

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)，提供廠商是 Health Net Community Solutions, Inc.

2024 年的年度變更通知

您目前已投保 Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP)，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。

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 Dual Liberty (HMO D-SNP)。
- 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 Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) 投保狀態便告終止。
- 請查看第 4 節第 19 頁，以瞭解有關您選擇的更多資訊。
- 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

- 本文件也有西班牙文、中文、越南文、菲律賓他加祿語和俄文版本供您免費索取。
- 如需其他資訊，請聯絡我們的保戶服務部，電話是 1-800-431-9007。(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 Dual Liberty (HMO D-SNP)

- 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 Community Solutions, Inc.。本文件中稱「本計劃」或「我們的計劃」時均指 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)。

H3561_001_2024_CA_ANOC_DSNP_126623C_M

2024 年的年度變更通知 目錄

2024 年重要費用摘要	4
第 1 節 除非您選擇另一項計劃，否則您將在 2024 年自動投保 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).....	6
第 2 節 明年給付和費用的變更.....	6
第 2.1 節 – 每月保費的變更.....	6
第 2.2 節 – 最高自付額的變更.....	6
第 2.3 節 – 服務提供者和藥房網絡的變更.....	7
第 2.4 節 – 有關醫療服務給付和費用的變更.....	7
第 2.5 節 – Part D 處方藥物保險的變更.....	15
第 3 節 行政變更	18
第 4 節 決定選擇哪一個保健計劃	18
第 4.1 節 – 如果您希望繼續投保 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).....	18
第 4.2 節 – 如果您有意變更計劃.....	19
第 5 節 計劃變更	19
第 6 節 提供有關 Medicare 和 Medicaid 免費諮詢服務的計劃	20
第 7 節 幫助支付處方藥物的計劃	20
第 8 節 如有問題？	21
第 8.1 節 – 獲得 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 的幫助.....	21
第 8.2 節 – 獲得 Medicare 的幫助.....	22
第 8.3 節 – 獲得 Medicaid 的幫助.....	22

2024 年重要費用摘要

下表在幾個重要領域對 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 的 2023 年度費用和 2024 年度費用進行了比較。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。		
醫生診間門診	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 \$0	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 \$0
住院停留	對於承保的住院，每次住院： 每次承保的住院停留共付額為 \$0。	對於承保的住院，每次住院： 每次承保的住院停留共付額為 \$0。
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 初始承保期的共付額： 您為所有承保的 Part D 藥物支付 \$0 共付額。 重大傷病承保：在此付款階段，本計劃為您支付承保的 Part D 藥物的全部費用。您不需支付任何費用。	自付額：\$0 初始承保期的共付額： 您為所有承保的 Part D 藥物支付 \$0 共付額。 重大傷病承保：在此付款階段，本計劃為您支付承保的 Part D 藥物的全部費用。您不需支付任何費用。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
最高自付額	\$8,300	\$8,850
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。)	對於承保的 Part A 和 Part B 服務，您無需支付超出最高自付額的任何自費費用。	對於承保的 Part A 和 Part B 服務，您無需支付超出最高自付額的任何自費費用。

第 1 節 除非您選擇另一項計劃，否則您將在 2024 年自動投保 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

我們的計劃名稱將在 2024 年 1 月 1 日從 Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) 變更為 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)。

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 (您也必須繼續支付您的 Medicare Part B 保費，除非您的 Part B 保費由 Medicaid 代您繳納。)	\$0	\$0

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	\$8,300	\$8,850
由於我們的保戶也從 Medicaid 取得協助，所以極少保戶曾達到此最高自付額。對於承保的 Part A 和 Part B 服務，您無需支付超出最高自付額的任何自費費用。		當您已經自費支付 Part A 及 Part B 承保服務費用達 \$8,850 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。
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。		

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

請注意，本年度變更通知告知您有關 Medicare 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。	
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。	

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
	- Medicare 承保的鋇劑灌腸可能需要轉診。 - 糖尿病自我管理訓練可能需要轉診。 - 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。	- Medicare 承保的鋇劑灌腸<u>不需要</u>轉診。 - 糖尿病自我管理訓練<u>不需要</u>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。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
	- 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。 - 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。	- 醫師/醫療執業人員服務，包括醫生診間就診 - 專科醫師<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 - 額外的遠距醫療服務<u>不</u>需要轉診。 - 足部治療服務<u>不</u>需要轉診。 - 眼睛檢查<u>不</u>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。
急診照護 - 全球緊急情況承保	您為每次的承保服務支付 \$95 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 \$100 共付額。 如果您住院，則<u>不可</u>免除共付額。
Healthy Foods Card Medicare 核准 Wellcare 以價值型保險設計方案的一部分提供這些福利。此方案讓 Medicare 嘗試新方法來改善 Medicare Advantage 計劃。	您每個月都會收到 \$25 的補貼，可在參與的零售商購買符合資格的雜貨產品。此補貼不會累積至下個月。	Healthy Foods Card 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。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
膳食 – 慢性(適用限制條件和排除條款)	您為慢性餐飲支付 \$0 共付額。每天最多 3 餐，為期最多 28 天，每月最多 84 餐。享有給付最多 3 個月。	餐飲給付 - 慢性 <u>不</u> 承保。
門診精神健康護理 - 非精神科服務 - 團體療程	您為每次 Medicare 承保的團體療程支付 \$0 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 承保的團體療程支付 \$0 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 承保的個人療程支付 \$0 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 承保的個人療程支付 \$0 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。
非處方給付	您支付 \$0 共付額。 您每季可獲得 \$220 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。	非處方品項現在屬於 Wellcare Spendables™ 承保範圍。如需更多資訊，請參閱本表中的 Wellcare Spendables™ 部分。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
慢性病的特殊補充給付 (SSBCI) - 公用事業協助 上述給付可能涵蓋在慢性病的特殊補充給付內。並非所有保戶均符合資格。您必須符合以下計劃給付的資格準則。	公用事業協助： 您支付 \$0 共付額。如果符合資格，本計劃提供每月限制金額 \$75 的預付 Visa 簽帳卡，以協助支付您住家的公用事業費用。任何未使用的公用事業協助給付金額將於每個月底到期。此給付核准的公用事業服務包括： - 電力、瓦斯、公共衛生和水公用事業 - 有線電話服務 - 有線電視服務 - 某些石油費用	SSBCI <u>不</u> 承保公用事業協助。由於我們的計劃參與價值型保險設計方案 (VBID)，因此公用事業協助現在屬於 Wellcare Spendables™ 承保範圍。如需更多資訊，請參閱本表中的 Wellcare Spendables™ 部分。 保戶不需要符合資格及參與準則才能享有此福利。
非緊急情況醫療運輸	您每年在我們的服務區域內，為 48 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 24 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 - 全球緊急照護承保	您為每次的承保服務支付 \$95 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 \$100 共付額。 如果您住院，則 <u>不可</u> 免除共付額。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
視力保健 - 額外的常規眼鏡	所有額外的眼鏡每年抵免加總最多可達 \$400。	所有額外的眼鏡每年抵免加總最多可達 \$300。
Wellcare Spendables™	Wellcare Spendables™ 卡不在承保範圍內。	您支付 \$0 共付額。您每個月可獲得 \$75 津貼，可用於下列所述的任何福利。津貼將在每個月開始時自動載入您的 Wellcare Spendables™ 卡。任何未使用的津貼金額將累計至下個月，並於每年年底失效。福利上限為每年 \$900。 您可以將此卡上的金額用於下列任何一項最符合您需求的品項，只要金額未超過卡片的最高餘額即可。 非處方品項 (OTC)，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地點、線上或透過行動應用程式宅配使用。 Medicare 所核准的 Wellcare 是以價值型保險設計方案的一部分提供下列福利。此方案讓 Medicare 嘗試新方法來改善 Medicare Advantage 計劃。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
		由於您的計劃參與價值型保險設計方案，您也可以將 Wellcare Spendables™ 津貼用於以下任何福利： 汽油 (在加油站付款) 您可以使用 Wellcare Spendables™ 卡直接在加油站支付汽油費用。這張卡片無法用在收銀機前當面付款。您的卡片僅可用於加油，最高限額為可用額度。 健康食品 您可以使用 Wellcare Spendables™ 卡支付在參與的零售商處提供的經核准健康營養食品和農產品。可以透過線上入口網站訂購備好的餐點。津貼不得用於購買菸草或酒精。 核准的品項包括： • 肉類和家禽肉 • 水果和蔬菜 • 營養飲品 • 還有更多

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
		公用事業協助 您可以使用 Wellcare Spendables™ 卡支付家中經計劃核准的公用事業費用，包括： • 電力、瓦斯、公共衛生/垃圾和水公用事業服務 • 有線電話和手機服務 • 網際網路服務 • 有線電視 (不包括串流服務) • 特定石油費用，例如家用燃料油 租賃協助 您可以使用 Wellcare Spendables™ 卡支付房租。

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

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	由於我們未提供自付額，因此本付款階段不適用於您。	由於我們未提供自付額，因此本付款階段不適用於您。

您在初始承保期的分攤費用的變更

階段	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
第 2 階段：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 。 當您在提供標準分攤費用的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。 大部分成人 Part D 疫苗均為承保項目，您無須付費。 Medicare 核准 Wellcare 以價值型保險設計方案的一部分提供較低的共付額/共同保險金。此方案讓 Medicare 嘗試新方法來改善 Medicare Advantage 計劃。如需有關 VBID 福利的更多資訊，請聯絡保戶服務部。	您在網絡內藥房配取一個月供藥量的標準分攤費用： 您為所有承保的 Part D 藥物的每次處方支付 \$0 共付額。 ————— 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)。	您在網絡內藥房配取一個月供藥量的標準分攤費用： 您為所有承保的 Part D 藥物的每次處方支付 \$0 共付額。 ————— 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)。

承保缺口階段和重大傷病承保階段的變動

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

從 2024 年開始，如果您達到重大傷病承保期，您無需為承保的 Part D 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 Dual Liberty (HMO D-SNP)

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 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)。

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。您將會自動退出 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)。
- 若要變更至 Original Medicare 並加入處方藥計劃，需加入新的藥物計劃。您將會自動退出 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)。
- 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。

如果您轉到 Original Medicare，但沒有投保獨立的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可能為您投保一項藥物計劃，除非您退出自動投保。

第 5 節 計劃變更

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。

由於您擁有 California Medi-Cal (Medicaid)，您或許能夠終止您在我們計劃中的保戶資格，或在以下各**特殊投保期**換到不同的計劃一次：

- 1 月至 3 月
- 4 月至 6 月
- 7 月至 9 月

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 和 Medicaid 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/>)。

如對 California Medi-Cal (Medicaid) 給付有疑問，請聯絡 California Medi-Cal (Medicaid)，電話號碼為 1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)，服務時間為上午 8 點至下午 5 點(太平洋時間 (PT))，星期一至星期五。詢問如何加入其他計劃或轉回 Original Medicare 將如何影響您獲取 California Medi-Cal (Medicaid) 承保。

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」**。由於您具有 Medicaid，您已經加入「Extra Help」，亦稱低收入補助。「Extra Help」可為您支付部分處方藥保費、年度自付額及共同保險金。由於您符合相關資格條件，您不會面臨承保缺口或延遲投保罰金。如果您對「Extra Help」有疑問，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 時至晚上 7 時。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 Dual Liberty (HMO D-SNP) 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 1-800-431-9007。(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 Dual Liberty (HMO D-SNP) 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：

請致電：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。

請參閱 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。

第 8.3 節 – 獲得 Medicaid 的幫助

要向 Medicaid 取得資訊，您可以致電 California Medi-Cal (Medicaid)，電話號碼是 1-800-541-5555。TTY 使用者請致電 1-800-430-7077，服務時間為上午 8 點至下午 5 點(太平洋時間 (PT))，星期一至星期五。

反歧視聲明

歧視是違法的。Wellcare By Health Net 遵循州與聯邦民權法。Wellcare By Health Net 不會因生理性別、種族、膚色、宗教、血統、原國籍、族群認同、年齡、精神殘疾、身體殘疾、病況、基因資訊、婚姻狀態、心理性別、性別認同或性取向等原因而非法歧視、排斥他人或區別對待。

Wellcare By Health Net 提供：

- 為殘疾人士提供免費的幫助和服務，以協助他們更好地溝通，如：
 - 合格的手語翻譯
 - 其他格式的文字資料 (大型輸出、音訊、易於取用的電子格式、其他格式)
- 為主要語言不是英語的人提供免費語言服務，例如：
 - 合格口譯員
 - 以其他語言撰寫的資訊

如果您需要這些服務，請致電 **1-800-431-9007** 聯絡 Wellcare By Health Net。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，您可以致電我們的時間為一週 7 天，早上 8 點至晚上 8 點。從 4 月 1 日至 9 月 30 日，您可以致電我們的時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。非服務時間、週末和聯邦假日會由留言系統接聽。若您的聽力或言語能力有障礙，請致電 **TTY 711**。視您的要求而定，本文件可以點字版、大型輸出、錄音帶或電子形式提供。若要以下列其中一種替代格式取得副本，請致電或寫信至：

Wellcare By Health Net
21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367
1-800-431-9007 (TTY: 711)

如何提出申訴

如果您認為 Wellcare By Health Net 基於性別、種族、膚色、宗教、血統、原國籍、族群認同、年齡、精神殘疾、身體殘疾、病況、基因資訊、婚姻狀態、心理性別、性別認同或性取向等原因而未能提供這些服務或以其他方式非法歧視，您可以向保戶服務部提出申訴。您可以透過電話、書面、親自或電子方式提出申訴：

- **透過電話：**致電 **1-866-458-2208** 聯絡 Wellcare By Health Net 民權協調員。早上 8 點至下午 5 點之間，週一至週五。或者，若您的聽力或言語能力有障礙，請致電 TTY 711。
- **書面：**填寫投訴表格，或寫信並寄送至：
Wellcare Civil Rights Coordinator
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
- **親自：**造訪您醫生的辦公室或 Wellcare By Health Net，並表示您想提出申訴。
- **電子方式：**造訪 Wellcare By Health Net 網站 **[wellcare.com/healthnetCA](https://www.wellcare.com/healthnetCA)**。

民權辦公室 – California 衛生保健服務部

您也可以透過電話、書面或電子方式，向 California 衛生保健服務部民權辦公室提出民權投訴：

- **透過電話：**請致電 **1-916-440-7370**。若您的言語能力或聽力有障礙，請致電 **TTY 711 (電信中繼服務)**。
- **書面：**填寫投訴表格或寄信至：
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
投訴表格可於此網站 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 取得。
- **電子方式：**傳送電子郵件至 **CivilRights@dhcs.ca.gov**。

Office of Civil Rights – U.S. Department of Health and Human Services

如果您認為您因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或生理性別而受到歧視，您也可以透過電話、書面或電子方式向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights 提出民權投訴：

- **透過電話：**請致電 **1-800-368-1019**。若您的言語能力或聽力有障礙，請致電 **TTY/TDD 1-800-537-7697**。
- **書面：**填寫投訴表格或寄信至：
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
您可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 網站找到投訴表。
- **電子方式：**造訪 Office for Civil Rights Complaint Portal，網址是：
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。

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: ຖ້າທ່ານກວາທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ 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 buatac 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.