

Wellcare No Premium Focus (HMO) , 提供廠商是 Health Net Of California, Inc.

2024 年的年度變更通知

您目前已投保 Wellcare No Premium (HMO) 計劃，成為保戶。明年將會對本計劃的費用和給付進行部分變更。請參閱第 4 頁的「重要費用摘要」，其中包括「保費」。

本文件將說明您計劃的相關變更。如需有關費用、福利或規則的更多資訊，請參閱《承保證明》，該證明可於我們的網站上找到，網址是 www.wellcare.com/healthnetCA。您也可以致電保戶服務部，請我們寄一份《承保證明》給您。

- 您可以在 10 月 15 日至 12 月 7 日期間對您明年的 Medicare 承保進行變更。

現在該怎麼做

1. 詢問：哪些變更適用於您

- ☐ 檢查我們的給付和費用變更是否對您有影響。
 - 查看醫療照護費用的相關變更 (醫師、醫院)。
 - 查看我們藥物承保的相關變更，包括授權規定和費用。
 - 思考要花費在保費、自付額和分攤費用上的金額。
- ☐ 查看 2024 年「藥物清單」中的變更，確認目前使用的藥物是否仍屬於承保範圍內。
- ☐ 查看您的主治醫生、專科醫師、醫院及其他服務提供者 (包括藥房) 明年是否仍屬於我們的網絡。
- ☐ 考慮您對我們的計劃是否滿意。

2. 比較：瞭解其他計劃選擇

- ☐ 查看您所在區域的計劃承保及成本。您可以在 www.medicare.gov/plan-compare 網站上使用 Medicare 計劃尋找器，或查看《2024 年 Medicare 與您》手冊背面的清單。
- ☐ 當您將您的選擇縮窄至首選計劃時，可在該計劃的網站上確認您的費用及承保範圍。

3. 選擇：決定您是否想要更改計劃

- 如果您未在 2023 年 12 月 7 日之前加入另一項計劃，您將繼續投保 Wellcare No Premium Focus (HMO)。
- 若要變更至**不同計劃**，您可在 10 月 15 日至 12 月 7 日之間轉換計劃。您的新保險將從 **2024 年 1 月 1 日** 生效。新保險生效後，您的 Wellcare No Premium (HMO) 投保狀態便告終止。
- 不論您是最近剛搬入、目前居住在，或剛搬出專業護理機構、長期護理醫院等機構，您皆可隨時轉換計劃或轉換到 Original Medicare (無論是否具有單獨的 Medicare 處方藥承保計劃)。

其他資源

- 本文件免費提供中文版本。
- 如需其他資訊，請聯絡我們的保戶服務部，電話是 1-800-275-4737。(TTY 使用者請撥打 711。) 在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。上述電話為免付費電話。
- 我們必須以對您有用的方式提供資訊 (使用英文以外的語言、點字版、音訊、大字印刷或其他不同格式等)。如果您需要其他格式的計劃資訊，請致電保戶服務部。
- **本項計劃的承保符合合格健康承保 (QHC) 的資格**，並滿足患者保護與可負擔護理法案 (ACA) 個人分擔責任要求。請瀏覽國稅局服務 (IRS) 網站：
www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 以瞭解更多資訊。

關於 Wellcare No Premium Focus (HMO)

- Wellcare 是 Centene Corporation 的 Medicare 品牌，是與 Medicare 簽訂合約的 HMO、PPO、PFFS、PDP 計劃，也是經批准的 Part D 贊助商。我們的 D-SNP 計劃與州 Medicaid 計劃簽有合約。投保我們的計劃取決於續約情況。
- 本文件中稱「我們」或「我們的」時均指 Health Net Of California, Inc.。本手冊中稱「本計劃」或「我們的計劃」時均指 Wellcare No Premium Focus (HMO)。

