

2024 年度變更通知

**Molina Medicare Complete Care Plus
(HMO D-SNP), 一項 Medicare Medi-Cal 計畫**

California H3038-003

服務區域包括下列各郡：Los Angeles、Riverside、San Bernardino 和 San Diego[®]

生效日期為 2024 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 是由 Molina Healthcare of California 提供的 Medicare Medi-Cal 計畫。

2024 年度變更通知

簡介

您目前是我們計畫的投保會員。明年，計畫福利、承保範圍和規定 將發生一些變化。本節或**本年度變更通知**旨在讓您瞭解這些變化及在哪裡可以找到更多關於這些變化的資訊。如需有關福利或規定的更多資訊，請詳閱我們網站上的《會員手冊》：www.MolinaHealthcare.com/Medicare。關鍵術語及其定義按字母順序列示在《會員手冊》的最後一章。

額外資源

- 本文件免費提供西班牙語、阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯語、法語、法國克里奧語、印地語、苗族語、義大利語、德語、日語、韓語、寮語、緬甸語、波蘭語、葡萄牙語、旁遮普語、俄語、塔加洛語、泰語、烏克蘭語和越南語版。
- 您可以免費取得**本年度變更通知**的其他格式版本，例如大字版本、點字版本或語音版本。請撥打 (855) 665-4627，TTY：711，服務時間為：每週 7 天，每天上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）。本電話免付費。
- 我們提供您所需語言或格式版本的資訊，歡迎隨時索取。此為長期要求。我們會持續追蹤您的長期要求，這樣您就無需每次在寄送資訊時另外提出要求。
- 如需此文件的非英文版本，請致電聯絡州辦公室，電話：(800) 541-5555，TTY：711，服務時間為：週一至週五上午 8 點至下午 5 點（當地時間），以更新您的偏好語言紀錄。如需此文件的其他格式版本，請致電聯絡會員服務部，電話：(855) 665-4627，TTY：711，服務時間為：每週 7 天，每天上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）。會有代表人員協助您提出長期要求或進行變更。您也可以聯絡個案經理，取得長期要求的相關協助。
- 我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計畫的任何問題。如需口譯員，請撥打 (855) 665-4627 聯絡我們，TTY：711。會說英語、西班牙語、阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯語、法語、法國克里奧語、印地語、苗族語、義大利語、德語、日語、韓語、寮語、緬甸語、波蘭語、葡萄牙語、旁遮普語、俄語、塔加洛語、泰語、烏克蘭語和越南語的口譯員可以為您提供協助。這是免費的服務。

OMB 核准 0938-1444 (到期日:2026 年 6 月 30 日)

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY：711，服務時間為：每週 7 天，每天上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）。本電話免付費。如需更多資訊，請造訪 [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)。



Spanish:

- Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o de medicamentos. Para acceder a los servicios de un intérprete, llámenos al (855) 665-4627 TTY: 711. Una persona que habla inglés, español, árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, francés, criollo francés, hindi, hmong, italiano, alemán, japonés, coreano, laosiano, mien, polaco, portugués, punjabi, ruso, tagalo, tailandés, ucraniano o vietnamita puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Arabic:

نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، كل ما عليك هو الاتصال بنا على الرقم 665-4627 (855) وبالنسبة لمستخدمي هاتف الصم والبكم TTY، فيمكنهم الاتصال على: 711. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث الإنجليزية، أو الإسبانية، أو العربية، أوالأرمنية، أو الكمبودية، أو الصينية، أو الفارسية، أو الفرنسية الكريولية، أو الهندية، أو المونوجية أو الإيطالية أو اليابانية أو الكورية أو اللتوانية أو لغة المين أو البولندية أو البرتغالية أو البنجابية أو الروسية أو الناجلوجية أو التايلاندية أو الفيتنامية. تقدم هذه الخدمة مجاناً.

Armenian:

- Մենք տրամադրում ենք անվճար բանավոր քարգմանցի ծառայություններ՝ պատասխանելու ցանկացած հարցի առողջապահական կամ դեղերին առնչվող մեր ապահովագրական պլանների վերաբերյալ: Բանավոր քարգմանցի ծառայությունից օգտվելու համար զանգափակարեն մեզ (855) 665-4627 TTY: 711 հեռախոսահամարով: Անզլերեն, խսպաներեն, արաբերեն, հայերեն, կիմերերեն, չինարեն, պարսկերեն, ֆրանսերեն, ֆրանսիական կրեոլ, եինդի, մոնզորերեն, խտալերեն, զերմաներեն, նապոներեն, կորերեն, լատերեն, մյաո, լեհերեն, պորտուգալերեն, փենջարի, ռուսերեն, տագալուզ, սիամերեն, ուկրաիներեն կամ վիետնամերեն խոսող յուրաքանչյուր ով կարող է օգնել Ձեզ: Սա անվճար ծառայություն է:

Cambodian:

- យើងមានសេវាអ្នកបកព្រមទាំងមាត្រាយកតិតនៃជីវិ៍នៃឈ្មោះរបាយដែលអ្នកអាចនឹងមានអំពីតម្រូវការខ្លួនឯង បុគ្គលិកសុខភាពបស់យើង។ ជីវិ៍នៃឈ្មោះបានអ្នកបកព្រមទាំងមាត្រាយកតិតនៃទូរសព្ទអ្នកបានយើងតាមលេខ (855) 665-4627 TTY: 711។ នរណាម្ភាក់ដែលចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស នៅស្ថាបូន្ទាន់ អារ៉ាប់ មាមកិ ខ្លួន ចិន ហ្មូស់ បារាំងបូរិច្ឆេទ ហិណ្ឌ ម៉ោង អីតាមី អាលីម៉ោង ដប់ន ក្នុង ទ្វារ់ មេ]ន បូរិច្ឆេទ ពារិយបញ្ហាល់ ពុនធាប់ រួម្រួល តាមប្រព័ន្ធដែល អូយក្រុក បូរិច្ឆេទ មានចំណួនយកចាន។ សេវានេះមិនត្រូវតម្លៃទេ។

Chinese:

- 我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，聯絡我們即可，請撥打 (855) 665-4627 TTY: 711。講英語、西班牙語、阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、漢語、波斯語、法語、法語克里奧爾語、北印度語、苗語、意大利語、德語、日語、韓語、老撾語、緬語、波蘭語、葡萄牙語、旁遮普語、俄語、塔加拉族語、泰語、烏克蘭語或越南語的人員可以為您提供幫助。這是免費的服務。

Farsi:

- ما خدمات مترجم شفاهی رایگان داریم تا به هر پرسشی که ممکن است در مورد طرح سلامت یا دارویی ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای دسترسی به مترجم شفاهیکافی است از طریق شماره (٥٥٨) ٥٦٦-٧٢٦٤ TTY: 117 با ماتصال بگیریدفردی که به زبان انگلیسی، اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، فرانسوی، کریول فرانسوی، هندی، همونگ، ایتالیایی، آلمانی، زبانی، کره‌ای، لائوسی، مین، لهستانی، پرتغالی، پنجابی، روسي، تاکالوگ، تایلندی، اوکراینی، یا ویتمانی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این خدمات رایگان است.



French:

- Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pouvez avoir sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance médicaments. Pour profiter de ce service, il suffit de nous appeler au (855) 665-4627 TTY: 711. *Un interlocuteur maîtrisant l'anglais, l'espagnol, l'arabe, l'arménien, le cambodgien, le chinois, le farsi, le français, le créole français, l'hindi, le hmong, l'italien, l'allemand, le japonais, le coréen, le laotien, le mien, le polonais, le portugais, le punjabi, le russe, le tagalog, le thaïlandais, l'ukrainien ou le vietnamien pourra vous aider. Ce service est gratuit.*

Creole:

- Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt jis rele nou nan (855) 665-4627 TTY: 711. *Yon moun ki pale Anglè, Espanyòl, Arab, Amenyen, Kanbòdj, Chinwa, Farsi, Fransè, Fransè Kreyòl, Hindi, Hmong, Italyen, Alman, Japonè, Koreyen, Laosyen, Mien, Polonè, Pòtigè, Punjabi, Ris, Tagalog, Thai, Ukrainian, oswa Vyetnamyen ka ede w. Sa a se yon sèvis gratis.*

Hindi:

- हमारे स्वास्थ्य या औषधि योजना के बारे में आपके हो सकने वाले किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए बस हमें (855) 665-4627 TTY: 711 पर कॉल करें। अंग्रेजी, स्पैनिश, अरबी, अर्मेनियाई, कम्बोडियाई, चीनी, फारसी, फ्रेंच, फ्रेंच क्रियोल, हिंदी, हमोंग, इतालवी, जर्मन, जापानी, कोरियाई, लाओटियन, मीन, पोलिश, पुर्तगाली, पंजाबी, रूसी, टैगालोग, थाई, यूक्रेनी, या वियतनामी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Hmong:

- Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kev noj qab haus huv thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus tsuas yog hu rau peb ntawm (855) 665-4627 TTY: 711. *Muaj tus neeg hais lus Askiv, Xab Pees Niv, AsLas Npiv, Asme Nias, Kas Pus Cia, Suav, Fas Lis, Fab Kis, Fab Kis KesLaus, His Du, Hmoob, Is Tas Lij, Yias Lab Mas, Nyiv Pooj, Kaus Lim, Nplog, Co, Paus Lis, Pos Tus Kej, Pa Ca Npi, Lav Xias, Ta Ka Lov, Thaib, Yus Khees los sis Nyab Laj los pab koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.*

Italian:

- Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere sul nostro piano sanitario o farmacologico. Per usufruire di un interprete, ci chiami al numero (855) 665-4627 supporto telescrittivo: 711. *Una persona che parla inglese, spagnolo, arabo, armeno, cambogiano, cinese, farsi, francese, creolo francese, hindi, hmong, italiano, tedesco, giapponese, coreano, laotiano, mien, polacco, portoghese, punjabi, russo, tagalog, tailandese, ucraino o vietnamita la aiuterà. Il servizio è gratuito.*

German:

- Wir bieten Ihnen kostenlose Dolmetschdienstleistungen, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Um einen Dolmetscher zu bekommen, rufen Sie uns einfach an unter (855) 665-4627 TTY: 711. *Jemand, der Englisch, Spanisch, Arabisch, Armenisch, Kambodschanisch, Chinesisch, Farsi, Französisch, Französisch-Kreolisch, Hindi, Hmong, Italienisch, Deutsch, Japanisch, Koreanisch, Laotisch, Mien, Polnisch, Portugiesisch, Punjabi, Russisch, Tagalog, Thai, Ukrainisch oder Vietnamesisch spricht, kann Ihnen helfen. Diese Dienstleistung ist kostenlos.*



Japanese:

- 当社の医療保険や処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳をご希望の方は、(855) 665-4627までお電話ください。TTY: 711。英語またはスペイン語、アラビア語、アルメニア語、カンボジア語、中国語、ペルシャ語、フランス語、クレオール語、ヒンディー語、モン語、イタリア語、ドイツ語、日本語、韓国語、ラオス語、ミエン語、ポーランド語、ポルトガル語、パンジャブ語、ロシア語、タガログ語、タイ語、ウクライナ語、ベトナム語を話せる者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。

Korean:

- 당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 의약품 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 (855) 665-4627 TTY: 711로 전화하십시오. 영어, 스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 프랑스어, 프랑스어 크리올어, 힌디어, 몽골어, 이탈리아어, 독일어, 일본어, 한국어, 라오스어, 미엔어, 폴란드어, 포르투갈어, 편자브어, 러시아어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어 또는 베트남어 지원이 가능합니다. 무료 서비스입니다.

Laotian:

- ພວກເຮົາມີການບໍ່ສົກລົງໃຫຍ່ເປັນພາສາໄດ້ຢັ້ງຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກົງວັກບໍ່ຂະໜາບ ຫຼືແຜ່ນ ການຍ້າຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍແບ່ງຈາງຈົດຕັ້ງທ່າງພວກເຮົາທີ່ (855) 665-4627 TTY: 711. ມີຜູ້ທີ່ໄດ້ພາສາອັງກິດ, ສະບັນ, ອາເນັບ, ອາມຸນຸ່າ, ກໍາປຸລຍ, ລົມ, ພາວີ, ດຣັງ, ດຣັງ ອົດໂດ, ຂົນດູ, ມົງ, ອົງການ, ເຢີລະນະມັນ, ໃບື່ນ, ຕັກີຫຼື ລາວ, ມຽນ, ໂປເວນ, ປອກຕຸລູການ, ປັນຈາບີ, ວັດຊາລ, ຕາກາວັກ, ໄທ, ອຸດເກຣນ ຫຼື ຫວຽດນາມ ຂົງສາມາດຮ່ວມທ່ານໄດ້. ການບໍ່ສົກລົງໃຫຍ່ເປັນພາສາໄດ້ມີ່ມີ່ປໍ່ສະລັບທ່ານ.

Mien:

- Yie mbuo liepc duqv maaih faan waac mienh wangv-henh tengx dau waac bun muangx dongh haaix zanc meih qiemx naaic taux yie mbuo goux nyei ziux goux wangc siangx sou-gorn a'fai ndie nyei sou-gorn.Liouh lorx faan waac mienh se koh waac lorx taux yie mbuo yiem njiem naiv (855) 665-4627 TTY: 711.Ninh liepc maaih mienh haih gorngv ang gitv waac, Spanish waac, Arabic waac, Armenian waac, Cambodian waac, Janx-kaeqv waac, Farsi waac, French waac, French Creole waac, Hindi waac, Janx-ba'miuh waac, Italian waac, German waac, Janx yi-bernv waac, Korean waac, Janx-laauv waac, Mienh waac, Polish waac, Portuguese waac, Punjabi waac, Russian waac, Tagalog waac, Janx-taiv waac, Ukrainian waac, a'fai janx Vietnam waac liouh tengx faan waac bun meih. Naiv se wangv hen tengx faan waac bun muangx hnangv.

Polish:

- Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza ustnego, który pomoże uzyskać odpowiedzi na wszelkie pytania dotyczące naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego albo planu ubezpieczenia lekowego. Aby skorzystać z usług tłumacza ustnego, proszę do nas zadzwonić pod numer (855) 665-4627, z telefonów tekstowych: 711. Ktoś posługujący się językiem angielskim, hiszpańskim, arabskim, armeńskim, kambodżańskim, chińskim, perskim, francuskim, kreolskim, hindi, hmong, włoskim, niemieckim, japońskim, koreańskim, laotańskim, mien, polskim, portugalskim, pendżabskim, rosyjskim, tagalskim, tajskim, ukraińskim albo wietnamskim może Ci pomóc. Ta usługa jest bezpłatna.

OMB 核准 0938-1444 (到期日:2026 年 6 月 30 日)

**如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，
TTY：711，服務時間為：每週 7 天，每天上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）。本電話免付費。如需更多資訊，請造訪 MolinaHealthcare.com/Medicare。**



Portuguese:

- Disponibilizamos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer perguntas que você possa ter sobre nosso plano de saúde ou de medicamentos. Para solicitar um intérprete, entre em contato conosco pelo telefone (855) 665-4627 TTY: 711. Você pode ser auxiliado por alguém que fale inglês, espanhol, árabe, armênio, cambojano, chinês, farsi, francês, crioulo francês, hindi, hmong, italiano, alemão, japonês, coreano, laosiano, iu mien, polonês, português, punjabi, russo, tagalo, tailandês, ucraniano ou vietnamita. Esse é um serviço gratuito.

Punjabi:

- ساڈی صحت یا ڈرگ منصوبے دے حوالے نال تباڈے کسے وی سوالاں دا جواب دین لئی ساڈے مترجم دیاں مفت سروسز موجود نیں۔ مترجم حاصل کرن لئی سانوں (۵۰۸) ۷۲۶-۵۶۶ TTY: 177 تے کال کرو۔ کوئی وی انگریزی، بہسپانوی، عربی، آرمینیائی، کمبودین، چینی، فارسی، فرانسیسی، کیرول، ہندی، بمنگ، اطالوی، جرمون، جاپانی، کوریائی، لاوسی، مین، پولش، پرتگالی، پنجابی، روسي، تگالوگ، تھائی، یوکرینی، یا ویتنامی بولن آلاتباڈی مدد کر سکدا ہے۔ ایہ اک مفت سروس ہے۔

Russian:

- Если у вас возникли какие-либо вопросы о вашем плане медицинского обслуживания или плане с покрытием лекарственных препаратов, для вас предусмотрены бесплатные услуги переводчика. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по номеру (855) 665-4627, телетайп: 711. Вам поможет сотрудник, владеющий английским, испанским, арабским, армянским, кхмерским, китайским, фарси, французским, гаитянским креольским, хинди, хмонг-мьянским, итальянским, немецким, японским, корейским, лаосским, мьян, польским, португальским, пенджабским, русским, тагальским, тайским, украинским или вьетнамским языком. Эта услуга предоставляется бесплатно.

Tagalog:

- Mayroon kaming libreng mga serbisyo ng interpreter na makakasagot sa anumang tanong na maaaring mayroon ka tungkol sa aming plano sa kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter tumawag lang sa (855) 665-4627 TTY: 711. Matutulungan ka ng isang taong nakakapagsalita ng English, Spanish, Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, French, French Creole, Hindi, Hmong, Italian, German, Japanese, Korean, Laotian, Mien, Polish, Portuguese, Punjabi, Russian, Tagalog, Thai, Ukrainian, o Vietnamese. Isa itong libreng serbisyo.

Thai:

- เรามีบริการล่วงไปให้บริการคุณฟรีสำหรับการตอบคำถามต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพและแผนยาของเรา หากต้องการล่ามสามารถโทรหาเราได้ที่(855) 665-4627 TTY: 711. สำหรับคนที่พูดภาษาอังกฤษ สเปน อาร์บิก อาร์เมเนีย กัมพูชา จีน فارซี ฝรั่งเศส คริโอลฝรั่งเศส ชินตี มัง อิตาลี เยอร์มัน ญี่ปุ่น เกาหลี ลาว เมียน ໂපແລນດ ໂປຣເກສ ປັນຈານ ຮັສເຊີຍ ຕາກເລືອກ ຖາຍ ພາຍໃຕ້ເຄຣນ ທີ່ອາວັນ ເຮັດວຽດນາມ ເຮົາສາມາຮັດຊ່ວຍຄຸນໄດ້ ນີ້ເປັນບໍລິການພຣີສໍາຫັບຄຸນ



Ukrainian:

- Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, який допоможе відповісти на будь-які запитання про наш план медичного страхування або план покриття ліків. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером (855) 665-4627, телетайп: 711. Вам може допомогти людина, яка розмовляє англійською, іспанською, арабською, вірменською, кхмерською, китайською, фарсі, французькою, гаїтянською креольською, гінді, хмонг, італійською, німецькою, японською, корейською, лаоською, м'єн, польською, португальською, пенджабською, російською, тагальською, тайською, українською або в'єтнамською мовами. Ця послуга надається безкоштовно.

Vietnamese:

- Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số (855) 665-4627 TTY: 711. Sẽ có người nói tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Pháp, tiếng Pháp Creole, tiếng Hindi, tiếng Hmong, tiếng Ý, tiếng Đức, tiếng Nhật, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Miên, tiếng Ba Lan, tiếng Bồ Đào Nha, tiếng Punjabi, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Thái, tiếng Ukraina hoặc tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

OMB 核准 0938-1444 (到期日:2026 年 6 月 30 日)

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，
TTY：711，服務時間為：每週 7 天，每天上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）。本電話免付費。如需更多
資訊，請造訪 MolinaHealthcare.com/Medicare。



目錄

A. 免責聲明.....	10
B. 檢視您明年的 Medicare 和 Medi-Cal 承保範圍.....	10
B1. Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 的相關資訊	11
B2. 重要的必辦事項.....	11
C. 我們的網絡醫療服務提供者和藥房變更.....	12
D. 明年的福利變更.....	12
D1. 醫療服務福利變更	12
D2. 處方藥物承保範圍變更.....	16
E. 行政變更.....	18
F. 選擇計畫.....	18
F1. 繼續投保我們的計畫	18
F2. 變更計畫	18
G. 取得協助	21
G1. 我們的計畫	21
G2. 醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP).....	22
G3. Ombuds 計畫	22
G4. Medicare.....	22
G5. 加州管理式醫療照護部 (California Department of Managed Health Care).....	23

OMB 核准 0938-1444 (到期日:2026 年 6 月 30 日)

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，
TTY：711，服務時間為：每週 7 天，每天上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）。本電話免付費。如需更多
資訊，請造訪 MolinaHealthcare.com/Medicare。



A. 免責聲明

- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-DSNP) 是附有 Medicare 合約並與州份 Medicaid 計畫簽約的健康計畫。投保 Molina Medicare Complete Care Plus 的資格視續約情況而定。
- Molina Healthcare 遵循適用的聯邦民權法，而且不會基於種族、民族、國籍、宗教、社會性別、生理性別、年齡、精神或身體殘疾、健康狀況、接受醫療照護、索賠經歷、病史、基因資訊、可保性證明、地理位置進行歧視。
- 《承保藥物清單》和/或藥房和醫療提供者網絡可能會在一年之中有所更改。在實施任何可能會對您造成影響的調整之前，我們會向您寄送調整通知。
- 價值型保險設計 (VBID) 模式下的模式福利或 RI 計畫資格無法確定，將在投保後由 Medicare Advantage 組織 (MAO) 根據相關標準進行裁定，例如臨床診斷、資格標準，參與疾病狀態管理計畫的情況（若目標投保人的模式福利或 RI 計畫資格無法確定或無法在計畫年度之前裁定，如適用）。
- Medicare 核准 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 為 D 部分處方藥提供較低的共付額費用，以此作為價值型保險設計計畫的一部份。本計畫讓 Medicare 得以嘗試改善 Medicare Advantage 計畫的新方法。

B. 檢視您明年的 Medicare 和 Medi-Cal 承保範圍

請務必立即審視您的承保範圍，確保其依舊能滿足您明年的需求。如果其無法滿足您的需求，您可以退出本計畫。請參閱**第 F2 節**，以瞭解更多關於明年福利變更的資訊。

如果您選擇退出我們的計畫，您的會員身份將在申請提出之月的最後一天終止。只要您符合資格，就仍在 Medicare 和 Medi-Cal 計劃內。

如果您退出我們的計畫，您可以取得下列內容的相關資訊：

- **第 F2 節**表格中的 Medicare 方案。
- **第 F2 節**中的 Medi-Cal 方案和服務。

OMB 核准 O938-1444 (到期日:2026 年 6 月 30 日)

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，
TTY：711，服務時間為：每週 7 天，每天上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）。本電話免付費。**如需更多資訊**，請造訪 MolinaHealthcare.com/Medicare。



B1. Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) 的相關資訊

- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 是一項與 Medicare 及 Medi-Cal 簽約合作的健康計畫，可為此兩項計畫的會員提供福利。
- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 的承保範圍符合「最低必要保險」的健康保險資格。它滿足患者保護與平價醫療法案 (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) 的個人共享責任要求。請造訪國內收入署 (Internal Revenue Service, IRS) 網站：www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families，瞭解有關個人共享責任要求的更多資訊。
- 本年度變更通知中提到的「我方」、「我們」、「我們的」或「我們的計畫」，是指 Medicare Medi-Cal 計畫。

B2. 重要的必辦事項

- 檢視是否存在任何可能對您產生影響的福利變更。
 - 是否有任何變更會影響到您所使用的服務？
 - 請詳閱您的福利變更，以確保其仍能滿足您明年的需求。
 - 請參閱**第 D1 節**，瞭解有關我們的計畫之福利變更的資訊。
- 檢視是否存在任何可能對您產生影響的處方藥承保範圍變更。
 - 是否將會承保您的藥物？它們是否處於不同的費用分擔等級？您是否能使用相同的藥房？
 - 請詳閱變動項目，以確保我們的藥物承保範圍仍能滿足您明年的需求。
 - 請參閱**第 D2 節**，瞭解有關我們的藥物承保範圍變更的資訊。
- 檢視您的醫療服務提供者和藥房明年是否仍在我們的網絡內。
 - 您的醫師（包括專科醫師）是否在我們的網絡內？您的藥房是否在我們的網絡內？您使用的醫院或其他醫療服務提供者呢是否在我們的網絡內？
 - 請參閱**第 G1 節**，瞭解有關我們的《醫療服務提供者與藥房名錄》的資訊。
- 思考您的計畫整體費用。
 - 您將為您定期使用的服務和處方藥支付多少自付費用？
 - 與其他承保範圍方案相比，您認為總費用如何？
 - 想想您是否滿意我們的計畫。

OMB 核准 O938-1444 (到期日:2026 年 6 月 30 日)

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，
TTY：711，服務時間為：每週 7 天，每天上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）。本電話免付費。如需更多資訊，請造訪 MolinaHealthcare.com/Medicare。



如果您決定繼續投保 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)：

如果您希望在明年繼續投保我們的計畫，這很簡單，您不需要辦理任何手續。如果您不做任何更改，您將自動繼續投保 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)。

如果您決定變更計畫：

如果您認為其他承保範圍可以更好地滿足您的需求，您可以變更計畫（請參閱第 F2 節瞭解更多資訊）。如果您投保了一項新的計畫，或轉投保至 Original Medicare，您的新承保範圍將從下個月的第一天開始。

C. 我們的網絡醫療服務提供者和藥房變更

我們尚未對明年的醫療服務提供者及藥房網絡進行任何變更。

然而，請務必瞭解，我們可能會在一年中的某個時間對我們的網絡進行變更。如果您的醫療服務提供者退出我們的計畫，您仍享有一定的權利和保障。如需更多資訊，請參閱**您的《會員手冊》第 3 章**。

請檢視 2024 年度《醫療服務提供者與藥房名錄》，查看您的醫療服務提供者或藥房是否仍在我們的網絡內。更新後的《醫療服務提供者與藥房名錄》位於我們的網站上：www.MolinaHealthcare.com/Medicare。您也可以撥打本頁底部的電話號碼聯絡會員服務部，洽詢更新後的醫療服務提供者資訊，或要求我們郵寄一份《醫療服務提供者與藥房名錄》給您。

請務必瞭解，我們可能會在一年中的某個時間對我們的網絡進行變更。如果您的醫療服務提供者退出我們的計畫，您仍享有一定的權利和保障。如需更多資訊，請參閱**您的《會員手冊》第 3 章**。

D. 明年的福利變更**D1. 醫療服務福利變更**

明年我們將對特定醫療服務的承保範圍以及您就這些承保的醫療服務所應支付的費用進行變更。下表描述了這些變更。

OMB 核准 O938-1444 (到期日：2026 年 6 月 30 日)

**如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，
TTY：711，服務時間為：每週 7 天，每天上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）。本電話免付費。如需更多資訊，請造訪 MolinaHealthcare.com/Medicare。**



Medicare 福利	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
Medicare D 部分處方藥	<p>計畫處方集中的 D 部分承保藥物分為不同等級。</p> <p>由於您是 Medi-Cal 的保戶，已投保「額外補助」(Extra Help)，也稱為低收入補助。</p> <p>在 2023 年，您在網絡藥房配藥的處方藥費用將視您的低收入補助 (LIS) 共付額及藥物所屬等級而定。</p>	<p>計畫處方集中的 D 部分承保藥物分為同一等級。</p> <p>由於您是 Medi-Cal 的保戶，已投保「額外補助」，也稱為低收入補助。</p> <p>在 2024 年，透過價值型保險設計 (VBID) 加強福利，在 D 部分處方藥福利所有階段內，您無需為網絡藥房開立的處方支付費用。</p> <p>注意：本承保範圍適用於 Medicare 承保的 D 部分處方藥。 請記住，您需要您的 Medi-Cal 卡或福利身分識別卡 (BIC) 才能獲得 Medi-Cal Rx 承保藥物。</p>
Medicare 附加福利： 居家輔助服務	<p>福利在 Medicare 附加福利的承保範圍，由我們供應商提供每年最多 90 小時的服務</p>	<p>福利不在 Medicare 附加福利的承保範圍</p> <p>注意：本承保範圍適用於 Medicare 附加居家輔助服務 (IHSS) 福利。如果您需要取得 Medi-Cal 居家輔助服務 (IHSS) 福利的相關協助，請聯絡您所在郡的當地社會服務部 (Social Services Department)。IHSS 計畫可以提供服務，讓您可以在家保持安全。IHSS 被視為是療養院或寄宿和護理所等離家護理的替代選擇。如要申請 IHSS，請聯絡您所在郡的當地 IHSS 辦公室。</p>



Medicare 福利	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
Medicare 附加福利： 例行性牙科服務	<p>福利在 Medicare 附加福利的承保範圍 當您使用您的 MyChoice 卡時， 預防性及綜合牙科服務承保本福利。 針對預防性及綜合牙科服務， 您每年享有 \$4,000 的津貼。 您會收到一張預付 MyChoice 簽帳金融卡，可用來支付您的附加計畫福利。</p>	<p>福利在 Medicare 附加福利的承保範圍 為了在 2024 年提供您更多例行性牙科需求的方案，您可以選擇下列兩個方案中的一個：</p> <ol style="list-style-type: none"> 如果您使用我們牙科供應商中的醫療服務提供者，您將免費獲得下列預防性牙科服務： <ul style="list-style-type: none"> ■ 2 次口腔檢查、 ■ 2 次洗牙、 ■ 2 次塗氟治療、 ■ 牙科 X 光 此外，針對綜合牙科，您每年享有 \$1,000 的津貼。您可以繼續使用您的 MyChoice 卡來支付綜合牙科服務。 <ol style="list-style-type: none"> 如果您選擇使用供應商網絡外的牙科醫療服務提供者，則僅在您使用您的 MyChoice 卡並使用 \$1,000 年度津貼時，才會承保所有的例行性牙科服務。

注意：本承保範圍適用於 Medicare 附加牙科福利。

某些牙科服務可以透過 Medi-Cal 牙科計畫獲得。Medi-Cal 牙科計畫提供按服務收費的牙科福利。如需更多資訊，或者如果您需要協助尋找接受 Denti-Cal 牙科計畫的牙醫，請聯絡客戶服務熱線，電話：1-800-322-6384 (TTY 使用者請致電 1-800-735-2922)。本電話免付費。

Medi-Cal 牙科服務計畫代表人員可為您提供協助，服務時間為：
週一至週五上午 8 點至下午 5 點。您也可以造訪網站：
dental.dhcs.ca.gov/，瞭解更多資訊。



Medicare 福利	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
Medicare 附加福利： 例行性聽力服務	<p>福利在 Medicare 附加福利的承保範圍，每年最多可給付 2 副由計畫核准之醫療服務提供者所提供的預選助聽器。您可以使用網絡內醫療服務提供者獲得本福利。</p> <p>注意：本承保範圍適用於 Medicare 附加聽力福利。 您可以透過本計畫，享有承保 Medi-Cal (Medicaid) 福利下的額外助聽器及聽力服務。</p>	<p>福利在 Medicare 附加福利的承保範圍，每 2 年最多可給付 2 副由計畫核准之醫療服務提供者所提供的預選助聽器。您必須使用 HearUSA 才能獲得本福利。</p>
Medicare 附加福利： 送餐福利	<p>福利在 Medicare 附加福利的承保範圍。包含一天 2 餐，共 14 天，合計送餐 28 餐。經核准後，您也可能符合在另外 14 天內享有額外 28 餐的資格。每個日曆年適用的計畫最大承保範圍為在 4 週內獲得最多 56 餐。</p> <p>注意：本承保範圍適用於 Medicare 附加送餐福利。 如果您需要社區資源以幫助解決食物不足問題，請致電會員服務部或聯絡您的個案經理。此外，您可以視需求透過轉介獲得營養/飲食諮詢福利下的個人營養電話諮詢。</p>	<p>福利不在 Medicare 附加福利的承保範圍</p>
Medicare 附加福利： 非處方藥 (OTC)	<p>福利在 Medicare 附加福利的承保範圍</p> <p>您每個季度有 \$400 的津貼可花費在計畫核准的 OTC 項目。您會收到一張預付 MyChoice 簽帳金融卡，可用來支付您的附加 OTC 福利。</p> <p>注意：本承保範圍適用於 Medicare 附加 OTC 福利。某些非處方 (OTC) 藥物和特定維他命可能在 Medi-Cal Rx 的承保範圍。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov)，瞭解更多資訊。您也可以致電 Medi-Cal Rx 客戶服務中心，電話：800-977-2273。</p>	<p>福利在 Medicare 附加福利的承保範圍</p> <p>您每個季度有 \$320 的津貼可花費在計畫核准的 OTC 項目。您的預付 MyChoice 簽帳金融卡可用來支付您的附加 OTC 福利。</p>

OMB 核准 0938-1444 (到期日:2026 年 6 月 30 日)

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，
TTY：711，服務時間為：每週 7 天，每天上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）。本電話免付費。如需更多資訊，請造訪 MolinaHealthcare.com/Medicare。



Medicare 福利	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
Medicare 附加福利：個人緊急應變系統 (PERS)	福利 在 Medicare 附加福利的承保範圍 注意：本承保範圍適用於 Medicare 附加 PERS 福利。 如果您需要社區資源或取得免繳福利的相關協助， 請致電會員服務部或聯絡您的個案經理。	福利 不在 Medicare 附加福利的承保範圍
Medicare 附加福利：例行性足科服務	福利 在 Medicare 附加福利的承保範圍 在計畫年度中合計最多 12 次看診 注意：本承保範圍適用於 Medicare 附加例行性足科福利。您可以透過本計畫， 享有承保 Medi-Cal (Medicaid) 福利下的額外足科服務。	福利 不在 Medicare 附加福利的承保範圍
Medicare 附加福利：例行性交通服務	福利 在 Medicare 附加福利的承保範圍 您每個季度有 \$200 的津貼可花費在 例行性交通服務。您會收到一張預付 MyChoice 簽帳金融卡，可用來支付 您的附加 OTC 福利。 注意：本承保範圍適用於 Medicare 附加例行性交通福利。 您可以透過本計畫，享有承保 Medi-Cal (Medicaid) 福利下的額外例行性交通服務。	福利 不在 Medicare 附加福利的承保範圍

D2. 處方藥物承保範圍變更

我們的藥物清單變更

您將在單獨的郵件中取得 2024 年《承保藥物清單》。更新後的《承保藥物清單》位於我們的網站上：www.MolinaHealthcare.com/Medicare。您也可以撥打本頁底部的電話號碼聯絡會員服務部，洽詢更新後的藥物資訊，或要求我們郵寄一份《承保藥物清單》給您。《承保藥物清單》又稱「藥物清單」。

我們對藥物清單進行了變更，包括調整我們承保的藥物以及特定藥物所適用的承保限制。

請詳閱藥物清單，**以確保您的藥物明年仍在承保範圍內**，並查看是否有任何限制條件。

OMB 核准 0938-1444 (到期日：2026 年 6 月 30 日)

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，
TTY：711，服務時間為：每週 7 天，每天上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）。本電話免付費。**如需更多資訊**，請造訪 MolinaHealthcare.com/Medicare。



如果您受到藥物承保範圍變更的影響，我們鼓勵您：

- 與您的醫師（或其他處方藥劑師）合作，找到我們承保的另一種藥物。
- 您可以撥打本頁底部的電話號碼聯絡會員服務部，或聯絡您的個案經理，索取治療相同病情的承保藥物清單。
- 此清單可協助您的醫療服務提供者尋找可能適合您的承保藥物。
- 與您的醫師（或其他處方藥劑師）合作，要求我們做出例外處理，以承保該藥物。
 - 您可以在明年之前請求一次例外處理，並且我們將在收到您的請求（或您處方藥劑師的支援性陳述）之後的 72 小時內為您提供回覆。
 - 如要瞭解請求例外處理的必要流程，請參閱您的《會員手冊》**第 9 章**，或撥打本頁底部的電話號碼聯絡會員服務部。
 - 如果您需要申請例外處理方面的協助，請聯絡會員服務部或您的個案經理。請參閱您的《會員手冊》**第 2 章和第 3 章**，瞭解有關如何聯絡您的個案經理的資訊。
- 要求我們承保藥物的暫時供應量費用。
 - 在某些情況下，我們會在該日曆年的前 (90) 天承保藥物的**暫時供應量費用**。
 - 此**暫時供應**將持續最多 (31) 天，即一個月。（如要瞭解何時可以獲得**暫時供應**及如何申請，請參閱您的《會員手冊》**第 5 章**。）

當您取得藥物的**暫時供應**時，請諮詢您的醫師，瞭解當您的**暫時供應**用完時該怎麼做。

您可以改用我們計畫承保的不同藥物，或要求我們為您作出例外處理，以承保您目前的藥物。

疫苗費用的相關重要訊息

我們的計畫承保大部分 D 部分疫苗，您無須付費。

處方藥物費用變更

我們將藥物清單上的所有藥物移到了同一等級。

下表顯示出您在每個等級 1 處方集的單一等級藥物費用。

OMB 核准 0938-1444 (到期日:2026 年 6 月 30 日)

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，
TTY：711，服務時間為：每週 7 天，每天上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）。本電話免付費。如需更多資訊，請造訪 MolinaHealthcare.com/Medicare。



	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
D 部分處方藥 我們的計畫承保 D 部分疫苗，您無須付費	<p>計畫處方集中的 D 部分承保藥物分為不同等級。</p> <p>由於您是 Medi-Cal 的保戶，已投保「額外補助」，也稱為低收入補助。</p> <p>在 2023 年，您在網絡藥房配藥的處方藥費用將視您的低收入補助 (LIS) 共付額及藥物所屬等級而定。</p>	<p>計畫處方集中的 D 部分承保藥物分為同一等級。</p> <p>由於您是 Medi-Cal 的保戶，已投保「額外補助」，也稱為低收入補助。</p> <p>在 2024 年，透過價值型保險設計 (VBID) 加強福利，在 D 部分處方藥福利所有階段內，您無需為網絡藥房開立的處方支付費用。</p>

E. 行政變更

我們正在對明年進行行政變更。下表資訊描述了這些變更。

	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
您的合約/計畫福利包 (PPB) 已經變更。	H5810-016	H3038-003

F. 選擇計畫

F1. 繼續投保我們的計畫

我們希望您可以繼續成為我們的計畫會員。如要繼續投保我們的計畫，您不需要辦理任何手續。如果您**沒有**轉投保至其他 Medicare 計畫，或轉投保至 Original Medicare，您將自動保留成為我們 2024 年計畫的投保會員。

F2. 變更計畫

大部分 Medicare 會員可以在該年度特定時間內終止其會員身份。由於您是 Medi-Cal 的保戶，您可以在下列各個**特殊投保期間**終止計畫的會員身份或轉換到不同的計畫一次：

- 1月到 3 月
- 4 月到 6 月
- 7 月到 9 月

OMB 核准 0938-1444 (到期日:2026 年 6 月 30 日)

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，
TTY：711，服務時間為：每週 7 天，每天上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）。本電話免付費。**如需更多資訊**，請造訪 MolinaHealthcare.com/Medicare。



除了這三個特殊投保期間以外，您可能可在下列期間終止計畫的會員身份：

- **年度投保期間**：10月15日至12月7日。如果您在此期間選擇新計畫，您的會員身份會在12月31日終止，並自1月1日起開始投保您的新計畫。
- **Medicare Advantage (MA) 開放投保期**：1月1日至3月31日。如果您在此期間選擇新計畫，將從下個月的第一天開始投保您的新計畫。

可能會有其他情況，讓您可以對投保做出變更。例如，當：

- 您搬離我們的服務區域、
- 您的 Medi-Cal 或額外補助資格有所變動，**或者**
- 如果您最近住進或剛搬出療養院或長期照護醫院，或是目前正在其中一個機構接受照護。

您的 Medicare 服務

您有三種獲得 Medicare 服務的方案。若選擇下列其中一個方案，您將自動終止我們計畫的會員身份：



如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，
TTY：711，服務時間為：每週7天，每天上午8點至晚上8點（當地時間）。本電話免付費。**如需更多資訊**，請造訪 MolinaHealthcare.com/Medicare。

OMB 核准 0938-1444 (到期日：2026年6月30日)

<p>1.您可以轉投保：</p> <p>其他 Medicare 健康計畫，包括其他 Medicare Medi-Cal 計畫</p>	<p>方法：</p> <p>撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。</p> <p>如要諮詢老年人全套護理計劃 (All-inclusive Care for the Elderly, PACE)，請撥打 1-855-921-PACE (7223)。</p> <p>如果您需要協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 請致電加州醫療保險顧問和權益促進計畫 (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間為：週一至週五上午 8 點至下午 5 點。如需更多資訊，或需要尋找您所在區域的當地 HICAP 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。 <p>或</p> <p>投保新的 Medicare 計畫。</p> <p>當您新計畫的承保開始生效時，您將自動退保我們的計畫。您的 Medi-Cal 計畫可能會有所更改。</p>
<p>2.您可以轉投保：</p> <p>Original Medicare，附有單獨的 Medicare 處方藥計畫</p>	<p>方法：</p> <p>撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。TTY 使用者應致電 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"> ■ 請致電加州醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間為：週一至週五上午 8 點至下午 5 點。如需更多資訊，或需要尋找您所在區域的當地 HICAP 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。 <p>或</p> <p>投保新的 Medicare 處方藥計畫。</p> <p>當您 Original Medicare 的承保開始生效時，您將自動退保我們的計畫。您的 Medi-Cal 計畫不會有所更改。</p>



<p>3.您可以轉投保：</p> <p>Original Medicare，沒有單獨的 Medicare 處方藥計畫</p> <p>注意：如果您轉投保 Original Medicare，並且沒有投保單獨的 Medicare 處方藥計畫，Medicare 可能會替您投保藥物計畫，除非您告知 Medicare 不想加入，。</p> <p>只在您有雇主、工會等其他來源的藥物保險的情況下，才選擇不投保處方藥保險。如果您有是否需要藥物保險方面的疑問，請致電加州醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間為：週一至週五上午 8 點至下午 5 點。如需更多資訊，或需要尋找您所在區域的當地 HICAP 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。</p>	<p>方法：</p> <p>撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。TTY 使用者應致電 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"> ■ 請致電加州醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間為：週一至週五上午 8 點至下午 5 點。如需更多資訊，或需要尋找您所在區域的當地 HICAP 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。 <p>當您 Original Medicare 的承保開始生效時，您將自動退保我們的計畫。</p> <p>您的 Medi-Cal 計畫不會有所更改。</p>
--	--

您的 Medi-Cal 服務

如在如何選擇 Medi-Cal 計畫、或是在退保我們的計畫後如何獲得 Medi-Cal 服務方面有疑問，請聯絡醫療保健選擇部 (Health Care Options)，電話：1-800-430-4263，服務時間為：週一至週五上午 8 點至下午 6 點，TTY 使用者應致電 1-800-430-7077。詢問加入另一個計畫或轉回 Original Medicare 會對您獲得 Medi-Cal 承保有何影響。

G. 取得協助

G1. 我們的計畫

如果您有任何疑問，我們在此隨時為您提供協助。請在列出的服務時間撥打本頁底部的電話號碼聯絡會員服務部。這些電話免付費。



如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY：711，服務時間為：每週 7 天，每天上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）。本電話免付費。**如需更多資訊**，請造訪 MolinaHealthcare.com/Medicare。

請閱讀您的《會員手冊》

您的《會員手冊》是我們的計畫福利之合法、詳細說明。手冊中有 2024 年福利和費用的詳細說明。手冊將解釋您的權利以及您需要遵守的規則，以便您獲得所承保的服務和處方藥物。

2024 年《會員手冊》將於 10 月 15 日前提供。您也可以詳閱單獨郵寄的《會員手冊》，查看是否存在其他影響您的福利或費用之變更。您可以從我們的網站取得最新版《會員手冊》副本，網址是：www.MolinaHealthcare.com/Medicare。您也可以撥打本頁底部的電話號碼聯絡會員服務部，要求我們郵寄一份 2024 年《會員手冊》給您。

我們的網站

您可以造訪我們的網站：www.MolinaHealthcare.com/Medicare。溫馨提示，我們的網站中包含醫療服務提供者和藥房網絡（《醫療服務提供者與藥房名錄》）以及藥物清單（《承保藥物清單》）的最新相關資訊。

G2. 醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP)

您也可以致電州健康保險援助計畫 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)。在加州，SHIP 稱作醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP)。HICAP 顧問可以幫助您瞭解您的計畫選擇，並回答您有關更換計畫的問題。HICAP 與我們或任何保險公司或健保計畫無關。HICAP 在每個郡都設有受過訓練的顧問，可為您提供免費服務。HICAP 的電話號碼是 1-800-434-0222。TTY 711。如需更多資訊，或需要尋找您所在區域的當地 HICAP 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。

G3. Ombuds 計畫

如果您對我們計畫有疑問，Medicare Medi-Cal Ombuds 計畫可以為您提供幫助。投訴專員可用所有語言為您提供免費服務。Medicare Medi-Cal Ombuds 計畫：

- 是您的權益倡導者。如果您有問題或投訴，他們可以為您解答，並幫助您瞭解應採取的措施。
- 確保您瞭解您的權利和保障以及如何解決您的問題。
- 與我們或任何保險公司或健保計畫無關。Medicare Medi-Cal Ombuds 計畫的電話號碼是 1-888-804-3536。

G4. Medicare

如要直接從 Medicare 取得資訊，請撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。

OMB 核准 0938-1444 (到期日：2026 年 6 月 30 日)

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY：711，服務時間為：每週 7 天，每天上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）。本電話免付費。如需更多資訊，請造訪 [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)。



Medicare 的網站

您可以造訪 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。如果您選擇退保我們的計畫，並投保其他 Medicare 計畫，Medicare 網站中有關於費用、承保範圍和品質評級的資訊，可幫助您比較不同的計畫。

您可以使用 Medicare 網站上的 Medicare 計畫搜尋來尋找您所在地區可用的 Medicare 計畫資訊。(如需有關計畫的資訊，請參閱 www.medicare.gov，並按一下「Find plans (尋找計畫)」。)

Medicare & You 2024

您可以閱讀 Medicare & You 2024 手冊。每年秋季，我們都會向 Medicare 會員郵寄此手冊。該手冊載有 Medicare 福利、權利和保障的摘要，並會解答有關 Medicare 的大部分常見問題。本手冊也提供西班牙語、中文和越南語版。

如果您沒有這份手冊，您可以在 Medicare 網站上取得 (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)，或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 取得，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。

G5. 加州管理式醫療照護部 (California Department of Managed Health Care)

加州管理式醫療照護部 (DMHC) 負責規範健康照護服務計畫。DMHC 協助中心可以幫助您提出有關 Medi-Cal 服務的上訴和投訴。如果您要對自己的健康計畫提出申訴，應先致電您的健康計畫，電話：(855) 665-4627，TTY：711，並使用健康計畫的申訴程序，然後再聯絡該部門。使用此申訴程序並不禁止您援用任何潛在的合法權利或補救措施。如果您需要有關緊急情況的申訴、健康計畫對申訴的解決方案未能令您滿意、或申訴超過 30 天仍未解決方面的協助，您可以致電該部門尋求協助。您可能也有資格獲得獨立醫療審查 (IMR)。如果您符合 IMR 的資格，IMR 程序將公正審查健康計畫針對所建議服務或治療之醫療必要性所做的醫療裁定、對本質上屬實驗性或研究性之治療所做的給付裁定，以及急診或緊急醫療服務之款項爭議。該部門也設有免費專線 (**1-888-466-2219**)，並針對聽障語障人士設有 TDD 專線 (**1-877-688-9891**)。該部門網站 www.dmhc.ca.gov 提供線上投訴表、IMR 申請表格以及相關指示。

OMB 核准 O938-1444 (到期日：2026 年 6 月 30 日)

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY：711，服務時間為：每週 7 天，每天上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）。本電話免付費。如需更多資訊，請造訪 MolinaHealthcare.com/Medicare。



取得重要的計畫材料



如何取得重要計畫文件

您對我們來說很重要！我們能讓您輕鬆取得所需的資訊。請上網檢視重要計畫文件，並尋找網絡醫療服務提供者或藥房。您也可以隨時隨地透過任何裝置查詢您的處方藥。您的 **2024** 年計畫文件（例如您的承保證明、處方集，以及醫療服務提供者/藥房名錄）可於 **2023 年 10 月 15 日** 從線上取得。

瞭解您的計畫文件

- **承保證明 (EOC)**：您計畫承保內容的指南。其中包括您的計畫福利和承保範圍、會員權利等詳細資訊。
- **處方集**：您計畫承保的藥物清單。
- **醫療服務提供者/藥房名錄**：網絡醫師、專科醫師和藥房的清單，隨附電話號碼和地址。您可以使用我們的線上名錄找到網絡醫療服務提供者或藥房，網址為：MolinaHealthcare.com/ProviderSearch
- **隱私實務通知**：本通知闡述如何使用及披露關於您的醫療資訊，以及您如何獲得這些資訊。本通知位於我們的網站上：https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/terms_privacy.aspx

如何檢視或索取計畫文件副本



線上：MolinaHealthcare.com/Medicare

您可以隨時隨地在線上檢視或下載您的計畫文件副本。您可以使用電腦、平板電腦或行動電話等任何裝置。您的 2024 年計畫文件可於 2023 年 10 月 15 日從線上取得。



線上：MyMolina.com。

請造訪我們全年無休的自助會員入口網站，於線上檢視您的計畫文件，或尋找網絡醫療服務提供者或藥房。登入您的 My Molina 會員入口網站或在 MyMolina.com 建立帳戶。按一下「Create an Account (建立帳戶)」，然後依照逐步指示註冊。



請撥打免付費電話。

如果您沒有電腦，或您希望將 EOC、處方集或醫療服務提供者/藥房名錄的紙本郵寄給您，請告知我們。如需索取計畫文件的紙本，請撥打會員服務部免付費電話：**(855) 665-4627**，**TTY：711**，服務時間為：週一至週五上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）。

我們將隨時為您提供協助

如果您有關於您的福利的疑問，或需要取得尋找網絡醫療服務提供者或藥房的相關協助，或想要選擇退出郵寄的材料，請撥打會員服務部免付費電話：**(855) 665-4627**，**TTY：711**。

Y0050_24_3526_LRWelcKitElectNote_C

OMB 核准 0938-1444 (到期日：2026 年 6 月 30 日)

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：**(855) 665-4627**，**TTY：711**，服務時間為：每週 7 天，每天上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）。本電話免付費。**如需更多資訊**，請造訪 MolinaHealthcare.com/Medicare。





Language Assistance Services

Free aids and services, such as sign language interpreters, written translations, and written information in alternative formats, are available to you. Call 1-855-665-4627 (TTY: 711).

English:

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-665-4627. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish:

Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al 1-855-665-4627. Alguien que hable Español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin:

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们：1-855-665-4627。说普通話的人士会帮助您。这是免费服务。

Chinese Cantonese:

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打1-855-665-4627聯絡我們。能說廣東話的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

Tagalog:

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-855-665-4627. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

Vietnamese:

Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-855-665-4627. Một người nói Tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Korean:

당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 처방약 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 1-855-665-4627 로 전화하십시오. 한국말 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 무료 서비스입니다.

Russian:

Если у вас возникли какие-либо вопросы о вашем плане медицинского обслуживания или плане с покрытием лекарственных препаратов, для вас предусмотрены бесплатные услуги переводчика. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по номеру 1-855-665-4627. Вам поможет сотрудник, владеющий русским языком. Эта услуга предоставляется бесплатно.

Arabic:

نوف خدمات اولىترجمة الفورية المجانية يةلاج اعبن أي أس ئقلدة ترا وحدوكل الخطة ال صاحوية خطة الأدوى. ة لدينا ول وللحس على مترجم فوري، 1. ويلمك شخص يّت تحد اللغة 1-855-665-4627 تفضل بالاتصال على ا مل 89 ق 08. مساعد تقدّم هذه الخدّم. ة م جانا

Hindi:

हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुर्भाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुर्भाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-665-4627 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Japanese:

弊社の健康保険や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳サービスを利用するには、1-855-665-4627までお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Armenian:

Մենք ունենք անվճար բարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար։ Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարել մեզ՝ 1-855-665-4627 հեռախոսահամարով։ Ինչ-որ մեկն, ով խոսում է հայերեն, կարող է օգնել Ձեզ։ Սա անվճար ծառայություն է։

Cambodian:

យើងមានសេវាអ្នកបកច្ចោមលំមាត់ជាយកតណ្ហីត្រួតពិនិត្យដំណឹងសំណើនរណា ដែលអកមាចនឹងមាន អំពើកម្មាធិកសុខភាពនិងឱសចរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកច្ចោមលំមាត់ម្នាក់ ត្រាន់ត្រូវសព្វមក យើងខ្លួន 1-855-665-4627 ។ មនុស្សម្នាក់ដែល និយាយភាសាអ្នរមាជជ្រើយអ្នកបាន។ សេវាកម្ពុជា៖ មិនគឺត្រូវនៅទៅៗទេ។

Persian (Farsi):

برای پاسخگویی به سؤالاتی که ممکن است درباره طرح های سلامت یا دارویی ما داشته باشید می توانید از خدمات ترجمه رایگان ما استفاده کنید. برای دسترسی به مترجم شفا هی، کافی است با شماره 1-855-665-4627 با ما تماس بگیرید. فردی که به زبان فارسی صحبت می کند به شما کمک خواهد کرد. این سرویس رایگان است.

Hmong:

Peb muaj cov kev pab cuam pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog peb txoj phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis tshuaj. Yog xav tau ib tus neeg txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-855-665-4627. Ib tus neeg uas hais lus Hmoob tuaj yeem pab koj. Qhov no yog ib qho kev pab cuam pub dawb.

Laotian:

ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີເພື່ອຕອບຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ການຢ່າຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າ ຕ້ອງການນາຍແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-855-665-4627. ຄົນທີ່ເວົ້າ ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍ ທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

Mien:

Yie mbuo mv nongc zinh taengx meih mbienv wac daih dau meih, haih doix yie mbuo nyei sinh beih nongx faix bong ndie nyei nyungh nyungc geh naiv. Oix duqv taux taengx meih mbienv wac, kungx zuqc mboqv yie mbuo nyei dienx wac 1-855-665-4627. Haih gorngv mienh wac nyei mienh haih bong taengx zuqc meih. Naiv se yietc nyungc mv nongc zinh nyei bong taengx.

Punjabi:

ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਭਾਸੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਭਾਸੀਏ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-855-665-4627 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Thai:

เรา mimic บริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบค่ำถามไดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการรับบริการล่าม เพียงโทรหาเราระ 1-855-665-4627 คนที่สามารถพูดภาษา ภาษาไทย สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้เป็นบริการที่ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian:

У нас є безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які питання, які ви можете мати про наш план здоров'я або наркотиків. Щоб отримати інтерпретатор, просто зателефонуйте нам на 1-855-665-4627. Хтось, хто говорить Українська мова, може вам допомогти. Це безкоштовна послуга.

French:

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-665-4627. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

German:

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-665-4627. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Italian:

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-665-4627. Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués:

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-665-4627. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole:

Nou genyen sèvis entèprt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprt, jis rele nou nan 1-855-665-4627. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish:

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-665-4627. Ta usługa jest bezpłatna.



CAH303803ZH24
230907