

## Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) เสนอโดย Wellcare Health Insurance Of Arizona, Inc. (Wellcare By 'Ohana Health Plan)

### หนังสือแจ้งการเปลี่ยนแปลงประจำปี 2026

คุณได้ลงทะเบียนเป็นสมาชิก Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) แล้ว

เอกสารนี้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงต้นทุนและสิทธิประโยชน์ของแผนของเราในปีถัดไป

- **คุณมีเวลาดังแต่วันที่ 15 ตุลาคมถึง 7 ธันวาคมในการเปลี่ยนแปลงความคุ้มครอง Medicare ของคุณในปีถัดไป** หากไม่เข้าร่วมแผนอื่นภายในวันที่ 7 ธันวาคม 2025 คุณจะคงอยู่ใน Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)
- หากต้องการเปลี่ยนเป็นแผนอื่น โปรดไปที่ [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) หรือตรวจสอบรายการที่อยู่ด้านล่าง หนังสือคู่มือ Medicare และคุณ 2026
- โปรดทราบว่านี่เป็นเพียงการสรุปสิ่งที่เปลี่ยนแปลง ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับต้นทุน สิทธิประโยชน์ และกฎต่างๆ อยู่ในหลักฐานแสดงความคุ้มครอง รับสำเนาได้ที่ [go.wellcare.com/OhanaHI](http://go.wellcare.com/OhanaHI) หรือโทรติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทรหมายเลข 711) เพื่อรับสำเนาทางจดหมาย

#### แหล่งข้อมูลเพิ่มเติม

- เอกสารนี้เข้าถึงได้ฟรีในภาษาจีน เกาหลี ม้ง ตากาล็อก ลาว กัมพูชา/เขมร เวียดนาม ฮาวาย ญี่ปุ่น กะเหรี่ยง ซามัว ไทย ตูรกี อุซเบก อีโลคาโน และพม่า
- โทรติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทรหมายเลข 711) เพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม เวลาให้บริการคือ: ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ถึงวันที่ 31 มีนาคม ตัวแทนสามารถให้บริการตั้งแต่วันจันทร์-วันอาทิตย์ เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. ส่วนตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึงวันที่ 30 กันยายน ตัวแทนสามารถให้บริการตั้งแต่วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. การโทรจะไม่เสียค่าบริการ
- เรามีหน้าที่ให้ข้อมูลในรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับคุณ (ในภาษาอื่นนอกเหนือจากภาษาอังกฤษ อักษรเบรลล์ เสียง การพิมพ์ขนาดใหญ่ หรือรูปแบบอื่นๆ ฯลฯ) โปรดติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิกหากคุณต้องการข้อมูลแผนในรูปแบบอื่น

#### ข้อมูลเกี่ยวกับ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)

- 'Ohana Health Plan แผนที่เสนอโดย WellCare Health Insurance of Arizona, Inc. Wellcare เป็น ยี่ห้อ Medicare สำหรับ Centene Corporation แผน HMO, PPO, PFFS, PDP ที่มีสัญญา Medicare และเป็นผู้สนับสนุนส่วน D ที่ได้รับอนุญาต แผน D-SNP ของเรามีสัญญาที่ทำไว้กับโครงการ Medicaid ของรัฐ การลงทะเบียนในแผนของเราขึ้นอยู่กับอายุสัญญา แผนของเรายังมีข้อตกลงเป็นลายลักษณ์อักษรกับโครงการ Hawaii Medicaid เพื่อร่วมกันให้สิทธิประโยชน์ Medicaid ของคุณ
- ในเอกสารนี้ คำว่า "เรา" "พวกเรา" หรือ "ของเรา" ให้อ้างอิงถึง Wellcare Health Insurance of Arizona, Inc. ส่วนคำว่า "แผน" หรือ "แผนของเรา" ให้อ้างอิงถึง Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)

- ในวันที่ 1 มกราคม 2026 Wellcare Health Insurance Of Arizona, Inc. จะรวม Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) เข้ากับ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ซึ่งเป็นหนึ่งในแผนของเรา เอกสารนี้จะทำให้คุณทราบถึงความแตกต่างระหว่างสิทธิประโยชน์ปัจจุบันของคุณใน Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) และสิทธิประโยชน์ที่คุณจะได้รับในวันที่ 1 มกราคม 2026 ในฐานะสมาชิก Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)
- **หากคุณไม่ดำเนินการใดๆ ภายในวันที่ 7 ธันวาคม 2025 คุณจะได้รับการลงทะเบียนใน Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) โดยอัตโนมัติ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2026** คุณจะได้รับความคุ้มครองทางการแพทย์และยาผ่าน Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) อ่านข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีเปลี่ยนแผนและกำหนดเวลาเปลี่ยนแปลงได้จากส่วนที่ 3

H9916\_001\_H2491\_004\_2026\_HI\_ANOC\_DSNP\_4608614THA\_M

## สารบัญ

สรุปค่าใช้จ่ายที่สำคัญประจำปี 2026 .....	4
<b>ส่วนที่ 1            การเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์และค่าใช้จ่ายสำหรับปีถัดไป.....</b>	<b>6</b>
ส่วนที่ 1.1    การเปลี่ยนแปลงเบี้ยประกันสำหรับแผนรายเดือน .....	6
ส่วนที่ 1.2    การเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายสูงสุดในส่วนที่ออกเองของคุณ .....	6
ส่วนที่ 1.3    การเปลี่ยนแปลงเครือข่ายผู้ให้บริการ.....	7
ส่วนที่ 1.4    การเปลี่ยนแปลงเครือข่ายร้านขายยา.....	8
ส่วนที่ 1.5    การเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์และค่าใช้จ่ายสำหรับบริการทางการแพทย์.....	8
ส่วนที่ 1.6    การเปลี่ยนแปลงความคุ้มครองยาส่วน D .....	15
ส่วนที่ 1.7    การเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์และค่าใช้จ่ายสำหรับยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์.....	16
<b>ส่วนที่ 2            การเปลี่ยนแปลงด้านการจัดการ .....</b>	<b>18</b>
<b>ส่วนที่ 3            วิธีเปลี่ยนแผน .....</b>	<b>19</b>
ส่วนที่ 3.1    กำหนดเวลาเปลี่ยนแผน.....	19
ส่วนที่ 3.2    มีช่วงอื่นของปีที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ .....	19
<b>ส่วนที่ 4            เข้าร่วมโครงการที่ช่วยชำระค่ายาที่ต้องสั่งโดยแพทย์.....</b>	<b>20</b>
<b>ส่วนที่ 5            หากมีคำถาม .....</b>	<b>21</b>
ขอความช่วยเหลือจาก Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP).....	21
รับคำปรึกษาเกี่ยวกับ Medicare ฟรี .....	21
ขอความช่วยเหลือจาก Medicare .....	21
ขอความช่วยเหลือจาก Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) .....	22

## สรุปค่าใช้จ่ายที่สำคัญประจำปี 2026

	2025 (ปีนี้)	2026 (ปีถัดไป)
<b>เบี้ยประกันสำหรับแผนรายเดือน*</b> *เบี้ยประกันของคุณอาจมากกว่าจำนวนนี้ ดูรายละเอียดในส่วนที่ 1.1 เนื่องจากคุณได้รับโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม (Extra Help) คุณจึงไม่ต้องจ่ายเบี้ยประกันสำหรับแผนนี้	\$0	\$0
<b>ค่าใช้จ่ายสูงสุดในส่วนที่ออกเอง</b> เป็นจำนวนเงินสูงสุดที่คุณจะจ่ายเองสำหรับบริการส่วน A และส่วน B ที่ได้รับความคุ้มครอง (ดูรายละเอียดในส่วนที่ 1.2)	\$9,350 คุณไม่ต้องรับผิดชอบในการออกค่าใช้จ่ายเองเพื่อนำไปนับรวมเป็นค่าใช้จ่ายสูงสุดในส่วนที่ออกเองสำหรับบริการส่วน A และส่วน B ที่คุ้มครอง	\$9,250 คุณไม่ต้องรับผิดชอบในการออกค่าใช้จ่ายเองเพื่อนำไปนับรวมเป็นค่าใช้จ่ายสูงสุดในส่วนที่ออกเองสำหรับบริการส่วน A และส่วน B ที่คุ้มครอง
<b>การพบแพทย์ผู้ให้บริการปฐมภูมิ</b>	จ่ายร่วม \$0 ต่อครั้ง	จ่ายร่วม \$0 ต่อครั้ง
<b>การพบผู้เชี่ยวชาญ</b>	จ่ายร่วม \$0 ต่อครั้ง	จ่ายร่วม \$0 ต่อครั้ง
<b>การเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน</b> ได้แก่ การรักษาผู้ป่วยในเฉียบพลัน การฟื้นฟูผู้ป่วยใน การดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล และบริการโรงพยาบาลประเภทอื่นๆ สำหรับผู้ป่วยใน การดูแลผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลจะเริ่มจากวันที่โรงพยาบาลรับตัวคุณเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในอย่างเป็นทางการตามคำสั่งของแพทย์ วันก่อนที่คุณจะออกจากโรงพยาบาลถือเป็นวันสุดท้ายของการเป็นผู้ป่วยใน	สำหรับการรับเข้ารักษาพยาบาลที่คุ้มครอง ต่อครั้ง: จ่ายร่วม \$0 ต่อการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลที่คุ้มครองแต่ละครั้ง	สำหรับการรับเข้ารักษาพยาบาลที่คุ้มครอง ต่อครั้ง: จ่ายร่วม \$0 ต่อการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลที่คุ้มครองแต่ละครั้ง

	2025 (ปีนี้)	2026 (ปีถัดไป)
<b>ความรับผิดชอบแรกของความคุ้มครองยาส่วน D</b> (ดูรายละเอียดในส่วนที่ 1.7)	\$0	\$0
<b>ความคุ้มครองยาส่วน D</b> (ดูรายละเอียด รวมถึงระยะความรับผิดชอบแรกประจำปี ความคุ้มครองขั้นแรก และความคุ้มครองขั้นสุดท้าย ในส่วนที่ 1.7)	<p>การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระยะความคุ้มครองขั้นแรก:</p> <p>คุณจ่ายร่วม \$0 สำหรับยาส่วน D ที่ได้รับความคุ้มครองทั้งหมด</p> <p>ระยะความคุ้มครองขั้นสุดท้าย:</p> <p>ในระหว่างการชำระหนี้ คุณไม่ต้องชำระค่าใช้จ่ายใดๆ สำหรับยาส่วน D ที่อยู่ในความคุ้มครอง</p>	<p>การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระยะความคุ้มครองขั้นแรก:</p> <p>คุณจ่ายร่วม \$0 สำหรับยาส่วน D ที่ได้รับความคุ้มครองทั้งหมด</p> <p>ระยะความคุ้มครองขั้นสุดท้าย:</p> <p>ในระหว่างการชำระหนี้ คุณไม่ต้องชำระค่าใช้จ่ายใดๆ สำหรับยาส่วน D ที่อยู่ในความคุ้มครอง</p>

## ส่วนที่ 1 การเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์และค่าใช้จ่ายสำหรับปีถัดไป

### ส่วนที่ 1.1 การเปลี่ยนแปลงเบี้ยประกันสำหรับแผนรายเดือน

	2025 (ปีนี้)	2026 (ปีถัดไป)
<b>เบี้ยประกันสำหรับแผนรายเดือน</b> (คุณต้องชำระค่าเบี้ยประกัน Medicare Part B ของคุณต่อไป เว้นแต่ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) จะออกค่าใช้จ่ายให้คุณ) เนื่องจากคุณได้รับโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมคุณจึงไม่ต้องจ่ายเบี้ยประกันสำหรับแผนนี้	\$0	\$0

### ส่วนที่ 1.2 การเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายสูงสุดในส่วนที่ออกเองของคุณ

Medicare กำหนดให้แผนสุขภาพทั้งหมดจำกัดจำนวนเงินที่คุณต้องออกเองประจำปี จำนวนเงินที่จำกัดนี้เรียกว่าค่าใช้จ่ายสูงสุดในส่วนที่ออกเอง เมื่อคุณชำระค่าใช้จ่ายถึงจำนวนนี้แล้ว โดยทั่วไปคุณจะไม่ต้องจ่ายอะไรเลยสำหรับบริการส่วน A และส่วน B ในความคุ้มครองในช่วงที่เหลือของปีปฏิทิน

	2025 (ปีนี้)	2026 (ปีถัดไป)
<p><b>ค่าใช้จ่ายสูงสุดในส่วนที่ออกเอง</b></p> <p>เนื่องจากสมาชิกของเราจะได้รับความช่วยเหลือจาก Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) จึงมีสมาชิกเพียงไม่กี่รายเท่านั้นที่มีค่าใช้จ่ายถึงจำนวนสูงสุดนี้</p> <p>คุณไม่ต้องรับผิดชอบในการออกค่าใช้จ่ายเองเพื่อนำไปนับรวมเป็นค่าใช้จ่ายสูงสุดในส่วนที่ออกเองสำหรับบริการส่วน A และส่วน B ที่คุ้มครอง</p> <p>ค่าใช้จ่ายของคุณสำหรับบริการทางการแพทย์ในความคุ้มครอง (เช่น การจ่ายร่วม) จะนับรวมกับค่าใช้จ่ายสูงสุดในส่วนที่ออกเองของคุณ</p> <p>ค่าใช้จ่ายสำหรับยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์จะไม่นับรวมในค่าใช้จ่ายสูงสุดในส่วนที่ออกเองของคุณ</p>	\$9,350	<p><b>\$9,250</b></p> <p>เมื่อคุณชำระเงินจำนวน \$9,250 ด้วยตัวเองสำหรับบริการส่วน A และส่วน B ในความคุ้มครองแล้ว คุณจะไม่ต้องจ่ายอะไรเลยสำหรับบริการส่วน A และส่วน B ที่ได้รับความคุ้มครองในช่วงที่เหลือของปีปฏิทิน</p>

### ส่วนที่ 1.3 การเปลี่ยนแปลงเครือข่ายผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการในเครือข่ายของเรามีการเปลี่ยนแปลงในปีถัดไป ตรวจสอบรายชื่อผู้ให้บริการและร้านขายยาปี 2026 [go.wellcare.com/2026providerdirectories](https://go.wellcare.com/2026providerdirectories) เพื่อดูว่าผู้ให้บริการของคุณ (ผู้ให้บริการปฐมภูมิ ผู้เชี่ยวชาญ โรงพยาบาล ฯลฯ) อยู่ในเครือข่ายของเราหรือไม่ วิธีการรับรายชื่อผู้ให้บริการและร้านขายยาฉบับอัปเดตมีดังนี้:

- เยี่ยมชมเว็บไซต์ของเราที่ [go.wellcare.com/2026providerdirectories](https://go.wellcare.com/2026providerdirectories)
- โทรติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทรหมายเลข 711) เพื่อขอข้อมูลผู้ให้บริการในปัจจุบันหรือขอให้เราส่งรายชื่อผู้ให้บริการและร้านขายยาให้คุณทางไปรษณีย์

เราสามารถทำการเปลี่ยนแปลงโรงพยาบาล แพทย์ และผู้เชี่ยวชาญ (ผู้ให้บริการ) ที่เป็นส่วนหนึ่งของแผนของเราได้ในระหว่างปี หากการเปลี่ยนแปลงผู้ให้บริการของเราในช่วงกลางปีส่งผลกระทบต่อคุณ ให้โทรติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทรหมายเลข 711) เพื่อขอความช่วยเหลือ สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิทธิ์ของคุณเมื่อผู้ให้บริการในเครือข่ายออกจากแผนของเรา โปรดไปที่บทที่ 3 ส่วนที่ 2.3 ของหลักฐานแสดงความคุ้มครองของคุณ

## ส่วนที่ 1.4 การเปลี่ยนแปลงเครือข่ายร้านขายยา

จำนวนเงินที่คุณจ่ายสำหรับยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์อาจขึ้นอยู่กับร้านขายยาที่คุณใช้บริการ แผนยา Medicare มีเครือข่ายร้านขายยา ในกรณีส่วนใหญ่ ยาของคุณจะได้รับความคุ้มครองเฉพาะในกรณีที่ได้รับยา ณ ร้านขายยาในเครือข่ายของเราแห่งใดแห่งหนึ่ง เครือข่ายของเราประกอบด้วยร้านขายยาที่มีการแบ่งค่าใช้จ่ายที่ให้สิทธิพิเศษ ซึ่งอาจมีการแบ่งค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าการแบ่งค่าใช้จ่ายมาตรฐานที่ร้านขายยาในเครือข่ายอื่นๆ มีให้สำหรับยาบางชนิด

เครือข่ายร้านขายยาของเรามีการเปลี่ยนแปลงในปีถัดไป ตรวจสอบรายชื่อผู้ให้บริการและร้านขายยา ปี 2026 [go.wellcare.com/2026providerdirectories](https://go.wellcare.com/2026providerdirectories) เพื่อดูว่าร้านขายยาใดบ้างที่อยู่ในเครือข่ายของเรา วิธีการรับรายชื่อผู้ให้บริการและร้านขายยาฉบับอัปเดตมีดังนี้:

- เยี่ยมชมเว็บไซต์ของเราที่ [go.wellcare.com/2026providerdirectories](https://go.wellcare.com/2026providerdirectories)
- โทรติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทรหมายเลข 711) เพื่อขอข้อมูลร้านขายยาในปัจจุบันหรือขอให้เราส่งรายชื่อผู้ให้บริการและร้านขายยาให้คุณทางไปรษณีย์

เราสามารถทำการเปลี่ยนแปลงร้านขายยาที่เป็นส่วนหนึ่งของแผนของเราได้ในระหว่างปี หากการเปลี่ยนแปลงร้านขายยาของเราในช่วงกลางปีส่งผลกระทบต่อคุณ ให้โทรติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทรหมายเลข 711) เพื่อขอความช่วยเหลือ

## ส่วนที่ 1.5 การเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์และค่าใช้จ่ายสำหรับบริการทางการแพทย์

หนังสือแจ้งการเปลี่ยนแปลงประจำปีจะแจ้งให้คุณทราบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์และค่าใช้จ่ายของ Medicare ของคุณ

	2025 (ปีนี้)	2026 (ปีถัดไป)
<b>การอนุญาตล่วงหน้า</b>	<p>สิทธิประโยชน์ในเครือข่ายต่อไปนี้มีเปลี่ยนแปลงข้อกำหนดเกี่ยวกับการอนุญาตล่วงหน้า</p> <p>บริการแพทย์/ผู้ประกอบวิชาชีพ รวมถึงการพบแพทย์ที่คลินิก - บริการแพทย์ทางไกลเพิ่มเติม อาจต้องได้รับการอนุญาตล่วงหน้า</p> <p>การดูแลสุขภาพตา - แวนตาที่ครอบคลุมโดย Medicare อาจต้องได้รับการอนุญาตล่วงหน้า</p>	<p>บริการแพทย์/ผู้ประกอบวิชาชีพ รวมถึงการพบแพทย์ที่คลินิก - บริการแพทย์ทางไกลเพิ่มเติม <u>ไม่</u> ต้องได้รับการอนุญาตล่วงหน้า</p> <p>การดูแลสุขภาพตา - แวนตาที่ครอบคลุมโดย Medicare <u>ไม่</u> ต้องได้รับการอนุญาตล่วงหน้า</p>

	2025 (ปีนี้)	2026 (ปีถัดไป)
	ไม่ว่าผลประโยชน์ของคุณจะต้องได้รับการอนุมัติล่วงหน้าหรือไม่ก็ตาม อาจยังคงต้องมีใบส่งต่อจากแผนอยู่ดี	ไม่ว่าผลประโยชน์ของคุณจะต้องได้รับการอนุมัติล่วงหน้าหรือไม่ก็ตาม อาจยังคงต้องมีใบส่งต่อจากแผนอยู่ดี
<b>บริการฉุกเฉิน - ความคุ้มครองฉุกเฉินทั่วโลก</b>	<p>คุณจ่ายร่วมจำนวน \$110 สำหรับบริการที่คุ้มครองแต่ละบริการ</p> <p>จะ<u>ไม่</u>มีการยกเว้นการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลหากคุณเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</p>	<p>คุณจ่ายร่วมจำนวน \$115 สำหรับบริการในความคุ้มครองแต่ละบริการ</p> <p>จะ<u>ไม่</u>มีการยกเว้นการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลหากคุณเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</p>
<b>บริการฉุกเฉิน - ความคุ้มครองการดูแลเร่งด่วนรอบโลก</b>	<p>คุณจ่ายร่วมจำนวน \$110 สำหรับบริการที่คุ้มครองแต่ละบริการ</p> <p>จะ<u>ไม่</u>มีการยกเว้นการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลหากคุณเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</p>	<p>คุณจ่ายร่วมจำนวน \$115 สำหรับบริการในความคุ้มครองแต่ละบริการ</p> <p>จะ<u>ไม่</u>มีการยกเว้นการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลหากคุณเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</p>
<p><b>สิทธิประโยชน์เสริมพิเศษสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง (SSBCI)</b></p> <p>สิทธิประโยชน์ที่มีการกล่าวถึงถือเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์เสริมพิเศษสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง โดยสมาชิกบางรายอาจไม่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ นอกจากนี้ความเสี่ยงสูงแล้ว คุณต้องมีอาการเรื้อรังต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งอาการ</p> <p>มะเร็ง ความผิดปกติของหลอดเลือด สุขภาพจิตเรื้อรังและทุพพลภาพ ความผิดปกติของปอดชนิดเรื้อรัง เบาหวาน รวมถึงภาวะอื่นๆ ที่ไม่ได้ระบุไว้ในที่นี้ เราไม่สามารถรับประกันการมีสิทธิในการรับสิทธิประโยชน์นี้ได้โดยพิจารณาจากภาวะที่คุณมีเพียงอย่างเดียว</p>	<p><u>ไม่</u>มีการเสนอสิทธิประโยชน์ SSBCI</p>	<p>หากคุณมีสิทธิ์รับ SSBCI คุณสามารถใช้วงเงินรายเดือนของ Wellcare Spendables® กับสิทธิประโยชน์ที่แสดงด้านล่าง วงเงินจะรวมกับสิทธิประโยชน์ยาที่ไม่ต้องสั่งโดยแพทย์ (OTC), ทันตกรรม, การมองเห็น และการได้ยินของคุณ</p> <p>เมื่อพิจารณาแล้วว่ามีสิทธิ สิทธิประโยชน์ที่เพิ่มขึ้นเหล่านี้จะพร้อมใช้งานภายใน 7-10 วันทำการ</p>

	2025 (ปีนี้)	2026 (ปีถัดไป)
<p>คุณต้องมีคุณสมบัติตามข้อกำหนดการมีสิทธิ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดก่อนที่จะได้รับสิทธิประโยชน์ สำหรับรายละเอียดโปรดติดต่อเราหรือดูหลักฐานแสดงความคุ้มครองของแผน</p>		<p>คุณจ่ายรวมจำนวน \$0 ดูข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับบัตร Wellcare Spendables® จากเอกสารสิทธิประโยชน์ Wellcare Spendables® ในตารางนี้</p> <p>น้ำมันแบบชำระเงินที่หักจ่าย หากมีสิทธิ์ คุณสามารถใช้บัตร Wellcare Spendables® ของคุณเพื่อจ่ายค่าน้ำมันที่ปั๊มได้โดยตรง บัตรใบนี้ไม่สามารถใช้ชำระเงินด้วยตนเองที่เครื่องคิดเงิน บัตรของคุณสามารถใช้ที่ปั๊มน้ำมันสูงสุดตามมูลค่าเงินช่วยเหลือที่มีอยู่เท่านั้น</p> <p>อาหารเพื่อสุขภาพ หากมีสิทธิ์ คุณสามารถใช้บัตร Wellcare Spendables® เพื่อช่วยจ่ายค่าอาหารและผลิตภัณฑ์ที่ดีต่อสุขภาพและมีคุณค่าทางโภชนาการที่ได้รับการอนุมัติในร้านค้าปลีกที่ร่วมรายการ คุณสามารถสั่งอาหารที่เตรียมไว้แล้วและกล่องผักผลไม้ผ่านทางพอร์ทัลออนไลน์ เงินช่วยเหลือนี้ไม่สามารถนำไปใช้ในการชื้อยาสูบหรือแอลกอฮอล์ รายการที่อนุมัติได้แก่</p>

	2025 (ปีนี้)	2026 (ปีถัดไป)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• เนื้อและสัตว์ปีก</li> <li>• ผลไม้และผัก</li> <li>• เครื่องดื่มที่มีคุณค่าทางโภชนาการ</li> </ul> <p>อุปกรณ์งานบ้านและอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัย หากมีสิทธิ์ คุณสามารถใช้บัตรของคุณช่วยในเรื่องค่าอุปกรณ์งานบ้านและอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัย รวมทั้งบริการติดตั้งสำหรับผลิตภัณฑ์บางอย่าง รายการและบริการที่ได้รับอนุมัติประกอบด้วย:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• บาร์จับหรือลูกบิดประตูและวัสดุปูพื้นกันลื่น</li> <li>• เก้าอี้นิรภัยและอุปกรณ์ช่วยในการดัดแปลงห้องน้ำ</li> <li>• เครื่องปรับอากาศแบบพกพาและผลิตภัณฑ์คุณภาพอากาศ</li> <li>• อุปกรณ์กำจัดแมลงและสัตว์รบกวนและการรักษาภายในบ้าน</li> </ul> <p>ความช่วยเหลือด้านสาธารณสุขภาค หากมีสิทธิ์ คุณสามารถใช้บัตร Wellcare Spendables® ช่วยจ่ายเงินค่าสาธารณสุขภาคที่ได้รับการอนุมัติตามแผนสำหรับบ้านของคุณ ซึ่งได้แก่</p>

	2025 (ปีนี้)	2026 (ปีถัดไป)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• บริการสาธารณูปโภค ด้านไฟฟ้า ก๊าซ สุข อนามัย/ขยะ และประปา</li> <li>• บริการโทรศัพท์บ้านและ โทรศัพท์มือถือ</li> <li>• บริการอินเทอร์เน็ต</li> <li>• โทรศัพท์ผ่านสายเคเบิล (ไม่รวมบริการสตรีมมิง)</li> <li>• ค่าใช้จ่ายด้าน ปิโตรเลียมบางประเภท เช่น น้ำมันสำหรับ ทำความร้อนในบ้าน</li> </ul> <p>ความช่วยเหลือด้านการเช่า บ้าน หากมีสิทธิ์ คุณสามารถใช้ บัตร Wellcare Spendables® ช่วยในเรื่องค่าเช่าบ้านของคุณ</p>
รูปแบบการออกแบบประกันภัยตาม มูลค่า (VBID)	<p>คุณจ่ายรวมจำนวน \$0 เนื่องจาก แผนของคุณมีส่วนร่วมใน โครงการออกแบบประกันตาม มูลค่า คุณสามารถใช้วงเงิน Wellcare Spendables® ของคุณ กับสิทธิประโยชน์ที่แสดงด้าน ล่าง:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• น้ำมันแบบชำระเงินที่หัก จ่าย: จ่ายค่าน้ำมันที่ปั๊ม โดยตรง</li> <li>• อาหารเพื่อสุขภาพ: อาหาร และผลิตภัณฑ์ดีต่อสุขภาพ และมีคุณค่าทางโภชนาการ ที่ได้รับการอนุมัติในร้านค้า ปลีกที่ร่วมรายการ</li> </ul>	ไม่มีข้อเสนอสำหรับสิทธิ ประโยชน์โมเดลโครงการ ออกแบบประกันตามมูลค่า

	2025 (ปีนี้)	2026 (ปีถัดไป)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>อุปกรณ์ปรับปรุงบ้าน: ความช่วยเหลือสำหรับค่าอุปกรณ์ปรับปรุงบ้านและอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัย</li> <li>ความช่วยเหลือด้านการเช่าบ้าน: ค่าเช่าบ้านของคุณ</li> <li>ความช่วยเหลือด้านสาธารณูปโภค: สาธารณูปโภคที่ได้รับการอนุมัติตามแผนสำหรับบ้านของคุณ</li> </ul> <p>ดูข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ บัตร Wellcare Spendables® จากเอกสารสิทธิประโยชน์ของ Wellcare Spendables® ในตารางนี้</p> <p>Medicare อนุมัติให้ Wellcare มอบสิทธิประโยชน์เหล่านี้โดยเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ ออกแบบประกันตามมูลค่า โครงการนี้ช่วยให้ Medicare ได้ลองปรับปรุงแผน Medicare Advantage ด้วยวิธีใหม่ๆ</p>	
<b>Wellcare Spendables®</b>	<p>คุณจ่ายร่วมจำนวน \$0 คุณได้รับวงเงินรายเดือน \$99 เพื่อใช้กับสิทธิประโยชน์บางประการ</p> <p>ดูเอกสารสิทธิประโยชน์ของรูปแบบการออกแบบประกันภัยตามมูลค่า (VBID) ในแผนภูมินี้สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์ของโครงการ VBID</p>	<p>คุณจ่ายร่วมจำนวน \$0 คุณจะได้รับวงเงินงบประมาณรายเดือน \$120 ไร้ล่วงหน้าบนบัตร Wellcare Spendables® ของคุณเพื่อใช้จ่ายกับสินค้า OTC, บริการทันตกรรม, การมองเห็น และการได้ยิน วงเงินรายเดือนของคุณจะถูกโอนไปยังเดือนถัดไปหากไม่ได้ใช้งานและหมดอายุเมื่อสิ้นสุดปีแผน</p>

	2025 (ปีนี้)	2026 (ปีถัดไป)
	<p><b>สินค้าที่ไม่ต้องสั่งโดยแพทย์ (OTC)</b>            คุณสามารถใช้บัตรของคุณได้ที่ร้านค้าปลีกที่เข้าร่วมผ่านแอปมือถือ หรือโดยการเข้าสู่ระบบพอร์ทัลสมาชิกเพื่อสั่งซื้อสินค้าส่งถึงบ้าน</p> <p><b>ทันตกรรม การมองเห็น และการได้ยิน</b>            วงเงินบัตร Wellcare Spendables® ไม่สามารถใช้กับค่าใช้จ่ายบริการด้านทันตกรรม การมองเห็น หรือการได้ยิน</p>	<p><b>บัตรที่อนุญาตของคุณสามารถใช้ไปทาง:</b></p> <p><b>สินค้าที่ไม่ต้องสั่งโดยแพทย์ (OTC)</b>            คุณสามารถใช้บัตรของคุณได้ที่ร้านค้าปลีกที่เข้าร่วมผ่านแอปมือถือ หรือโดยการเข้าสู่ระบบพอร์ทัลสมาชิกเพื่อสั่งซื้อสินค้าส่งถึงบ้าน</p> <p><b>ทันตกรรม การมองเห็น และการได้ยิน</b> คุณสามารถใช้บัตรของคุณเพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายที่ออกเองสำหรับบริการด้านทันตกรรม การมองเห็น และ/หรือการได้ยินที่ผ่านคุณสมบัติ คุณสามารถใช้บัตรนี้ในการชำระเงินให้แก่ผู้ให้บริการด้านทันตกรรม การมองเห็น หรือการได้ยินของคุณได้โดยตรง โปรดดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่หลักฐานแสดงความคุ้มครองของคุณ</p> <p><b>สิทธิประโยชน์ที่กล่าวถึงด้านล่างเป็นส่วนหนึ่งของ SSBCI สมาชิกบางคนอาจไม่มีสิทธิ คุณต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ของสิทธิประโยชน์ตามแผนดังนี้ หากคุณมีสิทธิ คุณสามารถใช้เงินช่วยเหลือในบัตรของคุณไปกับ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• น้ำมันแบบชำระเงินที่หักจ่าย</li> <li>• อาหารเพื่อสุขภาพ</li> <li>• อุปกรณ์งานบ้านและอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัย</li> </ul>

	2025 (ปีนี้)	2026 (ปีถัดไป)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ความช่วยเหลือด้านการเช่าบ้าน</li> <li>• ความช่วยเหลือด้านสาธารณูปโภค</li> <li>• สินค้าและบริการกำจัดแมลงและสัตว์รบกวน</li> </ul> <p>ดูข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์เหล่านี้ได้ที่ <b>แกลวสิทธิประโยชน์ริมพิ</b> สำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง (SSBCI) ในตารางนี้</p>

## ส่วนที่ 1.6 การเปลี่ยนแปลงความคุ้มครองยาส่วน D

### การเปลี่ยนแปลงรายชื่อยาในความคุ้มครองของเรา

รายชื่อยาในความคุ้มครองของเรานั้นเรียกว่ารายชื่อยาหรือรายการยา สำเนารายชื่อยาในความคุ้มครองของเรามีให้ผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์

เราได้เปลี่ยนแปลงรายชื่อยาในความคุ้มครองของเรา ซึ่งอาจรวมถึงการถอดหรือเพิ่มยา เปลี่ยนแปลงข้อจำกัดที่ใช้กับความคุ้มครองของเราสำหรับยาบางชนิด หรือย้ายยาไปยังระดับการแบ่งค่าใช้จ่ายอื่น **ตรวจสอบรายชื่อยาในความคุ้มครองเพื่อให้แน่ใจว่ายาของคุณจะได้รับการคุ้มครองในปีถัดไป และดูว่าจะมีข้อจำกัดใดๆ หรือไม่** หรือยาของคุณถูกย้ายไปยังระดับการแบ่งค่าใช้จ่ายอื่นหรือไม่

การเปลี่ยนแปลงรายชื่อยาในความคุ้มครองส่วนใหญ่เป็นการเปลี่ยนแปลงใหม่ในช่วงต้นปีของแต่ละปี อย่างไรก็ตาม เราอาจทำการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายของ Medicare ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณในระหว่างปีปฏิทิน เราอัปเดตรายชื่อยาในความคุ้มครองทางออนไลน์ของเราอย่างน้อยเดือนละครั้งเพื่อให้รายชื่อยาในความคุ้มครองที่เป็นปัจจุบันที่สุด หากเราทำการเปลี่ยนแปลงที่จะส่งผลกระทบต่อการใช้ยาที่คุณกำลังใช้ เราจะบอกกล่าวให้คุณทราบถึงการเปลี่ยนแปลง

หากคุณได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงความคุ้มครองยาในช่วงต้นปีหรือระหว่างปี ให้ทบทวนบทที่ 9 ของ **หลักฐานแสดงความคุ้มครอง** ของคุณ และพูดคุยกับผู้สั่งจ่ายยาเพื่อหาทางออกของคุณ เช่น การขอการจัดหาชั่วคราว การขอเป็นช้อยกเว้น และ/หรือการดำเนินการค้นหาตัวใหม่ โทรติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทรหมายเลข 711) เพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

## ส่วนที่ 1.7 การเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์และค่าใช้จ่ายสำหรับยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์

### คุณได้เข้าร่วมโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการจ่ายค่าความคุ้มครองยาหรือไม่

หากคุณอยู่ในโปรแกรมที่ช่วยจ่ายค่ายา ข้อมูลเกี่ยวกับค่ายาส่วน D อาจใช้ไม่ได้กับคุณ เราได้ส่งเอกสารแยกต่างหากที่เรียกว่าหลักฐานแสดงความคุ้มครอง Rider สำหรับผู้มีสิทธิ์เข้าร่วมโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการจ่ายค่ายาที่สั่งโดยแพทย์ ซึ่งให้ข้อมูลคุณเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายยา หากคุณเข้าร่วมโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมและไม่ได้รับเอกสารนี้ภายในวันที่ 30 กันยายน 2025 ให้โทรติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทรหมายเลข 711) และขอข้อมูล LIS Rider

### ระยะเวลาชำระเงินค่ายา

ระยะเวลาชำระเงินค่ายามี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเวลารับผิดชอบส่วนแรกประจำปี ระยะเวลาคุ้มครองขั้นแรก และ ระยะเวลาคุ้มครองขั้นสุดท้าย ระยะที่ไม่คุ้มครองและโครงการลดส่วนที่ไม่คุ้มครองไม่มีอยู่ในสิทธิประโยชน์ส่วน D อีกต่อไป

- ระยะที่ 1: ระยะเวลารับผิดชอบส่วนแรกประจำปี**

เราไม่มีความรับผิดชอบส่วนแรก ดังนั้นระยะเวลาชำระเงินนี้จึงไม่มีผลกับคุณ

- ระยะที่ 2: ระยะเวลาคุ้มครองขั้นแรก**

ในระยะนี้ แผนของเราจะร่วมจ่ายค่ายาให้ส่วนหนึ่ง และคุณจ่ายค่ายาอีกส่วนหนึ่ง โดยทั่วไปแล้ว คุณจะอยู่ในระยะนี้จนกว่าค่าใช้จ่ายที่จ่ายเองในระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นปีปัจจุบันจนถึงวันปัจจุบันมีมูลค่าถึง \$2,100

- ระยะที่ 3: ระยะเวลาคุ้มครองขั้นสุดท้าย**

ระยะนี้เป็นระยะที่สาม ซึ่งเป็นการชำระเงินค่ายาระยะสุดท้าย ในระยะนี้ คุณไม่ต้องชำระค่าใช้จ่ายใดๆ สำหรับยาส่วน D ที่อยู่ในความคุ้มครอง โดยทั่วไปแล้ว คุณจะอยู่ในระยะนี้ตลอดทั้งปีปฏิทินที่เหลือ

โครงการลดส่วนที่ไม่คุ้มครองได้ถูกแทนที่ด้วยโปรแกรมส่วนลดของผู้ผลิต ภายใต้โปรแกรมส่วนลดของผู้ผลิต ผู้ผลิตยาจะรับผิดชอบจ่ายค่ายาที่มีชื่อห่อและยาชีววัตถุส่วน D ที่อยู่ในความคุ้มครองเป็นจำนวนเงินส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของแผนของเราในระยะคุ้มครองขั้นแรกและระยะเวลาคุ้มครองขั้นสุดท้าย ส่วนลดที่ผู้ผลิตจ่ายตามโปรแกรมส่วนลดของผู้ผลิตจะไม่นำไปนับรวมในค่าใช้จ่ายที่จ่ายเอง

ตารางนี้แสดงค่าใช้จ่ายของคุณต่อยาที่สั่งในระยะนี้

	2025 (ปีนี้)	2026 (ปีถัดไป)
ระยะเวลารับผิดชอบส่วนแรกประจำปี	เนื่องจากเราไม่มีความรับผิดชอบส่วนแรก ระยะเวลาชำระเงินนี้จึงไม่มีผลกับคุณ	เนื่องจากเราไม่มีความรับผิดชอบส่วนแรก ระยะเวลาชำระเงินนี้จึงไม่มีผลกับคุณ

**ค่ายาในระยะที่ 2: ความคุ้มครองขั้นแรก**

ตารางนี้แสดงค่าใช้จ่ายของคุณต่อใบสั่งยาหนึ่งใบสำหรับปริมาณยาที่ใช้ในหนึ่งเดือน ซึ่งเดิมที่ร้านขายยาในเครือข่ายที่มีการแบ่งค่าใช้จ่ายมาตรฐานและการแบ่งค่าใช้จ่ายที่ให้สิทธิพิเศษ

วัดชิ้นส่วน D สำหรับผู้ใหญ่ส่วนใหญ่จะได้รับการคุ้มครองโดยคุณไม่ต้องออกค่าใช้จ่าย

เมื่อคุณเป็นฝ่ายชำระค่ายาส่วน D ที่อยู่ในความคุ้มครองเป็นเงินทั้งสิ้น \$2,100 แล้ว คุณจะเข้าสู่ระยะถัดไป (ระยะความคุ้มครองขั้นสุดท้าย)

	2025 (ปีนี้)	2026 (ปีถัดไป)
<b>ยาในความคุ้มครองทั้งหมด:</b>	<p>คุณจ่ายร่วมจำนวน \$0 สำหรับยาส่วน D ที่ได้รับความคุ้มครองทั้งหมด</p> <p>ค่าใช้จ่ายสำหรับการส่งจ่ายยาปริมาณที่ใช้ในหนึ่งเดือน (30 วัน) ทางไปรษณีย์คือ \$0</p>	<p>คุณจ่ายร่วมจำนวน \$0 สำหรับยาส่วน D ที่ได้รับความคุ้มครองทั้งหมด</p> <p>ไม่ครอบคลุมการส่งจ่ายยาปริมาณที่ใช้ในหนึ่งเดือน (30 วัน) ทางไปรษณีย์</p>

เราได้ทำการเปลี่ยนระดับของยาบางชนิดในรายชื่อยาในความคุ้มครองของเรา หากต้องการดูว่ายาของคุณอยู่ในระดับอื่นหรือไม่ โปรดหาในรายชื่อยาในความคุ้มครอง

**การเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์ของ VBID Part D ของคุณ**

คำอธิบาย	2025 (ปีนี้)	2026 (ปีถัดไป)
<b>การกำจัดส่วนแบ่งค่าใช้จ่ายส่วน D</b>	<p>เนื่องจากคุณมีคุณสมบัติเข้ารับการกำจัดส่วนแบ่งค่าใช้จ่ายส่วน D ภายใต้โครงการออกแบบประกันตามมูลค่า (VBID) คุณจึงไม่ต้องจ่ายเงินค่ายาส่วน D ในความคุ้มครองทั้งหมด</p> <p>Medicare อนุมัติให้ Wellcare มอบสิทธิประโยชน์เหล่านี้โดยเป็นส่วนหนึ่งของโครงการออกแบบประกันตามมูลค่า โครงการนี้ช่วยให้ Medicare ได้ลองปรับปรุงแผน Medicare Advantage ด้วยวิธีใหม่ๆ</p>	<p>จะไม่มี การเสนอสิทธิประโยชน์ VBID อีกต่อไป อย่างไรก็ตาม คุณจะยังคงได้รับการกำจัดส่วนแบ่งค่าใช้จ่ายผ่านสิทธิประโยชน์เพิ่มมูลค่าของ Medicaid (VAB) ของเราต่อไป</p> <p>ด้วยสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มมูลค่าของ Medicaid ของเรา คุณจะไม่ต้องจ่ายร่วมสำหรับร้านขายยา</p> <p>อาจมีข้อจำกัดเกี่ยวกับประเภทของยาในความคุ้มครอง โปรดดูข้อมูลเพิ่มเติมที่รายชื่อยาในความคุ้มครอง (รายการยา) ของ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)</p>

## ส่วนที่ 2 การเปลี่ยนแปลงด้านการจัดการ

ข้อมูลในตารางการเปลี่ยนแปลงด้านการจัดการด้านล่างนี้แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงแผนของคุณแบบปีต่อปี ซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิประโยชน์หรือการแบ่งค่าใช้จ่าย

	2025 (ปีนี้)	2026 (ปีถัดไป)
คำขอพิจารณาความคุ้มครองขั้นสูง	สมาชิกสามารถร้องขอการพิจารณาความคุ้มครองก่อนวันที่มีผลของปีสิทธิประโยชน์ที่กำลังจะมาถึง	สมาชิกสามารถร้องขอการพิจารณาความคุ้มครองได้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2026 เป็นต้นไป คำขอใดๆ ที่ส่งก่อนวันที่นี้จะได้รับการประเมินสำหรับปีสิทธิประโยชน์ปัจจุบันเท่านั้น
ตัวเลือกการยกเลิกการเป็นสมาชิก	หากคุณจำเป็นต้องเปลี่ยนจากแผนของเราเป็น Original Medicare หรือ Medicare Advantage แผนอื่น คุณต้องส่งแบบขอยกเลิกการลงทะเบียนเป็นลายลักษณ์อักษรให้เรา หากต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม โปรดดูบทที่ 10 ของหลักฐานแสดงความคุ้มครอง	หากคุณจำเป็นต้องเปลี่ยนจากแผนของเราเป็น Original Medicare หรือ Medicare Advantage แผนอื่น คุณสามารถส่งแบบขอยกเลิกการลงทะเบียนเป็นลายลักษณ์อักษรให้เราหรือเยี่ยมชมเว็บไซต์ของเราเพื่อยกเลิกการลงทะเบียนทางออนไลน์ หากต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม โปรดดูบทที่ 10 ของหลักฐานแสดงความคุ้มครอง
ผลิตภัณฑ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานส่วน B ที่ได้รับเลือก	OneTouch™ เป็นยี่ห้ออุปกรณ์ทดสอบโรคเบาหวานที่เราเลือก (เครื่องติดตามและแถบทดสอบระดับน้ำตาลในเลือด) ยี่ห้ออื่นๆ ไม่ได้รับความคุ้มครอง ยกเว้นมีความจำเป็นทางการแพทย์และได้รับอนุญาต	Accu-Chek Guide™ และ True Metrix™ เป็นยี่ห้ออุปกรณ์ทดสอบเบาหวานที่เราเลือก (เครื่องติดตามและแถบทดสอบระดับน้ำตาลในเลือด) ยี่ห้ออื่นๆ ไม่ได้รับความคุ้มครอง ยกเว้นมีความจำเป็นทางการแพทย์และได้รับอนุญาต

## ส่วนที่ 3 วิธีเปลี่ยนแผน

หากคุณต้องการอยู่ใน Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ต่อ คุณไม่จำเป็นต้องดำเนินการใดๆ ทั้งสิ้น หากคุณไม่ได้สมัครแผนอื่นหรือเปลี่ยนเป็น Original Medicare ภายในวันที่ 7 ธันวาคม คุณจะได้รับการลงทะเบียนใน Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ของเราโดยอัตโนมัติ

หากคุณต้องการเปลี่ยนแผนสำหรับปี 2026 ให้ทำตามขั้นตอนดังนี้:

- หากต้องการเปลี่ยนเป็นแผนสุขภาพ Medicare อื่น ให้ลงทะเบียนในแผนใหม่ คุณจะถูกยกเลิกการลงทะเบียนจาก Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) โดยอัตโนมัติ
- หากต้องการเปลี่ยนเป็น Original Medicare ที่มีความคุ้มครองยา Medicare ให้ลงทะเบียนในแผนยา Medicare ใหม่ คุณจะถูกยกเลิกการลงทะเบียนจาก Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) โดยอัตโนมัติ
- หากต้องการเปลี่ยนเป็น Original Medicare ที่ไม่มีแผนยา คุณสามารถส่งแบบขอยกเลิกการลงทะเบียนเป็นลายลักษณ์อักษรให้เราหรือเยี่ยมชมเว็บไซต์ของเราเพื่อยกเลิกการลงทะเบียนทางออนไลน์ที่ [go.wellcare.com/OhanaHI](https://go.wellcare.com/OhanaHI) โทรติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทรหมายเลข 711) เพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีดำเนินการดังกล่าว หรือโทรติดต่อ Medicare ที่หมายเลข 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) และขอยกเลิกการลงทะเบียน ผู้ใช้ TTY สามารถติดต่อหมายเลข 1-877-486-2048 หากคุณไม่ได้ลงทะเบียนในแผนยา Medicare คุณสามารถจ่ายค่าปรับการลงทะเบียนล่าช้าสำหรับส่วน D ได้ (ไปส่วนที่ 4)
- หากต้องการเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับ Original Medicare และแผน Medicare ต่างๆ โปรดไปที่ [www.Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) อ่านคู่มือ Medicare และคุณ 2026 โทรติดต่อโครงการช่วยเหลือการประกันสุขภาพของรัฐ (ไปส่วนที่ 5) หรือโทร 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

### ส่วนที่ 3.1 กำหนดเวลาเปลี่ยนแผน

ผู้ที่มี Medicare สามารถเปลี่ยนแปลงความคุ้มครองของตนได้ตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม – 7 ธันวาคมในแต่ละปี

หากคุณลงทะเบียนในแผน Medicare Advantage ในวันที่ 1 มกราคม 2026 และไม่ชอบตัวเลือกแผนของคุณ คุณยังสามารถเปลี่ยนไปใช้แผนสุขภาพ Medicare อื่นได้ (ไม่ว่าจะมีหรือไม่มี ความคุ้มครองยา Medicare) หรือเปลี่ยนไปใช้ Original Medicare (ไม่ว่าจะมีหรือไม่มี ความคุ้มครองยา Medicare แยกต่างหาก) ระหว่างวันที่ 1 มกราคมถึง 31 มีนาคม 2026

### ส่วนที่ 3.2 มีช่วงอื่นของปีที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่

ในบางสถานการณ์ คนทั่วไปอาจเปลี่ยนความคุ้มครองในระหว่างปีได้ในโอกาสอื่นๆ ตัวอย่างเช่นผู้ที่:

- มี Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)
- เข้าร่วมโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมเพื่อช่วยชำระค่ายา

- มีหรือออกจากความคุ้มครองของนายจ้าง
- ย้ายออกจากพื้นที่ให้บริการในแผนของเรา

เนื่องจากคุณมี Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) คุณสามารถสิ้นสุดการเป็นสมาชิกในแผนของเราได้โดยเลือกทางเลือก Medicare ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ในเดือนใดก็ได้ของปี:

- Original Medicare *พร้อม* แผนยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ของ Medicare แยกต่างหาก
- Original Medicare *โดยไม่มี* แผนยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ของ Medicare แยกต่างหาก (หากคุณเลือกทางเลือกนี้ Medicare อาจลงทะเบียนให้คุณในแผนยา เว้นแต่คุณได้เลือกไม่เข้าร่วมการลงทะเบียนอัตโนมัติ) หรือ
- หากมีสิทธิ์ จะมี D-SNP แบบผสมผสานที่มอบสิทธิประโยชน์และบริการของ Medicare และส่วนใหญ่หรือทั้งหมดของ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ในแผนเดียว

หากคุณเพิ่งย้ายเข้ามาหรืออาศัยอยู่ในสถานพยาบาล (เช่น สถานพยาบาลวิชาชีพประจำหรือโรงพยาบาลดูแลระยะยาว) คุณสามารถเปลี่ยนความคุ้มครอง Medicare ของคุณได้ตลอดเวลา คุณสามารถเปลี่ยนเป็นแผนสุขภาพ Medicare อื่นๆ (ไม่ว่าจะมีหรือไม่มี ความคุ้มครองยา Medicare) หรือเปลี่ยนไปใช้ Original Medicare (ไม่ว่าจะมีหรือไม่มี ความคุ้มครองยา Medicare แยกต่างหาก) ได้ตลอดเวลา หากคุณเพิ่งย้ายออกจากสถานพยาบาล คุณจะมียกเว้นโอกาสเปลี่ยนแผนหรือเปลี่ยนไปใช้ Original Medicare เป็นเวลา 2 เดือนเต็มหลังจากเดือนที่คุณย้ายออก

## ส่วนที่ 4 เข้าร่วมโครงการที่ช่วยชำระค่ายาที่ต้องสั่งโดยแพทย์

คุณอาจมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือในการชำระค่ายาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ ความช่วยเหลือมีหลายประเภท ได้แก่

- **โครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจาก Medicare** ผู้มีรายได้จำกัดอาจมีสิทธิ์เข้าร่วมโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการช่วยออกค่าใช้จ่ายสำหรับยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ หากคุณมีสิทธิ์เข้าร่วมโครงการดังกล่าว Medicare สามารถช่วยออกค่าใช้จ่ายให้คุณได้ถึง 75% รวมถึงเบี้ยประกันสำหรับแผนยารายเดือน ความรับผิดชอบแรกประจำปี และการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ นอกจากนี้ ผู้ที่มีสิทธิ์เข้าร่วมจะไม่ต้องเสียค่าปรับการลงทะเบียนล่าช้า หากต้องการตรวจสอบว่าคุณมีสิทธิ์หรือไม่ โปรดติดต่อ:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ผู้ใช้ TTY สามารถติดต่อหมายเลข 1-877-486-2048 ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง
  - สำหรับตัวแทน สามารถติดต่อประกันสังคมที่หมายเลข 1-800-772-1213 ระหว่างเวลา 8.00 น. ถึง 19.00 น. ตั้งแต่วันจันทร์ - ศุกร์ ข้อความอัตโนมัติสามารถใช้ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ใช้ TTY สามารถติดต่อหมายเลข 1-800-325-0778
  - สำนักงาน Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ในรัฐของคุณ

## ส่วนที่ 5 หากมีคำถาม

### ขอความช่วยเหลือจาก Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)

- โทรติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิกหมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY ติดต่อหมายเลข 711)

เราพร้อมให้บริการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคมและ 31 มีนาคม ผู้แทนจะพร้อมให้บริการในวันจันทร์ถึงวันอาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. ระหว่างวันที่ 1 เมษายนและ 30 กันยายน ผู้แทนจะพร้อมให้บริการในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. หมายเลขเหล่านี้โทรฟรี

- อ่านหลักฐานแสดงความคุ้มครอง ปี 2026 ของคุณ

หนังสือแจ้งการเปลี่ยนแปลงประจำปีฉบับนี้ให้ข้อมูลสรุปการเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์และค่าใช้จ่ายของคุณในปี 2026 สำหรับรายละเอียด ไปที่หลักฐานแสดงความคุ้มครองปี 2026 สำหรับ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) หลักฐานแสดงความคุ้มครองคือคำอธิบายทางกฎหมาย โดยละเอียดเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ตามแผนของเรา โดยจะอธิบายสิทธิของคุณและกฎเกณฑ์ที่คุณต้องปฏิบัติตามเพื่อรับบริการและยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ที่อยู่ในความคุ้มครอง รับหลักฐานแสดงความคุ้มครองทางเว็บไซต์ของเราที่ [go.wellcare.com/OhanaHI](http://go.wellcare.com/OhanaHI) หรือโทรติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทรหมายเลข 711) เพื่อขอให้เราส่งสำเนาให้คุณทางไปรษณีย์

- โปรดไปที่ [go.wellcare.com/OhanaHI](http://go.wellcare.com/OhanaHI)

เว็บไซต์ของเรามีข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับเครือข่ายผู้ให้บริการของเรา (รายชื่อผู้ให้บริการและร้านขายยา) และรายชื่อยาในความคุ้มครองของเรา (รายชื่อยาในความคุ้มครอง)

### รับคำปรึกษาเกี่ยวกับ Medicare ฟรี

โครงการช่วยเหลือการประกันสุขภาพของรัฐ (SHIP) โครงการของรัฐบาลอิสระที่มีที่ปรึกษาที่ผ่านการฝึกอบรมในทุกมลรัฐ ใน Hawaii นั้น SHIP จะเรียกว่าโครงการช่วยเหลือการประกันสุขภาพของรัฐ Hawaii (SHIP) โทรติดต่อโครงการช่วยเหลือการประกันสุขภาพของรัฐ Hawaii (SHIP) เพื่อรับบริการให้คำปรึกษาด้านประกันสุขภาพเฉพาะบุคคลฟรี ซึ่งจะสามารถช่วยให้คุณเข้าใจตัวเลือกแผน Medicare และ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ของคุณและตอบคำถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแผนได้ โทรติดต่อโครงการช่วยเหลือการประกันสุขภาพของรัฐ Hawaii (SHIP) ที่หมายเลข 1-888-875-9229 เรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโครงการช่วยเหลือการประกันสุขภาพของรัฐ Hawaii (SHIP) ได้โดยไปที่เว็บไซต์ (<http://www.hawaiihip.org/>)

### รับความช่วยเหลือจาก Medicare

- โปรดติดต่อหมายเลข 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

คุณสามารถติดต่อ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ใช้ TTY สามารถติดต่อหมายเลข 1-877-486-2048

- พูดคุยสดกับ [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)

คุณสามารถพูดคุยสดได้ที่ [www.Medicare.gov/talk-to-someone](http://www.Medicare.gov/talk-to-someone)

- **เขียนถึง Medicare**

คุณสามารถเขียนถึง Medicare ได้ที่ PO Box 1270 Lawrence, KS 66044

- **ไปที่ [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)**

เว็บไซต์ทางการของ Medicare มีข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ความคุ้มครอง และการจัดอันดับดาวคุณภาพ เพื่อช่วยให้คุณเปรียบเทียบแผนประกันสุขภาพของ Medicare ในพื้นที่ของคุณ

- **อ่าน *Medicare และคุณ 2026***

หนังสือคู่มือ *Medicare และคุณ 2026* จะจัดส่งไปยังผู้ที่มีโครงการ Medicare ทางไปรษณีย์ในทุกฤดูใบไม้ร่วง มีข้อมูลสรุปเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ สิทธิ และการคุ้มครองของ Medicare และคำตอบของคำถามที่พบบ่อยเกี่ยวกับ Medicare ขอรับสำเนาได้ที่ [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) หรือติดต่อหมายเลข 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ผู้ใช้ TTY สามารถติดต่อหมายเลข 1-877-486-2048

### **ขอความช่วยเหลือจาก Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)**

โทรติดต่อ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ที่หมายเลข 1-800-316-8005 เวลา 7.45 น. - 16.30 น. HT วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ผู้ใช้ TTY โทรติดต่อ 711 เพื่อขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับคำถามการลงทะเบียนหรือสิทธิประโยชน์ของโปรแกรม Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)