

Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 由WellCare Health Insurance of Arizona, Inc. (Wellcare by 'Ohana Health Plan) 提供 2025年度變更通知

您目前已投保Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO D-SNP)，成為會員。明年將會對本計劃的費用和福利進行部分變更。請參閱第5頁的「重要費用摘要」，其中包括「保費」。

本文件將說明您計劃的相關變更。如需有關費用、福利或規則的更多資訊，請參閱《承保證明》，該證明可於我們的網站上找到，網址是www.wellcare.com/ohana。也可以致電會員服務部，請我們寄一份《承保證明》給您。

現在該怎麼做

1. 詢問：哪些變更適用於您

- 檢查我們的福利和費用變更是否對您有影響。
 - 參閱醫療照護費用的相關變更（醫師、醫院）。
 - 參閱我們藥物承保範圍變更，包括承保限制和分攤費用。
 - 思考要花費在保費、自付額和分攤費用上的金額。
 - 查看2025年「藥物清單」中的變更，確認目前使用的藥物是否仍在福利範圍內。
 - 比較2024年和2025年計劃資訊，瞭解這些藥物中，是否有任何一種藥物會移至不同的分攤費用等級，或是否將受到不同的限制，例如預先授權、循序用藥或2025年的藥量限制。
- 查看您的初級照護醫生、專科醫生、醫院，以及包括藥房在內的其他服務提供者，明年是否仍屬於我們的網絡。
- 查詢您是否具備受幫助支付處方藥物費用的資格。低收入人士有資格參與Medicare的「額外補助 (Extra Help)」計劃。
- 想想您是否滿意本計劃。

2. 比較：瞭解其他計劃選擇

- 查看您所在區域的計劃承保及成本。您可以在www.medicare.gov/plan-compare網站上使用 Medicare 計劃尋找器，或查看《2025年Medicare與您》手冊背面的清單。如需其他支援，請聯絡您的州健康保險輔助計劃 (SHIP)，與受過訓練的顧問交談。
 - 當您將您的選擇縮窄至首選計劃時，可在該計劃的網站上確認您的費用及承保範圍。
3. 選擇：決定您是否想要更改計劃

- 如果您未在2024年12月7日之前加入另一項計劃，您將繼續投保Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)。
- 若要變更至不同計劃，您可在10月15日至12月7日之間轉換計劃。您的新保險將從**2025年1月1日**生效。新保險生效後，您的Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO D-SNP) 投保狀態便告終止。
- 請查看第3節第16頁，以瞭解有關您選擇的更多資訊。
- 如果您最近剛搬入或目前居住在某機構（如特護機構或長期照護醫院），您可以隨時轉換計劃或轉換到Original Medicare（無論是否具有單獨的Medicare處方藥計劃）。如果您最近剛搬離機構，您有機會在搬離當月後的兩個完整月內轉換計劃或轉換到Original Medicare。

其他資源

- 本文件免費提供中文、韓文、越南文、他加祿文、伊洛卡諾文、薩摩亞文、夏威夷文、柬埔寨文、苗族文、日文、寮國文和泰文版本。
- 如需其他資訊，請聯絡我們的會員服務部，電話是1-877-457-7621。（TTY使用者請撥打711。）服務時間：在10月1日至3月31日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午8點至晚上8點。在4月1日至9月30日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午8點至晚上8點。請注意，在4月1日至9月30日的下班時間、週末和聯邦假日期間，可能會由我們的自動電話系統來接聽您的來電。請留下您的姓名和電話號碼，我們會在1(1)個工作天內回電給您。上述電話為免付費電話。
- 我們必須透過適合您的方式提供資訊（提供英文以外的語言版本、點字版、音訊、大字印刷或其他替代格式等）。如果您需要其他格式的計劃資訊，請聯絡會員服務部。
- **此計劃的承保符合合格健保 (QHC) 的資格**，並滿足病人保護與平價照護法案 (ACA) 個人分擔責任要求。請瀏覽國稅局服務 (IRS) 網站：
www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families以瞭解更多資訊。

關於Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)

