

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

2022 年度變更通知

簡介

您目前已投保為 Health Net Cal MediConnect (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》會向您詳述這些改變，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.....	5
B3. 重要待辦事項：.....	6
C. 網絡醫療服務提供者與藥房變更.....	7
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.....	9
D3. 第 1 階段：「初始承保階段」.....	11
D4. 第 2 階段：「重大傷病承保階段」.....	13
E. 如何選擇計畫.....	13
E1. 如何續保本計畫.....	13
E2. 如何更換計畫.....	13
F. 如何取得協助.....	16
F1. 透過 Health Net Cal MediConnect 取得協助.....	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 1-855-464-3572 (聽障專線：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回電給您。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

F2. 透過州政府投保經紀商取得協助	16
F3. 透過 Cal MediConnect 監察方案取得協助	16
F4. 透過 Health Insurance Counseling and Advocacy Program 取得協助	16
F5. 透過 Medicare 取得協助	17
F6. 透過 California Department of Managed Health Care 取得協助	17



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 1-855-464-3572 (聽障專線：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回電給您。此為免付費電話。 **如需更多資訊**，請瀏覽 mmp.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。如需額外資訊，請參閱 E2 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 (請參閱第 13 頁)。
- 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 (請參閱第 15 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 1-855-464-3572 (聽障專線：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回電給您。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 1-855-464-3572 (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.
- **PAALALA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa inyo ang mga serbisyo ng tulong sa wika, nang walang singil. Tumawag sa 1-855-464-3572 (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.
- **注意：**如果您說中文，可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3572（聽語障專線：711），服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 8 點。在非工作時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日回電給您。此為免費電話。
- **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 1-855-464-3572 (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.

• **تنبيه:** إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. يُرجى الاتصال بالرقم 1-855-464-3572 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، من يوم الاثنين إلى الجمعة، وللاتصال في غير أوقات الدوام الرسمي، أيام الأجازات والعطلات، يمكنك ترك رسالة. سنرد على مكالمتك في يوم العمل التالي. هذه المكالمة مجانية.

• **توجه:** اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان، در دسترس شما قرار دارد. دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با شماره 1-855-464-3572 (TTY:711) تماس بگیرید. پس از این ساعت ها، آخر هفته ها و تعطیلات رسمی می توانید پیام بگذارید. روز کاری بعدی به تماس شما پاسخ داده می شود. این تماس رایگان است.

- 您可以免費獲得此《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 1-855-464-3572 (聽障專線：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回電給您。此為免付費電話。



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 1-855-464-3572 (聽障專線：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回電給您。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)** 想確保您瞭解自己的健保計畫資訊。如果您提出要求，我們可以用其他語言和 (或) 其他格式向您傳送未來的材料。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、西班牙語、塔加洛語、越南語、中文、波斯語和 (或) 其他格式的材料。

或者

- 您想變更我們向您傳送材料的語言和 (或) 格式。

如果您需要幫助來瞭解自己的計畫材料，請致電聯絡 **Health Net Cal MediConnect** 會員服務部，電話是 1-855-464-3572 (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 1-855-464-3572 (聽障專線：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回電給您。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 1-855-464-3572 (聽障專線：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回電給您。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 E2 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。請參閱第 13 頁 E2 部分，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 2022 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 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 1-855-464-3572 (聽障專線：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。



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 1-855-464-3572 (聽障專線：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回電給您。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

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。

	2021 (今年)	2022 (明年)
助聽器	<p>您需支付共付額 \$0</p> <p>助聽器福利每會計年度為 \$1,510 (7 月 1 日 - 6 月 30 日)，且包含耳模、修改用品和配件。</p>	<p>您需支付共付額 \$0</p> <p>助聽器福利的計畫福利承保上限額為每會計年度 \$1,510 (7 月 1 日 - 6 月 30 日)。</p> <p>因不在接受服務的人士控制範圍內之情況而導致的助聽器遺失、遭竊或無法修復之損毀，其置換費用將不計入此 \$1,510 的計畫福利承保上限額中。</p> <p>助聽器福利包含耳模、修改、用品、配件、部分修復、訓練、調整及配驗。某些助聽器服務可能需要授權。</p>
多元化老人服務方案 (MSSP) (本節內容延續至下頁)	<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>多元化老人服務方案 (MSSP) 不屬於 承保範圍。</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 1-855-464-3572 (聽障專線：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回電給您。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

	2021 (今年)	2022 (明年)
多元化老人服務方案 (MSSP) (續)	MSSP 的服務包括： <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 此項福利每年的承保上限為 \$5,356.25。	
事先授權	下列項目不需要事先授權： 助聽器	下列項目需要事先授權： 助聽器

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 1-855-464-3572 (聽障專線：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：



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 1-855-464-3572 (聽障專線：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回電給您。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

- 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 1-855-464-3572 (聽障專線：711)，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。若要瞭解該如何要求例外處理，請參閱《2022 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。我們會在寄給您的核准信中說明這些排除項目。核准信將提及更多您的藥品排除項目的相關資訊，以及您例外處理要求的到期日。若要瞭解該如何要求例外處理，請參閱《2022 年會員手冊》第 9 章的 F 部分，或致電會員服務部。



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 1-855-464-3572 (聽障專線：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回電給您。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 2022 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 **\$7,050** 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。

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。



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 1-855-464-3572 (聽障專線：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回電給您。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

	2021 (今年)	2022 (明年)
<p>層級 1 藥品</p> <p>(層級 1 藥品包括普通牌藥品。)</p> <p>在網絡藥房領取的層級 1 藥品的一個月藥量費用</p>	<p>您的一個月 (30 天) 藥量共付額為每份處方 \$0 - \$3.70。</p>	<p>您的一個月 (30 天) 藥量共付額為每份處方 \$0 - \$3.95。</p>
<p>層級 2 藥品</p> <p>(層級 2 藥品包括品牌藥品，也可能包括部分普通牌藥品。)</p> <p>在網絡藥房領取層級 2 藥品一個月藥量的費用</p>	<p>您的一個月 (30 天) 藥量共付額為每份處方 \$0 - \$9.20。</p>	<p>您的一個月 (30 天) 藥量共付額為每份處方 \$0 - \$9.85。</p>
<p>層級 3 藥品</p> <p>(層級 3 包括某些 Medi-Cal 承保的處方和非處方 (OTC) 普通牌和品牌藥品。)</p> <p>在網絡藥房領取的層級 3 藥品的一個月藥量費用</p>	<p>您的一個月 (30 天) 藥量共付額為每份處方 \$0。</p>	<p>您的一個月 (30 天) 藥量共付額為每份處方 \$0。</p>

當您的總自費額達到 **\$7,050** 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。



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 1-855-464-3572 (聽障專線：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回電給您。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

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 **\$7,050** 後，您即進入重大傷病承保階段。在該曆年結束前，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。

E. 如何選擇計畫

E1. 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 2022 年會員。

E2. 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：



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 1-855-464-3572 (聽障專線：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回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

<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>當您的新計畫承保開始生效時，您將會自動從 Health Net Cal MediConnect 退保。</p>
<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>



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 1-855-464-3572 (聽障專線：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回電給您。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

<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 8:00 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>
--	--

如何取得 Medi-Cal 服務

如果您退出 Cal MediConnect 計畫，您將繼續透過 Health Net Community Solutions, Inc. 取得 Medi-Cal 服務，除非您為您的 Medi-Cal 服務選擇其他的計畫。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。



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 1-855-464-3572 (聽障專線：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回電給您。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

F. 如何取得協助

F1. 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 1-855-464-3572 (聽障專線：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。

請參閱《2022 年會員手冊》

《2022 年會員手冊》是具法律效力的計畫福利詳細說明。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。

《2022 年會員手冊》將於 10 月 15 前提供。最新的《2022 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 1-855-464-3572 (聽障專線：711)，要求我們將《2022 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與藥房網絡 (《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。

F2. 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 8:00 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。

F3. 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。監察人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。

F4. 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.aqing.ca.gov/HICAP/。



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 1-855-464-3572 (聽障專線：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回電給您。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

F5. 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 (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。(如需關於計畫的資訊，請至 www.medicare.gov 並按一下「Find plans」(尋找計畫)。

Medicare & You 2022

您可以閱讀 *Medicare & You 2022* 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，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。

F6. 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 1-855-464-3572 (聽障專線：711) 聯絡您的健保計畫，並使用健保計畫的申訴程序，之後才與該部門聯絡。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。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 1-855-464-3572 (聽障專線：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回電給您。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

Health Net Cal MediConnect 反歧視聲明

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) 遵循適用的聯邦民權法規定，不會基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性向等理由而歧視任何人。Health Net Cal MediConnect 不會因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾狀態或性別而將他人排除在外或對人有差別待遇。

Health Net Cal MediConnect：

- 為殘疾人士提供免費輔助和服務，例如：合格手語翻譯員以及其他格式（大字版、音訊版、無障礙電子版、其他格式）的書面資訊，以讓其可以有效地與我們溝通。
- 為非以英語為母語的人士提供免費的語言服務，例如：合格口譯員以及其他語言版本的書面資訊。

如果您需要這些服務，請聯絡 Health Net Cal MediConnect 客戶聯絡中心，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 1-855-464-3571 (洛杉磯)、1-855-464-3572 (聖地牙哥) (聽障專線：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回電給您。此為免付費電話。

如果您認為 Health Net Cal MediConnect 未能提供上述服務或基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾狀態或性向等理由而透過其他方式歧視他人，您可致電上列電話號碼提出申訴，並告知對方您需要協助提出申訴；Health Net Cal MediConnect 的客戶聯絡中心將可為您提供協助。

您也可向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights 提出民權投訴，您可透過 Office for Civil Rights 的投訴入口網站

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 在網路上提出投訴，或者透過郵件或電話提出投訴，聯絡資訊如下：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (聽障專線：1-800-537-7697)。您可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 網站找到投訴表。

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 County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

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

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

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

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

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

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្មើស គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (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 County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (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 County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

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

Ukrainian: УВАГА! Якщо ви не розмовляєте англійською, для вас доступні безкоштовні послуги перекладу. Телефонуйте на номер 1 855 464 3571 (Los Angeles County), 1 855 464 3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Mien: DONGH EIX: Da’faanh Meih Zoux Maiv Qjex English, Janx-kaeqv waac Tengx gong, cing Nauv Maiv fih hngangv, Yiem longx nyei kungx nyei Tuiv Meih. Heuc 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).