

Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare - Medicaid Plan)  
2018 年度變更通知

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

**2018 年度變更通知**

---

您目前是 Health Net Cal MediConnect 的投保會員。明年，本計畫的福利、承保、規則和費用會有一些變動。本年度變更通知向您說明相關變更。



**如果您有疑問**，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，週一至週五，上午 8 時至下午 8 時。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。**如需更多資訊**，請上網 [www.healthnet.com/calmedicconnect](http://www.healthnet.com/calmedicconnect)。

Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare - Medicaid Plan)  
2018 年度變更通知

## 目錄

A. 想一想您明年的 Medicare 和 Medi-Cal 承保 .....	3
B. 網絡醫療服務提供者和藥房的變更.....	8
C. 明年的福利和費用變更.....	8
醫療服務的福利和費用變更 .....	8
處方藥承保的變更.....	9
階段 1: 「初期承保階段」 .....	11
階段 2: 「重大傷病承保階段」 .....	12
D. 行政變更 .....	12
E. 決定選擇哪個計畫.....	13
如果您想要繼續投保 Health Net Cal MediConnect .....	13
如果您想變更至其他 Cal MediConnect 計畫 .....	13
如果您想退出 Cal MediConnect 方案.....	13
F. 取得協助 .....	15
從 Health Net Cal MediConnect 取得協助.....	15
從州政府的投保經紀人取得協助.....	16
從 Cal MediConnect 監察方案取得協助 .....	16
從 Health Insurance Counseling and Advocacy Program 取得協助.....	16
從 Medicare 取得協助.....	16
從 California Department of Managed Health Care 取得協助 .....	17



**如果您有疑問**，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，週一至週五，上午 8 時至下午 8 時。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。**如需更多資訊**，請上網 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)。

## A. 想一想您明年的 Medicare 和 Medi-Cal 承保

請務必現在就檢視您的承保，確定承保仍符合您明年的需求。如果無法滿足您的需求，您可隨時退出計畫。如果您選擇退出 Health Net Cal MediConnect，您的會籍將會在提出要求當月的最後一日終止。

如果您退出本計畫，只要符合資格，您將仍是 Medicare 與 Medi-Cal 方案的會員。

- 您將可選擇要如何取得您的 Medicare 福利 (請參閱第 13 頁查詢您的選擇)。
- 除非您選擇其他 Medi-Cal 專用計畫，否則您將繼續投保 Health Net Community Solutions, Inc. 取得您的 Medi-Cal 福利 (請參閱第 14 頁查詢更多資訊)。



**如果您有疑問**，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，週一至週五，上午 8 時至下午 8 時。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。**如需更多資訊**，請上網 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)。

其他資源

- If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (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.

▪ إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. يُرجى الاتصال بالرقم 1-855-464-3571 (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.

- Եթե Հայերեն եք խոսում, անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ են հասանում Ձեզ : Զանգահարեք 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: Հեռախոսազանգն անվճար է:

- បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-855-464-3571 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ។ បន្ទាប់ពីម៉ោង ធ្វើការ នៅចុងអាទិត្យ និងថ្ងៃបុណ្យ អ្នកអាចទុកសារសំព្វបាន។ អ្នកនឹងត្រូវបានទូរស័ព្ទមកវិញ នៅ ថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់ទៀត។ ការហៅនេះ គឺឥតចេញថ្លៃឡើយ។

- 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。

▪ اگر به فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشند. با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) 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.



如果您有疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，週一至週五，上午 8 時至下午 8 時。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。如需更多資訊，請上網 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)。

## Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare - Medicaid Plan)

### 2018 年度變更通知

- 귀하께서한국어를 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 메시지를남기실 수 있습니다. 다음 영업일에 저희가 귀하께 전화를 드리겠습니다. 안내전화는 무료입니다.
- 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.
- Si usted habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al 1-855-464-3571 (TTY: 711). 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.
- 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.
- 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.



如果您有疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，週一至週五，上午 8 時至下午 8 時。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。如需更多資訊，請上網 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)。

- 您可以免費取得本年度變更通知的其他形式，例如大字體、盲人點字或語音光碟。請致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，週一至週五，上午 8 時至下午 8 時。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。
- 如果您希望 Health Net Cal MediConnect 持續寄送其他形式 (例如盲人點字或大字體) 或英文以外語言版本的會員資料給您，請與會員服務部聯絡。請告知會員服務部您想提出長期要求，取得其他形式或語言版本的資料。

#### 關於 Health Net Cal MediConnect

- *Health Net Community Solutions, Inc.* 是與 Medicare 和 Medi-Cal 簽約的醫療保健計畫公司，為計畫參加者提供兩種方案的福利。
- Health Net Cal MediConnect 所提供的承保符合最低基本承保 (MEC) 的標準，也符合病人保護與平價醫療法案 (ACA) 的個人分攤責任規定。請瀏覽國稅局 (IRS) 網站 <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> 以瞭解更多有關 MEC 個人分攤責任規定的資訊。
- Health Net Cal MediConnect 是由 *Health Net Community Solutions, Inc.* 提供。本年度變更通知提及「本公司」或「我們」時指的都是 *Health Net Community Solutions, Inc.*，提及「計畫」或「本計畫」時則是指 Health Net Cal MediConnect。



如果您有疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，週一至週五，上午 8 時至下午 8 時。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。如需更多資訊，請上網 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)。

## 免責聲明

可能會有限制、共付額和限制規定。如需更多資訊，請致電 Health Net Cal MediConnect 會員服務部或參閱 Health Net Cal MediConnect 會員手冊。可能會有限制、共付額和限制規定是指，您可能必須為部分服務付費並遵循特定規則，Health Net Cal MediConnect 才會給付您的服務。

**承保藥品清單和 (或) 藥房網絡和醫療網可能在年度當中變更。若變更會影響到您，我們會在進行變更前寄通知給您。**

福利和 (或) 共付額可能於每年 1 月 1 日變更。

處方藥共付額可能依據您所取得的額外協助級別而有差異。請與計畫聯絡查詢詳情。

Health Net Community Solutions, Inc. 是 Centene 的子公司。Health Net 是 Centene 的註冊服務標章。保留所有權利。

### 重要待辦事項：

- 查看我們的福利和費用是否有任何變更可能影響到您。** 是否有任何變更會影響您使用的服務？請務必檢視福利和費用變更，確定明年這些福利和費用仍適合您。請翻到 C 部分，查看本計畫福利和費用變更的相關資訊。
- 查看我們的處方藥承保是否有任何變更可能影響到您。** 您的藥品是否仍屬於承保範圍？有沒有改到其他層級？您可以繼續使用同樣的藥房嗎？請務必檢視這些變更，確定明年我們的藥品承保仍適合您。請翻到 C 部分，查看我們藥品承保變更的相關資訊。
- 檢查看看您的醫療服務提供者和藥房明年是否仍在我們的網絡中。** 您的醫師有沒有在我們的網絡中？您的藥房呢？您使用的醫院或其他醫療服務提供者呢？請翻到 B 部分，查看我們醫療服務提供者和藥房名錄的相關資訊。
- 想一想您在本計畫中的整體費用。** 您要為經常使用的服務和處方藥支付多少自費額？和其他承保選項相比，總費用如何？
- 想一想您是否滿意我們的計畫。**

### 如果您決定繼續投保 Health Net Cal MediConnect：

如果您想明年繼續留在我們的計畫，很簡單 – 您不需採取任何行動。如果您沒有做變更，您就會自動繼續投保本計畫。

### 如果您決定變更計畫：

如果您決定其他承保更符合您的需求，您可以隨時轉換計畫。如果您投保新計畫，您的新承保會在次月 1 號開始。請翻到第 12 頁的 E 部分，進一步瞭解您的選擇。



**如果您有疑問**，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，週一至週五，上午 8 時至下午 8 時。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。**如需更多資訊**，請上網 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)。

## B. 網絡醫療服務提供者和藥房的變更

我們 2018 年的醫療服務提供者和藥房網絡已經變更。

我們強烈鼓勵您檢閱我們最新版的醫療服務提供者和藥房名錄，確認您的醫療服務提供者或藥房是否仍在本計畫網絡中。我們的網站 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) 有最新的醫療服務提供者和藥房名錄。您也可以致電會員服務部，電話 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，週一至週五，上午 8 時至下午 8 時提供服務，查詢最新的醫療服務提供者資訊，或請我們郵寄醫療服務提供者和藥房名錄給您。

請務必瞭解，我們也可能在年度當中對我們的網絡進行變更。如果您的醫療服務提供者退出本計畫，您將享有特定權利和保障。如需更多資訊，請參閱會員手冊的第 3 章。

## C. 明年的福利和費用變更

### 醫療服務的福利和費用變更

我們明年將針對特定醫療服務承保，以及您需為這些承保醫療服務支付的費用進行變更。下表說明這些變更。

	2017 年 (今年)	2018 年 (明年)
非處方 (OTC) 用品	非處方 (OTC) 用品不屬於承保範圍。	透過我們的郵購服務取得承保 OTC 用品時，您支付共付額 \$0。  計畫每個日曆季度最多承保 \$25。  每季結束時未使用的餘額將作廢。



如果您有疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，週一至週五，上午 8 時至下午 8 時。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。如需更多資訊，請上網 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)。



## Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare - Medicaid Plan)

### 2018 年度變更通知

	2017 年 (今年)	2018 年 (明年)
<b>居家支援服務 (IHSS)</b>	您為居家支援服務 (IHSS) 支付共付額 \$0。	居家支援服務 (IHSS) 不屬於 Health Net Cal MediConnect Plan 的承保範圍。  如果經您所在縣的社工核准，County Department of Social Services 每個月最多提供 283 小時的 IHSS 承保。
<b>視力保健 (非 Medicare 承保眼鏡)</b>	我們會給付以下服務費用： * 每兩年一次基本單焦點、雙焦點、三焦點或柱面眼鏡鏡片；以及 * 每兩年最多補貼眼鏡鏡框 \$250；或 * 每兩年最多補貼選擇性隱形眼鏡、驗配和評估 \$250  鏡框超過補貼 \$250 的任何餘額您享有 20% 折扣，隱形眼鏡超過補貼 \$250 的任何餘額您負責支付 100%。	我們會給付以下服務費用： * 每兩年最多補貼眼鏡 \$250 (鏡框和基本單焦點、雙焦點、三焦點或柱面眼鏡鏡片)；或 * 每兩年最多補貼選擇性隱形眼鏡、驗配和評估 \$250  您負責支付超過補貼 \$250 的任何餘額的 100%。

### 處方藥承保的變更

#### 我們藥品清單的變更

我們在本信封內附本計畫 2018 年承保藥品清單。

承保藥品清單又稱為「藥品清單」。

我們已變更我們的藥品清單，包括變更我們承保的藥品，以及變更我們對特定藥品承保所適用的限制規定。

**請檢視藥品清單，確定明年您的藥品仍屬於承保範圍，也要看看會不會有任何限制規定。**



如果您有疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，週一至週五，上午 8 時至下午 8 時。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。如需更多資訊，請上網 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)。

## Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare - Medicaid Plan)

### 2018 年度變更通知

如果您受到藥品承保變更的影響，我們鼓勵您：

- **與您的醫師 (或其他開立處方者) 合作，尋找**我們有承保的**另一種藥品**。您可致電會員服務部，電話 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，週一至週五，上午 8 時至下午 8 時提供服務，索取可治療相同病況的承保藥品清單。本清單可協助您的醫療服務提供者找到可能對您有效的承保藥品。
- **要求計畫承保藥品的暫時藥量**。在某些情況下，我們會在年度的頭 90 天期間承保一次您藥品的暫時藥量。此暫時藥量最多為 30 天。(如欲進一步瞭解您何時可以取得暫時藥量以及如何要求暫時藥量，請參閱**會員手冊**的第 5 章。)在使用藥品的暫時藥量期間，您應該和您醫師討論，決定好暫時藥量使用完畢時該怎麼辦。您可以改用本計畫承保的其他藥品，或要求本計畫為您做例外處理並承保您目前的藥品。
  - 如果您已加入計畫超過 90 天且您住在長期照護機構，我們將會承保一次 31 天藥量，或如果您的處方天數更短時則藥量更少。這不包括在長期照護過渡藥量中。
  - 如果您從長期照護機構或醫院出院返家，我們將會承保一次 30 天藥量，或如果您的處方天數更短時則藥量更少 (在此情況下，我們會允許您多次領取處方藥，直到合計領取達 30 天藥量為止)。
  - 如果您從住家或醫院遷入長期照護機構，我們將會承保一次 31 天藥量，或如果您的處方天數更短時則藥量更少 (在此情況下，我們會允許您多次領取處方藥，直到合計領取達 31 天藥量為止)。您必須在網絡藥房領取處方藥。

大多數的藥品清單例外處理明年仍屬於承保範圍。

### 處方藥費用的變更

根據 Health Net Cal MediConnect 的規定，您的 Medicare D 部分處方藥承保共有兩個付款階段。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。以下為這兩個階段：

<b>階段 1</b> <b>初期承保階段</b>	<b>階段 2</b> <b>重大傷病承保階段</b>
在此階段， <b>本計畫會給付您藥品的部分費用</b> ，您則支付您的分攤費用。您的分攤費用稱為共付額。  當您在年度當中首次領取處方藥時，本階段就會開始。	在此階段， <b>本計畫會給付您藥品的所有費用</b> ，直到 2018 年 12 月 31 日為止。  當您所支付的自費額達到特定金額時，本階段就會開始。



**如果您有疑問**，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，週一至週五，上午 8 時至下午 8 時。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。**如需更多資訊**，請上網 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)。

## Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare - Medicaid Plan)

### 2018 年度變更通知

#### 階段 1：「初期承保階段」

在初期承保階段，本計畫會就您的承保處方藥給付其所需分攤的費用，您則支付您的分攤費用。您的分攤費用稱為共付額。共付額視藥品所屬的分攤費用層級還有您領取藥品的地點而定。您每次領取處方藥皆需支付共付額。如果您的承保藥品費用低於共付額，您將支付較低的費用。

**我們已將藥品清單中的部分藥品移到較低或較高的藥品層級。**如果您的藥品層級移動，這可能會影響到您的共付額。欲確認您的藥品會不會在不同的層級，請在藥品清單中查詢。

下表顯示您在我們 3 個藥品層級中各層級的藥品費用。這些金額僅適用於您處於初期承保階段的期間。

	2017 年 (今年)	2018 年 (明年)
<b>層級 1 藥品</b> (層級 1 藥品的共付額較低。 這些藥品都是普通牌藥品。)  在網絡藥房領取層級 1 藥品一個月藥量的費用	您 <b>每份處方</b> 一個月 (30 天) 藥量的共付 額為 <b>\$0 - \$3.30</b> 。	您 <b>每份處方</b> 一個月 (30 天) 藥量的共付 額為 <b>\$0 - \$3.35</b> 。
<b>層級 2 藥品</b> (層級 2 藥品的共付額較高。 這些藥品都是品牌藥品。)  在網絡藥房領取層級 2 藥品一個月藥量的費用	您 <b>每份處方</b> 一個月 (30 天) 藥量的共付 額為 <b>\$0 - \$8.25</b> 。	您 <b>每份處方</b> 一個月 (30 天) 藥量的共付 額為 <b>\$0 - \$8.35</b> 。
<b>層級 3 藥品</b> (層級 3 藥品為 Medi-Cal 承保 的處方藥和非處方藥品。)  在網絡藥房領取層級 3 藥品一個月藥量的費用	您 <b>每份處方</b> 一個月 (30 天) 藥量的共付額為 <b>\$0</b> 。	您 <b>每份處方</b> 一個月 (30 天) 藥量的共付 額為 <b>\$0</b> 。



**如果您有疑問**，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，週一至週五，上午 8 時至下午 8 時。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。**如需更多資訊**，請上網 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)。

## Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare - Medicaid Plan)

### 2018 年度變更通知

當您的總自費額達到 **\$5,000** 時，初期承保階段即結束。屆時，重大傷病承保階段就會開始。本計畫會承保您之後所有的藥品費用，直到年度結束為止。

#### 階段 2：「重大傷病承保階段」

當您達到處方藥自費額上限後，重大傷病承保階段就會開始。您會一直停留在重大傷病承保階段，直到年度結束為止。

---

### D. 行政變更

	2017 年 (今年)	2018 年 (明年)
視力保健	<p>您應該與醫療服務提供者討論，取得 Medicare 承保的視力檢查和 Medicare 承保的眼鏡的轉介單。</p> <p>Medicare 承保的視力檢查和 Medicare 承保的眼鏡可能必須取得事先授權 (事前核准)，但緊急情況例外。</p>	<p>您應該與醫療服務提供者討論，取得 Medicare 承保的視力檢查的轉介單。</p> <p>Medicare 承保的眼鏡不需要取得轉介單。</p> <p>Medicare 承保的視力檢查和 Medicare 承保的眼鏡不需要取得事先授權 (事前核准)。</p>



**如果您有疑問**，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，週一至週五，上午 8 時至下午 8 時。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。**如需更多資訊**，請上網 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)。

## **E. 決定選擇哪個計畫**

### **如果您想要繼續投保 Health Net Cal MediConnect**

我們希望您明年還是我們的會員。

如欲留在本計畫，您什麼都不必做。如果您沒有登記其他 Cal MediConnect 計畫，或變更為 Medicare Advantage Plan，或變更為 Original Medicare，您就會自動繼續投保成為本計畫 2018 年的會員。

### **如果您想變更至其他 Cal MediConnect 計畫**

如果您想繼續從單一計畫取得您的 Medicare 和 Medi-Cal 兩種福利，您可以加入其他 Cal MediConnect 計畫。

如欲投保其他 Cal MediConnect 計畫，請撥 Health Care Options 電話 1-844-580-7272，週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00 提供服務。聽障專線使用者請撥 1-800-430-7077。

### **如果您想退出 Cal MediConnect 方案**

如果您退出 Health Net Cal MediConnect 後不想投保其他 Cal MediConnect 計畫，您將恢復為分開取得 Medicare 與 Medi-Cal 服務。



**如果您有疑問**，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，週一至週五，上午 8 時至下午 8 時。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。**如需更多資訊**，請上網 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)。

## Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare - Medicaid Plan)

### 2018 年度變更通知

#### 您將如何取得 Medicare 服務

在取得 Medicare 服務時，您將有三個選項。選擇這些選項的其中一個，您在 Cal MediConnect 計畫的會籍就會自動終止：

<p><b>1. 您可變更至：</b></p> <p><b>Medicare 健保計畫，例如 Medicare Advantage Plan，或如果您符合資格規定，則 Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)</b></p>	<p><b>以下是您需採取的行動：</b></p> <p>致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡，每週七天，每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請撥 1-877-486-2048，投保新的 Medicare 專用健保計畫。</p> <p>如果您需要協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>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區域當地的 HICAP 辦公室，請上網 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>。</li></ul> <p>當您的新計畫承保開始時，您就會自動從 Health Net Cal MediConnect 退保。</p>
<p><b>2. 您可變更至：</b></p> <p><b>Original Medicare，搭配獨立的 Medicare 處方藥計畫</b></p>	<p><b>以下是您需採取的行動：</b></p> <p>致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡，每週七天，每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請撥 1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>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區域當地的 HICAP 辦公室，請上網 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>。</li></ul> <p>當您的 Original Medicare 承保開始時，您就會自動從 Health Net Cal MediConnect 退保。</p>



如果您有疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，週一至週五，上午 8 時至下午 8 時。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。如需更多資訊，請上網 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)。

<p><b>3. 您可變更至：</b></p> <p><b>Original Medicare，不搭配獨立的 Medicare 處方藥計畫</b></p> <p><b>備註：</b>如果您轉換至 Original Medicare，但您未投保獨立的 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>只有當您可從僱主、工會或其他來源取得藥品承保時，您才應該取消處方藥承保。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區域當地的 HICAP 辦公室，請上網 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>。</p>	<p><b>以下是您需採取的行動：</b></p> <p>致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡，每週七天，每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請撥 1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>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區域當地的 HICAP 辦公室，請上網 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>。</li></ul> <p>當您的 Original Medicare 承保開始時，您就會自動從 Health Net Cal MediConnect 退保。</p>
---	--

### **您將如何取得 Medi-Cal 服務**

如果您退出我們的 Cal MediConnect 計劃，您會自行選擇投保一個 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。

當您申請取消 Cal MediConnect 會員時，請務必告知 Health Care Options 您要投保的新 Medi-Cal 管理式照護計畫。您可於週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00 致電 1-844-580-7272 與 Health Care Options 聯絡。聽障專線使用者請撥 1-800-430-7077。

## **F. 取得協助**

### **從 Health Net Cal MediConnect 取得協助**

有疑問？我們可以協助您。請致電會員服務部 1-855-464-3571 (聽障專線請撥 711)。我們電話服務的時間為週一至週五，上午 8 時至下午 8 時非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們會在下一個工作日給您回電。打這些電話都不用付費。



**如果您有疑問**，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，週一至週五，上午 8 時至下午 8 時。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。**如需更多資訊**，請上網 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)。



## Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare - Medicaid Plan)

### 2018 年度變更通知

#### 閱讀您的 2018 年會員手冊

2018 年會員手冊是法律文件，詳細說明您的計畫福利，其中有明年福利和費用的詳細資訊，也會解釋您的權利和您必須遵循哪些規則才能取得承保服務和處方藥。

您可隨時在我們網站 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) 找到最新版本的 2018 年會員手冊。您也可以致電會員服務部，電話 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，週一至週五，上午 8 時至下午 8 時提供服務，請我們郵寄 2018 年會員手冊給您。

#### 瀏覽我們的網站

您也可以瀏覽我們的網站 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)。提醒您，我們的網站有關於醫療服務提供者和藥房網絡 (醫療服務提供者和藥房名錄) 和藥品清單 (承保藥品清單) 的最新資訊。

#### 從州政府的投保經紀人取得協助

州政府的投保經紀人可協助您處理您可能會有的投保問題。您可於週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00 撥 Health Care Options 電話 1-844-580-7272。聽障專線使用者請撥 1-800-430-7077。

#### 從 Cal MediConnect 監察方案取得協助

如果您有關於 Health Net Cal MediConnect 的問題，Cal MediConnect 監察方案可協助您。Cal MediConnect 監察方案與我們或任何保險公司或健保計畫都沒有關聯。Cal MediConnect 監察方案的電話號碼為 1-855-501-3077。上述服務均為免費。

#### 從 Health Insurance Counseling and Advocacy Program 取得協助

您也可以致電 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)。HICAP 諮詢人員可協助您瞭解您的 Cal MediConnect 計畫選擇，並回答與轉換計畫有關的問題。HICAP 與我們或任何保險公司或健保計畫都沒有關聯。HICAP 在每個縣均有受過訓練的諮詢人員，且服務均為免費。HICAP 的電話號碼為 1-800-434-0222。如需更多資訊或欲尋找您所在區域當地的 HICAP 辦公室，請上網 <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>。

#### 從 Medicare 取得協助

直接從 Medicare 取得資訊：

致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

您可以撥 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時均提供服務。

聽障專線使用者請撥 1-877-486-2048。



**如果您有疑問**，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，週一至週五，上午 8 時至下午 8 時。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。**如需更多資訊**，請上網 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)。



## Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare - Medicaid Plan)

### 2018 年度變更通知

#### 瀏覽 Medicare 網站

您可以瀏覽 Medicare 網站 (<http://www.medicare.gov>)。如果您選擇退出 Cal MediConnect 計畫並投保 Medicare Advantage 計畫，Medicare 網站有關於費用、承保範圍以及品質評等的相關資訊，可協助您比較各項 Medicare Advantage 計畫。您可以使用 Medicare 網站的 Medicare Plan Finder (Medicare 計畫搜尋工具)，找到您所在區域可提供 Medicare Advantage 計畫的相關資訊。(欲查看計畫相關資訊，請上網 <http://www.medicare.gov>，然後點選「Find health & drug plans」(尋找健保計畫和藥品計畫)。

#### 閱讀 2018 年 Medicare & You

您可以閱讀 2018 年 Medicare & You 手冊。每年秋季，本手冊都會郵寄給 Medicare 投保人。其中會摘要說明 Medicare 的福利、權利與保障，並回答 Medicare 的常見問題。如果您沒有本手冊，您可以在 Medicare 網站 (<http://www.medicare.gov>) 下載，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。聽障專線使用者請撥 1-877-486-2048。

#### 從 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，您應先撥打您健保計畫的電話 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，週一至週五，上午 8 時至下午 8 時，並使用您健保計畫的申訴流程，之後才與管理局聯絡。利用此申訴程序並不會妨礙您的任何潛在法定權利或可能使用的補救措施。

如果您的申訴涉及緊急情況，或是未獲健保計畫妥善處理，又或是超過 30 天仍未獲得解決時，您可致電管理局請求協助。

您亦可能符合申請獨立醫療審查 (IMR) 的資格。如果您符合 IMR 的資格，則 IMR 流程將會針對健保計畫對提議的服務或治療是否為醫療所必需、實驗性或研究性的治療是否屬於承保範圍的決定，以及有關急診或緊急醫療服務給付爭議而做成的醫療決定，進行公正無私的審查。

管理局也有免付費電話 (1-888-HMO-2219) 和為聽語障人士提供的聽障專線 (1-877-688-9891)。管理局網站 <http://www.hmohelp.ca.gov> 提供投訴表格、IMR 申請表和說明。

Health Net Community Solutions, Inc. 是 Health Net, Inc. 的子公司。Health Net 是 Health Net, Inc. 的註冊服務標章。保留所有權利。

ANC014716CP00 (7/17)



**如果您有疑問**，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，週一至週五，上午 8 時至下午 8 時。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。**如需更多資訊**，請上網 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)。

# 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, 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:** 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).