

**Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 由
Health Net Community Solutions, Inc. 提供**

2021 年度變更通知

簡介

您目前已投保為 Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 的會員。本計畫在下年度的福利、承保範圍、規定和費用將有一些改變。本年度變更通知會詳述您這些改變，以及可在哪裡找到相關資訊。主要用語及其定義按照字母順序顯示在《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. Health Net Cal MediConnect 相關資訊	6
B3. 重要待辦事項：	7
C. 網絡醫療服務提供者與藥房變更	8
D. 下一年度福利和費用變更	8
D1. 醫療服務的福利和費用變更	8
D2. 處方藥承保範圍變更	13
D3. 第 1 階段：「初始承保階段」	14
D4. 第 2 階段：「重大傷病承保階段」	15
E. 行政變更	16
F. 如何選擇計畫	16
F1. 如何續保本計畫	16
F2. 如何更換計畫	16

如果您有任何疑問，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (TTY：711)。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日給您回電。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)

2021 年度變更通知

G. 如何取得協助..... 19

- G1. 透過 Health Net Cal MediConnect 取得協助 19
- G2. 透過州政府投保經紀商取得協助 19
- G3. 透過 Cal MediConnect 監察方案取得協助 20
- G4. 透過 Health Insurance Counseling and Advocacy Program 取得協助 20
- G5. 透過 Medicare 取得協助..... 20
- G6. 透過 California Department of Managed Health Care 取得協助 21



如果您有任何疑問，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (TTY : 711)。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日給您回電。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

A. 免責聲明

- ❖ 本文件並非完整清單。福利資訊僅為簡短摘要，並非完整的福利說明。如需更多資訊，請聯絡本計畫，或閱讀 Health Net Cal MediConnect 《會員手冊》。

B. 檢閱明年的 Medicare 和 Medi-Cal 承保範圍

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，您可以退出計畫。如需更多資訊，請參閱 F2 部分。

若您選擇退出 Health Net Cal MediConnect，您的會籍將會在您提出申請的當月最後一天終止。

如果您退出本計畫，只要您符合資格，您將仍是 Medicare 與 Medi-Cal 計劃的會員。

- 您將可選擇要如何取得 Medicare 福利（請至第 19 頁查看您的選項）。
- 您將會透過您所選擇且由 Medi-Cal 管理的照護計畫取得 Medi-Cal 福利（請至第 21 頁瞭解更多資訊）。



如果您有任何疑問，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (TTY : 711)。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日給您回電。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

B1. 其他資源

- **ATENCIÓN:** Si usted habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al 1-855-464-3571 (TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- **ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите по-русски, мы можем предложить вам бесплатные услуги переводчика. Звоните по телефону 1-855-464-3571 (линия TTY: 711). Вы можете получить необходимую информацию непосредственно у сотрудника плана с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 8:00 часов вечера. В нерабочее время, а также в выходные и праздничные дни, вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный.
- **PAALALA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa inyo ang mga serbisyo ng tulog sa wika, nang walang singil. Tumawag sa 1-855-464-3571 (TTY: 711) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Paglipas ng mga oras ng negosyo, tuwing Sabado at Linggo at sa pista opisyal, maaari kang mag-iwan ng mensahe. Ang iyong tawag ay ibabalik sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Libre ang tawag.
- **XIN LU'U Ý:** Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẵn có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi 1-855-464-3571 (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ thứ Hai đến hết thứ Sáu. Sau giờ làm việc, vào các ngày cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Cuộc gọi của quý vị sẽ được hồi đáp vào ngày làm việc hôm sau. Cuộc gọi này miễn phí.
- **알림:** 귀하께서 한국어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (TTY: 711) 번으로 월요일 - 금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하십시오. 영업시간 이후, 주말 및 공휴일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 다음 영업일에 저희가 귀하께 전화를 드리겠습니다. 안내전화는 무료입니다.
- **請注意：**如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)。週一至週五，上午 8 點到下午 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們會在下一個工作日給您回電。此專線為免付費電話。



如果您有任何疑問，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (TTY：711)。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下一個工作日給您回電。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

- ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե Հայերեն եք խոսում, անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ են հասնում Ձեզ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (TTY` 711): Մի անձ այստեղ է Ձեզ հետ զրուցելու նպատակով երկուշաբթիից ուրբաթ, կ.ա. 8:00-ից կ.հ. 8:00-ը: Աշխատանքային ժամերից անց, հանգստյան օրերին եւ տոներին, կարող եք թողնել հաղորդագրություն: Ձեր զանգը կվերադարձվի հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Հեռախոսագանգն անվճար է:

• توجه: اگر به فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. با شماره (711) TTY: 1-855-464-3571 از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. این تماس رایگان است.

- Ե՛ւ նախ ուղարկե՛ք Ձեր փոփոխությունները՝ 1-855-464-3571 (TTY: 711) փոփոխությունները 8 րոպեից մինչև 8 րոպեից հետո՝ հաշտության օրերին և տոներին՝ կարող եք թողնել հաղորդագրություն: Ձեր զանգը կվերադարձվի հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Հեռախոսագանգն անվճար է:

• تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. يُرجى الاتصال بالرقم (711) TTY: 1-855-464-3571، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، من يوم الاثنين إلى الجمعة، وللإتصال في غير أوقات الدوام الرسمي، أيام الأجازات والعطلات ، يمكنك ترك رسالة. سنرد على مكالمتك في يوم العمل التالي. هذه المكالمة مجانية.

- 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。請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 1-855-464-3571 (TTY : 711) 。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日給您回電。此為免付費電話。
- Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 想確保您瞭解自己的健保計畫資訊。如果您要求，我們可以用其他語言或其他格式向您傳送材料。這稱為「長期申請」。我們將會記錄您的選擇。

如果您有以下要求，請給我們致電：

- 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。



如果您有任何疑問，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (TTY : 711) 。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日給您回電。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

如果您需要幫助瞭解您的計畫材料，請聯絡 Health Net Cal MediConnect 會員服務部，電話：1-855-464-3571（聽障專線：711）。服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日回電給您。

B2. Health Net Cal MediConnect 相關資訊

- Health Net Community Solutions, Inc. 是與 Medicare 和 Medi-Cal 均簽有合約的健保計畫，同時為計畫參加者提供這兩項方案的福利。
- Health Net Cal MediConnect 符合稱為「最低基本承保」的健康承保範圍。本計畫符合《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 取得更多有關個人分攤責任規定的資訊。
- Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 是由 Health Net Community Solutions, Inc. 提供。本《年度變更通知》中所提及的「本公司」、「我們」或「我們的」是指 Health Net Community Solutions, Inc.，「計畫」或「我們的計畫」則是指 Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)。



如果您有任何疑問，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (TTY：711)。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日給您回電。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.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十分重要，以確保這在下一年度適用於您。
 - 查看 D 部分，瞭解關於本計畫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？是否處於不同的費用分攤層級？您是否能繼續使用相同的藥房？
 - 為確保藥品承保範圍在下一年度適用於您，檢閱變更內容十分重要。
 - 查看 D2 部分，瞭解關於藥品承保範圍變更的資訊。
 - 您的藥品費用可能自去年開始提高。
 - 與醫師討論您可能可以使用且費用較低的替代項目，這可能會為您節省一整年的年度自費額費用。
 - 若要取得關於藥品價格的其他資訊，請瀏覽 www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage。（按一下頁面底部備註中間的「儀表板」連結。這些儀表板強調哪些製造商已提高價格，也顯示其他逐年藥品價格資訊。）
 - 請記住，您的計畫福利將確切決定您自己的藥品費用可能會如何變更。
- 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（包括您定期就診的專科醫師）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？
 - 查看 C 部分，瞭解關於《醫療服務提供者與藥房名錄》的資訊。
- 檢閱您在本計畫的整體費用。
 - 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畫。



如果您有任何疑問，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (TTY：711)。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日給您回電。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

若您決定繼續使用 Health Net Cal MediConnect：

若您下一年度想要繼續使用本計畫，很簡單：您不需要做任何事。若您沒有作出任何變更，將會自動續保本計畫。

若您決定更換計畫：

若您判定其他保險更符合您的需求，可更換計畫（請參閱 F2 部分瞭解更多資訊）。若您投保新計畫，您的新保險將於次月的第一天開始生效。請參閱 F2 部分第 19 頁，進一步瞭解您的選擇。

C. 網絡醫療服務提供者與藥房變更

本計畫的 2021 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目前的《醫療服務提供者與藥房名錄》，以查看您的醫療服務提供者或藥房是否仍在我們的網絡內。更新的《醫療服務提供者與藥房名錄》列於我們的網站 mmp.healthnetcalifornia.com/findadoctor。您也可於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點，致電會員服務部索取更新的醫療服務提供者資訊，電話是 1-855-464-3571 (TTY：711)，或要求我們將《醫療服務提供者與藥房名錄》郵寄給您。

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確實退出本計畫，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。

D. 下一年度福利和費用變更

D1. 醫療服務的福利和費用變更

我們變更了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。



如果您有任何疑問，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (TTY：711)。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日給您回電。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

	2020 (今年)	2021 (明年)
額外通話醫療服務	額外通話醫療服務不屬於承保範圍。	您需要為下列服務的額外通話醫療支付共付額 \$0 ： 可能需要獲得事先授權和轉介。 <ul style="list-style-type: none"> • 主治醫師 (PCP) 服務 • 專科醫師服務 • 精神健康專科服務的單獨會談 • 精神健康服務的團體會談 • 其他醫療保健專業人員 • 精神科服務的單獨會談 • 精神科服務的團體會談
糖尿病用品和服務	您需支付共付額 \$0 可透過 PCP 取得糖尿病血糖儀和用品。	您需支付共付額 \$0 糖尿病血糖儀和用品限用 Accu-Chek 和 OneTouch ，目前可在藥房取得。其他品牌不屬於承保範圍，除非獲得事先授權。



如果您有任何疑問，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (TTY：711)。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日給您回電。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

	2020 (今年)	2021 (明年)
<p>多元化老人服務方案 (MSSP) :</p>	<p>您需支付共付額 \$0</p> <p>MSSP 是一項個案管理方案，為符合 Medi-Cal 資格的人士提供居家與社區服務 (HCBS)。</p> <p>如欲符合資格，您必須年滿 65 歲以上、居住於服務據點的服務區域內、能夠在 MSSP 費用限制內接受服務、適合接受照護管理服務、目前符合投保 Medi-Cal 的資格，且有能夠入住護理機構的證明。</p> <p>MSSP 的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 成人日間照護/支援中心 • 住房協助 • 家事與個人照護協助 • 保護監督 • 照護管理 • 喘息照護 • 交通運輸服務 • 膳食服務 • 社會服務 • 溝通服務 <p>此項福利每年的承保上限為 \$4,285。</p>	<p>您需支付共付額 \$0</p> <p>MSSP 是一項個案管理方案，為符合 Medi-Cal 資格的人士提供居家與社區服務 (HCBS)。</p> <p>如欲符合資格，您必須年滿 65 歲以上、居住於服務據點的服務區域內、能夠在 MSSP 費用限制內接受服務、適合接受照護管理服務、目前符合投保 Medi-Cal 的資格，且有能夠入住護理機構的證明。</p> <p>MSSP 的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 成人日間照護/支援中心 • 住房協助 • 家事與個人照護協助 • 保護監督 • 照護管理 • 喘息照護 • 交通運輸服務 • 膳食服務 • 社會服務 • 溝通服務 <p>此項福利每年的承保上限為 \$5,356.25。</p>



如果您有任何疑問，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (TTY : 711)。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日給您回電。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

	2020 (今年)	2021 (明年)
非處方 (OTC) 項目	<p>您需支付共付額 \$0</p> <p>作為額外的福利，本計畫對於可透過郵寄取得且符合資格的 OTC 項目每個日曆季度最多承保 \$55。</p> <p>此 OTC 福利每個日曆季度僅限訂購一次。任何未使用的額度不可挪到下個月使用。</p> <p>您每季最多可訂購 15 個相同項目，除非目錄中另有說明。訂購的項目總數沒有限制。</p> <p>此福利只能用來訂購會員的 OTC 產品。</p> <p>請與計畫聯絡以瞭解更多資訊。</p>	<p>您需支付共付額 \$0</p> <p>作為額外的福利，本計畫對於可透過郵寄取得且符合資格的 OTC 項目每個日曆季度最多承保 \$55。</p> <p>此 OTC 福利每個日曆季度僅限訂購一次。任何未使用的額度不可挪到下個月使用。</p> <p>您每個日曆季度最多可訂購 9 個相同項目，除非目錄中另有說明。對於訂購的項目總數沒有限制。</p> <p>此福利只能用來訂購會員的 OTC 產品。</p> <p>請與計畫聯絡以瞭解更多資訊。</p>



如果您有任何疑問，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (TTY : 711)。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日給您回電。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

	2020 (今年)	2021 (明年)
事先授權和轉介	<p>下列事項需要事先授權：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 洗腎服務 • 腎臟疾病教育服務 • 其他 Medicare 承保的預防性服務 <ul style="list-style-type: none"> ○ 青光眼篩檢 ○ 糖尿病自我管理訓練 ○ 鋇劑灌腸攝影 ○ 肛門指診 ○ 迎新就診後 Medicare 承保的 EKG ○ 其他 Medicare 承保的預防性服務 • 聽力檢查 <p>下列項目需要服務轉介：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 特護療養機構 (SNF) • 門診診斷程序、檢測和化驗服務 • 醫院門診服務 • 其他 Medicare 承保的預防性服務 <p>下列項目不需要轉介：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 居家健康服務 	<p>下列項目不再需要事先授權：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 洗腎服務 • 腎臟疾病教育服務 • 其他 Medicare 承保的預防性服務 <ul style="list-style-type: none"> ○ 青光眼篩檢 ○ 糖尿病自我管理訓練 ○ 鋇劑灌腸攝影 ○ 肛門指診 ○ 迎新就診後 Medicare 承保的 EKG ○ 其他 Medicare 承保的預防性服務 • 聽力檢查 <p>下列事項不再需要服務轉介：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 特護療養機構 (SNF) • 門診診斷程序、檢測和化驗服務 • 醫院門診服務 • 其他 Medicare 承保的預防性服務 <p>下列事項需要服務轉介：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 居家健康服務



如果您有任何疑問，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (TTY：711)。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日給您回電。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

D2. 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 mmp.healthnetcalifornia.com/formulary。您也可於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點，致電會員服務部索取更新的藥品資訊，電話是 1-855-464-3571 (TTY: 711)，或要求我們將《承保藥物清單》郵寄給您。

《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。

請檢閱藥品清單，以**確保您的藥品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。
 - 您可以在週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電會員服務部，電話是 1-855-464-3571 (TTY: 711)，索取治療相同病症的承保藥品清單。
 - 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。
- 要求計畫承保該藥品的臨時藥量。
 - 在某些情況下，我們將會在該曆年的前 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，您應與您的醫師討論，以決定當您臨時藥量用完之後該怎麼辦。您可以改用計畫承保的其他藥品，或要求計畫為您進行例外處理並承保您目前的藥品。
 - 若您加入本計畫已超過 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。



如果您有任何疑問，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (TTY: 711)。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日給您回電。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

處方藥費用變更

根據 Health Net Cal MediConnect 的規定，您的 Medicare D 部分處方藥承保範圍共有兩個付款階段。您所需支付的費用將視您在領取或續配處方藥時所處的階段而定。以下為上述的兩個付款階段：

第 1 階段 初始承保階段	第 2 階段 重大傷病承保階段
<p>在此階段，本計畫將會給付您藥品的部分費用，而您將需支付您的分攤費用。您的分攤費用稱為共付額。</p> <p>您在一年當中首次領取處方藥時便進入本階段。</p>	<p>在此階段，本計畫將會給付您至 2021 年 12 月 31 日為止的所有藥品費用。</p> <p>當您所支付的自費額達到特定金額時，您便進入本階段。</p>

當您的處方藥總自費額達到 **\$6,550** 後，初始承保階段即告終止。此時，您將開始進入重大傷病承保階段。自您進入重大傷病承保階段起至該年度結束為止，本計畫將會承保您所有的藥品費用。請參閱《會員手冊》第 6 章瞭解更多資訊以及您將為處方藥支付多少費用。

D3. 第 1 階段：「初始承保階段」

在初始承保階段，本計畫將會針對您的承保處方藥支付我們應分攤的費用，而您則需支付您應分攤的費用。您的分攤費用稱為共付額。共付額將視您藥品所屬的費用分攤層級以及您領取藥品的地點而定。您將在每次領取處方藥時支付共付額。如果您的承保藥品費用低於共付額，您所需支付的費用將以較低者為準。

我們已將藥品清單上的一些藥品移至較低或較高的藥品層級。若您的藥品所屬層級有所變動，可能會影響您的共付額。若要查看您的藥品是否會改變層級，請在藥品清單中查詢。



如果您有任何疑問，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (TTY：711)。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日給您回電。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

下表顯示 3 個藥品層級各自的藥品費用。這些金額僅在您處於初始承保階段時適用。

	2020 (今年)	2021 (明年)
層級 1 藥品 (層級 1 藥品的共付額較低。 這些藥品是屬於普通牌藥品。) 在網絡藥房領取的層級 1 藥品的一個月藥量費用	您的一個月 (30 天) 藥量共付額為每份處方 \$0 - \$3.60 。	您的一個月 (30 天) 藥量共付額為每份處方 \$0 - \$3.70 。
層級 2 藥品	您的一個月 (30 天) 藥量共付額為每份處方 \$0 - \$8.95 。	您的一個月 (30 天) 藥量共付額為每份處方 \$0 - \$9.20 。
層級 3 藥品	您的一個月 (30 天) 藥量共付額為每份處方 \$0 。	您的一個月 (30 天) 藥量共付額為每份處方 \$0 。

當您的總自費額達到 **\$6,550** 後，初始承保階段即告終止。此時，您將開始進入重大傷病承保階段。自您進入重大傷病承保階段起至該年度結束為止，本計畫將會承保您所有的藥品費用。請參閱《會員手冊》第 6 章瞭解更多資訊以及您將為處方藥支付多少費用。

D4. 第 2 階段：「重大傷病承保階段」

當您達到處方藥自費額上限 **\$6,550** 後，您即進入重大傷病承保階段。在該年度結束前，您將會持續留在重大傷病承保階段。

- 若要尋找更多關於 Medi-Cal 與 Medicare 承保哪些處方藥的資訊，請參閱我們網站 mmp.healthnetcalifornia.com/formulary 的承保藥物清單。



如果您有任何疑問，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (TTY: 711)。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日給您回電。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

E. 行政變更

行政變更可能會改變您獲得服務、物品或處方藥的方式。請閱讀以下內容以瞭解有關這些變更的變更資訊。

	2020 (今年)	2021 (明年)
郵購藥房	有兩個郵購藥房： <ul style="list-style-type: none"> • CVS Caremark 郵購服務藥房 • Homescrpts 郵購藥房 	有一個郵購藥房： <ul style="list-style-type: none"> • CVS Caremark 郵購服務藥房

F. 如何選擇計畫

F1. 如何續保本計畫

我們希望您下一年仍然是會員。

您無須採取任何行動，即可續保您的健保計畫。若您沒有註冊其他 Cal MediConnect 計畫、更換為 Medicare Advantage 計畫或更換為 Original Medicare，將會自動續保為本計畫 2021 年會員。

F2. 如何更換計畫

您可以在該年期間隨時投保其他 Medicare Advantage 計畫、Cal MediConnect 計畫或更換為 Original Medicare，更換後您先前的會籍即終止。



如果您有任何疑問，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (TTY: 711)。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日給您回電。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

如何取得 Medicare 服務

在取得 Medicare 服務時，您享有三個方案。如果您選擇這三個方案中的其中一個，您在 Cal MediConnect 計畫的會籍將會自動終止：

<p>1. 您可更換為：</p> <p>Medicare 健保計畫，例如 Medicare Advantage 計畫，或者，如果您符合資格要求且居住在服務區域內，則可加入老人全方位照護方案 (PACE)</p>	<p>以下是您需採取的行動：</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">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 www.aging.ca.gov/HICAP/。 <p>當您的新計畫保險開始生效時，您將會自動從 Health Net Cal MediConnect 退保。</p>
--	---



如果您有任何疑問，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (TTY：711)。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日給您回電。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

<p>2. 您可更換為：</p> <p>含獨立 Medicare 處方藥計畫的 Original Medicare</p>	<p>以下是您需採取的行動：</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"> 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 www.aging.ca.gov/HICAP/。 <p>當您的 Original Medicare 保險開始生效時，您將會自動從 Health Net Cal MediConnect 退保。</p>
<p>3. 您可更換為：</p> <p>不含獨立 Medicare 處方藥計畫的 Original Medicare</p> <p>備註：如果您更換至 Original Medicare，而且您未投保獨立的 Medicare 處方藥計畫，Medicare 可能會為您投保藥品計畫，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的情況下，您才應放棄處方藥承保。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 8:00 至下午 5:00 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 www.aging.ca.gov/HICAP/。</p>	<p>以下是您需採取的行動：</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"> 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 www.aging.ca.gov/HICAP/。 <p>當您的 Original Medicare 保險開始生效時，您將會自動從 Health Net Cal MediConnect 退保。</p>



如果您有任何疑問，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (TTY：711)。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日給您回電。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

如何取得 Medi-Cal 服務

如果您退出 Cal MediConnect 計畫，您將投保您選擇的 Medi-Cal 管理式照護計畫。您的 Medi-Cal 服務包含大多數的長期服務與支援以及行為健康照護。

當您提出終止 Cal MediConnect 計畫會籍時，您必須讓醫療保健選項處知道您想選擇哪個 Medi-Cal 管理式照護計畫。請於週一至週五上午 8:00 至下午 6:00 致電醫療保健選項處，電話是 1-844-580-7272。聽障專線使用者請致電 1-800-430-7077。

G. 如何取得協助

G1. 透過 Health Net Cal MediConnect 取得協助

有問題嗎？我們隨時在此提供協助。請致電會員服務部 1-855-464-3571 (TTY : 711)。我們可接聽電話的時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日回電給您。這些號碼皆為免付費電話。

閱讀《2021 年會員手冊》

《2021 年會員手冊》是關於計畫福利的合法詳細說明。其中具有關於下一年度福利和費用的詳細資訊。其中說明您在取得承保服務與處方藥時的權利以及需遵守的規定。

《2021 年會員手冊》將於 10 月 15 前提供。最新的《2021 年會員手冊》副本隨時可在我們的網站 mmp.healthnetcalifornia.com 取得。您也可於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電會員服務部，電話是 1-855-464-3571 (TTY : 711)，要求我們將《2021 年會員手冊》郵寄給您。

我們的網站

您也可以瀏覽我們的網站 mmp.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。

G2. 透過州政府投保經紀商取得協助

州政府投保經紀商可協助您解決您可能有的投保問題。請於週一至週五上午 8 點至下午 6 點致電醫療保健選項處，電話是 1-844-580-7272。聽障專線使用者請致電 1-800-430-7077。



如果您有任何疑問，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (TTY : 711)。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日給您回電。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

G3. 透過 Cal MediConnect 監察方案取得協助

如果您有 Health Net Cal MediConnect 相關問題，Cal MediConnect 監察方案可協助您。監察員提供的服務均為免費。Cal MediConnect 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。
- 與本計畫或任何保險公司或健保計畫均沒有關聯。Cal MediConnect 監察方案的電話號碼是 1-855-501-3077。

G4. 透過 Health Insurance Counseling and Advocacy Program 取得協助

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 Cal MediConnect 計畫選項並回答關於轉換計畫的問題。HICAP 與本計畫或任何保險公司或健保計畫均沒有關聯。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/HICAP/。

G5. 透過 Medicare 取得協助

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。

Medicare 的網站

您可以瀏覽 Medicare 網站 (<http://www.medicare.gov>)。若您選擇從 Cal MediConnect 計畫退保並投保 Medicare Advantage 計畫，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 Medicare Advantage 計畫。

您可以使用 Medicare 網站上的 Medicare Plan Finder (Medicare 計畫查詢工具)，找到關於您所在區域提供之 Medicare Advantage 計畫的資訊。(若要檢視關於計畫的資訊，請至 www.medicare.gov 並按一下「Find plans」(尋找計畫)。

Medicare & You 2021

您可以閱讀 *Medicare & You 2021* 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。

如果您沒有本手冊副本，您可以到 Medicare 網站下載 (www.medicare.gov)，或請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取，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。



如果您有任何疑問，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (TTY: 711)。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日給您回電。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

G6. 透過 California Department of Managed Health Care 取得協助

California Department of Managed Health Care 負責管理醫療保健服務計畫。如果您想對您的健保計畫提出申訴，您首先應於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 1-855-464-3571 (TTY: 711) 聯絡您的健保計畫，並使用健保計畫的申訴程序，再聯絡該部門。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緊急事件有關的申訴，或您的健保計畫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。對於緊急事件，您可以先致電該部門，而不必向健保計畫提出申訴。

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畫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。

California Department of Managed Health Care 還提供免付費電話 (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.dmhc.ca.gov 有線上投訴表、IMR 申請表及相關說明。



如果您有任何疑問，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (TTY: 711)。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日給您回電。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

Health Net Cal MediConnect Nondiscrimination Notice

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net Cal MediConnect does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Net Cal MediConnect:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center at 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Health Net Cal MediConnect has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Thai: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակազմակերպչական ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Nondiscrimination Notice

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

Health Net Cal MediConnect:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center at 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends, and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Health Net Cal MediConnect has failed to provide these services or discriminated in another way, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) if there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, age, disability, or sex.

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Thai: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակազմակերպչական ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).