H0562_097_2024_CA_ANOC_HMAPD_126437C_M

2024 年的年度變更通知
目錄

2024 年重要費用摘要 4

第 1 節 我們變更本項計劃的名稱 8

第 2 節 明年給付和費用的變更 8

 第 2.1 節 – 每月保費的變更 8

 第 2.2 節 – 最高自付額的變更 8

 第 2.3 節 – 服務提供者和藥房網絡的變更 9

 第 2.4 節 – 有關醫療服務給付和費用的變更 9

 第 2.5 節 – Part D 處方藥物保險的變更 19

第 3 節 行政變更 24

第 4 節 決定選擇哪一個保健計劃 25

 第 4.1 節 – 如果您希望繼續投保 Wellcare No Premium Focus (HMO) 25

 第 4.2 節 – 如果您有意變更計劃 26

第 5 節 計劃變更的截止時間 26

第 6 節 提供有關 Medicare 免費諮詢服務的計劃 27

第 7 節 幫助支付處方藥物的計劃 27

第 8 節 如有問題？ 28

 第 8.1 節 – 獲得 Wellcare No Premium Focus (HMO) 的幫助 28

 第 8.2 節 – 獲得 Medicare 的幫助 28

2024 年重要費用摘要

下表針對幾個重要領域，就 Wellcare No Premium Focus (HMO) 的 2023 年費用和 2024 年費用進行比較。請注意，此表僅為費用摘要。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
月計劃保費*	\$0	\$0
*您的保費可能會高於此項金額。 如需詳細資訊，請參閱第 2.1 節。		
最高自付額	\$4,400	\$6,350
此金額是您將為 Part A 和 Part B 承保服務自費支付的最高金額。 (如需詳細資訊，請參閱第 2.2 節。)		
醫生診間門診	主治醫生門診： 每次就診共付額 \$5 專科醫師門診： 每次就診共付額 \$20	主治醫生門診： 每次就診共付額 \$0 專科醫師門診： 每次就診共付額 \$20
住院停留	對於承保的住院，每次住院： 對於每次承保的住院停留， 第 1 天至第 6 天，每天 \$275 共付額，第 7 天至第 90 天， 每天 \$0 共付額。 第 91 天至第 180 天的額外承保 天數，每天支付 \$0 共付額。	對於承保的住院，每次住院： 對於每次承保的住院停留， 第 1 天至第 5 天，每天 \$350 共付額，第 6 天至第 90 天， 每天 \$0 共付額。 不承保額外天數。
Part D 處方藥物承保 (如需詳細資訊，請參閱第 2.5 節。)	自付額：\$0	自付額：\$150，承保的胰島素 產品和大多數的成人 Part D 疫 苗除外。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
	初始承保期的共付額/共同保險金： • 層級 1 藥物 - 首選副廠藥：標準分攤費用： 您支付 \$10 共付額以取得一個月 (30 天) 的供藥量。 首選分攤費用： 您支付 \$0 共付額以取得一個月 (30 天) 的供藥量。 • 層級 2 藥物 - 副廠藥：標準分攤費用： 您支付 \$15 共付額以取得一個月(30 天) 的供藥量。 首選分攤費用： 您支付 \$0 共付額以取得一個月(30 天) 的供藥量。 • 層級 3 藥物 - 首選原廠藥：標準分攤費用： 您支付 \$47 共付額以取得一個月 (30 天) 的供藥量。 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付 \$35。 首選分攤費用： 您支付 \$37 共付額以取得一個月 (30 天) 的供藥量。 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付 \$35。	初始承保期的共付額/共同保險金： • 層級 1 藥物 - 首選副廠藥：標準分攤費用： 您支付 \$10 共付額以取得一個月 (30 天) 的供藥量。 首選分攤費用： 您支付 \$0 共付額以取得一個月 (30 天) 的供藥量。 • 層級 2 藥物 - 副廠藥：標準分攤費用： 您支付 \$15 共付額以取得一個月 (30 天) 的供藥量。 首選分攤費用： 您支付 \$0 共付額以取得一個月(30 天) 的供藥量。 • 層級 3 藥物 - 首選品牌藥品：標準分攤費用： 您支付 \$47 共付額以取得一個月 (30 天) 的供藥量。 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付 \$35。 首選分攤費用： 您支付 \$42 共付額以取得一個月 (30 天) 的供藥量。 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付 \$35。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
	- 層級 4 藥物 - 非首選藥物： 標準分攤費用： 您支付 \$100 共付額以取得一個月 (30 天) 的供藥量。 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付 \$35。 首選分攤費用： 您支付 \$90 共付額以取得一個月 (30 天) 的供藥量。 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付 \$35。 - 層級 5 藥物 - 專用層級： 標準分攤費用： 您支付費用總額的 33% 以取得一個月 (30 天) 的供藥量。 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付 \$35。 首選分攤費用： 您支付費用總額的 33% 以取得一個月 (30 天) 的供藥量。 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付 \$35。	- 層級 4 藥物 - 非首選藥物： 標準分攤費用： 您以費用總額的 41% 支付一個月 (30 天) 的供藥量。 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付 \$35。 首選分攤費用： 您以費用總額的 41% 支付一個月 (30 天) 的供藥量。 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付 \$35。 - 層級 5 藥物 - 專用層級： 標準分攤費用： 您支付費用總額的 30% 以取得一個月 (30 天) 的供藥量。 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付 \$35。 首選分攤費用： 您支付費用總額的 30% 以取得一個月 (30 天) 的供藥量。 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付 \$35。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
	- 層級 6 藥物 - 所選照護藥物： 標準分攤費用： 您支付 \$0 共付額以取得一個月 (30 天) 的供藥量。 首選分攤費用： 您支付 \$0 共付額以取得一個月 (30 天) 的供藥量。 重大傷病承保： - 在此付款階段，本計劃為您支付大部分的承保藥物。 - 針對每次處方，您需支付以下金額之較大者：相當於藥物費用 5% 的款項 (稱為共同保險金) 或共付額 (副廠藥或視為副場藥的藥物為 \$4.15，其他所有藥物為 \$10.35)。	- 層級 6 藥物 - 所選照護藥物： 標準分攤費用： 您支付 \$0 共付額以取得一個月 (30 天) 的供藥量。 首選分攤費用： 您支付 \$0 共付額以取得一個月 (30 天) 的供藥量。 重大傷病承保： - 在這個付款階段，計劃將全額支付您的 Part D 承保藥物及我們增強型福利承保的排除藥物費用。您不需支付任何費用。

第 1 節 我們變更本項計劃的名稱

在 2024 年 1 月 1 日，我們的計劃名稱將從 Wellcare No Premium (HMO) 改為 Wellcare No Premium Focus (HMO)。

您將在 2023 年 12 月 31 日當日或之前透過信件收到新 ID 卡，卡片上會顯示新計劃名稱。從此之後，所有其他有關您 2024 年計劃和給付的通訊，都將使用新的名稱。

第 2 節 明年給付和費用的變更

第 2.1 節 – 每月保費的變更

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
月保費 (您必須持續支付 Medicare Part B 保費。)	\$0	\$0

- 如果您因為沒有至少與 Medicare 藥物承保 (也稱為「可信承保」) 同樣良好的其他藥物承保超過 63 天 (含) 而需要支付終身 Part D 延遲投保罰款，您的月計劃保費將更多。
- 如果您的收入較高，那麼您可能必須每月為您 Medicare 處方藥承保直接向政府支付額外金額的保費。

第 2.2 節 – 最高自付額的變更

Medicare 要求所有保健計劃限制您一年內自費所支付的金額。此限制金額被稱為最高自付額。您達到該金額後，您在今年剩餘的時間內通常無需為所投保的 Part A 和 Part B 服務支付任何費用。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
最高自付額	\$4,400	\$6,350
您的承保醫療服務費用 (例如共付額) 也納入您的最高自付額。您的處方藥費用不會計入您的最高自付額。		當您已經自費支付 Part A 及 Part B 承保服務費用達 \$6,350 之後，您在該年度剩餘時間內，將無需再為 Part A 及 Part B 承保服務支付任何費用。

第 2.3 節 – 服務提供者和藥房網絡的變更

我們的網站 www.wellcare.com/healthnetCA 上也有更新的名錄。您也可以致電保戶服務部索取服務提供者和/或藥房的最新資訊，或要求我們將名錄寄送給您，我們將在三個工作日內寄出。

以下為我們明年網絡內服務提供者的變更情況。請查閱 **2024 年服務提供者與藥房名錄**，瞭解您的服務提供者 (主治醫生、專科醫師、醫院等) 是否屬於我們的網絡。

以下為我們明年網絡內藥房的變更情況。請查閱 **2024 年服務提供者與藥房名錄**，瞭解哪些藥房屬於我們的網絡。

您須瞭解，我們可能在年度內改變您計劃中的醫院、醫生及專科醫師 (服務提供者)，以及藥房。若年度中服務提供者的變更情況影響到您，請洽詢保戶服務部，讓我們提供協助。

第 2.4 節 – 有關醫療服務給付和費用的變更

我們明年將變更某些醫療服務的費用和給付。以下資訊對這些變更進行詳細說明。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
事先授權	以下網絡內給付的事先授權規定已變更。	
	門診醫院觀察可能需要事先授權。	門診醫院觀察<u>不</u>需要事先授權。
轉診	以下網絡內給付的轉診規定已變更。	
	- 例行針灸可能需要轉診。 - 心臟和肺部復健服務可能需要轉診。 - 整脊服務可能需要轉診。 - 助聽器可能需要轉診。 - 聽力檢查可能需要轉診。 - 居家護理可能需要轉診。 - 住院照護可能需要轉診。 - 眼鏡可能需要轉診。 - 門診手術，包括醫院門診機構和門診手術中心提供的服務 - 醫院門診服務可能需要轉診。 - 診斷放射服務可能需要轉診。 - 治療放射服務可能需要轉診。 - X 光服務可能需要轉診。 - 醫師/醫療執業人員服務，包括醫生診間就診 - 其他健康照護專業人員可能需要轉診。 - Medicare 承保的鉭劑灌腸可能需要轉診。 - 糖尿病自我管理訓練可能需要轉診。	- 例行針灸<u>不</u>需要轉診。 - 心臟和肺部復健服務<u>不</u>需要轉診。 - 整脊服務<u>不</u>需要轉診。 - 助聽器<u>不</u>需要轉診。 - 聽力檢查<u>不</u>需要轉診。 - 居家護理<u>不</u>需要轉診。 - 住院照護<u>不</u>需要轉診。 - 眼鏡<u>不</u>需要轉診。 - 門診手術，包括醫院門診機構和門診手術中心提供的服務 - 醫院門診服務<u>不</u>需要轉診。 - 診斷放射服務<u>不</u>需要轉診。 - 治療放射服務<u>不</u>需要轉診。 - X 光服務<u>不</u>需要轉診。 - 醫師/醫療執業人員服務，包括醫生診間就診 - 其他健康照護專業人員<u>不</u>需要轉診。 - Medicare 承保的鉭劑灌腸<u>不</u>需要轉診。 - 糖尿病自我管理訓練<u>不</u>需要轉診。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
	- Medicare 承保的直腸指檢可能需要轉診。 「歡迎加入就診」後的 Medicare 承保 EKG 可能需要轉診。 - 青光眼篩檢可能需要轉診。 - 其他 Medicare 承保的預防服務可能需要轉診。 - 門診診斷檢測與治療服務和用品 - 門診血液服務可能需要轉診。 - PT 和言語語言病理學服務可能需要轉診。 - 門診康復服務 - 職能治療可能需要轉診。 - 門診手術，包括醫院門診機構和門診手術中心提供的服務 - 門診手術中心可能需要轉診。 - 醫師/醫療執業人員服務，包括醫生診間就診 - 專科醫師可能需要轉診。 - 醫師/醫療執業人員服務，包括醫生診間就診 - 額外的遠距醫療服務可能需要轉診。 - 足部治療服務可能需要轉診。 - 眼睛檢查可能需要轉診。	- Medicare 承保的直腸指檢<u>不需要</u>轉診。 「歡迎加入就診」後的 Medicare 承保 EKG <u>不需要</u>轉診。 - 青光眼篩檢<u>不需要</u>轉診。 - 其他 Medicare 承保的預防服務<u>不需要</u>轉診。 - 門診診斷檢測與治療服務和用品 - 門診血液服務<u>不需要</u>轉診。 - PT 和言語語言病理學服務<u>不需要</u>轉診。 - 門診康復服務 - 職能治療<u>不需要</u>轉診。 - 門診手術，包括醫院門診機構和門診手術中心提供的服務 - 門診手術中心<u>不需要</u>轉診。 - 醫師/醫療執業人員服務，包括醫生診間就診 - 專科醫師<u>不需要</u>轉診。 - 醫師/醫療執業人員服務，包括醫生診間就診 - 額外的遠距醫療服務<u>不需要</u>轉診。 - 足部治療服務<u>不需要</u>轉診。 - 眼睛檢查<u>不需要</u>轉診。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
	- 治療腎臟疾病和病症的服務 - 洗腎服務可能需要轉診。 - 治療腎臟疾病和病症的服務 - 腎臟疾病教育服務可能需要轉診。 - 監督運動治療 (SET) 可能需要轉診。	- 腎病治療服務，包括洗腎<u>不</u>需要轉診。 - 治療腎臟疾病和病症的服務 - 腎臟疾病教育服務<u>不</u>需要轉診。 - 監督運動治療 (SET) <u>不</u>需要轉診。
慢性下背疼痛針灸治療	您為於 PCP 診間獲得的 Medicare 承保針灸支付 \$5 共付額。 針對在專科醫師診間獲得的 Medicare 承保針灸服務，您支付 \$20 共付額。 您為於脊骨神經醫師診間獲得的 Medicare 承保針灸支付 \$0 共付額。	您為於 PCP 診間獲得的 Medicare 承保針灸支付 \$0 共付額。 針對在專科醫師診間獲得的 Medicare 承保針灸服務，您支付 \$20 共付額。 您為於脊骨神經醫師診間獲得的 Medicare 承保針灸支付 \$0 共付額。
救護直升機服務 - 空中交通接送	您為 Medicare 承保的每趟單程救護直升機服務支付 \$255 共付額。 如果您住院，則<u>不可</u>免除分攤費用。	您為 Medicare 承保的每趟單程救護直升機服務支付 \$275 共付額。 如果您住院，則<u>不可</u>免除分攤費用。
救護車服務 - 陸上交通接送	您為 Medicare 承保的每趟單程陸上救護車服務支付 \$255 共付額。 如果您住院，則<u>不可</u>免除分攤費用。	您為 Medicare 承保的每趟單程陸上救護車服務支付 \$275 共付額。 如果您住院，則<u>不可</u>免除分攤費用。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
緊急情況服務	您為每次的 Medicare 承保服務支付 \$110 共付額。 如果您在 24 小時內住院，則可免除共付額。	您為每次的 Medicare 承保服務支付 \$120 共付額。 如果您在 24 小時內住院，則可免除共付額。
急診照護 - 全球緊急情況承保	您為每次的承保服務支付 \$110 共付額。 如果您住院，則 <u>不可</u> 免除共付額。	您為每次的承保服務支付 \$120 共付額。 如果您住院，則 <u>不可</u> 免除共付額。
居家輸注治療	您為主治醫生提供的每項專業服務支付 \$5 共付額，其中包括護理服務訓練與教育、遠端監測和監測服務。 您為專科醫師提供的每項專業服務支付 \$20 共付額，其中包括護理服務訓練與教育、遠端監測和監測服務。	您為主治醫生提供的每項專業服務支付 \$0 共付額，其中包括護理服務訓練與教育、遠端監測和監測服務。 您為專科醫師提供的每項專業服務支付 \$20 共付額，其中包括護理服務訓練與教育、遠端監測和監測服務。
住院照護	對於承保的住院，每次住院： 您為每次承保的住院停留，第 1 天至第 6 天，每天支付 \$275 共付額，第 7 天至第 90 天，每天支付 \$0 共付額。 對於第 91 天至第 180 天的額外承保天數，您每天支付 \$0 共付額。	對於承保的住院，每次住院： 您為每次承保的住院停留，第 1 天至第 5 天，每天支付 \$350 共付額，第 6 天至第 90 天，每天支付 \$0 共付額。 <u>不</u> 承保額外天數。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
精神科醫院的住院服務	對於 Medicare 承保的住院，每次住院： 您為每次 Medicare 承保的住院停留支付 \$900 共付額。	對於 Medicare 承保的住院，每次住院： 您為每次 Medicare 承保的住院停留，第 1 天至第 5 天，每天支付 \$350 共付額，第 6 天至第 90 天，每天支付 \$0 共付額。
Medicare Part B 處方藥 - 化療/放射藥物	您為 Medicare 承保的服務支付費用總額的 20%。	您為 Medicare 承保的服務支付費用總額的 20%。 某些 Part B 折扣藥物的共同保險金可能低於上述金額。共同保險金較低的 Part B 折扣藥物清單由 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 發佈，每季可能會變更。