- Wellcare是Centene Corporation的Medicare品牌，提供與Medicare簽有合約的HMO、PPO、PFFS及PDP計劃，也是經核准的D部分贊助商。我們的D-SNP計劃已與州政府Medicaid計劃簽訂合約。投保我們的計劃需視合約續約情況而定。本項計劃還與Hawaii Medicaid計劃簽署書面合約，協調您的Medicaid福利。
 - 本文件中稱「我們」或「我們的」時均指WellCare Health Insurance of Arizona, Inc.。本文件中稱「本計劃」或「我們的計劃」時均指Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)。
-

H2491_026_2025_HI_ANOC_DSNP_154899C_M

2025年度變更通知

目錄

2025年重要費用摘要	5
第1節 我們變更本項計劃的名稱	7
第2節 明年福利和費用的變更	7
第2.1節—每月保費的變更	7
第2.2節—最高自付額的變更	7
第2.3節—服務提供者與藥房網絡變更	8
第2.4節—有關醫療服務福利和費用的變更	8
第2.5節—D部分處方藥承保的變更	13
第3節 決定選擇哪一個健保計劃	16
第3.1節—如果您希望繼續投保Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)	16
第3.2節—如果您有意變更計劃	16
第4節 計劃變更的截止時間	16
第5節 提供有關 Medicare 和 Hawaii Med-QUEST 部門計劃 (Medicaid) 免費諮詢 服務的計劃	17
第6節 幫助支付處方藥物的計劃	18
第7節 如有問題?	18
第7.1節—獲得Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 的幫助	18
第7.2節—獲得Medicare的幫助	19
第7.3節—獲得Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 的幫助	19

2025年重要費用摘要

下表在幾個重要領域對Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 的2024年費用和2025年費用進行比較。請注意，此表僅為費用摘要。

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
<p>每月計劃保費*</p> <p>*您的保費可能會高於此項金額。如需詳細資訊，請參閱第2.1節。</p>	\$0	\$0
醫生診間門診	<p>初級照護就診： 每次就診共付額\$0</p> <p>專科醫生門診： 每次就診共付額\$0</p>	<p>初級照護就診： 每次就診共付額\$0</p> <p>專科醫生門診： 每次就診共付額\$0</p>
住院停留	<p>對於承保的住院，每次住院：</p> <p>每次承保的住院停留共付額為\$0</p>	<p>對於承保的住院，每次住院：</p> <p>每次承保的住院停留共付額為\$0</p>
<p>D部分處方藥承保 (如需詳細資訊，請參閱第2.5節。)</p>	<p>自付額：\$0</p> <p>初始承保期的共付額：</p> <p>您為所有承保的D部分藥物支付\$0共付額。</p> <p>重大傷病承保：在此付款階段，本計劃為您支付承保的D部分藥物的全部費用。您無需支付任何費用。</p>	<p>自付額：\$0</p> <p>初始承保期的共付額：</p> <p>您為所有承保的D部分藥物支付\$0共付額。</p> <p>重大傷病承保：在此付款階段，您無需為承保的D部分藥物支付任何費用。</p>

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
<p>最高自付額 這是您為A部分和B部分承保服務支付的自付費用上限金額。 (如需詳細資訊，請參閱第2.2節。)</p>	<p>來自網絡內服務提供者：\$8,850</p> <p>對於承保的A部分和B部分服務，您無需支付超出最高自付額的任何分攤費用。</p>	<p>來自網絡內服務提供者：\$9,350</p> <p>對於承保的A部分和B部分服務，您無需支付超出最高自付額的任何分攤費用。</p>

第1節 我們變更本項計劃的名稱

我們的計劃名稱將在2025年1月1日從Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO D-SNP) 變更為Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)。

您將在2024年12月31日當日或之前透過信件收到新ID卡，卡片上會顯示新計劃名稱。從此之後，所有其他有關您2025年計劃和福利的通訊，都將使用新的名稱。

第2節 明年福利和費用的變更

第2.1節—每月保費的變更

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
月保費 （您也必須繼續支付您的Medicare Part B保費，除非由Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 代您繳納。）	\$0	\$0

第2.2節—最高自付額的變更

Medicare要求所有健保計劃限制您一年內自費所支付的金額。此限制金額被稱為最高自付額。您達到該金額後，您在今年剩餘的時間內通常無需為所投保的A部分及B部分服務支付任何費用。

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
最高自付額	\$8,850	\$9,350
由於我們的會員也從Medicaid取得協助，所以極少會員曾達到此最高自付額。對於承保的A部分和B部分服務，您無需支付超出最高自付額的任何分攤費用。 您的承保醫療服務費用（例如共付額）也納入您的最高自付額。 您的處方藥費用不會計入您的最高自付額。		當您已經自費支付A部分及B部分承保服務費用達\$9,350之後，您在該年度剩餘時間內，將無需再為A部分及B部分承保服務支付任何費用。

第2.3節—服務提供者與藥房網絡變更

您為處方藥物所支付的金額可能取決於您配購藥物的藥房。Medicare藥物計劃提供藥房網絡。在大多數情況下，您的處方只有在我們的網絡內藥房配藥才能獲得承保。

更新的名錄位於我們的網站www.2025wellcaredirectories.com上。您也可以致電會員服務部索取服務提供者和／或藥房的最新資訊，或要求我們將名錄寄送給您，我們將在三個工作日內寄出。

以下為我們明年網絡內服務提供者的變更情況。請參閱2025年《醫療服務提供者與藥房名錄》，網址是：www.2025wellcaredirectories.com，瞭解您的服務提供者（初級照護醫生、專科醫生、醫院等）是否屬於我們的網絡。

以下為我們明年網絡內藥房的變更情況。請參閱2025年《醫療服務提供者與藥房名錄》，網址是：www.2025wellcaredirectories.com，瞭解哪些藥房屬於我們的網絡。

您必須瞭解，我們可能在年度內改變您計劃中的醫院、醫生及專科醫生（服務提供者）以及藥房。若年中服務提供者的變更情況影響到您，請洽詢會員服務部，讓我們提供協助。

第2.4節—有關醫療服務福利和費用的變更

請注意，本《年度變更通知》告知您的Medicare福利和費用變更。

我們明年將變更某些醫療服務的費用和福利。以下資訊對這些變更進行詳細說明。

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
<p>網絡外端點服務 (POS) 承保： 例行牙科福利</p>	<p>沒有網絡外POS福利。</p>	<p>網絡外例行（非Medicare承保）牙科服務僅透過您的POS福利獲得承保。 如果有，例行牙科福利限制在網絡內和網絡外服務提供者之間合併計算。 當您使用網絡外牙醫時，您的分攤費用可能會更高。 網絡外牙科服務提供者未簽約接受計劃付款作為全額付款。如果他們向您收取的費用超過本計劃支付的金額，您需負責支付差額，對於共付額為\$0的服務也是如此。</p>
<p>例行整脊服務</p>	<p>您為每次例行整脊服務支付\$0共付額，每年最多12次就診。</p>	<p>例行整脊服務不在承保範圍內。</p>
<p>例行牙科服務－綜合性牙科服務－診斷性和預防性牙科服務</p>	<p>診斷性牙科服務在綜合性牙科服務承保範圍內。</p>	<p>診斷性牙科服務在診斷性和預防性牙科服務承保範圍內。</p>
<p>例行牙科服務－綜合性牙科服務</p>	<p>您的計劃每年最多可為所有網絡內承保的綜合性牙科服務提供\$3,000的津貼。</p>	<p>您的計劃每年最多可為所有網絡內和網絡外承保的綜合性牙科服務提供\$3,000的津貼。</p>
<p>網絡外端點服務 (POS) 承保： 例行綜合性牙科福利</p>	<p>沒有網絡外POS福利。</p>	<p>網絡外 您為從網絡外服務提供者處接受的承保綜合性牙科服務支付費用總額的25%。</p>
<p>例行牙科服務－診斷性和預防性牙科服務－其他診斷服務</p>	<p>每年僅限1次其他診斷性服務。</p>	<p>每天至1年僅限1次其他診斷性服務。</p>

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
例行牙科服務－綜合性牙科服務－口腔和頷面手術	限12至60個月或終身或每顆牙齒終身一次，視承保服務類型而定。	終身僅限1次口腔和頷面外科手術，視服務類型而定。
例行牙科服務－綜合性牙科服務－義齒補綴－固定式	每12至84個月僅限1次固定式義齒補綴服務，視服務類型而定。	每7年僅限1次固定式義齒補綴服務，視服務類型而定。
網絡外端點服務 (POS) 承保： 例行診斷性和預防性牙科福利	沒有網絡外POS福利。	網絡外 您為從網絡外服務提供者處接受的承保預防性牙科服務支付費用總額的25%。
例行牙科服務－綜合性牙科服務－輔助性一般服務	每個服務日期至60個月僅限1次輔助性一般服務，視服務類型而定。	輔助性牙科服務的週期範圍從每個服務日期到不限次數的就診，視服務類型而定。
例行牙科服務－綜合性牙科服務－義齒補綴－活動式	每12至84個月僅限1次活動式義齒補綴服務，視服務類型而定。	每6個月至5年僅限1次活動式義齒補綴服務，視服務類型而定。
例行牙科服務－診斷和預防性牙科服務－其他預防性牙科服務	每6至60個月僅限1次其他預防性牙科服務，視服務類型而定。	每天至1年僅限1次其他預防性牙科服務，視服務類型而定。
急診照護－全球緊急情況承保	您為每次的承保服務支付\$100共付額。 如果您住院，則不可免除共付額。	您為每次的承保服務支付\$110共付額。 如果您住院，則不可免除共付額。

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
健身福利	<p>您為健身福利支付\$0共付額。</p> <p>健身福利包括在參與計劃的健身中心會員資格，或包括穿戴式健身追蹤器的居家健身套件。每個福利年度最多可獲得1個套件。會員還可以使用一套數位健身計劃、1:1一健康高齡化輔導計劃和健康俱樂部。</p>	<p>您為健身福利支付\$0共付額。</p> <p>健身福利包括在參與計劃的健身中心會員資格，或包括穿戴式健身追蹤器的居家健身套件。每個福利年度最多可獲得1個套件。會員還可以使用數位健身計劃、1:1健康高齡化輔導計劃和健康俱樂部。</p>
營養／飲食諮詢福利	每次個人營養－飲食諮詢就診的共付額為\$0。	營養／飲食諮詢就診不在承保範圍內。
門診精神健康護理－非精神科服務 - 團體療程	您為每次Medicare承保的團體療程支付\$0共付額。本服務的遠距醫療不在承保範圍內。	您為每次Medicare承保的團體療程支付\$0共付額。本服務的遠距醫療已獲承保。
門診精神健康護理－精神科服務－團體療程	您為每次Medicare承保的團體療程支付\$0共付額。本服務的遠距醫療不在承保範圍內。	您為每次Medicare承保的團體療程支付\$0共付額。本服務的遠距醫療已獲承保。
物質使用疾患門診服務－團體療程	您為每次Medicare承保的團體療程支付\$0共付額。本服務的遠距醫療不在承保範圍內。	您為每次Medicare承保的團體療程支付\$0共付額。本服務的遠距醫療已獲承保。
其他戒菸服務	您為每次的承保服務支付\$0共付額，最高每年5次門診。	額外的戒煙諮詢服務不在承保範圍內。

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
<p>緊急需求服務—全球緊急照護承保</p>	<p>您為每次的承保服務支付\$100共付額。</p> <p>如果您住院，則不可免除共付額。</p>	<p>您為每次的承保服務支付\$110共付額。</p> <p>如果您住院，則不可免除共付額。</p>
<p>以價值為基礎的保險設計 (VBID) 模式</p> <p>Medicare所核准的Wellcare是以價值為基礎的保險設計方案的一部分提供這些福利。透過這項方案，Medicare可以嘗試新方法來改善Medicare Advantage計劃。</p>	<p>您支付\$0共付額。您可以將Wellcare Spendables™津貼用於特定的福利。不包括居家改善和安全項目。</p> <p>如需更多資訊，請參閱您的《承保證明》(EOC)。</p>	<p>您支付\$0共付額。您可以將Wellcare Spendables™津貼用於特定的福利。包括居家改善和安全項目。</p> <p>如需更多資訊，請參閱您的《承保證明》(EOC)。</p>
<p>Wellcare Spendables™</p>	<p>您支付\$0共付額。您每個月可獲得\$85的津貼，可用於特定的福利。每年福利上限為\$1,020。</p> <p>請參閱本章中的以價值為基礎的保險設計 (VBID) 模式一節，以瞭解VBID計劃福利變更的相關資訊。</p>	<p>您支付\$0共付額。您每個月可獲得\$59的津貼，可用於特定的福利。</p> <p>請參閱本章中的以價值為基礎的保險設計 (VBID) 模式一節，以瞭解VBID計劃福利變更的相關資訊。</p>

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
社會支援平台	社會支援平台不是承保福利。	<p>您為每次的承保服務支付\$0共付額。 每年無限次數的社會協助平台服務。</p> <p>我們的計劃提供線上社會協助平台，為您的整體健康提供協助。您可以獲得社區、治療活動和計劃贊助的資源，以協助管理壓力和焦慮。該平台讓您可以輕鬆加入並持續參與，以維持良好的行為健康之旅。該服務每週7天，每天24小時線上提供，因此您可以隨時使用。</p> <p>Twill平台包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 量身訂做的保健計劃• 同儕和專家協助• 個人化數位健康工具 <p>請參閱您的《承保證明》，瞭解更多相關細節。</p>

第2.5節 – D部分處方藥承保的變更

「藥物清單」變更

《承保藥物清單》被稱為「處方集」或「藥物清單」。我們的「藥物清單」副本以電子方式提供。

我們對「藥物清單」做了變更，這可能包括移除或新增藥物、變更適用於我們特定藥物的承保限制，或將其移至不同的分攤費用層級。

請審閱「藥物清單」以確保您的藥物明年屬於承保範圍內，並且查看是否有任何限制條件，或您的藥物已移至另一個分攤費用層級。

「藥物清單」中的大多數更動在每年年初時都是新的。但是，我們可能會在計劃年度內，進行 Medicare 規則所允許的其他變更，這些變更可能會對您造成影響。我們至少每月更新線上「藥物清單」，以提供最新的藥物清單。如果我們進行的變更將影響您取得您正在服用的藥物，我們將寄送變更通知給您。

如果您在年初或年中因藥物承保變更而受影響，請查閱《承保證明》第9章，並與您的醫生討論以找出適用的選項，例如要求臨時性供藥、申請例外處理和/或尋找新藥物。您也可以聯絡會員服務部以瞭解更多資訊。

目前，如果我們用同一種藥物的副廠藥替代其原廠藥，我們可以立即在我們的「藥物清單」上將原廠藥刪除，這種副廠藥將具有相同或較少的限制。此外，在加入新副廠藥時，我們可能會決定將原廠藥物保留在我們的「藥物清單」中，但會立即加入新的限制。

從2025年開始，我們可以立即用某些生物相似藥取代原始生物製劑。這表示，例如，如果您正在服用由生物相似性藥品取代的原始生物製劑，您可能不能夠在我們進行變更前30天收到變更通知，或在我們網絡內藥房領取一個月藥量的原始生物製劑。如果您在我們進行變更時服用原始生物製劑，您仍然會收到我們做出的具體變更的資訊，但可能會在我們進行變更後送達。

其中一些藥物類型可能對您來說很陌生。有關藥物類型的定義，請參閱您的《承保證明》第12章。食品藥品監督管理局 (FDA) 也提供藥品的消費者資訊。請參閱FDA網站：
<https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>。您也可以聯絡會員服務部，或向您的健康照護服務提供者、處方開立者或藥師索取更多資訊。

處方藥福利和費用變更

從2025年開始，有三個**藥物付款階段**：年度自付額階段、初始承保階段和重大傷病承保階段。承保缺口階段和承保缺口折扣計劃將不再存在於D部分福利中。

承保缺口折扣計劃也將由製造商折扣計劃取代。根據製造商折扣計劃，在初始承保階段和重大傷病承保階段，藥物製造商會支付本項計劃部分承保的D部分原廠藥和生物製劑的全額費用。製造商根據製造商折扣計劃支付的折扣不計入分攤費用。

自付額階段的變更

階段	2024年（今年）	2025年（明年）
第1階段：年度自付額階段	由於我們未提供自付額，因此本付款階段不適用於您。	由於我們未提供自付額，因此本付款階段不適用於您。

您在初始承保階段的分攤費用的變更

階段	2024年（今年）	2025年（明年）
<p>第2階段：初始承保階段</p> <p>在這一階段，計劃為您的藥物支付其分攤費用而您支付自己的分攤費用。</p> <p>當您在網絡內藥房中按處方配藥時，本行中的費用適用於一個月（30天）的供藥量。</p> <p>大部分成人D部分疫苗均為承保項目，您無須付費。</p> <p>Medicare核准Wellcare以價值為基礎的保險設計方案的一部分提供較低的共付額／共同保險金。透過這項方案，Medicare可以嘗試新方法來改善Medicare Advantage計劃。如需有關VBID福利的更多資訊，請聯絡會員服務部。</p>	<p>您在網絡內藥房配取一個月的供藥量的標準分攤費用：</p> <p>您為所有承保的D部分藥物的每次處方支付\$0共付額。</p> <hr/> <p>您的總藥費達到\$5,030後，您將進入下一階段（承保缺口階段）。</p>	<p>您在網絡內藥房配取一個月的供藥量的標準分攤費用：</p> <p>您為所有承保的D部分藥物的每次處方支付\$0共付額。</p> <hr/> <p>您自費支付D部分藥物達到\$2,000後，您將進入下一階段（重大傷病承保階段）。</p>

重大傷病承保階段的變更

重大傷病承保階段是第三階段，也是最後一階段。自2025年起，藥物製造商在重大傷病承保階段，為承保的D部分原廠藥和生物製劑支付計劃全額費用的一部分。製造商根據製造商折扣計劃支付的折扣不計入分攤費用。

第3節 決定選擇哪一個健保計劃

第3.1節—如果您希望繼續投保Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)

如果您繼續參加我們的計劃，您無需做任何事情。如果您在12月7日前未投保不同的計劃或變更至Original Medicare，您將自動投保Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)。

第3.2節—如果您有意變更計劃

我們希望您明年繼續成為我們的會員，但若您有意在2025年變更計劃，請遵照以下步驟：

步驟1：瞭解和比較您的選擇

- 您可以參加其他的Medicare保健計劃，
- ~~–或者–~~您可以變更至Original Medicare。如果您變更至Original Medicare，您將需要決定是否加入Medicare藥物計劃。

如需瞭解有關Original Medicare和不同類型的Medicare計劃的更多資訊，請利用Medicare計劃尋找器 (www.medicare.gov/plan-compare)、參閱《2025年Medicare與您》手冊、致電您的州健康保險輔助計劃（請參閱第5節），或致電Medicare（請參閱7.2節）。

步驟2：變更您的投保項目

- 若要變更至不同的Medicare保健計劃，需投保新計劃。您將會自動從Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 退保。
- 若要變更為含有處方藥計劃的Original Medicare，需投保新的藥物計劃。您將會自動從Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 退保。
- 若要變更為不含保處方藥計劃的Original Medicare，您必須：
 - 向我們提出書面退保申請。如須相關作法的進一步資訊，請洽詢會員服務部。
 - ~~–OR–~~聯絡Medicare申請退保，電話號碼：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週7天，每天24小時。TTY使用者請撥打1-877-486-2048。

如果您轉到Original Medicare，但沒有投保獨立的Medicare處方藥計劃，Medicare可能為您投保一項藥物計劃，除非您退出自動投保。

第4節 計劃變更的截止時間

如果您希望明年變更計劃或加入Original Medicare，您可以於10月15日至12月7日期間進行變更。此變更將於2025年1月1日生效。

是否可以在一年中的其他時間進行變更？

在某些情況下，也允許在一年中的其他時間進行變更。例如：投保Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 的人士、獲得藥費「額外補助」的人士、享有或退出員工承保的人士，以及遷出服務區域的人士。

由於您擁有Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)，因此您可以在一年中的任何一個月終止您在本項計劃的會員資格。您也可以在任何一個月中選擇投保另一項Medicare計劃，包括：

- 含有獨立Medicare處方藥計劃的Original Medicare，
- 不含獨立Medicare處方藥計劃的Original Medicare（如果您選擇此選項，除非您退出自動投保，否則Medicare可能為您投保一項藥物計劃），或
- 如果符合資格，在一項計劃中為您提供Medicare和大部分或全部Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 福利和服務的一種整合式D-SNP。

如果您於2025年1月1日投保Medicare Advantage計劃，但不喜歡您的計劃選擇，您也可以於2025年1月1日至3月31日期間轉至其他Medicare保健計劃（有或無Medicare處方藥承保）或轉換至Original Medicare（有或無Medicare處方藥承保）。

如果您最近剛搬入或目前居住在某機構（如特護機構或長期照護醫院），您可以隨時變更Medicare承保。您可以隨時變更為任何其他Medicare保健計劃（有或無Medicare處方藥承保），或轉至Original Medicare（有或無獨立的Medicare處方藥計劃）。如果您最近剛搬離機構，您有機會在搬離當月後的兩個完整月內轉換計劃或轉換到Original Medicare。

第5節 提供有關Medicare和Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 免費諮詢服務的計劃

州健康保險輔助計劃 (SHIP) 是一項獨立的政府計劃，在每個州都配有培訓有素的顧問。在Hawaii，SHIP稱為Hawaii州健康保險輔助計劃 (SHIP)。

它由聯邦政府提供經費，專為參與Medicare的人士提供關於當地健康保險的免費諮詢服務。Hawaii州健康保險輔助計劃 (SHIP) 的顧問能夠幫助您解答或解決您的Medicare問題。他們可以幫助您瞭解Medicare計劃選擇以及回答有關轉換計劃的問題。您可以致電Hawaii州健康保險輔助計劃 (SHIP)，電話號碼為1-888-875-9229（TTY使用者請撥打1-866-810-4379）。透過瀏覽Hawaii州健康保險輔助計劃 (SHIP) 網站 (<http://www.hawaiiiship.org/>)，您可以獲得更多資訊。

如對您的Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 福利有任何疑問，請致電Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)，電話是1-800-316-8005 (TTY 711)，服務時間為週一至週五夏威夷時間上午7:45至下午4:30。詢問加入其他計劃或轉回Original Medicare將如何影響您獲取Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 承保。

第6節 幫助支付處方藥物的計劃

您可能具備受幫助支付處方藥物費用的資格。

- **Medicare**提供的「額外補助」。由於您具有Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)，您已經投保「額外補助」計劃（亦稱低收入津貼）。「額外補助」可為您支付部分處方藥保費、年度自付額及共同保險金。由於您符合相關資格條件，因此您不用支付延遲投保費用。如果您對「額外補助」有任何疑問，請致電：
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY使用者應撥打1-877-486-2048，每週7天，每天24小時；
 - 社會安全局辦公室專線1-800-772-1213，代表人員的服務時間為週一至週五上午8點至晚上7點。自動化訊息全天24小時皆可使用。TTY使用者請撥打：1-800-325-0778，或
 - 州Medicaid辦公室。

第7節 如有問題？

第7.1節—獲得Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 的幫助

有疑問嗎？我們為您提供幫助。請與我們的會員服務部聯絡，電話號碼為1-877-457-7621。（僅TTY使用者，撥打711）。我們提供電話諮詢服務。在10月1日至3月31日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午8點至晚上8點。在4月1日至9月30日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午8點至晚上8點。請注意，在4月1日至9月30日的下班時間、週末和聯邦假日期間，可能會由我們的自動電話系統來接聽您的來電。請留下您的姓名和電話號碼，我們會在一 (1) 個工作天內回電給您。撥打這些號碼是免費的。

請參閱您的《2025年承保證明》（該文件詳細陳述了明年的福利和費用）

本《年度變更通知》為您提供了2025年福利和費用變更的概要。如需詳細資訊，請查閱Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 的《2025年承保證明》。本《承保證明》針對計劃福利提供合法、詳細的說明。該文件詳細說明了獲得承保服務和處方藥物所享有的權利以及必須遵守的規則。您可以在我們的網站上找到這份《承保證明》，網址是：www.wellcare.com/ohana。也可以致電會員服務部，請我們寄一份《承保證明》給您。

請瀏覽我們的網站

您亦可瀏覽我們的網站：www.wellcare.com/ohana。在此提醒，我們的網站提供有關服務提供者網絡（《醫療服務提供者與藥房名錄》）以及《承保藥物清單》（處方集／藥物清單）的最新資訊。

第7.2節—獲得Medicare的幫助

如需從Medicare直接獲得資訊：

請致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

您可致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週7天，每天24小時。TTY使用者請撥打1-877-486-2048。

瀏覽Medicare網站

瀏覽Medicare網站 (www.medicare.gov)。此網站提供有關費用、承保範圍及治療星級評等的資訊以協助您比較所在區域的Medicare保健計劃。若要查閱計劃的相關資訊，請造訪www.medicare.gov/plan-compare。

請參閱《2025年Medicare與您》

請參閱《2025年Medicare與您》手冊。每年秋季會向Medicare會員寄送此文件。此手冊包含Medicare福利、權利以及保障的概要，以及針對有關Medicare常見問題的解答。如果您沒有此份文件，您可在Medicare網站 (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 上取得這份文件，或致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取，服務時間為每週7天，每天24小時。TTY使用者請撥打1-877-486-2048。

第7.3節—獲得Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 的幫助

如欲向Medicaid取得資訊，請於週一至週五夏威夷時間上午7:45至下午4:30致電Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)，電話是1-800-316-8005。TTY使用者請致電711。

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

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 **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Chinese (Mandarin): 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-877-374-4056 (TTY: 711)**。您将获得中文普通话口译员的帮助。这是一项免费服务。

Chinese (Cantonese): 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-877-374-4056 (TTY: 711)**。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

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 **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous mettons à votre disposition des services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Un interlocuteur francophone pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-877-374-4056(TTY: 711)**번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Arabic: نوَقِّر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें **1-877-374-4056 (TTY: 711)** पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला/वाली कोई सहायक आपकी मदद कर सकता/सकती है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Portuguese: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte nos através do número **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Yon moun ki pale Kreyol Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis ki gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 弊社の健康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。通訳を利用するには、**1-877-374-4056 (TTY: 711)** にお電話ください。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。

Hawaiian: Loa‘a iā mākou nā lawelawe unuhi ‘ōlelo manuahi e pane i nā nīnau āu e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā‘au paha. No ka loa‘a ‘ana o ka unuhi ‘ōlelo e kelepona iā mākou ma **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Hiki i kekahi kanaka ‘ōlelo Hawai‘i ke kōkua iā ‘oe. He lawelawe manuahi kēia.

Ilocano: Adda iti libre a serbisyo ti panagpatarus mi tapno masungbatan ti anyaman a saludsod mo maipanggep iti plano ti salun-at wenno agas mi. Tapno makaala ti maysa nga agipatpatarus pakiawagan dakami laeng iti **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Mabalín nga makatulong kenka ti maysa nga agsasao iti Ilocano. Daytoy ket libre a serbisio.

Samoaan: E iai matou auaunaga faamatala upu e tali atu i soo se fesili e te ono fesili ai e uiga ia matou fuafuaga tau soifua maloloina poo fualaaui. Ina ia maua se tagata faamatala upu na’o le vili mai a matou i le **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. E mafai ona fesoasoani atu ia te oe se tasi e tautala i le gagana Samoan. E leai se totogi o lenei auaunaga.

Ukrainian: Ми безкоштовно надаємо послуги перекладачів, щоб ви могли отримати відповіді на будь-які запитання щодо нашого плану медичного обслуговування чи забезпечення лікарськими засобами. Щоб отримати допомогу перекладача, просто зателефонуйте нам за номером **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Спеціаліст, який володіє українською, допоможе вам. Ця послуга безкоштовна.

Lao: ພວກເຮົາມີບໍລິການຄົນພາສາພຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍຄືນແປພາສາ ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ເບີ 1-877-374-4056 (TTY: 711). ມີຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນບໍລິການພຣີ.

Cambodian: យើងមានសេវາບកໂປຣຊາລ່ຢາດ້ວຍຄិតໃຫ້ສម្រាប់ឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកໂປຣຊາລ່ຢາ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-877-374-4056 (TTY: 711)។ មនុស្សម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរបានអាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pab dawb los teb cov nqe lus nug twg uas koj yuav muaj hais txog peb lub phiaj xwm duav roos kev noj qab haus huv thiab tshuj. Yog xav tau ib tug kws txhais lus ces tsuas hu rau peb tau ntawm 1-877-374-4056 (TTY: 711). Ib tug neeg twg uas hais tau lus Hmoob yuav pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb xwb.

Thai: เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการล่ามแปลภาษา โปรดติดต่อเราที่หมายเลข 1-877-374-4056 (TTY: 711) คนที่พูดภาษาไทยได้สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย