປ່ຽນແປງໃນສິດທິປະໂຫຍດສໍາລັບການບໍລິການທາງການແພດ	12
D2. ການປ່ຽນແປງໃນການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມຄໍາສັ່ງແພດ	16
E. ການປ່ຽນແປງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການບໍລິຫານ	18
F. ການເລືອກແຜນປະກັນ	18
F1. ການໃຊ້ບໍລິການແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຕໍ່	18
F2. ການປ່ຽນແປງແຜນປະກັນ	19
G. ການຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ	21
G1. ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ	21
G2. ໂຄງການໃຫ້ຄໍາປຶກສາ ແລະ ສົ່ງເສີມການປະກັນສຸຂະພາບ (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)	22
G3. ໂຄງການກວດກາ	22
G4. Medicare	22
G5. California Department of Managed Health Care	23



A. ຂໍ້ຄວາມປະຕິເສດຄວາມຮັບຜິດຊອບ

- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-DSNP) ແມ່ນແຜນປະກັນສຸຂະພາບທີ່ມີສັນຍາ Medicare ແລະ ສັນຍາກັບໂຄງການ Medicaid ຂອງລັດ. ການລົງທະບຽນໃນ Molina Medicare Complete Care Plus ແມ່ນຂຶ້ນກັບການຕໍ່ສັນຍາ.
- Molina Healthcare ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ ແລະ ບໍ່ຈຳແນກປະຕິບັດບົນພື້ນຖານຂອງເຊື້ອຊາດ, ຊົນເຜົ່າ, ຊາດກຳເນີດ, ສາດສະໜາ, ລັກສະນະເພດ, ເພດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການທາງຈິດ ຫຼື ຮ່າງກາຍ, ສະຖານະສຸຂະພາບ, ການຮັບການດູແລສຸຂະພາບ, ປະສົບການອ້າງສິດ, ປະຫວັດທາງການແພດ, ຂໍ້ມູນພັນທຸກຳ, ຫຼັກຖານການປະກັນໄພ, ສະຖານທີ່ພູມິສາດ.
- ລາຍການຢາທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງ ແລະ/ຫຼື ເຄືອຂ່າຍຮ້ານຂາຍຢາ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອາດປ່ຽນແປງຕະຫຼອດປີ. ພວກເຮົາຈະສົ່ງແຈ້ງການໃຫ້ທ່ານກ່ອນທີ່ພວກເຮົາຈະດຳເນີນການປ່ຽນແປງທີ່ຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ທ່ານ.
- ເງື່ອນໄຂສິດສຳລັບສິດທິປະໂຫຍດແບບຈຳລອງ ຫຼື ໂຄງການ RI ພາຍໃຕ້ແບບຈຳລອງ VBIID ແມ່ນບໍ່ມີການປະກັນ ແລະ ຈະຖືກກຳນົດໂດຍ MAO ຫຼັງຈາກການລົງທະບຽນ ໂດຍອີງໃສ່ເກນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ, ເຊັ່ນ: ການວິນິດໄສດ້ານຄລິນິກ, ເກນເງື່ອນໄຂສິດ, ການເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການຄຸ້ມຄອງພະຍາດຂອງລັດ ໃນກໍລະນີທີ່ເງື່ອນໄຂສິດຂອງຜູ້ລົງທະບຽນເປົ້າໝາຍສຳລັບສິດທິປະໂຫຍດແບບຈຳລອງ ຫຼື ໂຄງການ RI ແມ່ນບໍ່ມີການປະກັນ ຫຼື ບໍ່ສາມາດຖືກກຳນົດກ່ອນປີແຜນປະກັນຕາມທີ່ສາມາດນຳໃຊ້ໄດ້.
- Medicare ໄດ້ອະນຸມັດ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ເພື່ອໃຫ້ການຈ່າຍເງິນຮ່ວມທີ່ຕໍ່າກວ່າສຳລັບຢາຕາມຄຳສັ່ງແພດຂອງພາກ D ໂດຍເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງໂຄງການອອກແບບການປະກັນທີ່ອີງໃສ່ຄຸນຄ່າ. ໂຄງການນີ້ ຈະເຮັດໃຫ້ Medicare ສາມາດທົດລອງວິທີການໃໝ່ໆເພື່ອປັບປຸງແຜນປະກັນ Medicare Advantage.

B. ການກວດສອບການຄຸ້ມຄອງ Medicare ແລະ Medi-Cal ທ່ານສຳລັບປີຖັດໄປ

ມັນເປັນສິ່ງສຳຄັນທີ່ຈະກວດສອບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານໃນຕອນນີ້ ເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າການຄຸ້ມຄອງດັ່ງກ່າວຍັງສາມາດຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານໃນປີຖັດໄປ. ຖ້າມັນບໍ່ຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດອອກຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໄດ້. ອ້າງອີງໃສ່ **ພາກສ່ວນ F2** ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃນສິດທິປະໂຫຍດຂອງທ່ານສຳລັບປີຖັດໄປ.

ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະອອກຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ, ຄວາມເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດລົງໃນມື້ ສຸດທ້າຍຂອງເດືອນທີ່ດຳເນີນຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ທ່ານຈະຍັງຢູ່ໃນໂຄງການ Medicare ແລະ Medi-Cal ຕາບໃດທີ່ທ່ານມີສິດ.

ຖ້າທ່ານອອກຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານສາມາດຂໍຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບແຜນປະກັນຂອງທ່ານ:

- ຕົວເລືອກ Medicare ໃນຕາຕະລາງໃນ **ພາກສ່ວນ F2**.
- ຕົວເລືອກ ແລະ ການບໍລິການ Medi-Cal ໃນ **ພາກສ່ວນ F2**.



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

- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ແມ່ນແຜນປະກັນສຸຂະພາບທີ່ເຮັດສັນຍາກັບທັງ Medicare ແລະ Medi-Cal ເພື່ອໃຫ້ສິດທິປະໂຫຍດຂອງທັງສອງໂຄງການແກ່ສະມາຊິກ.
- ການຄຸ້ມຄອງທີ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ແມ່ນເຂົ້າເກນການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບທີ່ເອີ້ນວ່າ “ການຄຸ້ມຄອງຂັ້ນຕໍ່າທີ່ຈຳເປັນ.” ມັນຕອບສະໜອງເງື່ອນໄຂຄວາມຮັບຜິດຊອບຮ່ວມຂອງບຸກຄົນຕໍ່ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການປົກປ້ອງຄົນເຈັບ ແລະ ການດູແລໃນລາຄາຍ່ອມເຍົາ (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). ເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊຂອງໜ່ວຍງານບໍລິການລາຍຮັບພາຍໃນ (IRS) ທີ່ www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂຄວາມຮັບຜິດຊອບຮ່ວມຂອງບຸກຄົນ.
- ເມື່ອແຈ້ງການປ່ຽນແປງປະຈຳປີນີ້ ໃຊ້ຄຳວ່າ “ພວກເຮົາ,” “ຂອງພວກເຮົາ” ຫຼື “ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ,” ມັນໝາຍເຖິງ Medicare Medi-Cal Plan.

B2. ສິ່ງສຳຄັນທີ່ຕ້ອງເຮັດ

- ກວດເບິ່ງວ່າມີການປ່ຽນແປງໃດໆໃນສິດທິປະໂຫຍດຂອງພວກເຮົາທີ່ອາດສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ທ່ານ ຫຼື ບໍ່.
 - ມີການປ່ຽນແປງຫຍັງທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການບໍລິການທີ່ທ່ານໃຊ້ບໍ່?
 - ກວດສອບການປ່ຽນແປງໃນສິດທິປະໂຫຍດເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພວກມັນຈະໃຫ້ບໍລິການທ່ານໄດ້ໃນປີຖັດໄປ.
 - ອ້າງອີງໃສ່ **ພາກສ່ວນ D1** ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃນສິດທິປະໂຫຍດສຳລັບແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ.
- ກວດເບິ່ງວ່າມີການປ່ຽນແປງຫຍັງໃນການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມຄຳສັ່ງແພດຂອງພວກເຮົາທີ່ອາດສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ທ່ານ ຫຼື ບໍ່.
 - ຢາຂອງທ່ານຈະຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງບໍ່? ພວກມັນຢູ່ໃນຂັ້ນຮ່ວມຈ່າຍຕົ້ນທຶນຕ່າງຫາກບໍ່? ທ່ານສາມາດໃຊ້ຮ້ານຂາຍຢາດຽວກັນບໍ່?
 - ກວດເບິ່ງການປ່ຽນແປງເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າບໍລິການຢາຂອງພວກເຮົາຈະໃຫ້ບໍລິການທ່ານສຳລັບປີຖັດໄປໄດ້.
 - ອ້າງອີງໃສ່ **ພາກສ່ວນ D2** ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃນການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງພວກເຮົາ.
- ກວດເບິ່ງວ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາຂອງທ່ານຈະຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາໃນປີຖັດໄປ ຫຼື ບໍ່.
 - ທ່ານໝໍຂອງທ່ານ, ລວມເຖິງຜູ້ຊ່ຽວຊານຂອງທ່ານ, ຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາບໍ່? ຮ້ານຂາຍຢາຂອງທ່ານເດ? ໂຮງໝໍ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການລາຍອື່ນທີ່ທ່ານໃຊ້ບໍລິການເດ?
 - ອ້າງອີງໃສ່ **ພາກສ່ວນ G1** ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບັນຊີລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາຂອງພວກເຮົາ.
- ຄິດກ່ຽວກັບຕົ້ນທຶນໂດຍລວມຂອງທ່ານໃນແຜນປະກັນ.
 - ທ່ານຈະໃຊ້ຈ່າຍຕົວຈິງຫຼາຍສຳໃດສຳລັບການບໍລິການ ແລະ ຢາຕາມຄຳສັ່ງແພດທີ່ທ່ານໃຊ້ຢ່າງເປັນປະຈຳ?
 - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດເມື່ອທຽບກັບຕົວເລືອກການຄຸ້ມຄອງອື່ນໆ ເປັນແນວໃດ?
 - ຄິດວ່າທ່ານມີຄວາມສຸກກັບແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ບໍ່.



ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈທີ່ຈະໃຊ້ບໍລິການຂອງ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ຕໍ່: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຊ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາໃນປີຖັດໄປ, ມັນບໍ່ມີຫຍັງຍາກ, ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງເຮັດຫຍັງເລີຍ. ຖ້າທ່ານບໍ່ດຳເນີນການປ່ຽນແປງໃດໆ, ທ່ານຈະລົງທະບຽນໃນ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ໂດຍອັດຕະໂນມັດ.	ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈທີ່ຈະປ່ຽນແຜນປະກັນ: ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈວ່າການຄຸ້ມຄອງອື່ນຈະຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານໄດ້ດີກວ່າ, ທ່ານສາມາດປ່ຽນແຜນປະກັນ (ອ້າງອີງໃສ່ພາກສ່ວນ F2 ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ). ຖ້າທ່ານລົງທະບຽນໃນແຜນປະກັນໃໝ່ ຫຼື ປ່ຽນໄປໃຊ້ Original Medicare, ການຄຸ້ມຄອງໃໝ່ຂອງທ່ານຈະເລີ່ມຕົ້ນຂຶ້ນໃນມື້ ທຳອິດຂອງເດືອນຖັດໄປ.
---	---

C. ການປ່ຽນແປງໃນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາຂອງພວກເຮົາ

ພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ດຳເນີນການປ່ຽນແປງຫຍັງຕໍ່ເຄືອຂ່າຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາຂອງພວກເຮົາໃນປີຖັດໄປ.

ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ມັນເປັນສິ່ງສຳຄັນທີ່ທ່ານຕ້ອງຮູ້ວ່າພວກເຮົາອາດດຳເນີນການປ່ຽນແປງໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາລະຫວ່າງປີ. ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານອອກຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານມີສິດ ແລະ ການປົກປ້ອງບາງຢ່າງ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ກະລຸນາອ້າງອີງໃສ່ **Chapter 3** of your *Member Handbook* (ໝວດ 3 ຂອງ ຄູ່ມືສະມາຊິກ ຂອງທ່ານ).

ກະລຸນາທົບທວນບັນຊີລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາຂອງປີ 2024 ເພື່ອກວດເບິ່ງວ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ຮ້ານຂາຍຢາຂອງທ່ານຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ບໍ່. ບັນຊີລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາທີ່ອັບເດດຫຼາຍແມ່ນພົບເຫັນໄດ້ໃນເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາທີ່ www.MolinaHealthcare.com/Medicare. ທ່ານຍັງສາມາດໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກຕາມເບີໂທທີ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມໜ້າສຳລັບຂໍ້ມູນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ອັບເດດແລ້ວ ຫຼື ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາສົ່ງ ບັນຊີລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ ໄປໃຫ້ທ່ານທາງໄປສະນີ.

ມັນເປັນສິ່ງສຳຄັນທີ່ທ່ານຕ້ອງຮູ້ວ່າພວກເຮົາຍັງສາມາດດຳເນີນການປ່ຽນແປງໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາລະຫວ່າງປີ. ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານອອກຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານມີສິດ ແລະ ການປົກປ້ອງບາງຢ່າງ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ກະລຸນາອ້າງອີງໃສ່ **Chapter 3** of your *Member Handbook* (ໝວດ 3 ຂອງ ຄູ່ມືສະມາຊິກ ຂອງທ່ານ).

D. ການປ່ຽນແປງໃນສິດທິປະໂຫຍດສຳລັບປີຖັດໄປ

D1. ການປ່ຽນແປງໃນສິດທິປະໂຫຍດສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດ

ພວກເຮົາກຳລັງປ່ຽນແປງການຄຸ້ມຄອງຂອງພວກເຮົາສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດໃດໜຶ່ງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງເຫຼົ່ານີ້ ໃນປີຖັດໄປ. ຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມອະທິບາຍເຖິງການປ່ຽນແປງເຫຼົ່ານີ້.



ສິດທິປະໂຫຍດ Medicare	2023 (ປີນີ້)	2024 (ປີຖັດໄປ)
ຢາຕາມຄໍາສັ່ງແພດຂອງ Medicare ພາກ D	ຢາທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງຂອງພາກ D ໃນສູດຢາຂອງແຜນປະກັນແມ່ນຂຶ້ນທີ່ແຕກຕ່າງກັນ. ເພາະທ່ານມີ Medi-Cal, ທ່ານຈຶ່ງລົງທະບຽນໃນ “ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມ” ແລ້ວ, ເຊິ່ງຍັງເອີ້ນອີກວ່າ ເງິນອຸດໜຸນລາຍໄດ້ຕໍ່າ, ໃນປີ 2023, ຕົ້ນທຶນຂອງທ່ານສໍາລັບຢາຕາມຄໍາສັ່ງແພດທີ່ເຕີມໃນຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍແມ່ນຈະຂຶ້ນກັບການຈ່າຍເງິນຮ່ວມແບບອຸດໜຸນລາຍໄດ້ຕໍ່າ (Low-Income Subsidy, LIS) ຂອງທ່ານ ແລະ ຂຶ້ນຂອງຢາ.	ຢາທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງຂອງພາກ D ໃນສູດຢາຂອງແຜນປະກັນຈະຢູ່ໃນໜຶ່ງຂັ້ນ. ເພາະທ່ານມີ Medi-Cal, ທ່ານຈຶ່ງລົງທະບຽນໃນ “ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມ” ແລ້ວ, ເຊິ່ງຍັງເອີ້ນອີກວ່າ ເງິນອຸດໜຸນລາຍໄດ້ຕໍ່າ. ໃນປີ 2024, ຕົ້ນທຶນຂອງທ່ານສໍາລັບຢາຕາມຄໍາສັ່ງແພດທີ່ເຕີມໃນຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍແມ່ນຈະມີມູນຄ່າ \$0 ຕະຫຼອດໄລຍະທັງໝົດຂອງສິດທິປະໂຫຍດຢາຕາມຄໍາສັ່ງແພດຂອງພາກ D ທີ່ມີສິດທິປະໂຫຍດປັບປຸງຂອງການອອກແບບການປະກັນທີ່ອີງໃສ່ຄຸນຄ່າ (Value Based Insurance Design, VBID).
	ໝາຍເຫດ: ການຄຸ້ມຄອງນີ້ ແມ່ນສໍາລັບຢາຕາມຄໍາສັ່ງແພດຂອງພາກ D ທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare. ຢາລືມວ່າທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງມີບັດ Medi-Cal ຫຼື ບັດລະບຸສິດທິປະໂຫຍດ (BIC) ຂອງທ່ານເພື່ອເຂົ້າເຖິງຢາທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medi-Cal Rx.	
ສິດທິປະໂຫຍດເສີມຂອງ Medicare: ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອໃນເຮືອນ	ສິດທິປະໂຫຍດ ຢູ່ໃນ ການຄຸ້ມຄອງໂດຍເປັນສິດທິປະໂຫຍດເສີມຂອງ Medicare ສໍາລັບການບໍລິການທີ່ສະໜອງໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາເປັນເວລາສູງເຖິງ 90 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ປີ	ສິດທິປະໂຫຍດ ບໍ່ຢູ່ໃນ ການຄຸ້ມຄອງໂດຍເປັນສິດທິປະໂຫຍດເສີມຂອງ Medicare
	ໝາຍເຫດ: ການຄຸ້ມຄອງນີ້ ແມ່ນສໍາລັບສິດທິປະໂຫຍດ IHSS ເສີມຂອງ Medicare. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອໃນເຮືອນ (In-Home Supportive Services, IHSS) Medi-Cal ຂອງທ່ານ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ພະແນກບໍລິການສັງຄົມຂອງເຂດປົກຄອງໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ໂຄງການ IHSS ສາມາດໃຫ້ບໍລິການ ເພື່ອວ່າທ່ານຈະຍັງສາມາດອາໄສຢູ່ເຮືອນຂອງທ່ານເອງຢ່າງປອດໄພ. IHSS ແມ່ນຖືວ່າເປັນຕົວເລືອກໜຶ່ງສໍາລັບການດູແລສຸຂະພາບນອກເຮືອນ, ເຊັ່ນ: ເຮືອນພະຍາບານ ຫຼື ສະຖານທີ່ພັກພື້ນຄົນເຈັບ ແລະ ສະຖານບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ. ເພື່ອສະໝັກຂໍ IHSS, ຕິດຕໍ່ສໍານັກງານ IHSS ຂອງເຂດປົກຄອງໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.	

ສິດທິປະໂຫຍດ Medicare	2023 (ປີນີ້)	2024 (ປີຖັດໄປ)
ສິດທິປະໂຫຍດເສີມ ຂອງ Medicare: ການ ບໍລິການແຂ້ວຢ່າງເປັນ ປະຈຳ	ສິດທິປະໂຫຍດຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງໂດຍເປັນສິດທິປະໂຫຍດເສີມຂອງ Medicare ການບໍລິການປ້ອງກັນ ແລະ ການບໍລິການດູແລແຂ້ວແບບຄອບຄຸມຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງຂອງສິດທິປະໂຫຍດນີ້ ເມື່ອທ່ານໃຊ້ບັດ MyChoice ຂອງທ່ານ. ທ່ານມີເບ້ຍລ້ຽງ \$4,000 ທຸກປີສໍາລັບການບໍລິການປ້ອງກັນ ແລະ ການບໍລິການແຂ້ວແບບຄອບຄຸມຮວມກັນ. ທ່ານໄດ້ຮັບບັດເດບິດ MyChoice ທີ່ຈ່າຍລ່ວງໜ້າ ເຊິ່ງອາດໃຊ້ສໍາລັບສິດທິປະໂຫຍດຕາມແຜນປະກັນເສີມຂອງທ່ານ.	ສິດທິປະໂຫຍດແມ່ນຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງໂດຍເປັນສິດທິປະໂຫຍດເສີມຂອງ Medicare ເພື່ອໃຫ້ທ່ານມີຕົວເລືອກຫຼາຍຂຶ້ນສໍາລັບຄວາມຕ້ອງການໃນການດູແລແຂ້ວຢ່າງເປັນປະຈຳຂອງທ່ານໃນປີ 2024, ທ່ານອາດເລືອກໜຶ່ງໃນສອງຕົວເລືອກດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ : - ຖ້າທ່ານໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການລາຍໃດໜຶ່ງທີ່ຢູ່ພາຍໃນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການແຂ້ວຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການປ້ອງກັນແຂ້ວດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ໂດຍທີ່ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງເສຍຄ່າ: - ການກວດສຸຂະພາບແຂ້ວ 2 ຄັ້ງ, - ການທຳຄວາມສະອາດ 2 ຄັ້ງ, - ການປິ່ນປົວດ້ວຍຟລູອໍຣາຍ 2 ຄັ້ງ - ເອັກສະເຣແຂ້ວ ນອກຈາກນັ້ນ, ທ່ານມີເບ້ຍລ້ຽງ \$1,000 ໃນແຕ່ລະປີສໍາລັບການບໍລິການດູແລແຂ້ວແບບຄອບຄຸມ. ທ່ານອາດສືບຕໍ່ໃຊ້ບັດ MyChoice ຂອງທ່ານສໍາລັບການບໍລິການດູແລແຂ້ວແບບຄອບຄຸມ. - ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະໃຊ້ບໍລິການຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລແຂ້ວໃນເຄືອຂ່າຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ, ການບໍລິການດູແລແຂ້ວຢ່າງເປັນປະຈຳທັງໝົດຈະຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງ ພຽງແຕ່ເມື່ອທ່ານ ໃຊ້ເບ້ຍລ້ຽງປະຈຳປີ \$1,000 ຂອງທ່ານ ເມື່ອທ່ານໃຊ້ບັດ MyChoice ຂອງທ່ານ.
	ໝາຍເຫດ: ການຄຸ້ມຄອງນີ້ ແມ່ນສໍາລັບສິດທິປະໂຫຍດແຂ້ວເສີມຂອງ Medicare. ການບໍລິການດູແລແຂ້ວບາງລາຍການແມ່ນມີໃຫ້ຜ່ານ Medi-Cal Dental Program. ສິດທິປະໂຫຍດແຂ້ວແມ່ນມີໃຫ້ໃນ Medi-Cal Dental Program ໂດຍເປັນການບໍລິການທີ່ມີຄ່າທໍານຽມ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຊອກຫາທັນຕະແພດທີ່ຍອມຮັບ Medi-Cal Dental Program, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ສາຍໂທບໍລິການລູກຄ້າທີ່ເບີໂທ 1-800-322-6384 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທ 1-800-735-2922). ການໂທແມ່ນບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ. ຕົວແທນໂຄງການບໍລິການດູແລແຂ້ວຂອງ Medi-Cal ແມ່ນພ້ອມຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານຕັ້ງແຕ່ 8:00 a.m. ຫາ 5:00 p.m., ວັນຈັນຈົນເຖິງວັນສຸກ. ທ່ານຍັງສາມາດເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊທີ່ dental.dhcs.ca.gov/ ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.	

ສິດທິປະໂຫຍດ Medicare	2023 (ປີນີ້)	2024 (ປີຖັດໄປ)
ສິດທິປະໂຫຍດເສີມຂອງ Medicare: ການບໍລິການການໄດ້ຍິນຢ່າງເປັນປະຈຳ	ສິດທິປະໂຫຍດ ຢູ່ໃນ ການຄຸ້ມຄອງໂດຍເປັນສິດທິປະໂຫຍດເສີມຂອງ Medicare ສໍາລັບເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງທີ່ເລືອກລ່ວງໜ້າສູງເຖິງ 2 ຂ້າງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ຮອງຮັບໂດຍແຜນປະກັນໃນທຸກໆປີ. ທ່ານອາດໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍເພື່ອເຂົ້າເຖິງສິດທິປະໂຫຍດນີ້ .	ສິດທິປະໂຫຍດ ຢູ່ໃນ ການຄຸ້ມຄອງໂດຍເປັນສິດທິປະໂຫຍດເສີມ Medicare ສໍາລັບເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງທີ່ເລືອກລ່ວງໜ້າສູງເຖິງ 2 ຂ້າງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ຮອງຮັບໂດຍແຜນປະກັນໃນທຸກໆ 2 ປີ. ທ່ານຕ້ອງໃຊ້HearUSA ເພື່ອເຂົ້າເຖິງສິດທິປະໂຫຍດນີ້ .
	ໝາຍເຫດ: ການຄຸ້ມຄອງນີ້ ແມ່ນສໍາລັບສິດທິປະໂຫຍດການໄດ້ຍິນເສີມຂອງ Medicare. ທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງ ແລະ ການບໍລິການສຽງເພີ່ມພາຍໃຕ້ສິດທິປະໂຫຍດ Medi-Cal (Medicaid) ຂອງທ່ານຜ່ານແຜນປະກັນ.	
ສິດທິປະໂຫຍດເສີມຂອງ Medicare: ສິດທິປະໂຫຍດດ້ານອາຫານ	ສິດທິປະໂຫຍດ ຢູ່ໃນ ການຄຸ້ມຄອງໂດຍເປັນສິດທິປະໂຫຍດເສີມຂອງ Medicare. ປະກອບມີອາຫານ 2 ຄາບຕໍ່ມື້ ເປັນເວລາ 14 ໂດຍມີອາຫານທັງໝົດ 28 ຄາບ. ທ່ານຍັງມີສິດສໍາລັບອາຫານເພີ່ມ 28 ຄາບເປັນເວລາຫຼາຍກວ່າ 14 ມື້ ໂດຍມີການອະນຸມັດ. ການຄຸ້ມຄອງຂອງແຜນປະກັນເປັນເວລາສູງສຸດ 4 ອາທິດ ແລະ ການຄຸ້ມຄອງອາຫານເປັນເວລາສູງເຖິງ 56 ຄາບທຸກໆປີປະຕິທິນ.	ສິດທິປະໂຫຍດ ບໍ່ຢູ່ໃນ ການຄຸ້ມຄອງໂດຍເປັນສິດທິປະໂຫຍດເສີມຂອງ Medicare
	ໝາຍເຫດ: ການຄຸ້ມຄອງນີ້ ແມ່ນສໍາລັບສິດທິປະໂຫຍດອາຫານເສີມຂອງ Medicare. ກະລຸນາໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ ຫຼື ຕິດຕໍ່ຜູ້ປະສານງານການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການແຫຼ່ງຊ່ວຍເຫຼືອໃນຊຸມຊົນ ເພື່ອຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອໃນເລື່ອງຄວາມບໍ່ໝັ້ນຄົງດ້ານອາຫານ. ນອກຈາກນັ້ນ, ທ່ານສາມາດຂໍຄໍາປຶກສາດ້ານໂພຊະນາການຜ່ານໂທລະສັບເມື່ອມີການຮ້ອງຂໍ ພາຍໃຕ້ສິດທິປະໂຫຍດການໃຫ້ຄໍາປຶກສາດ້ານໂພຊະນາການ/ອາຫານຂອງທ່ານໂດຍມີການສັ່ງຕໍ່	
ສິດທິປະໂຫຍດເສີມຂອງ Medicare: ຢາຊີ້ ຂາຍໂດຍກົງ (OTC)	ສິດທິປະໂຫຍດ ຢູ່ໃນ ການຄຸ້ມຄອງໂດຍເປັນສິດທິປະໂຫຍດເສີມຂອງ Medicare	ສິດທິປະໂຫຍດ ຢູ່ໃນ ການຄຸ້ມຄອງໂດຍເປັນສິດທິປະໂຫຍດເສີມຂອງ Medicare
	ການຄຸ້ມຄອງລວມມີເບ້ຍລ້ຽງ \$400 ທຸກໆໄຕມາດເພື່ອຈ່າຍສໍາລັບລາຍການ OTC ທີ່ຮອງຮັບໂດຍແຜນປະກັນ. ທ່ານໄດ້ຮັບບັດເດບິດ MyChoice ທີ່ຈ່າຍລ່ວງໜ້າ ເຊິ່ງອາດໃຊ້ສໍາລັບສິດທິປະໂຫຍດ OTC ເສີມຂອງທ່ານ.	ການຄຸ້ມຄອງລວມມີເບ້ຍລ້ຽງ \$320 ທຸກໆໄຕມາດເພື່ອຈ່າຍສໍາລັບລາຍການ OTC ທີ່ຮອງຮັບໂດຍແຜນປະກັນ. ບັດເດບິດ MyChoice ທີ່ຈ່າຍລ່ວງໜ້າອາດຖືກໃຊ້ສໍາລັບສິດທິປະໂຫຍດ OTC ເສີມຂອງທ່ານ.
ໝາຍເຫດ: ການຄຸ້ມຄອງນີ້ ແມ່ນສໍາລັບສິດທິປະໂຫຍດ OTC ເສີມຂອງ Medicare. ຢາ ແລະ ວິຕາມິນບາງຊະນິດທີ່ຊື້ ຂາຍໂດຍກົງ (OTC) ແມ່ນອາດຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medi-Cal Rx. ກະລຸນາເຂົ້າ ເບິ່ງເວັບໄຊຂອງ Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ. ທ່ານຍັງສາມາດໂທຫາສູນບໍລິການລູກຄ້າຂອງ Medi-Cal Rx ທີ່ເບີໂທ 800-977-2273.		

ສິດທິປະໂຫຍດ Medicare	2023 (ປີນີ້)	2024 (ປີຖັດໄປ)
ສິດທິປະໂຫຍດເສີມຂອງ Medicare: ລະບົບຕອບກັບສຸກເສີນສ່ວນບຸກຄົນ (Personal Emergency Response System, PERS)	ສິດທິປະໂຫຍດ ຍູ້ໃນ ການຄຸ້ມຄອງໂດຍເປັນສິດທິປະໂຫຍດເສີມຂອງ Medicare	ສິດທິປະໂຫຍດ ບໍ່ຍູ້ໃນ ການຄຸ້ມຄອງໂດຍເປັນສິດທິປະໂຫຍດເສີມຂອງ Medicare
	ໝາຍເຫດ: ການຄຸ້ມຄອງນີ້ ແມ່ນສໍາລັບສິດທິປະໂຫຍດ PERS ເສີມຂອງ Medicare. ກະລຸນາໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ ຫຼື ຕິດຕໍ່ຜູ້ຈັດການກໍລະນີຂອງທ່ານ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການແຫຼ່ງຊ່ວຍເຫຼືອໃນຊຸມຊົນ ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອໃນສິດທິປະໂຫຍດຈາກການຍົກເວັ້ນ.	
ສິດທິປະໂຫຍດເສີມຂອງ Medicare: ການບໍລິການບໍາບັດຕີນຢ່າງເປັນປະຈຳ	ສິດທິປະໂຫຍດ ຍູ້ໃນ ການຄຸ້ມຄອງໂດຍເປັນສິດທິປະໂຫຍດເສີມຂອງ Medicare ສໍາລັບການເຂົ້າພົບສູງເຖິງ 12 ຄັ້ງໃນປີແຜນປະກັນ	ສິດທິປະໂຫຍດ ບໍ່ຍູ້ໃນ ການຄຸ້ມຄອງໂດຍເປັນສິດທິປະໂຫຍດເສີມຂອງ Medicare
	ໝາຍເຫດ: ການຄຸ້ມຄອງນີ້ ແມ່ນສໍາລັບສິດທິປະໂຫຍດເສີມສໍາລັບການບໍາບັດຕີນຢ່າງເປັນປະຈຳຂອງ Medicare. ທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບການບໍລິການບໍາບັດຕີນເພີ່ມພາຍໃຕ້ສິດທິປະໂຫຍດ Medi-Cal (Medicaid) ຂອງທ່ານຜ່ານແຜນປະກັນ.	
ສິດທິປະໂຫຍດເສີມຂອງ Medicare: ການບໍລິການຂົນສົ່ງຢ່າງເປັນປະຈຳ	ສິດທິປະໂຫຍດ ຍູ້ໃນ ການຄຸ້ມຄອງໂດຍເປັນສິດທິປະໂຫຍດເສີມຂອງ Medicare ການຄຸ້ມຄອງລວມເຖິງເບ້ຍລ້ຽງ \$200 ທຸກໄຕມາດ ເພື່ອໃຊ້ສໍາລັບການບໍລິການຂົນສົ່ງຢ່າງເປັນປະຈຳ. ທ່ານໄດ້ຮັບບັດເດບິດ MyChoice ທີ່ຈ່າຍລ່ວງໜ້າ ເຊິ່ງອາດໃຊ້ສໍາລັບສິດທິປະໂຫຍດ OTC ເສີມຂອງທ່ານ.	ສິດທິປະໂຫຍດ ບໍ່ຍູ້ໃນ ການຄຸ້ມຄອງໂດຍເປັນສິດທິປະໂຫຍດເສີມຂອງ Medicare
	ໝາຍເຫດ: ການຄຸ້ມຄອງນີ້ ແມ່ນສໍາລັບສິດທິປະໂຫຍດເສີມສໍາລັບການຂົນສົ່ງຢ່າງເປັນປະຈຳຂອງ Medicare. ທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງເພີ່ມສໍາລັບການບໍລິການຂົນສົ່ງຢ່າງເປັນປະຈຳພາຍໃຕ້ Medi-Cal (Medicaid) ຂອງທ່ານຜ່ານແຜນປະກັນ.	

D2. ການປ່ຽນແປງໃນການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມຄໍາສັ່ງແພດ

ການປ່ຽນແປງໃນລາຍການຢາຂອງພວກເຮົາ

ທ່ານຈະໄດ້ຮັບ ລາຍການຢາທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງປີ 2024 ໃນໄປສະນີຕ່າງຫາກ. ລາຍການຢາທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງ ແມ່ນພົບເຫັນໄດ້ໃນເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາທີ່ www.MolinaHealthcare.com/Medicare. ທ່ານຍັງສາມາດໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກຕາມເບີໂທທີ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມໜ້າເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນຢາທີ່ອັບເດດແລ້ວ ຫຼື ເພື່ອຂໍໃຫ້ພວກເຮົາສົ່ງ ລາຍການຢາທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງ ໄປໃຫ້ທ່ານທາງໄປສະນີ. ລາຍການທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງ ແມ່ນຍັງເອີ້ນວ່າ “ລາຍການຢາ”.

ພວກເຮົາໄດ້ດໍາເນີນການປ່ຽນແປງໃນລາຍການຢາຂອງພວກເຮົາ, ລວມເຖິງການປ່ຽນແປງໃນຢາທີ່ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງ ແລະ ການປ່ຽນແປງໃນຂໍ້ຈໍາກັດທີ່ມີຜົນນໍາໃຊ້ກັບການຄຸ້ມຄອງຂອງພວກເຮົາສໍາລັບຢາຊະນິດໃດໜຶ່ງ.

ກວດສອບລາຍການຢາ **ເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຢາຂອງທ່ານຈະຍັງໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃນປີຖັດໄປ** ແລະ ກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນວ່າມີຂໍ້ຈໍາກັດໃດໜຶ່ງ ຫຼື ບໍ່.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຈາກການປ່ຽນແປງໃນການຄຸ້ມຄອງຢາ, ພວກເຮົາສົ່ງເສີມໃຫ້ທ່ານ:

- ເຮັດວຽກກັບທ່ານໝໍຂອງທ່ານ (ຫຼື ຜູ້ກຳກັບຢາຄົນອື່ນ) ເພື່ອຊອກຫາຢາຊະນິດອື່ນທີ່ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງ.
 - ທ່ານສາມາດໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກຕາມເບີໂທທີ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມໜ້າ ຫຼື ຕິດຕໍ່ຜູ້ຈັດການກໍລະນີຂອງທ່ານ ເພື່ອຂໍລາຍການຢາທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງທີ່ໃຊ້ເພື່ອປິ່ນປົວອາການດຽວກັນ.
 - ລາຍການນີ້ ສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຊອກຫາຢາທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງທີ່ອາດໃຊ້ໄດ້ສໍາລັບທ່ານ.
 - ເຮັດວຽກກັບທ່ານໝໍຂອງທ່ານ (ຫຼື ຜູ້ກຳກັບຢາຄົນອື່ນ) ແລະ ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຍົກເວັ້ນໃນການຄຸ້ມຄອງຢາ.
 - ທ່ານສາມາດຂໍການຍົກເວັ້ນກ່ອນປີຖັດໄປ ແລະ ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ (ຫຼື ຖະແຫຼງການສະໜັບສະໜູນຈາກຜູ້ກຳກັບຢາຂອງທ່ານ).
 - ເພື່ອຮຽນຮູ້ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງດໍາເນີນການເພື່ອຂໍການຍົກເວັ້ນ, ອ້າງອີງໃສ່ **Chapter 9** of your *Member Handbook* (**ໝວດ 9 ຂອງ ຄູ່ມືສະມາຊິກ ຂອງທ່ານ**)ຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກຕາມເບີໂທທີ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມໜ້າ.
 - ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຂໍການຍົກເວັ້ນ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ ຫຼື ຜູ້ຈັດການກໍລະນີຂອງທ່ານ. ອ້າງອີງໃສ່ **Chapter 2 and 3** of your *Member Handbook* (**ໝວດ 2 ແລະ 3 ໃນ ຄູ່ມືສະມາຊິກ**) ຂອງທ່ານເພື່ອຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບວິທີການຕິດຕໍ່ຜູ້ຈັດການກໍລະນີຂອງທ່ານ.
 - ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງປະລິມານຢາຊົ່ວຄາວ.
 - ໃນບາງສະຖານະການ, ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງປະລິມານຢາ **ຊົ່ວຄາວ** ລະຫວ່າງ (90) ມື້ ທໍາອິດຂອງປີປະຕິທິນ.
 - ປະລິມານຢາຊົ່ວຄາວນີ້ ແມ່ນມີປະລິມານສູງເຖິງ (31) ມື້ ຫຼື ໜຶ່ງເດືອນ. (ເພື່ອຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບເວລາທີ່ທ່ານສາມາດຂໍປະລິມານຢາຊົ່ວຄາວ ແລະ ວິທີການຂໍປະລິມານຢາຊົ່ວຄາວ, ກະລຸນາອ້າງອີງໃສ່ **Chapter 5** of your *Member Handbook* (**ໝວດ 5 ຂອງ ຄູ່ມືສະມາຊິກ ຂອງທ່ານ**).)
- ເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບປະລິມານຢາຊົ່ວຄາວ, ກະລຸນາໂອ້ລົມກັບທ່ານໝໍຂອງທ່ານກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ຕ້ອງດໍາເນີນການເມື່ອປະລິມານຢາຂອງທ່ານໝົດ. ທ່ານສາມາດປ່ຽນໄປໃຊ້ຢາຊະນິດອື່ນໆທີ່ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຍົກເວັ້ນທ່ານ ແລະ ຄຸ້ມຄອງຢາປັດຈຸບັນຂອງທ່ານ.

ຂໍ້ຄວາມທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍສໍາລັບວັກຊີນ

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງວັກຊີນສ່ວນໃຫຍ່ໃນພາກ D ໂດຍທີ່ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງເສຍຄ່າ.

ການປ່ຽນແປງໃນຕົ້ນທຶນຢາຕາມຄໍາສັ່ງແພດ

ພວກເຮົາໄດ້ຍ້າຍຢາທຸກຊະນິດໃນລາຍການຢາເຂົ້າຂັ້ນໜຶ່ງ.

ຕາຕະລາງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ຈະສະແດງຕົ້ນທຶນຂອງທ່ານສໍາລັບຢາຂັ້ນດຽວຂອງທ່ານໃນແຕ່ລະສູດຢາຂັ້ນ 1 ຂອງພວກເຮົາ.



ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ, ກະລຸນາໂທຫາ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ທີ່ເບີໂທ (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ມື້ ຕໍ່ອາທິດ, 8 a.m. ຫາ 8 p.m. ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ. ການໂທແມ່ນບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ. **ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ,** ກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງ MolinaHealthcare.com/Medicare.

	2023 (ປີນີ້)	2024 (ປີຖັດໄປ)
ຢາຕາມຄໍາສັ່ງແພດຂອງພາກ D ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງວັກຊີນຂອງພາກ D ໂດຍທີ່ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງເສຍຄ່າ	ຢາທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງຂອງພາກ D ໃນສູດຢາຂອງແຜນປະກັນແມ່ນຂຶ້ນທີ່ແຕກຕ່າງກັນ. ເພາະທ່ານມີ Medi-Cal, ທ່ານຈຶ່ງລົງທະບຽນໃນ “ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມ” ແລ້ວ, ເຊິ່ງຍັງເອີ້ນອີກວ່າ ເງິນອຸດໜຸນລາຍໄດ້ຕໍ່າ, ໃນປີ 2023, ຕົ້ນທຶນຂອງທ່ານສໍາລັບຢາຕາມຄໍາສັ່ງແພດທີ່ເຕີມໃນຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍແມ່ນຈະຂຶ້ນກັບການຈ່າຍເງິນຮ່ວມແບບອຸດໜຸນລາຍໄດ້ຕໍ່າ (Low-Income Subsidy, LIS) ຂອງທ່ານແລະ ຂຶ້ນຂອງຢາ.	ຢາທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງຂອງພາກ D ໃນສູດຢາຂອງແຜນປະກັນຈະຢູ່ໃນໜຶ່ງຂຶ້ນ. ເພາະທ່ານມີ Medi-Cal, ທ່ານຈຶ່ງລົງທະບຽນໃນ “ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມ” ແລ້ວ, ເຊິ່ງຍັງເອີ້ນອີກວ່າ ເງິນອຸດໜຸນລາຍໄດ້ຕໍ່າ. ໃນປີ 2024, ຕົ້ນທຶນຂອງທ່ານສໍາລັບຢາຕາມຄໍາສັ່ງແພດທີ່ເຕີມໃນຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍແມ່ນຈະມີມູນຄ່າ \$0 ຕະຫຼອດໄລຍະທັງໝົດຂອງສິດທິປະໂຫຍດຢາຕາມຄໍາສັ່ງແພດຂອງພາກ D ທີ່ມີສິດທິປະໂຫຍດປັບປຸງຂອງການອອກແບບການປະກັນທີ່ອີງໃສ່ຄຸນຄ່າ (Value Based Insurance Design, VBID).

E. ການປ່ຽນແປງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການບໍລິຫານ

ພວກເຮົາກໍາລັງດໍາເນີນການປ່ຽນແປງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການບໍລິຫານໃນປີຖັດໄປ. ຂໍ້ມູນໃນຕາຕະລາງຢູ່ຂ້າງລຸ່ມຈະອະທິບາຍການປ່ຽນແປງເຫຼົ່ານີ້ .

	2023 (ປີນີ້)	2024 (ປີຖັດໄປ)
ສັນຍາ/ແພັກເກັດສິດທິປະໂຫຍດແຜນປະກັນ (PBP) ຂອງທ່ານມີການປ່ຽນແປງ.	H5810-016	H3038-003

F. ການເລືອກແຜນປະກັນ

F1. ການໃຊ້ບໍລິການແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຕໍ່

ພວກເຮົາຫວັງວ່າຈະສາມາດຮັກສາທ່ານໄວ້ໃນຖານະສະມາຊິກແຜນປະກັນ. ທ່ານບໍ່ຈະເປັນຕ້ອງເຮັດຫຍັງເພື່ອຢູ່ໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຕໍ່. ຖ້າທ່ານ ບໍ່ ປ່ຽນໄປໃຊ້ແຜນປະກັນອື່ນຂອງ Medicare ຫຼື ປ່ຽນໄປໃຊ້ Original Medicare, ທ່ານຈະລົງທະບຽນເປັນສະມາຊິກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາສໍາລັບປີ 2024 ໂດຍອັດຕະໂນມັດ.

F2. ການປ່ຽນແປງແຜນປະກັນ

ຄົນສ່ວນໃຫຍ່ທີ່ມີ Medicare ສາມາດສື່ນສຸດຄວາມເປັນສະມາຊິກຂອງພວກເຂົາລະຫວ່າງເວລາໃດໜຶ່ງໃນປີ. ເພາະທ່ານມີ Medi-Cal, ທ່ານອາດສາມາດສື່ນສຸດຄວາມເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ປ່ຽນໄປໃຊ້ແຜນປະກັນອື່ນໄດ້ໜຶ່ງຄັ້ງລະຫວ່າງແຕ່ລະ **ຊ່ວງເວລາການລົງທະບຽນທີ່ພິເສດ** ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ມັງກອນຫາມີນາ
- ເມສາຫາມິຖຸນາ
- ກໍລະກົດຫາກັນຍາ

ນອກຈາກຊ່ວງເວລາການລົງທະບຽນທີ່ພິເສດເຫຼົ່ານີ້, ທ່ານອາດສື່ນສຸດຄວາມເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາລະຫວ່າງຊ່ວງເວລາດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- **ຊ່ວງເວລາລົງທະບຽນປະຈຳປີ**, ເຊິ່ງມີໄລຍະຕັ້ງແຕ່ວັນທີ 15 ຕຸລາຈົນຮອດວັນທີ 7 ທັນວາ. ຖ້າທ່ານເລືອກແຜນປະກັນໃໝ່ລະຫວ່າງຊ່ວງເວລານີ້, ຄວາມເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈະສື່ນສຸດໃນວັນທີ 31 ທັນວາ ແລະ ຄວາມເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນປະກັນໃໝ່ຈະເລີ່ມຕົ້ນໃນວັນທີ 1 ມັງກອນ.
- **ຊ່ວງເວລາການລົງທະບຽນແບບເປີດຂອງ Medicare Advantage (MA)**, ເຊິ່ງມີໄລຍະຕັ້ງແຕ່ວັນທີ 1 ມັງກອນຈົນຮອດວັນທີ 31 ມີນາ. ຖ້າທ່ານເລືອກແຜນປະກັນໃໝ່ລະຫວ່າງຊ່ວງເວລານີ້, ຄວາມເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນປະກັນໃໝ່ຈະເລີ່ມຕົ້ນໃນມື້ ທຳອິດຂອງເດືອນຖັດໄປ.

ອາດມີສະຖານະການອື່ນໆທີ່ທ່ານມີສິດດຳເນີນການປ່ຽນແປງໃນການລົງທະບຽນຂອງທ່ານ. ຕົວຢ່າງ ເມື່ອ:

- ທ່ານຍ້າຍອອກຈາກພື້ນທີ່ບໍລິການຂອງພວກເຮົາ
- ເງື່ອນໄຂສິດຂອງທ່ານສຳລັບ Medi-Cal ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມມີການປ່ຽນແປງ **ຫຼື**
- ຖ້າທ່ານຍ້າຍເຂົ້າມາເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້, ກຳລັງຮັບການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ຫາກໍ່ຍ້າຍອອກຈາກສະຖານພະຍາບານ ຫຼື ໂຮງໝໍດູແລໄລຍະຍາວ.

ການບໍລິການ Medicare ຂອງທ່ານ

ທ່ານມີສາມຕົວເລືອກເພື່ອຮັບການບໍລິການ Medicare ຂອງທ່ານ. ໂດຍການເລືອກໜຶ່ງໃນຕົວເລືອກເຫຼົ່ານີ້, ທ່ານຈະສື່ນສຸດຄວາມເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໂດຍອັດຕະໂນມັດ.



ການອະນຸມັດ OMB 0938-1444 (ໝົດອາຍຸ: ວັນທີ 30 ມິຖຸນາ 2026)
ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ, ກະລຸນາໂທຫາ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ທີ່ເບີໂທ (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ມື້ ຕໍ່ອາທິດ, 8 a.m. ຫາ 8 p.m. ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ. ການໂທແມ່ນບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ. **ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ**, ກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງ MolinaHealthcare.com/Medicare.

1. ທ່ານສາມາດປ່ຽນໄປໃຊ້: ແຜນປະກັນສຸຂະພາບອື່ນຂອງ Medicare, ລວມເຖິງ Medicare Medi-Cal Plan ອື່ນ	ນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດ: ໂທຫາ Medicare ທີ່ເບີໂທ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ ຕໍ່ອາທິດ. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-877-486-2048. ສໍາລັບການສອບຖາມກ່ຽວກັບໂຄງການການດູແລຄອບຄຸມທັງໝົດສໍາລັບຜູ້ສູງອາຍຸ (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), ກະລຸນາໂທຫາ 1-855-921-PACE (7223). ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ: ■ ໂທຫາ California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) ທີ່ເບີໂທ 1-800-434-0222, ວັນຈັນຈົນຮອດວັນສຸກ ຕັ້ງແຕ່ເວລາ 8:00 a.m. ຫາ 5:00 p.m. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ເພື່ອຊອກຫາທ້ອງຖານ HICAP ທ້ອງຖິ່ນໃນພື້ນທີ່ຂອງທ່ານ, ກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. ຫຼື ລົງທະບຽນໃນແຜນປະກັນໃໝ່ຂອງ Medicare. ທ່ານຈະຖືກຍົກເລີກການລົງທະບຽນຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໂດຍອັດຕະໂນມັດເມື່ອການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນໃໝ່ຂອງທ່ານເລີ່ມຕົ້ນຂຶ້ນ. ແຜນປະກັນ Medi-Cal ຂອງທ່ານອາດມີການປ່ຽນແປງ.
2. ທ່ານສາມາດປ່ຽນໄປໃຊ້: Original Medicare ທີ່ມີແຜນຢາຕາມຄໍາສັ່ງແພດ Medicare ແຍກ	ນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດ: ໂທຫາ Medicare ທີ່ເບີໂທ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ ຕໍ່ອາທິດ. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-877-486-2048. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ: ■ ໂທຫາ California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) ທີ່ເບີໂທ 1-800-434-0222, ວັນຈັນຈົນຮອດວັນສຸກ ຕັ້ງແຕ່ເວລາ 8:00 a.m. ຫາ 5:00 p.m. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ເພື່ອຊອກຫາທ້ອງຖານ HICAP ທ້ອງຖິ່ນໃນພື້ນທີ່ຂອງທ່ານ, ກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. ຫຼື ລົງທະບຽນໃນແຜນຢາຕາມຄໍາສັ່ງແພດ Medicare ໃໝ່. ທ່ານຈະຖືກຍົກເລີກການລົງທະບຽນຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໂດຍອັດຕະໂນມັດເມື່ອການຄຸ້ມຄອງ Original Medicare ຂອງທ່ານເລີ່ມຕົ້ນຂຶ້ນ. ແຜນປະກັນ Medi-Cal ຂອງທ່ານຈະບໍ່ມີການປ່ຽນແປງ.

ການອະນຸມັດ OMB 0938-1444 (ໝົດອາຍຸ: ວັນທີ 30 ມິຖຸນາ 2026)



ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ, ກະລຸນາໂທຫາ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ທີ່ເບີໂທ (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ມື້ ຕໍ່ອາທິດ, 8 a.m. ຫາ 8 p.m. ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ. ການໂທແມ່ນບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ. **ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ,** ກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງ MolinaHealthcare.com/Medicare.

3. ທ່ານສາມາດປ່ຽນໄປໃຊ້:**Original Medicare ທີ່ບໍ່ມີແຜນຢາຕາມຄໍາສັ່ງແພດ Medicare ແຍກ**

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານປ່ຽນໄປໃຊ້ Original Medicare ແລະ ບໍ່ລົງທະບຽນໃນແຜນຢາຕາມຄໍາສັ່ງແພດ Medicare ແຍກ, Medicare ອາດລົງທະບຽນທ່ານໃນແຜນຢາ, ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານໄດ້ແຈ້ງຕໍ່ Medicare ວ່າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມ.

ທ່ານຄວນອອກຈາກການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມຄໍາສັ່ງແພດ ເມື່ອທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງຢາຈາກແຫຼ່ງອື່ນເທົ່ານັ້ນ, ເຊັ່ນ: ຜູ້ຈ້າງງານ ຫຼື ສະຫະພັນ. ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບວ່າທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງມີການຄຸ້ມຄອງຢາ ຫຼື ບໍ່, ກະລຸນາໂທຫາ California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) ທີ່ເບີໂທ 1-800-434-0222, ວັນຈັນຈົນຮອດວັນສຸກ ຕັ້ງແຕ່ 8:00 a.m. ຫາ 5:00 p.m. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ເພື່ອຊອກຫາທ້ອງຖານ HICAP ທ້ອງຖິ່ນໃນພື້ນທີ່ຂອງທ່ານ, ກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

ນີ້ ແມ່ນສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດ:

ໂທຫາ Medicare ທີ່ເບີໂທ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ ຕໍ່ອາທິດ. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-877-486-2048.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ:

- ໂທຫາ California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) ທີ່ເບີໂທ 1-800-434-0222, ວັນຈັນຈົນຮອດວັນສຸກ ຕັ້ງແຕ່ເວລາ 8:00 a.m. ຫາ 5:00 p.m. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ເພື່ອຊອກຫາທ້ອງຖານ HICAP ທ້ອງຖິ່ນໃນພື້ນທີ່ຂອງທ່ານ, ກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

ທ່ານຈະຖືກຍົກເລີກການລົງທະບຽນຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໂດຍອັດຕະໂນມັດ ເມື່ອການຄຸ້ມຄອງ Original Medicare ຂອງທ່ານເລີ່ມຕົ້ນຂຶ້ນ.

ແຜນປະກັນ Medi-Cal ຂອງທ່ານຈະບໍ່ມີການປ່ຽນແປງ.

ການບໍລິການ Medi-Cal ຂອງທ່ານ

ສໍາລັບຄໍາຖາມກ່ຽວກັບວິທີການເລືອກແຜນປະກັນ Medi-Cal ຫຼື ຮັບການບໍລິການ Medi-Cal ຂອງທ່ານຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານອອກຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຝ່າຍຕົວເລືອກການດູແລສຸຂະພາບທີ່ເບີໂທ 1-800-430-4263, ວັນຈັນ – ວັນສຸກ ຕັ້ງແຕ່ 8:00 a.m. ຫາ 6:00 p.m. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-800-430-7077. ສອບຖາມກ່ຽວກັບວ່າການເຂົ້າຮ່ວມແຜນປະກັນອື່ນໆ ຫຼື ການກັບໄປໃຊ້ Original Medicare ຈະສົ່ງຜົນກະທົບແນວໃດຕໍ່ວິທີການທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal ຂອງທ່ານ.

G. ການຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ**G1. ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ**

ພວກເຮົາຢູ່ບ່ອນນີ້ ເພື່ອໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໜຶ່ງ. ກະລຸນາໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກຕາມເບີໂທທີ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມໜ້າລະຫວ່າງນີ້ ແລະ ຊົ່ວໂມງປະຕິບັດງານທີ່ລະບຸໄວ້. ການໂທເຫຼົ່ານີ້ ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.



ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ, ກະລຸນາໂທຫາ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ທີ່ເບີໂທ (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ມື້ ຕໍ່ອາທິດ, 8 a.m. ຫາ 8 p.m. ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ. ການໂທແມ່ນບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງ MolinaHealthcare.com/Medicare.

ອ່ານ ຄູ່ມືສະມາຊິກ ຂອງທ່ານ

ຄູ່ມືສະມາຊິກ ຂອງທ່ານແມ່ນຄໍາອະທິບາຍທາງກົດໝາຍ ແລະ ລະອຽດກ່ຽວກັບສິດທິປະໂຫຍດໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ. ມັນມີລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບສິດທິປະໂຫຍດ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສໍາລັບປີ 2024. ມັນອະທິບາຍສິດຂອງທ່ານ ແລະ ກົດລະບຽບທີ່ຕ້ອງປະຕິບັດຕາມເພື່ອຮັບການບໍລິການ ແລະ ຢາຕາມຄໍາສັ່ງແພດທີ່ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງ.

ຄູ່ມືສະມາຊິກ ສໍາລັບປີ 2024 ຈະພ້ອມໃຫ້ອ່ານພາຍໃນວັນທີ 15 ຕຸລາ. ທ່ານຍັງສາມາດກວດເບິ່ງ ຄູ່ມືສະມາຊິກ ທີ່ສົ່ງແຍກທາງໄປສະນີ ເພື່ອກວດເບິ່ງວ່າສິດທິປະໂຫຍດ ທີ່ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອື່ນໆຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ທ່ານ ຫຼື ບໍ່. ສໍາເນົາຫຼ້າສຸດຂອງ ຄູ່ມືສະມາຊິກ ແມ່ນມີໃຫ້ໃນເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາ ທີ່ www.MolinaHealthcare.com/Medicare. ທ່ານຍັງສາມາດໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກຕາມເບີໂທທີ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມໜ້າເພື່ອຂໍໃຫ້ພວກເຮົາສົ່ງ ຄູ່ມືສະມາຊິກ ສໍາລັບປີ 2024 ໄປໃຫ້ທ່ານ.

ເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາ

ທ່ານສາມາດເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາທີ່ www.MolinaHealthcare.com/Medicare. ເພື່ອເປັນການແຈ້ງເຕືອນ, ເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາມີຂໍ້ມູນຫຼ້າສຸດກ່ຽວກັບເຄືອຂ່າຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາຂອງພວກເຮົາ (ບັນຊີລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ) ແລະ ລາຍການຢາຂອງພວກເຮົາ (ລາຍການຢາທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງ).

G2. ໂຄງການໃຫ້ຄໍາປຶກສາ ແລະ ສົ່ງເສີມການປະກັນສຸຂະພາບ (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

ທ່ານຍັງສາມາດໂທຫາໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດ (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). ໃນລັດ California, SHIP ແມ່ນເອີ້ນວ່າໂຄງການໃຫ້ຄໍາປຶກສາ ແລະ ສົ່ງເສີມການປະກັນສຸຂະພາບ (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). ຜູ້ໃຫ້ຄໍາປຶກສາ HICAP ສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານເຂົ້າໃຈໃນການເລືອກແຜນປະກັນຂອງທ່ານ ແລະ ຕອບຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການປ່ຽນແຜນປະກັນ. HICAP ບໍ່ມີຄວາມພົວພັນກັບພວກເຮົາ ຫຼື ກັບບໍລິສັດປະກັນ ຫຼື ແຜນປະກັນສຸຂະພາບໃດໜຶ່ງ. HICAP ມີຜູ້ໃຫ້ຄໍາປຶກສາທີ່ຜ່ານການຝຶກອົບຮົມໃນທຸກເຂດປົກຄອງ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. ໝາຍເລກໂທລະສັບຂອງ HICAP ແມ່ນ 1-800-434-0222. TTY 711. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ເພື່ອຊອກຫາຫ້ອງການ HICAP ທ້ອງຖິ່ນໃນພື້ນທີ່ຂອງທ່ານ, ກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

G3. ໂຄງການກວດກາ

Medicare Medi-Cal Ombuds Program ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໄດ້ ຖ້າທ່ານມີບັນຫາກັບແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ. ການບໍລິການກວດກາແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ ແລະ ມີໃຫ້ໃນທຸກພາສາ. Medicare Medi-Cal Ombuds Program:

- ເຮັດໜ້າທີ່ເປັນຕົວແທນທາງກົດໝາຍຂອງທ່ານ. ພວກເຂົາສາມາດຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆ ຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຄໍາຮ້ອງທຸກ ແລະ ສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານເຂົ້າໃຈສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດ.
- ເຮັດໃຫ້ທ່ານແນ່ໃຈວ່າທ່ານມີຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສິດ ແລະ ການປົກປ້ອງຂອງທ່ານ ແລະ ວິທີການທີ່ທ່ານສາມາດແກ້ໄຂຄວາມກັງວົນຂອງທ່ານ.
- ບໍ່ມີຄວາມພົວພັນກັບພວກເຮົາ ຫຼື ກັບບໍລິສັດປະກັນ ຫຼື ແຜນປະກັນສຸຂະພາບໃດໜຶ່ງ. ເບີໂທລະສັບສໍາລັບ Medicare Medi-Cal Ombuds Program ແມ່ນ 1-888-804-3536.

G4. Medicare

ເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນຈາກ Medicare ໂດຍກົງ, ກະລຸນາໂທຫາ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ ຕໍ່ອາທິດ. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-877-486-2048.



ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ, ກະລຸນາໂທຫາ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ທີ່ເບີໂທ (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ມື້ ຕໍ່ອາທິດ, 8 a.m. ຫາ 8 p.m. ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ. ການໂທແມ່ນບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງ MolinaHealthcare.com/Medicare.

ເວັບໄຊຂອງ Medicare

ທ່ານສາມາດເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊຂອງ Medicare (www.medicare.gov). ຖ້າທ່ານເລືອກຍົກເລີກການລົງທະບຽນຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ ແລະ ລົງທະບຽນໃນແຜນປະກັນອື່ນຂອງ Medicare, ເວັບໄຊຂອງ Medicare ມີຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຕົ້ນທຶນ, ການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ການຈັດອັນດັບຄຸນນະພາບເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານປຽບທຽບແຜນປະກັນ.

ທ່ານສາມາດຊອກຫາຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບແຜນປະກັນ Medicare ທີ່ມີໃຫ້ໃນພື້ນທີ່ຂອງທ່ານໂດຍໃຊ້ຕົວຊອກຫາແຜນປະກັນ Medicare ໃນເວັບໄຊຂອງ Medicare. (ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບແຜນປະກັນ, ກະລຸນາອ້າງອີງໃສ່ www.medicare.gov ແລະ ຄລິກໃສ່ “ຊອກຫາແຜນປະກັນ.”)

Medicare ແລະ ທ່ານໃນປີ 2024

ທ່ານສາມາດອ່ານຄູ່ມື Medicare ແລະ ທ່ານໃນປີ 2024. ທຸກໆປີໃນລະດູໃບໄມ້ລົ່ມ, ໜັງສືນ້ອຍເຫຼົ່ານີ້ ຈະຖືກສົ່ງໄປໃຫ້ຄົນທີ່ Medicare ທາງໄປສະນີ. ມັນມີຂໍ້ສະຫຼຸບຂອງສິດທິປະໂຫຍດຂອງ Medicare, ສິດ ແລະ ການປົກປ້ອງ ແລະ ຕອບຄໍາຖາມທີ່ຖາມຫຼາຍທີ່ສຸດກ່ຽວກັບ Medicare. ຄູ່ມືນີ້ ແມ່ນຍັງມີໃຫ້ເປັນພາສາແອັດສະປາຍ, ພາສາຈີນ ແລະ ພາສາຫວຽດນາມ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີສໍາເນົາຂອງໜັງສືນ້ອຍເຫຼົ່ານີ້, ທ່ານສາມາດຂໍໄດ້ທີ່ເວັບໄຊຂອງ Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) ຫຼື ໂດຍການໂທຫາ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ ຕໍ່ອາທິດ. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-877-486-2048.

G5. California Department of Managed Health Care

California Department of Managed Health Care (DMHC) ຮັບຜິດຊອບສໍາລັບການຄວບຄຸມແຜນບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ. ສູນຊ່ວຍເຫຼືອ DMHC ສາມາດໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອແກ່ທ່ານໃນເລື່ອງການອຸທອນ ແລະ ການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການບໍລິການຂອງ Medi-Cal. ຖ້າທ່ານມີຄໍາຮ້ອງທຸກຕໍ່ແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ທ່ານຄວນໂທຫາແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານທີ່ໝາຍເລກ (855) 665-4627, TTY: 711 ກ່ອນ ແລະ ໃຊ້ຂະບວນການຮ້ອງທຸກຂອງແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານກ່ອນຕິດຕໍ່ພະແນກ. ການນໍາໃຊ້ຂັ້ນຕອນວິທີການຮ້ອງທຸກນີ້ ຈະບໍ່ກໍານົດທຳມາດສິດທິທາງກົດໝາຍ ຫຼື ການຊົດເຊີຍໃດໜຶ່ງທີ່ອາດເປັນໄປໄດ້ສໍາລັບທ່ານ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບສະພາວະສຸກເສີນ, ຄໍາຮ້ອງທຸກທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການແກ້ໄຂຈາກແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາຈົນເປັນທີ່ພໍໃຈ ຫຼື ຄໍາຮ້ອງທຸກທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບການແກ້ໄຂເປັນເວລາຫຼາຍກວ່າ 30 ມື້, ທ່ານສາມາດໂທຫາພະແນກເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ. ທ່ານຍັງມີສິດສໍາລັບການກວດສອບທາງການແພດອິດສະຫຼະ (Independent Medical Review, IMR). ຖ້າທ່ານມີສິດສໍາລັບ IMR, ຂະບວນການ IMR ຈະໃຫ້ການກວດສອບຢ່າງເປັນທຳກ່ຽວກັບຄໍາຕັດສິນທາງການແພດທີ່ດໍາເນີນການໂດຍແຜນປະກັນສຸຂະພາບ ໂດຍກ່ຽວຂ້ອງກັບຄວາມຈໍາເປັນທາງການແພດຂອງການບໍລິການ ຫຼື ການປິ່ນປົວທີ່ສະເໜີ, ການຕັດສິນໃຈການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບການປິ່ນປົວທີ່ມີລັກສະນະເປັນການທົດລອງ ຫຼື ການສືບຕໍ່ ແລະ ຂໍ້ຂັດແຍ່ງການຈ່າຍເງິນສໍາລັບການບໍລິການທາງການແພດສຸກເສີນ ຫຼື ຮີບດ່ວນ. ພະແນກຍັງມີເບີໂທຟຣີ **(1-888-466-2219)** ແລະ ສາຍໂທ TDD **(1-877-688-9891)** ສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ບົກຜ່ອງດ້ານການໄດ້ຍິນ ແລະ ການປາກເວົ້າ. ເວັບໄຊອິນເຕີເນັດຂອງພະແນກ www.dmhc.ca.gov ມີແບບຟອມຄໍາຮ້ອງທຸກ, ແບບຟອມສະໝັກ ແລະ ຄໍາສັ່ງ IMR ຢູ່ອອນລາຍ.



ການຂໍເນື້ອຫາທີ່ ສໍາຄັນຂອງແຜນປະກັນ



ວິທີການຂໍເອກະສານທີ່ສໍາຄັນຂອງແຜນປະກັນ

ທ່ານສໍາຄັນສໍາລັບພວກເຮົາ! ພວກເຮົາເຮັດໃຫ້ຂັ້ນຕອນງ່າຍຂຶ້ນ ເພື່ອວ່າທ່ານຈະສາມາດຮັບຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານຕ້ອງການ. ເຂົ້າເບິ່ງອອນລາຍເພື່ອເບິ່ງເອກະສານທີ່ສໍາຄັນຂອງແຜນປະກັນ ແລະ ຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ. ທ່ານຍັງສາມາດຊອກຫາຢາຕາມຄໍາສັ່ງແພດຂອງທ່ານໄດ້ທຸກເວລາ, ທຸກບ່ອນ, ຈາກອຸປະກອນໃດໜຶ່ງ. ເອກະສານແຜນປະກັນສໍາລັບປີ **2024** ຂອງທ່ານ, ເຊັ່ນ: ຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ, ສູດຢາ ແລະ ບັນຊີລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ/ຮ້ານຂາຍຢາແມ່ນຈະພ້ອມໃຫ້ອ່ານທາງອອນລາຍພາຍໃນວັນທີ **15 ຕຸລາ 2023**.

ຮູ້ຈັກເອກະສານແຜນປະກັນຂອງທ່ານ

- **ຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງ (EOC):** ຄູ່ມືກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນຂອງທ່ານ. ມັນມີລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບສິດທິປະໂຫຍດ ແລະ ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ, ສິດຂອງສະມາຊິກ ແລະ ອື່ນໆອີກ.
- **ສູດຢາ:** ລາຍການຢາທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ແຜນປະກັນຂອງທ່ານ.
- **ບັນຊີລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ/ຮ້ານຂາຍຢາ:** ລາຍຊື່ທ່ານໝໍ, ຜູ້ຊ່ຽວຊານ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍພ້ອມກັບເບີໂທລະສັບ ແລະ ທີ່ຢູ່ ທ່ານສາມາດຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍໂດຍໃຊ້ບັນຊີລາຍຊື່ອອນລາຍຂອງພວກເຮົາທີ່ [MolinaHealthcare.com/ProviderSearch](https://www.molinahealthcare.com/ProviderSearch)
- **ແຈ້ງການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ:** ແຈ້ງການສະບັບນີ້ ອະທິບາຍວ່າອາດມີການນໍາໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດກ່ຽວກັບທ່ານແນວໃດ ແລະ ທ່ານຈະສາມາດເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນນີ້ ໄດ້ແນວໃດ. ນີ້ ແມ່ນພົບເຫັນໄດ້ໃນເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາທີ່ https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/terms_privacy.aspx

ວິທີການເບິ່ງ ຫຼື ຮ້ອງຂໍສໍາເນົາເອກະສານແຜນປະກັນ



ອອນລາຍທີ່ [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.molinahealthcare.com/Medicare)

ເບິ່ງ ຫຼື ດາວໂຫຼດສໍາເນົາເອກະສານແຜນປະກັນຂອງທ່ານອອນລາຍໄດ້ທຸກເວລາ, ທຸກບ່ອນ. ໃຊ້ອຸປະກອນໃດໜຶ່ງ, ເຊັ່ນ: ຄອມພິວເຕີ, ແທັບເລັດ ຫຼື ໂທລະສັບມືຖືຂອງທ່ານ. ເອກະສານແຜນປະກັນສໍາລັບປີ 2024 ຂອງທ່ານຈະພ້ອມໃຫ້ອ່ານທາງອອນລາຍພາຍໃນວັນທີ 15 ຕຸລາ 2023.



ອອນລາຍທີ່ [MyMolina.com](https://www.mymolina.com).

ເຂົ້າເບິ່ງພອດທໍສະມາຊິກບໍລິການຕົນເອງຂອງພວກເຮົາ ເພື່ອເບິ່ງເອກະສານແຜນປະກັນຂອງທ່ານທາງອອນລາຍຕະຫຼອດ 24/7 ຫຼື ຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ. ເຂົ້າສູ່ລະບົບພອດທໍສະມາຊິກ My Molina ຂອງທ່ານ ຫຼື ຕັ້ງບັນຊີທີ່ [MyMolina.com](https://www.mymolina.com). ຄລິກ “ສ້າງບັນຊີ” ແລະ ປະຕິບັດຕາມຄໍາສັ່ງເທື່ອລະຂັ້ນຕອນເພື່ອສະໝັກ.



ໂທຟຣີ.

ແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮັບຊາບ ຖ້າທ່ານບໍ່ມີຄອມພິວເຕີ ຫຼື ຖ້າທ່ານເລືອກໃຫ້ສັ່ງສໍາເນົາສະບັບພິມອອກຂອງ EOC, ສູດຢາ ຫຼື ບັນຊີລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ/ຮ້ານຂາຍຢາໄປໃຫ້ທ່ານ. ເພື່ອຮ້ອງຂໍສໍາເນົາສະບັບພິມອອກຂອງເອກະສານແຜນປະກັນ, ກະລຸນາໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກໂດຍໂທຟຣີທີ່ເບີໂທ **(855) 665-4627, TTY: 711, ວັນຈັນ - ວັນສຸກ, 8 a.m. ຫາ 8 p.m. ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ**.

ພວກເຮົາພ້ອມທີ່ຈະໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອແກ່ທ່ານ

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບສິດທິປະໂຫຍດຂອງທ່ານ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ຕ້ອງການເຊົາຮັບເນື້ອທີ່ທີ່ສັ່ງທາງໄປສະນີ, ກະລຸນາໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກທີ່ເບີໂທ **(855) 665-4627, TTY: 711**.

Y0050_24_3526_LRWelcKitElectNote_C

ການອະນຸມັດ OMB 0938-1444 (ໝົດອາຍຸ: ວັນທີ 30 ມິຖຸນາ 2026)



ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ, ກະລຸນາໂທຫາ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ທີ່ເບີໂທ **(855) 665-4627, TTY: 711, 7 ມື້ ຕໍ່ອາທິດ, 8 a.m. ຫາ 8 p.m. ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ.** ການໂທແມ່ນບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ. **ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ,** ກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງ [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.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 lib्रेng 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 لمجانلة أي أسئلة ترا وحدوك الخطة ال صأحوية خطة الأدوية. لدينا ول وللحص على مترجم فوري، 1. ويلمك نشخص يث تحد ا للغة 1-855-665-4627 تفضل بالا تبصنال على ا مل 8 ر 9 ق 08. مساعد تتأكد مهذه الخدم. ة 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 քարզմանը ախտի 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. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

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 ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ 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_C016

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.