Medicare Part B 處方藥物 - 胰島素藥物	您為 Medicare 承保的 Part B 胰島素藥物支付費用總額的 20%。	您為 Medicare 承保的 Part B 胰島素藥物支付 \$35 共付額。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
Medicare Part B 處方藥 - Part B 藥物	您為 Medicare 承保的 Part B 藥物支付費用總額的 20%。 Medicare 承保的 Part B 藥物可能受限於「循序用藥」的要求。	您為 Medicare 承保的 Part B 過敏抗原支付費用總額的 0%。 您為所有其他 Medicare 承保的 Part B 藥物支付費用總額的 20%。 某些 Part B 折扣藥物的共同保險金可能低於上述金額。共同保險金較低的 Part B 折扣藥物清單由 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 發佈，每季可能會變更。 Medicare 承保的 Part B 藥物可能受限於「循序用藥」的要求。
門診診斷測試與治療服務和用品 - 診斷程序和測試	您為每次的 Medicare 承保服務支付 \$0 共付額。	您為 Medicare 承保的每次肺活量測定測試和指定的檢測相關服務支付 \$0 共付額。 您為 Medicare 承保的所有其他診斷程序和檢測支付 \$25 共付額。
門診診斷檢測與治療服務和用品 - 診斷放射服務	您為診斷性乳房攝影支付 \$0 共付額。 您為所有其他 Medicare 承保的診斷放射服務支付 \$275 共付額。	您為診斷性乳房攝影支付 \$0 共付額。 您為所有其他 Medicare 承保的診斷放射服務支付 \$200 共付額。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
門診診斷檢測與治療服務和用品 - 化驗服務	您為每次的 Medicare 承保服務支付 \$0 共付額。	您為 COVID-19 檢測和指定的檢測相關服務支付 \$0 共付額。 您為 Medicare 承保的基因檢測支付 \$50 共付額。 您為 Medicare 承保的所有其他化驗服務支付 \$0 共付額。
門診診斷檢測與治療服務和用品 - 門診 X 光服務	您為每次的 Medicare 承保服務支付 \$0 共付額。	您為每次的 Medicare 承保服務支付 \$25 共付額。
門診精神健康護理 - 非精神科服務 - 團體療程	您為每次 Medicare 承保的團體課程支付 \$25 共付額。 <u>不</u> 承保針對悲痛、婚姻與關係、衝突解決以及生活變化應對的諮詢服務。	您為每次 Medicare 承保的團體課程支付 \$25 共付額。承保針對悲痛、婚姻與關係，衝突解決以及生活變化應對的諮詢服務。
門診精神健康護理 - 非精神科服務 - 個人療程	您為每次 Medicare 承保的個別課程支付 \$25 共付額。 <u>不</u> 承保針對悲痛、婚姻與關係、衝突解決以及生活變化應對的諮詢服務。	您為每次 Medicare 承保的個別課程支付 \$25 共付額。承保針對悲痛、婚姻與關係，衝突解決以及生活變化應對的諮詢服務。
門診手術，包括醫院門診機構和門診手術中心提供的服務 - 醫院門診服務	您為每次的 Medicare 承保服務支付 \$275 共付額。	您為 Medicare 承保的診斷結腸鏡檢查支付 \$0 共付額。 您為所有其他 Medicare 承保的醫院門診服務支付 \$200 共付額。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
門診手術，包括醫院門診機構和門診手術中心提供的服務 - 醫院門診觀察	當您經由急診室進入觀察狀態時，則需支付 \$110 的門診觀察服務共付額。 當您經由門診機構進入觀察狀態時，則需支付 \$275 的門診觀察服務共付額。	當您經由急診室進入觀察狀態時，需針對門診觀察服務支付 \$120 共付額。 當您經由門診機構進入觀察狀態時，您為門診觀察服務支付 \$200 共付額。
非處方給付	您支付 \$0 共付額。 您每季可獲得 \$66 給付，用於郵購或在參與的零售商店購買合格的非處方 (OTC) 產品。 這項給付<u>不可</u>累積至下一個週期。	非處方用品現在屬於 Wellcare Spendables™ 承保範圍。如需更多資訊，請參閱本表中的 Wellcare Spendables™ 部分。
日間住院服務	您為每次 Medicare 承保服務每天支付 \$55 共付額。	您為每次 Medicare 承保服務每天支付 \$85 共付額。
醫師/醫療執業人員服務，包括醫生診間就診 - 主治醫生	您為每次的 Medicare 承保服務支付 \$5 共付額。	您為每次的 Medicare 承保服務支付 \$0 共付額。
醫師/醫療執業人員服務，包括醫生診間就診 - 其他健康照護專業人員	您為每次於主治醫生處獲得的 Medicare 承保服務支付 \$5 共付額。 您為每次於所有其他地點獲得的 Medicare 承保服務支付 \$20 共付額。	您為每次於主治醫生處獲得的 Medicare 承保服務支付 \$0 共付額。 您為每次於所有其他地點獲得的 Medicare 承保服務支付 \$20 共付額。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
專業護理機構 (SNF) 照護	對於 Medicare 承保的住院，每次住院： 對於 Medicare 承保的專業護理機構照護，第 1 天至第 20 天，每天支付 \$0 共付額，第 21 天至第 70 天，每天支付 \$100 共付額，第 71 天至第 100 天，每天支付 \$0 共付額。 超過第 100 天：您必須負擔所有費用。	對於 Medicare 承保的住院，每次住院： 對於 Medicare 承保的專業護理機構照護，第 1 天至第 20 天，每天支付 \$0 共付額，第 21 天至第 70 天，每天支付 \$203 共付額，第 71 天至第 100 天，每天支付 \$0 共付額。 超過第 100 天：您必須負擔所有費用。
非緊急情況醫療運輸	您每年在我們的服務區域內，為 12 次單程非緊急情況行程支付共付額 \$0。 旅程 (也稱為「行程」) 僅限單程 75 英里。對於例行照護，可最早於 1 個月前到至少 3 天前事先致電。同天的行程視供應情況而定。一趟行程係指單程交通接送，包括乘坐計程車、廂型車或透過共乘服務前往健康照護相關地點。	您每年在我們的服務區域內，為 12 次單程非緊急情況行程支付共付額 \$0。 旅程 (也稱為「行程」) 僅限單程 75 英里和每天最多 4 次單程行程。對於例行照護，可最早於 1 個月前到至少 3 天前事先致電。同天的行程視供應情況而定。一趟行程係指單程交通接送，包括乘坐計程車、廂型車或透過共乘服務前往健康照護相關地點。
緊急需求服務	您為每次的 Medicare 承保服務支付 \$20 共付額。 如果您在 24 小時內住院，則可免除共付額。	您為每次的 Medicare 承保服務支付 \$25 共付額。 如果您在 24 小時內住院，則可免除共付額。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
緊急需求服務 - 全球緊急照護承保	您為每次的承保服務支付 \$110 共付額。 如果您住院，則 <u>不可</u> 免除共付額。	您為每次的承保服務支付 \$120 共付額。 如果您住院，則 <u>不可</u> 免除共付額。
Wellcare Spendables™	Wellcare Spendables™ 卡 <u>不在</u> 承保範圍內。	非處方用品 (OTC) 您支付 \$0 共付額。您每季可獲得 \$82 津貼，用於非處方 (OTC) 用品。津貼將在每季度開始時自動載入您的 Wellcare Spendables™ 卡。任何未使用的津貼金額將於每季度末過期。 您可以在計劃批准的非處方用品上使用您的 Wellcare Spendables™ 卡。您的卡片可在參與的零售、線上或透過行動應用程式宅配使用。

第 2.5 節 – Part D 處方藥物保險的變更

「藥物清單」的變更

我們的承保藥物清單稱為處方集或「藥物清單」。「藥物清單」副本以電子方式提供。

我們對「藥物清單」做了變更，這可能包括移除或新增藥物、變更適用於我們特定藥物的承保限制，

或將其移至不同的分攤費用層級。請審閱「藥物清單」以確保您的藥物明年屬於承保範圍內，並且查看是否有任何限制條件，或您的藥物已移至另一個分攤費用層級。

「藥物清單」中的大多數更動在每年年初時都是新的。但是，在這一年中，我們可能會進行 Medicare 規則所允許的其他更改。比方說，我們可以立即移除 FDA 認定不安全的藥物，或是產品製造商從市場撤下的藥物。我們更新了線上「藥物清單」，以提供最新的藥物清單。

如果您在年初或年中因藥物承保變更而受影響，請查閱承保證明第 9 章，並與您的醫生討論以找出適用的選項，例如要求臨時性供藥、申請例外處理和/或尋找新藥物。您也可以聯絡保戶服務部以取得更多資訊。

處方藥物費用的變更

注意：如您已參加藥物支付幫助計劃（「Extra Help」），有關 **Part D** 處方藥物費用的某些資訊可能不適用於您。我們會寄給您一份單獨的插頁，稱為「獲得 Extra Help 支付處方藥費用者承保證明附加條款」（也稱為低收入津貼附加條款 (Low Income Subsidy Rider) 或 LIS 附加條款 (LIS Rider)），說明您的藥物費用。如果您獲取「Extra Help」但如未於 2023 年 9 月 30 日前收到此插頁，請致電保戶服務部索要 LIS 附加條款。

現有四個**藥物付款階段**。下列資訊顯示前兩個階段 – 年度自付額階段和初始承保期的變更。(大多數保戶不會達到其他兩個階段 – 承保缺口階段或重大傷病承保階段。)

自付額階段的變更

階段	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
第 1 階段：年度自付額階段 在這個階段， 您 為層級 3 (首選原廠藥)、層級 4 (非首選藥物) 和層級 5 (專用層級) 藥物 支付全額費用 ，直到您達到年度自付額為止。自付額不適用於承保的胰島素產品和大多數的成人 Part D 疫苗，包括帶狀疱疹、破傷風和旅行疫苗。	由於我們未提供自付額，因此本付款階段不適用於您。	自付額為 \$150。 在這個階段，您為層級 1 藥物：首選副廠藥支付 \$10 或 \$0 分攤費用、為層級 2 藥物：副廠藥支付 \$15 或 \$0 分攤費用、為層級 6 藥物：所選照護藥物支付 \$0 分攤費用，並為層級 3 藥物：首選原廠藥、層級 4：非首選藥物、層級 5：專用層級藥物支付全額費用，直至達到年度自付額。

您在初始承保期的分攤費用的變更

對於層級 4 的非首選藥物，您在初始承保期的分攤費用從共付額變更為共同保險金。請參閱下表，瞭解 2023 年至 2024 年的變更。

階段	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
第 2 階段：初始承保期 您的付款達到年度自付額後，您將進入初始承保期。在這一階段，計劃為您的藥物支付其分攤費用而 您 支付自己的分攤費用。	您在網絡內藥房一個月供藥量的費用：	您在網絡內藥房一個月供藥量的費用：

階段	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
第 2 階段：初始承保期 (續)	層級 1 藥物 - 首選副廠藥： 標準分攤費用： 您為每個處方支付 \$10 共付額。 首選分攤費用： 您為每個處方支付 \$0 共付額。 層級 2 藥物 - 副廠藥： 標準分攤費用： 您為每個處方支付 \$15 共付額。 首選分攤費用： 您為每個處方支付 \$0 共付額。 層級 3 藥物 - 首選原廠藥： 標準分攤費用： 您為每個處方支付 \$47 共付額。 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付 \$35。 首選分攤費用： 您為每個處方支付 \$37 共付額。 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付 \$35。	層級 1 藥物 - 首選副廠藥： 標準分攤費用： 您為每個處方支付 \$10 共付額。 首選分攤費用： 您為每個處方支付 \$0 共付額。 層級 2 藥物 - 副廠藥： 標準分攤費用： 您為每個處方支付 \$15 共付額。 首選分攤費用： 您為每個處方支付 \$0 共付額。 層級 3 藥物 - 首選原廠藥： 標準分攤費用： 您為每個處方支付 \$47 共付額。 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付 \$35。 首選分攤費用： 您為每個處方支付 \$42 共付額。 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付 \$35。

階段	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
第 2 階段：初始承保期 (續) 於 2023 年，您為層級 4： 非首選藥物支付 \$100 或 \$90 共付額。於 2024 年，為此層級的藥物，您將支付 41% 共同保險金。	層級 4 藥物 - 非首選藥物： 標準分攤費用： 您為每個處方支付 \$100 共付額。 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付 \$35。 首選分攤費用： 您為每個處方支付 \$90 共付額。 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付 \$35。	層級 4 藥物 - 非首選藥物： 標準分攤費用： 您支付費用總額的 41%。 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付 \$35。 首選分攤費用： 您支付費用總額的 41%。 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付 \$35。
	層級 5 藥物 - 專用層級： 標準分攤費用： 您支付費用總額的 33%。 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付 \$35。 首選分攤費用： 您支付費用總額的 33%。 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付 \$35。	層級 5 藥物 - 專用層級： 標準分攤費用： 您支付費用總額的 30%。 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付 \$35。 首選分攤費用： 您支付費用總額的 30%。 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付 \$35。
	層級 6 藥物 - 所選照護藥物： 標準分攤費用： 您為每個處方支付 \$0 共付額。 首選分攤費用： 您為每個處方支付 \$0 共付額。	層級 6 藥物 - 所選照護藥物： 標準分攤費用： 您為每個處方支付 \$0 共付額。 首選分攤費用： 您為每個處方支付 \$0 共付額。

階段	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
第 2 階段：初始承保期 (續)		
當您在網絡內藥房中按處方配藥時，本行中的費用適用於一個月 (30 天) 的供藥量。如需長期供藥費用或郵購處方藥的相關資訊，請參閱《承保證明》第 6 章第 5 節。	一旦您的總藥費達到 \$4,660，您將進入下一階段 (承保缺口階段)。	一旦您的總藥費達到 \$5,030，您將進入下一階段 (承保缺口階段)。
我們變更了「藥物清單」上的某些藥物的層級。若要查看您的藥物是否在不同層級，請上「藥物清單」查詢。		
大部分成人 Part D 疫苗均為承保項目，您無須付費。		

承保缺口階段和重大傷病承保階段的變動

另外兩個藥物承保期 – 承保缺口階段和重大傷病承保階段 – 適用於藥費高昂的人群。大多數保戶不會達到承保缺口階段或重大傷病承保階段。

自 2024 年起，若您達到重大傷病承保階段，您即無需為 Part D 承保藥物及我們增強型福利承保的排除藥物支付任何費用。

如需有關您在上述階段中費用的更多特定資訊，請查閱《承保證明》第 6 章第 6 節和第 7 節。

第 3 節 行政變更

下方行政變更表格所載資訊將反映計劃的逐年變更項目，這些變更不會直接影響給付或分攤費用。

說明	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
藥房福利管理員 (PBM) 變更 Wellcare 與藥房福利管理員 (PBM) 合作管理我們的藥房福利。我們 2024 年的 PBM 合作夥伴將變更為 Express Scripts®。您將收到更新的 Wellcare ID 卡。請於 2024 年 1 月 1 日 開始使用更新後的 ID 卡。 為確保您的藥房擁有您的最新資訊，當您第一次在 2024 年 1 月 1 日 當天或之後配取處方藥時，請出示您新的 Wellcare ID 卡。 如果您在配取處方藥時，沒有帶新的 ID 卡，請要求藥房致電本計劃以獲得必要的資訊。 如果藥房無法取得必要的資訊，您在取藥時可能必須支付處方藥的全部費用，之後再提交申請償付。	CVS Caremark	Express Scripts®

第 4 節 決定選擇哪一個保健計劃

第 4.1 節 – 如果您希望繼續投保 Wellcare No Premium Focus (HMO)

如果您繼續參加我們的計劃，您無需做任何事情。如果您在 12 月 7 日前未投保不同的計劃或變更至 Original Medicare，您將自動投保我們的 Wellcare No Premium Focus (HMO)。

第 4.2 節 – 如果您有意變更計劃

我們希望您明年繼續成為我們的保戶，但若您有意在 2024 年進行變更，請遵照以下步驟：

步驟 1：瞭解和比較您的選擇

- 您可以參加其他的 Medicare 保健計劃，
- 或 -- 您可以變更至 Original Medicare。如果您變更至 Original Medicare，您將需要決定是否加入 Medicare 藥物計劃。如果您沒有加入 Medicare 藥物計劃，請參閱第 2.1 節關於可能的 Part D 延遲投保罰款。

如需瞭解有關 Original Medicare 和不同類型的 Medicare 計劃的更多資訊，請利用 Medicare 計劃尋找器 (www.medicare.gov/plan-compare)、參閱《2024 年 Medicare 與您》手冊、致電您的州健康保險協助計劃 (請參閱第 6 節)，或致電 Medicare (請參閱第 8.2 節)。

步驟 2：變更您的投保項目

- 若要變更至不同的 Medicare 保健計劃，需加入新計劃。您將從 Wellcare No Premium Focus (HMO) 自動退保。
- 若要變更至 Original Medicare 並加入處方藥計劃，需加入新的藥物計劃。您將從 Wellcare No Premium Focus (HMO) 自動退保。
- 若要變更至 Original Medicare 而不加入處方藥計劃，您必須：
 - 向我們提出退保的書面請求。如須相關作法的進一步資訊，請洽詢保戶服務部。
 - – 或 – 聯絡 Medicare 要求退保，電話號碼：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為一週 7 天，全天 24 小時。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

第 5 節 計劃變更的截止時間

如果您希望明年變更計劃或加入 Original Medicare，您可以於 10 月 15 日至 12 月 7 日期間進行更改。變更將於 2024 年 1 月 1 日生效。

是否可以在一年中的其他時間進行變更？

在某些情況下，也允許在一年中的其他時間進行變更。例如：投保 Medicaid 的人士、獲得藥費「Extra Help」的人士、享有或退出員工承保的人士，以及遷出服務區域的人士。

如果您於 2024 年 1 月 1 日投保 Medicare Advantage 計劃，但不喜歡您的計劃選擇，您可以在 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 3 月 31 日期間轉至其他的 Medicare 保健計劃 (無論是否有 Medicare 處方藥承保) 或轉至 Original Medicare (無論是否有 Medicare 處方藥承保)。

不論您是最近剛搬入、目前居住在，或剛搬出專業護理機構、長期護理醫院等機構，您皆可隨時變更 Medicare 承保。您可以隨時變更為任何其他 Medicare 保健計劃 (有或無 Medicare 處方藥承保)，或轉至 Original Medicare (有或無分開的 Medicare 處方藥承保計劃)。

第 6 節 提供有關 Medicare 免費諮詢服務的計劃

州健康保險協助計劃 (SHIP) 是一項獨立的政府計劃，在每個州都配有培訓有素的顧問。在 California，SHIP 稱為 California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP)。

它由聯邦政府提供經費，專為參與 Medicare 的人士提供關於當地健康保險的免費諮詢服務。California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP) 的顧問能夠幫助您解答或解決您的 Medicare 問題。他們可以幫助您瞭解 Medicare 計劃選擇以及回答有關轉換計劃的問題。您可以致電 California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP)，電話號碼為 1-800-434-0222，(TTY 使用者請撥打 711)。如需瞭解更多有關 California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP) 的資訊，請瀏覽其網站 (<https://www.aging.ca.gov/hicap/>)。

第 7 節 幫助支付處方藥物的計劃

您可能具備受幫助支付處方藥物費用的資格。以下列出各種不同的幫助：

- **Medicare 提供的「Extra Help」。**收入有限的人可能具備獲得「Extra Help」支付其處方藥物費用的資格。如果您符合條件，Medicare 能夠為您支付您藥費的 75% 或更高比例的費用，其中包括月處方藥保費、年度自付額和共同保險金。此外，具備資格的人士無需提交保險中斷或延遲投保罰金。如需瞭解您是否符合條件，請致電：
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048，一週 7 天，全天 24 小時；
 - Social Security Office 專線 1-800-772-1213，代表人員的服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 7 點。自動化訊息全天 24 小時皆可使用。TTY 使用者請撥打：1-800-325-0778；或
 - 您的州 Medicaid 辦公室 (申請專線)。
- **您所在州的藥物援助計劃的協助。**California 有一項名為 California MediCal Rx Customer Service Center 的計劃，會根據經濟需求、年齡或醫療病症，協助人們支付處方藥物費用。若要進一步瞭解此計畫，請查看您的州健康保險協助計劃。
- **處方分攤費用協助旨在幫助感染 HIV 或患有愛滋病的人群。**愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 幫助確保有資格參與 ADAP 的 HIV 或愛滋病患者能獲取挽救生命的 HIV 藥物。個人必須符合特定標準，包括居住州的證明和 HIV 狀況、由該州界定為低收入，以及無保險/保險不足的情

況。同時獲得 ADAP 承保的 Medicare Part D 處方藥有資格透過 California 愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 獲得處方藥分攤費用協助。有關資格標準、承保藥物或如何投保本項計劃的資訊，請致電 California 愛滋病藥物協助計劃 (ADAP)，電話號碼為 1-916-558-1784 (TTY 711)，服務時間為週一至週五，當地時間上午 8 點至下午 5 點。

第 8 節 如有問題？

第 8.1 節 – 獲得 Wellcare No Premium Focus (HMO) 的幫助

有疑問嗎？我們隨時為您提供幫助。請與我們的保戶服務部聯絡，電話號碼為 1-800-275-4737。(僅 TTY 使用者，撥打 711)。我們提供電話諮詢服務。10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。撥打這些號碼是免費的。

請參閱您的 2024 年承保證明 (該文件詳細陳述了明年的給付和費用)

本「年度變更通知」為您提供了 2024 年給付和費用變更的概要。如需詳細資訊，請查閱 Wellcare No Premium Focus (HMO) 的 2024 年承保證明。本承保證明對計劃給付進行了合法、詳細的說明。該文件詳細說明了獲得承保服務和處方藥物所享有的權利以及必須遵守的規則。我們的網站 www.wellcare.com/healthnetCA 上提供一份承保證明。您也可以致電保戶服務部，請我們寄一份承保證明給您。

請瀏覽我們的網站

您亦可瀏覽我們的網站：www.wellcare.com/healthnetCA。在此提醒，我們的網站提供有關我們的服務提供者網絡 (服務提供者與藥房名錄) 以及承保藥物清單 (處方集/「藥物清單」) 的最新資訊。

第 8.2 節 – 獲得 Medicare 的幫助

如需從 Medicare 直接獲得資訊：

致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，一週 7 天，全天 24 小時提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

瀏覽 Medicare 網站

瀏覽 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。此網站提供有關費用、承保範圍及治療星級評等的資訊以協助您比較所在區域的 Medicare 保健計劃。若要查閱計劃的相關資訊，請造訪 www.medicare.gov/plan-compare。

參閱《2024 年 Medicare 與您》

請參閱《2024 年 Medicare 與您》手冊。每年秋季會向 Medicare 保戶寄送此文件。此手冊包含 Medicare 給付、權利以及保障的概要，以及針對有關 Medicare 常見問題的解答。如果您沒有此份檔案，您可透過 Medicare 網站 (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

Arabic (العربية): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). وهذه الخدمات مجانية.

Armenian (Հայերեն): Ուշադրություն: Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, գանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

Cambodian (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការដូចជាឯកសារជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Chinese Mandarin (普通话): 注意：如果您需要语言支持，请致电 **1-800-431-9007** (TTY： **711**)。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 **1-800-431-9007** (TTY： **711**)。这些服务均免费提供。

Chinese Cantonese (廣東話): 注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 **1-800-431-9007** (TTY： **711**)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 **1-800-431-9007** (TTY： **711**)。這些服務為免費服務。

Farsi (فارسی): توجه: اگر به زبان خود نیاز به کمک دارید با **1-800-431-9007** تماس بگیرید (رایگان: **711**). پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با **1-800-431-9007** (رایگان: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

Hindi (हिंदी): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

Hmong (Lus Hmoob): THOV PAUB TXOG: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus thov hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no tsis muaj nqi dab tsi ntxiv lawm.

Japanese (日本語): 注意：言語のヘルプが必要な場合は **1-800-431-9007**

(TTY: **711**) までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。**1-800-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。これらのサービスは無料です。

Korean (한국어): 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

Laotian (ພາສາລາວ): ສໍາຄັນ: ຖ້າທ່ານວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ ສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

Mien (Mienh): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hnangv zing mangc mv buac lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਚਿ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਟਿ ਵੱਚਿ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਲਿਕੁਲ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish (Español): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyonang ito.

Thai (ภาษาไทย): โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian (Українська): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

Vietnamese (Tiếng Việt): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.

ALABAMA

HMO

1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

ARIZONA

HMO, HMO C-SNP

1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellAZ

HMO D-SNP

1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellAZ

ARKANSAS

HMO

1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellAR

HMO D-SNP

1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellAR

CALIFORNIA

HMO, HMO C-SNP, PPO

1-800-275-4737 (TTY: 711)
wellcare.com/healthnetCA

Wellcare CalViva Health Dual Align
(HMO D-SNP)

1-833-236-2366 (TTY: 711)
wellcare.com/healthnetCA

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

1-800-431-9007
wellcare.com/healthnetCA

DELAWARE

HMO-POS

1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/DE

HMO-POS D-SNP

1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/DE

FLORIDA

HMO

1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

ILLINOIS

HMO

1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

INDIANA

Wellcare Assist (HMO), Wellcare Low Premium
Open (PPO), Wellcare No Premium
(HMO), Wellcare No Premium Open (PPO),
Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)

1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellIN

Wellcare Dual Access (HMO D-SNP),
Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)

1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellIN

Wellcare Complete No Premium (HMO),
Wellcare Complete No Premium Open (PPO)

1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

KANSAS

Wellcare Assist (HMO), Wellcare Giveback (HMO), Wellcare No Premium (HMO), Wellcare No Premium Open (PPO), Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)

1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellKS

Wellcare Dual Access (HMO D-SNP), Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)

1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellKS

Wellcare Complete - Giveback (HMO), Wellcare Complete No Premium (HMO), Wellcare Complete No Premium Open (PPO)

1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

MICHIGAN

HMO

1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

HMO D-SNP

1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

MISSOURI

HMO

1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellMO

HMO D-SNP

1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellMO

NEBRASKA

HMO, PPO

1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/NE

HMO D-SNP, PPO D-SNP

1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/NE

NEVADA

HMO, HMO C-SNP, PPO

1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellNV

HMO D-SNP

1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellNV

NEW MEXICO

HMO, PPO

1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellNM

HMO D-SNP

1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellNM

NEW YORK

HMO, HMO-POS, HMO D-SNP

1-800-247-1447 (TTY: 711)
wellcare.com/fidelisNY

OHIO

HMO, PPO

1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellOH

HMO D-SNP, PPO D-SNP

1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellOH

OKLAHOMA

HMO, PPO

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/OK

HMO D-SNP, PPO D-SNP

1-844-796-6811 (TTY: 711)

wellcare.com/OK

OREGON

HMO

1-844-582-5177 (TTY: 711)

wellcare.com/healthnetOR

HMO D-SNP

1-844-867-1156 (TTY: 711)

wellcare.com/trilliumOR

PENNSYLVANIA

HMO, PPO

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellPA

HMO D-SNP, PPO D-SNP

1-844-796-6811 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellPA

TEXAS

Wellcare Complement Assist (HMO),
Wellcare Giveback (HMO), Wellcare No
Premium (HMO), Wellcare Patriot No
Premium (HMO)

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellTX

Wellcare Dual Access Harmony
(HMO D-SNP), Wellcare Dual Liberty
Nurture (HMO D-SNP)

1-844-796-6811 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellTX

Wellcare Complete - Giveback (HMO),
Wellcare Complete No Premium (HMO),
Wellcare Complete No Premium Open (PPO)

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcarecomplete.com

WASHINGTON

PPO

1-844-582-5177 (TTY: 711)

www.wellcare.com/healthnetOR

WISCONSIN

HMO D-SNP

1-844-796-6811 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellWI