

Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) , 提供廠商是 Health Net of California, Inc.

## 2023 年度變更通知

### 簡介

您目前已投保我們的計劃，成為保戶。在下年度的福利、承保範圍、規定和費用將有一些改變。本《年度變更通知》會向您詳述這些改變，以及可在哪裡找到相關資訊。如需有關費用，福利或規定的更多資訊，請檢閱《會員手冊》，可在我們的網站上找到：

<https://wellcare.healthnetcalifornia.com>。主要用語及其定義按照字母順序顯示在您《會員手冊》的最後一章。

### 目錄

A. 免責聲明 .....	3
B. 檢閱明年的 Medicare 和 Medi-Cal 承保範圍 .....	3
B1. 其他資源.....	4
B2. 有關我們的計劃的資訊.....	6
B3. 重要待辦事項 .....	7
C. 我們的計劃名稱變更 .....	7
D. 網絡內醫療服務提供者與藥房變更 .....	8
E. 下一年度福利和費用變更.....	8
E1. 醫療服務的福利和費用變更.....	8
E2. 處方藥承保範圍變更.....	14
F. 行政變更.....	16
G. 選擇計劃.....	16
G1. 續保我們的計劃 .....	16
G2. 改變計劃 .....	17

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) ，電話 1-800-431-9007 (聽障專線：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。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>。 1



H. 取得協助 .....	20
H1. 我們的計劃 .....	20
H2. 健康保險諮詢及促進方案 (HICAP) .....	21
H3. 監察方案 .....	21
H4. Medicare .....	21
H5. California Department of Managed Health Care .....	22



**如果您有疑問**，請致電 Wellcare Dual Align 001 (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (聽障專線：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。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。**如需更多資訊**，請造訪 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

---

## A. 免責聲明

- ❖ 這不是完整清單。福利資訊是簡短摘要，不是完整的福利說明。如需更多資訊，請聯絡本計劃或閱讀 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) 《會員手冊》。
- ❖ 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。
- ❖ 上述福利可能是慢性病的特殊補充給付中的一部分，並非所有會員都符合資格。

---

## B. 檢閱明年的 Medicare 和 Medi-Cal 承保範圍

本《年度變更通知》所提及的「本公司」、「我們」、「我們的」或「我們的計劃」是指 Medicare Medi-Cal Coordination 計劃。

為確保承保範圍在下一年度仍符合您的需求，立即檢閱您的承保範圍十分重要。若承保範圍不符合您的需求，您可以退出計劃。如需額外資訊，請參閱 E 部分。

若您選擇退出我們的計劃，您的會籍將會在您提出申請的當月最後一天終止。只要您符合資格，您將仍是 Medicare 與 Medi-Cal 計劃的會員。

如果您退出我們的計劃，您可以獲得有關您的：

- G2 部分表格中的 Medicare 選項。
- G2 部分的 Medi-Cal 服務。



**如果您有疑問**，請致電 Wellcare Dual Align 001 (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (聽障專線：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。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>。

### B1. 其他資源

- انتباه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية أو الأرمينية أو الكمبودية أو الصينية أو الفارسية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاجالوجية أو الفيتنامية، فنحن نوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. اتصل على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). في الفترة الممتدة بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. وفي الفترة الممتدة بين 1 أبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. والاتصال مجاني.
- ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե խոսում եք արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, թազալոգ կամ վիետնամերեն լեզուներով, ապա Ձեզ կտրամադրվի անվճար լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից կիրակի, ժամը՝ 8 a.m. - 8 p.m.: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8 a.m. - 8 p.m.: Չանգն անվճար է:
- ចំណាំ: ប្រសិនអ្នកនិយាយភាសា អារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វីលីពីន អេស្ប៉ាញ តាកាឡុក ឬវៀតណាម សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទៅកាន់លេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ រវាងថ្ងៃទី 1 ខែតុលានិង ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ រវាងថ្ងៃទី 1 ខែមេសានិងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺ ឥតគិតថ្លៃ។
- 請注意：我們還提供免費的語言協助服務：阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、菲律賓語或越南語。請致電 1-800-431-9007 (TTY : 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。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。
- توجه: اگر به زبان عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، کره ای، روسی، اسپانیایی، تاکالوگ یا ویتنامی صحبت می کنید، خدمات کمک زبان به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرد. با 9007- ( تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 TTY 1-800-431 ( 8 صبح تا 8 بعد از ظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است.
- 주의: 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어 또는 베트남어를 구사하시면, 언어 보조



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align 001 (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (聽障專線：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。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>。

서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다.

- **ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на арабском, армянском, камбоджийском, китайском, корейском, русском, испанском, тагальском или вьетнамском языках либо фарси, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Позвоните по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября представители доступны с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Звонок бесплатный.
- **ATENCIÓN:** Si habla Árabe, Armenio, Camboyano, Chino, Persa, Coreano, Ruso, Español, Tagalo o Vietnamita, disponemos de servicios de asistencia lingüística sin costo alguno para usted. Llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de Octubre y el 31 de Marzo, los representantes están disponibles de Lunes a Domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de Abril y el 30 de Septiembre, los representantes están disponibles de Lunes a Viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
- **ATENSYON:** Kung nagsasalita kayo ng Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, o Vietnamese, mayroon kayong magagamit na mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Tumawag sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag.
- **LƯU Ý:** Nếu quý vị nói tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung Quốc, tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog hoặc tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi đến số 1 800 431 9007 (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m. Cuộc gọi này được miễn phí.



**如果您有疑問**，請致電 Wellcare Dual Align 001 (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (聽障專線：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。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。**如需更多資訊**，請造訪 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>。

- 您可以免費獲得《年度變更通知》的其他格式，例如大字版、點字版或語音版。請致電 1-800-431-9007 (聽障專線：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。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。
- Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) 想確保您瞭解自己的健保計劃資訊。如果您提出要求，我們可以用其他語言或其他格式向您傳送材料。這被稱為「長期申請」。我們將會記錄您的選擇。

如果您有以下要求，請致電我們：

- 您需要阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語 (高棉語)、中文 (繁體字)、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、塔加洛語、越南語或其他格式的材料。您可以要求用另一種格式提供其中一種語言。

或者

- 您想變更我們向您傳送材料的語言或格式。

如果您需要幫助來瞭解自己的計劃材料，請致電聯絡 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) 會員服務部，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

## B2. 有關我們的計劃的資訊

- Wellcare by Health Net 是與 Medicare 和 Medi-Cal 均簽有合約的健保計劃，同時為計劃會員提供這兩項方案的福利。
- Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) 保險符合稱為「最低基本承保」的健康承保範圍。本計劃符合《病人保護與平價照護法案》(ACA) 的個人分攤責任要求。請瀏覽國稅局 (IRS) 網站 [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) 取得更多有關個人分攤責任規定的資訊。



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align 001 (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (聽障專線：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。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>。

### B3. 重要待辦事項

- 查看我們的福利和費用是否有任何可能會影響您的變更。
  - 是否有任何影響您使用之服務的變更？
  - 檢閱福利和費用變更，以確保這在下一年度適用於您。
  - 參閱 **E1 部分**，瞭解關於本計劃福利和費用變更的資訊。
- 查看我們的處方藥承保範圍是否有任何可能會影響您的變更。
  - 您的藥品是否可獲得承保？是否處於不同的層級？您能使用同樣的藥房嗎？
  - 為確保藥品承保範圍在下一年度適用於您，請檢閱變更內容。
  - 參閱 **E2 部分**，瞭解關於藥品承保範圍變更的資訊。
- 查看醫療服務提供者和藥房下一年度是否屬於我們的網絡。
  - 醫師 (包括您的專科醫師) 是否屬於我們的網絡？藥房是否也屬於我們的網絡？您使用的醫院或其他醫療服務提供者又如何？
  - 參閱 **D 部分**，瞭解有關我們的 *服務提供者與藥房名錄* 的資訊。
- 檢閱您在本計劃的整體費用。
  - 您將為定期使用的服務和處方藥花費多少自費額？
  - 整體費用與其他保險選項相比如何？
- 想想您是否滿意本計劃。

#### 如果您決定繼續使用 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)：

若您下一年度想要繼續使用本計劃，很簡單：您不需要做任何事。如果您沒有變更，您將自動繼續投保 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)。

#### 若您決定更換計劃：

若您判定其他保險更符合您的需求，可更換計劃 (請參閱 **G2 部分** 瞭解更多資訊)。若您投保新計劃或更換為 Original Medicare，您的新保險將於次月的第一天開始生效。

## C. 我們的計劃名稱變更



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align 001 (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (聽障專線：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。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>。

從 2023 年 1 月 1 日，我們的計劃名稱從 Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 變更為 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)。

Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) 將透過郵寄方式寄送新的會員 ID 卡給您。您也可能收到更多具有新計劃名稱的郵件。

---

## D. 網絡內醫療服務提供者與藥房變更

本計劃的 2023 年醫療服務提供者與藥房網絡已變更。

我們強烈鼓勵您檢閱我們目前的《醫療服務提供者與藥房名錄》以瞭解您的醫療服務提供者或藥房是否仍屬於我們的網絡。更新的《醫療服務提供者與藥房名錄》列於我們的網站 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>。您也可以撥打本頁頁尾列出的電話號碼聯絡會員服務部，以索取服務提供者最新資訊，或要求我們將《醫療服務提供者與藥房名錄》寄送給您。

您應知道我們也可能會在該年期間變更網絡內容，這十分重要。如果您的醫療服務提供者退出本計劃，您將享有特定權利和保障。如需更多資訊，請參閱《會員手冊》第 3 章。

---

## E. 下一年度福利和費用變更

### E1. 醫療服務的福利和費用變更

我們變更了明年特定醫療服務的承保範圍以及您為這些承保醫療服務支付的內容。下表說明上述之變更。

	2022 (今年)	2023 (明年)
針灸服務 - 例行針灸	針對例行針灸服務，每次就診您支付 \$0 共付額，每月最多 2 次就診 (或者如果是必要的醫療，則更頻繁地進行)。不需要轉診。不需要事先授權。	針對例行針灸服務，每次就診您支付 \$0 共付額，每年最多 24 次就診。可能需要轉診。可能需要事先授權。



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align 001 (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (聽障專線：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。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>。



	2022 (今年)	2023 (明年)
年度體檢	年度體檢不在承保範圍內。	您為每年 1 次年度體檢支付 \$0 共付額。
心臟復健服務	可能需要事先授權。	不需要事先授權。
整脊服務 - 例行整脊	例行針灸服務不在承保範圍內。	針對例行整脊服務，每次就診您支付 \$0 共付額，每年最多 24 次就診。
牙科服務	可能需要轉診。	不需要轉診。
牙科服務 - 例行牙科	您的牙科承保範圍是透過 Medi-cal Denti-Cal 進行，且不算您 Cal MediConnect 計劃的一部分。	除了您的 Medi-Cal 承保的牙科福利之外，我們的 Medicare 計劃也承保其他牙科服務和程序。這些服務可能包括但不限於下列項目： - 牙冠 - 貴金屬 - 假牙修復 (假牙) - 牙橋 適用限制條件和排除條款。
糖尿病自我管理訓練	本服務的遠距醫療未獲承保。	本服務的遠距醫療已獲承保。
糖尿病用品	在藥房取得糖尿病血糖儀和用品時，限用 Accu-Chek 和 OneTouch。其他品牌不屬於承保範圍，除非獲得事先授權。	在藥房取得糖尿病血糖儀和用品時，限用 OneTouch。除非事先獲得授權，否則不承保其他品牌和連續血糖監測系統。 藥量限制可能適用。



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align 001 (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (聽障專線：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。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>。

	2022 (今年)	2023 (明年)
<b>健身福利</b>	<p>您為健身給付支付 <b>\$0 共付額</b>。</p> <p>您有下列免費提供的選擇：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 健身中心會員資格：您可以造訪附近參與此計劃的健身中心；以及</li> <li>• 家用健身套件：多種家用健身套件任您挑選。每個給付年度最多可獲得 2 組套件。</li> </ul> <p>可能需要事先授權。</p>	<p>您在網絡中支付 <b>\$0 共付額</b>。Peerfit Move 是彈性的健身給付，每月提供點數，可於各種大型健身房或當地健身教室使用。保戶每個月可獲得 32 點的點數，可用於所選健身體驗。點數可換取每月健身房會員資格，不限次數進出，並可使用所有設施和參加課程及/或健身教室課程 FitKits，包含家用健身箱。保戶還能以 <b>\$0 共付額</b>，也就是使用零點數就能存取數量不限的健身影片。</p> <p>每月配額中任何未使用的點數不會累計至下個月，而是會在每個月的第一天重新計算。保戶將可選擇購買額外點數。</p> <p>不需要事先授權。</p>
<b>健康食品卡</b>  Medicare 所核准的 Wellcare by Health Net 是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。	健康食品卡不承保。	<p>您每月可獲得 <b>\$50 補貼</b> 用於在參與的零售商店購買合格的雜貨商品。</p> <p>這項補貼不可累積至下一個月。</p>
<b>聽力服務 - 聽力檢查</b>	不需要事先授權。	可能需要事先授權。



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align 001 (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (聽障專線：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。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>。

	2022 (今年)	2023 (明年)
<b>聽力服務 - 例行聽力</b>	<p>例行聽力檢查和助聽器選配/評估不在承保範圍內</p> <p>計劃每個會計年度為助聽器提供最高承保金額 <b>\$1,510</b></p>	<p>您為每年 1 次例行聽力檢查支付 <b>\$0 共付額</b>。</p> <p>您為每年 1 副助聽器選配/評估支付 <b>\$0 共付額</b>。</p> <p>計劃每年為每耳助聽器提供最高承保金額 <b>\$1,000</b>。</p>
<b>居家健康機構照護</b>	本服務的遠距醫療未獲承保。	本服務的遠距醫療已獲承保。
<b>居家支持服務</b>	除了 Medi-Cal 提供的服務外，您的 Cal MediConnect 計劃不提供居家支持服務。	<p>除了 Medi-Cal 提供的服務外，您的計劃包含簽約廠商提供的下列居家支持服務：</p> <p>您每年為 12 次就診支付 <b>\$0 共付額</b>。</p> <p>服務包括清掃、家務和餐點準備，以及提供日常生活中活動的協助。適用限制和約束條件。</p>
<b>膳食 – 慢性 (適用限制條件和排除條款)</b>	慢性膳食不在承保範圍內。	<p>您為慢性膳食支付 <b>\$0 共付額</b>。</p> <p>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。</p>



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align 001 (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (聽障專線：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。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>。

	2022 (今年)	2023 (明年)
<b>膳食 – 急性後期 (適用限制條件和排除條款)</b>	急性後期餐飲未獲承保。	您為急性後期餐飲支付 <b>\$0 共付額</b> 。  每天最多 3 餐，為期 14 天，總共 42 餐。  不需要事先授權。  可能需要轉診。
<b>Medicare 承保的零金額預防服務</b>	可能需要事先授權。  可能需要轉診。	不需要事先授權。  不需要轉診。
<b>護士諮詢專線</b>	可能需要事先授權。	不需要事先授權。
<b>門診血液服務</b>	可能需要事先授權。	不需要事先授權。
<b>非處方 (OTC) 項目</b>	非處方項目不承保。	您支付 <b>\$0 共付額</b> 。您每季可獲得 <b>\$260</b> 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。  這項給付不可累積至下一個週期。
<b>個人緊急情況反應系統 (醫療警示)</b>	個人緊急情況回應系統不承保。	您支付 <b>\$0 共付額</b> 。
<b>物理治療及言語-語言病理學</b>	本服務的遠距醫療未獲承保。	本服務的遠距醫療已獲承保。
<b>足部治療服務</b>	不需要事先授權。	可能需要事先授權。



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align 001 (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (聽障專線：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。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>。

	2022 (今年)	2023 (明年)
足科服務 – 例行足科	例行足科不在承保範圍內。	針對例行足科服務，每次就診您支付 <b>\$0 共付額</b> ，每年最多 12 次就診。
肺部復健服務	可能需要事先授權。	不需要事先授權。
慢性病的特殊補充給付 (SSBCI)	慢性病的特殊補充性給付不在承保範圍內。	<p>可能需要事先授權。您必須符合以下計劃給付的資格準則。此外，您可能需參與我們計劃的照護管理計劃。</p> <p>您支付 <b>\$0 共付額</b>。如果符合資格，本計劃提供每月限制金額 <b>\$75</b> 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 Flex Card 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：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 電費、瓦斯費、清潔費和水費</li> <li>- 固定電話服務</li> <li>- 有線電視服務</li> <li>- 特定石油費用</li> </ul>
緊急需求服務	本服務的遠距醫療未獲承保。	本服務的遠距醫療已獲承保。
虛擬就診	透過 Teladoc 進行的虛擬就診不在承保範圍中。	每次通話您支付 <b>\$0 共付額</b> 。Teladoc 提供給您的遠距醫療服務包含額外的戒菸、行為健康諮詢和營養諮詢。



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align 001 (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (聽障專線：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。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>。

	2022 (今年)	2023 (明年)
視力服務 - 眼睛檢查	不需要轉診。	可能需要轉診。
視力服務 - 眼鏡	不需要事先授權。 不需要轉診。	可能需要事先授權。 可能需要轉診。
視力服務 - 例行視力	對於包括隱形眼鏡和眼鏡 (鏡片和鏡框), 有每兩年 \$100 的計劃承保範圍限制。 升級不在承保範圍內。	對於包括隱形眼鏡和眼鏡 (鏡片和鏡框)、眼鏡鏡片、眼鏡鏡框和升級用品, 每年最高承保金額為 \$400。 升級涵蓋在承保範圍內。
全球緊急情況承保	全球緊急情況承保未承保。	您為每次的承保服務支付 \$95 共付額。 對於每年美國境外的緊急情況及緊急需求服務, 您獲承保的金額可達 \$50,000。
全球緊急護理承保	全球緊急護理承保未承保。	您為每次的承保服務支付 \$95 共付額。 對於每年美國境外的緊急情況及緊急需求服務, 您獲承保的金額可達 \$50,000。

## E2. 處方藥承保範圍變更

### 藥品清單變更

更新的《承保藥物清單》列於我們的網站 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>。您也可以撥打本頁頁尾列出的電話號碼聯絡會員服務部, 以索取藥物最新資訊, 或要求我們將《承保藥品清單》寄送給您。

《承保藥物清單》也稱為「藥品清單」。

我們已變更藥品清單, 包括變更我們承保的藥品, 也變更了適用於特定藥品承保範圍的限制。



如果您有疑問, 請致電 Wellcare Dual Align 001 (HMO D-SNP), 電話 1-800-431-9007 (聽障專線: 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。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間, 代表的服務時間為週一至週五, 上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊, 請造訪 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>。

請檢閱藥品清單，以確保您的藥物在下一年度仍屬承保範圍，並查看是否有任何限制。

若您受到藥品承保範圍變更的影響，我們鼓勵您：

- 與醫師 (或其他開立處方者) 合作，找到我們承保的其他藥品。
  - 您可以撥打頁面底部的電話號碼致電會員服務部，索取治療相同病症的承保藥物清單。
  - 此清單可幫助您的醫療服務提供者找到可能適用於您的承保藥品。
- 要求我們承保該藥品的臨時藥量。
  - 在某些情況下，我們會在該曆年的前 90 天期間承保一次該藥品的臨時藥量。
  - 此臨時藥量在零售藥房以 30 天份為限，在長期照護藥房以 31 天份為限。(若要進一步瞭解您何時可以取得臨時藥量以及如何索取，請參閱《會員手冊》第 5 章。)
  - 在您領取藥品臨時藥量的期間，請與您的醫師討論，了解當您臨時藥量用完之後該怎麼辦。您可以改用另一種我們計劃承保的藥品或者請求我們為您作出例外處理，承保您目前使用的藥品。若要瞭解該如何要求例外處理，請參閱《2023 年會員手冊》第 9 章的 F 部分，或致電會員服務部。
    - 若您加入本計劃已超過 90 天，且您目前居住在長期照護機構，我們將會承保一次 31 天份的藥量，或者，如果您的處方天數較短，則會承保較少的藥量。上述額外藥量不計入長期照護過渡藥量供應中。
    - 若您從長期照護機構或住院醫院搬到家中，我們將會承保一次 30 天份的藥量，或者，如果您的處方天數較短，則會承保較少的藥量 (在此情況下，我們將會允許多次領取，直到我們提供的總藥量達到 30 天份為止)。
    - 若您從家中或住院醫院搬到長期照護機構，我們將會承保一次 31 天份的藥量，或者，如果您的處方天數較短，則會承保較少的藥量 (在此情況下，我們將會允許多次領取，直到我們提供的總藥量達到 31 天份為止)。您必須在網絡藥房領取處方藥。
    - 有些藥品清單排除項目在明年仍屬承保範圍。請參閱您收到的核准信函。核准信會提及您特定藥品核准限制的相關資訊，以及該藥品承保的到期日。如果我們決定不更新您的核准，我們會在距年底至少 60 天前寄給您新的信函。本信函將包括特定藥物核准限制即將結束的時間，以及如何要求例外處理。若要瞭解該如何要求例外處理，請參閱《2023 年會員手冊》第 9 章的 F 部分，或致電會員服務部。



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align 001 (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (聽障專線：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。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>。

**處方藥費用變更**

我們已將藥物清單上的一些藥物移至較低或較高的藥物層級。若您的藥品所屬層級有所變動，可能會影響您的共付額。若要查看您的藥物是否屬於不同層級，請在藥物清單中查詢。

下表顯示您所有承保的 Part D 藥物費用。

	2022 (今年)	2023 (明年)
<p><b>所有承保的 Part D 藥物</b></p> <p>在網絡內藥房領取承保的 Part D 藥物一個月藥量的費用</p> <p>Medicare 所核准的 Wellcare by Health Net 是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。</p>	<p>層級 1 藥品：</p> <p>您的一個月 (30 天) 藥量共付額為<b>每份處方 \$0 - \$3.95</b>。</p> <p>層級 2 藥品：</p> <p>您的一個月 (30 天) 藥量共付額為<b>每份處方 \$0 - \$9.85</b>。</p> <p>層級 3 藥品：</p> <p>您的一個月 (30 天) 藥量共付額為<b>每份處方 \$0</b>。</p>	<p>您的一個月 (30 天) 藥量共付額為<b>每份處方 \$0</b>。</p>

**F. 行政變更**

	2022 (今年)	2023 (明年)
<p><b>您參加的計劃有所變更</b></p>	<p>您是 Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 的會員。</p>	<p>您是 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) 和 Health Net Medi-Cal Plan 的會員。</p>

**G. 選擇計劃****G1. 續保我們的計劃**

我們希望您下一年仍然是計劃會員。您無須採取任何行動，即可續保計劃。如果您未變更至其他 Medicare 計劃或變更至 Original Medicare，2023 年您將作為保戶自動持續投保我們的計劃。



**如果您有疑問**，請致電 Wellcare Dual Align 001 (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (聽障專線：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。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>。



## G2. 改變計劃

大多數有 Medicare 的人能在一年中的某些時間終止保戶資格。由於您擁有 Medi-Cal，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 月到 3 月
- 4 月到 6 月
- 7 月到 9 月

除了這三個特殊投保期外，您還可以在以下期間終止您在本項計劃的保戶資格：

- **年度投保期**從 10 月 15 日至 12 月 7 日。如果您在此期間選擇新計劃，您的計劃保戶資格將於 12 月 31 日終止，而您加入新計劃的保戶資格將於 1 月 1 日起生效。
- **Medicare Advantage 開放投保期**，從 1 月 1 日至 3 月 31 日。如果您在此期間選擇新計劃，您的新計劃保戶資格將於下個月的第一天開始生效。

在其他情況下，您可能也有資格變更您的投保。例如：

- 您搬出我們的服務區域。
- 您的 Medi-Cal 或 Extra Help 資格已變更，**或**
- 如果您最近搬進、目前正在接受照護，或剛搬出護理之家或長期照護醫院。

### 您的 Medicare 服務

在取得 Medicare 服務時，您享有三個方案。如果您選擇這些選項中的其中一個，您在本計劃的會籍會自動終止。



**如果您有疑問**，請致電 Wellcare Dual Align 001 (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (聽障專線：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。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。**如需更多資訊**，請造訪 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>。

<p><b>1. 您可更換為：</b></p> <p><b>另一項 Medicare 保健計劃</b></p>	<p><b>以下是您需採取的行動：</b></p> <p>請致電 Medicare，電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。</p> <p>針對 PACE 的問題，請致電 1-855-921-PACE (7223)。</p> <p>如果您需要協助或需要更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，電話是 1-800-434-0222。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/</a>。</li></ul> <p><b>或者</b></p> <p>投保新的 Medicare 計劃。</p> <p>當您的新計劃承保開始時，您將自動從我們的 Medicare 計劃退保。</p> <p>您的 Medi-Cal 計劃可能有所變更。</p>
---	---



**如果您有疑問**，請致電 Wellcare Dual Align 001 (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (聽障專線：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。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>。

<p><b>2. 您可更換為：</b></p> <p><b>含獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare</b></p>	<p><b>以下是您需採取的行動：</b></p> <p>請致電 Medicare，電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要協助或需要更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，電話是 1-800-434-0222。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>。</li></ul> <p><b>或者</b></p> <p>投保新的 Medicare 處方藥計劃。</p> <p>當您的 Original Medicare 承保開始時，您將自動從本項計劃退保。</p> <p>您的 Medi-Cal 計劃將不會變更。</p>
---	--



**如果您有疑問**，請致電 Wellcare Dual Align 001 (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (聽障專線：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。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。**如需更多資訊**，請造訪 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>。

<p><b>3. 您可更換為：</b></p> <p><b>不含獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare</b></p> <p><b>備註：</b>如果您更換至 Original Medicare，而且您未投保獨立的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可能會為您投保藥品計劃，除非您告知 Medicare 您不想加入。</p> <p>僅有當您可透過雇主或工會等其他來源取得藥品承保範圍的情況下，您才應放棄處方藥承保範圍。如果您對自己是否需要藥品承保有疑問，請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 1-800-434-0222 與 California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 聯絡。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>。</p>	<p><b>以下是您需採取的行動：</b></p> <p>請致電 Medicare，電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要協助或需要更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，電話是 1-800-434-0222。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>。</li></ul> <p>當您的 Original Medicare 承保開始時，您將自動從本項計劃退保。</p> <p>您的 Medi-Cal 計劃將不會變更。</p>
--	---

## 您的 Medi-Cal 服務

如果對於如何在您離開我們的計劃後取得 Medi-Cal 服務有疑問，請於週一至週五上午 8 點至下午 6 點致電 Health Care Options，電話是 1-844-580-7272。聽障專線使用者請致電 1-800-430-7077。詢問如何加入其他計劃或轉回 Original Medicare 將如何影響您獲取 Medi-Cal 承保。

## H. 取得協助

### H1. 我們的計劃

如果您有任何問題，我們在此為您提供協助。在列出的營業日和時間內，撥打頁面底部的號碼致電會員服務部。這些電話為免付費專線。

### 請參閱《會員手冊》

您的《會員手冊》是具法律效力的計劃福利詳細說明。其詳細說明了 2023 年適用的福利和費用。其中說明您在取得服務與承保處方藥時的權利以及需遵守的規定。



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align 001 (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (聽障專線：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。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>。

2023 年的《會員手冊》將於 10 月 15 日前提提供。最新的《會員手冊》副本隨時可在我們的網站 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 取得。您也可以撥打該頁面底部的電話號碼至會員服務部，要求我們將 2023 年的《會員手冊》郵寄給您。

### 我們的網站

您亦可瀏覽我們的網站：<https://wellcare.healthnetcalifornia.com>。在此提醒，我們的網站具有關於醫療服務提供者和藥房網絡（《醫療服務提供者與藥房名錄》）和藥品清單（《承保藥物清單》）的最新資訊。

## H2. 健康保險諮詢及促進方案 (HICAP)

您也可致電 State Health Insurance Assistance Program (SHIP)。在 California，SHIP 稱為 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)。HICAP 諮詢人員可協助您理解計劃選項並回答關於轉換計劃的問題。HICAP 與本計劃或任何保險公司或健保計劃均沒有關聯。HICAP 在每個郡縣均有受過訓練的諮詢人員，且服務均為免費。HICAP 的電話號碼是 1-800-434-0222。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 [www.aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/)。

## H3. 監察方案

如果您對我們的計劃有問題，Health Consumer Alliance 監察方案可以協助您。我們提供免費的申訴專員方案，並提供所有語言版本。Health Consumer Alliance 監察方案：

- 作為代表您的辯護者。若您有疑問或投訴時，他們可回答您的疑問，且可讓您瞭解該怎麼做。
- 確保您有關於權利和保障以及顧慮解決方式的資訊。
- 與本計劃或任何保險公司或健保計劃均沒有關聯。Health Consumer Alliance 監察方案的電話號碼是 1-888-804-3536。

## H4. Medicare

若要直接透過 Medicare 取得資訊，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，其每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。



**如果您有疑問**，請致電 Wellcare Dual Align 001 (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (聽障專線：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。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。**如需更多資訊，請造訪** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

## Medicare 的網站

您可以瀏覽 Medicare 網站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))。若您選擇從我們的計劃退保並投保另一個 Medicare 計劃，Medicare 網站提供有關於費用、承保範圍和品質評等的資訊，可協助您比較計劃。

您可以使用 Medicare 網站上的 Medicare Plan Finder (Medicare 計劃查詢工具)，找到關於您所在區域提供之 Medicare 計劃的資訊。(如需關於計劃的資訊，請至 [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) 並按一下「Find plans」(尋找計劃)。

## 2023 年 Medicare 與您

您可以參閱 2023 年 Medicare 與您手冊。每年秋季，本手冊都會郵寄給 Medicare 會員。其中有 Medicare 福利、權利和保障的摘要，以及關於 Medicare 常見問題的答案。本手冊也提供西班牙文、中文和越南文版本。

如果您沒有本手冊的副本，您可以到 Medicare 網站下載 ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf))，或請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取，每天 24 小時、每週 7 天均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。

## H5. California Department of Managed Health Care

California Department of Managed Health Care 負責管理醫療保健服務計劃。DMHC 協助中心可協助您提出與 Medi-Cal 服務有關的上訴與投訴。如果您想對您的健保計劃提出申訴，您首先應致電聯絡您的健保計劃，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)；請先使用您健保計劃的申訴流程，之後才與該部門聯絡。在 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。在 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。使用此申訴程序並不會使您失去任何潛在法定權利或您可能可獲得的補償。如果您需要協助處理與急診事件有關的申訴，或您的健保計劃沒有就您的申訴提出令您滿意的解決方案，或您的申訴在 30 天後仍未獲得解決，您可致電 California Department of Managed Health Care 尋求協助。您可能還符合申請獨立醫療審查 (IMR) 的資格。如果您符合申請 IMR 的資格，IMR 程序將會針對健保計劃就後述事項所作的醫療決定進行公正的審查：所提服務或治療是否具有醫療必要性、對實驗或研究性質的治療作承保與否的決定，以及急診或緊急醫療服務的付款爭議。該部門還提供免付費專線 (1-888-466-2219) 以及供聽語障人士使用的聽障專線 (1-877-688-9891)。該部門的網站 [www.dmhca.gov](http://www.dmhca.gov) 有線上投訴表、IMR 申請表及相關說明。



**如果您有疑問**，請致電 Wellcare Dual Align 001 (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (聽障專線：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。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。**如需更多資訊**，請造訪 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

## 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、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、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，您可以向會員服務部提出申訴。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 點至晚上 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 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。

## 民權辦公室 – 加州衛生保健服務部

您也可以透過電話、書面或電子方式，向加州衛生保健服務部、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](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](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)。

## 民權辦公室 – 美國健康與公眾服務部

如果您認為您因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而受到歧視，您也可以透過電話、書面或電子方式向美國衛生與公共服務部民權辦公室提出民權投訴：

- **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  
投訴表格可於此網站 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 取得。
- **電子方式**：造訪民權辦公室投訴入口網站  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。



**English:** ATTENTION: If you need help in your language call **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-888-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

**العربية (Arabic):** انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-888-431-9007** (TTY: **711**) تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-888-431-9007** (TTY: **711**) وهذه الخدمات مجانية.

**Հայերեն (Armenian):** ՌԻՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-888-431-9007** (TTY` **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-888-431-9007** (TTY` **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

**ភាសាខ្មែរ (Cambodian):** ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការ ភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

**中文 (Chinese):** 注意: 如果您需要以您母语提供的协助, 请致电 **1-888-431-9007** (TTY: **711**)。我们也为残疾人提供辅助和服务, 例如点字和大字体印刷的文件。请致电 **1-888-431-9007** (TTY: **711**)。这些服务为免费服务。

**فارسی (Farsi):** توجه: اگر نیاز به کمک به زبان خودتان دارید با شماره **1-888-431-9007** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمکها و خدمات برای افراد دارای معلولیت نیز در دسترس است, مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت. با شماره **1-888-431-9007** (TTY **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

**हिंदी (Hindi):** ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-888-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-888-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

**Lus Hmoob (Hmong):** TSEEM CEEB: : Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus hu rau **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv Ua Ntawv Su thiab cov ntawv loj. Hu rau **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

**日本語 (Japanese):** 注意: 言語のヘルプが必要な場合は **1-888-431-9007** (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。 **1-888-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。これらのサービスは無料です。

**한국어(Korean):** 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-888-431-9007** (TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-888-431-9007**(TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

**ພາສາລາວ (Laotian):** ສໍາຄັນ: ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທ **1-888-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ໂທ **1-888-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ

**Mienh (Mien):** Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hngangv zing mangc mv buac lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi):** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ **1-888-431-9007** (TTY: **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪੰਗਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਾਸਤੇ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਛਾਪੇ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-888-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

**Русский (Russian):** ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-888-431-9007** (телетайп: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-888-431-9007** (телетайп: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

**Español (Spanish):** ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-888-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

**Tagalog (Tagalog):** PAALALA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-888-431-9007** (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 **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

**ภาษาไทย (Thai):** หมายเหตุ: หากต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทรไปท **1-888-431-9007** (TTY: **711**) เรามีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ ด้วยเช่นกัน โปรดโทรไปที่ **1-888-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

**Українська (Ukrainian):** УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

**Tiếng Việt (Vietnamese):** CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Hãy gọi số **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.