

CareAdvantage 雙重資格特別需求計劃 (D-SNP)：一項由聖馬刁健康計劃 (HPSM) 提供且結合聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 的計劃

2026 《年度變更通知》

簡介

您目前是本計劃的註冊會員。從明年起，我們的福利、承保規定和費用將有一些變更。本《年度變更通知》會告訴您有哪些變更，以及該在何處尋找這些變更的更多資訊。如需了解關於費用、福利或規定的詳情，請上我們的網站參閱《會員手冊》，網址：www.hpsm.org/careadvantage。重要術語及其字詞定義在《會員手冊》的最後一章以英文字母順序排列顯示。

更多資源

- 本文件有免費的英文、西班牙文、中文和他加祿文版本。
- 您可以免費索取其他格式的《年度變更通知》，如大型字體、盲人用點字或錄音。請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 或可撥 TTY (聽力及語言障礙) 專線 1-800-735-2929 或 7-1-1，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話是免費服務。
 - 若您現在及以後想取得英文以外語言和/或其他格式的資料，請發送電郵至：CareAdvantageSupport@hpsm.org，或致電 CareAdvantage 部門，電話是 **1-866-880-0606** (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1**)。服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話是免費服務。或者可以書面提出要求：

**HEALTH PLAN OF SAN MATEO
CAREADVANTAGE UNIT
801 GATEWAY BLVD. SUITE 100
SOUTH SAN FRANCISCO, CA 94080**
 - 您的首選語言和格式將保留在檔案中，可供未來郵寄和通訊使用，這樣會員便不必每次另次提出要求；以及
 - 若想更改或取消您的首選項目，請聯絡 CareAdvantage 部門。

可用語言協助服務以及輔助工具和服務的相關通知

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

如有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 聯絡 CareAdvantage 部門 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥打 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1**)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic): يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). هذه الخدمات مجانية.

հայերեն (Armenian): Ուշադրություն: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, գանգահարեք **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian): ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**)។ ជំនួយ នឹង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ

ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក
ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រមធំ
ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-
866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)។
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

中文(Chinese): 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)**。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)**。这些服务都是免费的。

(Farsi) خواهيد به زبان خود کمک توجه: اگر می **مطلب به زبان فارسی** تماس **1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)** دریافت کنید، با بگیریید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط **1-866-880-0606** بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با تماس بگیریید. این خدمات رایگان ارائه **(TTY:1-800-735-2929)** می‌شوند.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)** पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)** पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Hmoob (Hmong): CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本(Japanese): 注意日本語での対応が必要な場合は **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Lao): ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien: LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

Português (Portuguese): ATENÇÃO: se precisar de ajuda em seu idioma, ligue para **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Auxílios e serviços para pessoas com deficiência, como documentos em braille e letras grandes, também estão disponíveis. Ligue para **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Tais serviços são gratuitos.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Также

предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-866-880-0606** (линия **1-800-735-2929**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog: ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Libre ang mga serbisyong ito.

แบบไทย (Thai): โปรดทราบ:

หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่

กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

українською (Ukrainian): УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**). Các dịch vụ này đều miễn phí.

其他語言

您可以免費取得其他語言版本的《會員手冊》和計劃的其他資料。CareAdvantage 會提供合資格翻譯人員的書面翻譯。請致電 CareAdvantage 部門，電話是 **1-866-880-0606** (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 **1-800-735-2929** 或

7-1-1)。該電話為免費服務。請閱讀本《會員手冊》，了解更多關於健康護理語言協助服務的資訊，例如口譯員和翻譯服務。

其他形式

本資訊有其他版本可免費供即時索取，例如盲人點字版、20 點大型字體版、有聲格式和無障礙電子版 (資料光碟)。請致電 CareAdvantage 部門，電話是 **1-866-880-0606** (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1**)。該電話為免費服務。

口譯員服務

CareAdvantage 每天 24 小時免費提供合資格傳譯員的口譯和手語服務。您無需請家人或朋友當口譯員。除非有緊急情況，否則我們不鼓勵由未成年人士擔任口譯員。您可以免費獲得口譯、語言和文化服務。我們每週 7 天、每天 24 小時提供協助。若需要語言協助，或想索取本手冊的不同語言版本，請致 CareAdvantage 部門，電話是 **1-866-880-0606** (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1**)。該電話為免費服務。

目錄

A. 免責聲明.....	10
B. 查看您明年的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 及加州低收入醫療保險 (白卡) 承保計劃.....	10
B1. 「CareAdvantage 雙重資格特別需求計劃」(D-SNP) 資訊	10

B2. 重要行動事項	11
C. 網絡服務提供者和藥房的變更	12
D. 明年度福利和費用變更	12
D1. 醫療服務的福利和費用變更	12
D2. 藥物承保的變更	13
D3. 第 1 階段：「初始承保階段」	15
D4. 第 2 階段：「重大疾病承保階段」	15
E. 行政變更	16
F. 選擇一個計劃	16
F1. 繼續參加本計劃	16
F2. 轉換計劃	16
G. 獲得協助	21
G1. 本計劃	21
G2. 醫療保險顧問及促進權益計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)	21
G3. 調查專員計劃 (Ombudsman Program)	21
G4. 聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃	21
G5. 加州醫療管理局 (Department of Managed Health Care, DMHC)	22
G6. 聯邦醫療保險 (紅藍卡) 處方付費計劃	23



A. 免責聲明

「CareAdvantage 雙重資格特別需求計劃 (D-SNP)」是一項健康計劃，與聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 都有合約關係，專為入會者提供這兩項計劃的福利服務。申請註冊加入 CareAdvantage 計劃取決於本計劃是否已續約。

- ❖ 您可能必須支付共付金，且有一些限制。如需了解詳情，請致電 CareAdvantage 部門或參閱會員手冊。這表示您可能必須支付某些服務的費用，且您必須遵守特定規定，CareAdvantage 方可為您獲得的服務付費。
- ❖ 在這一年中，承保藥物清單和/或藥房及服務提供者網絡可能會有變更。若我們所做的變更對您有影響，我們將在變更前先通知您。
- ❖ 福利和/或共付金可能在每年 1 月 1 日有所變更。
- ❖ 處方藥的共付金可能因您獲得的額外補助 (Extra Help) 金額而有所不同。詳情請聯絡本計劃。

B. 查看您明年的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 及加州低收入醫療保險 (白卡) 承保計劃

請務必現在就查看您的承保計劃，以確保該計劃仍能滿足您明年的需求。若不符合您的需求，您可以退出本計劃。如需了解更多關於您明年福利的變更，請參閱 **D 部分**。

如果您選擇退出本計劃，您的會員資格將在您提出要求的當月最後一天終止。只要您符合資格，您仍然是聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃的會員。

如果您退出本計劃，您可查看下列相關資訊：

- 聯邦醫療保險 (紅藍卡) 選項，請參閱 **F2 部分** 的列表。
- 加州低收入醫療保險 (白卡) 選項和服務，請參閱 **F2 部分**。

B1. 「CareAdvantage 雙重資格特別需求計劃」(D-SNP) 資訊

- CareAdvantage 雙重資格特別需求計劃 (D-SNP) 作為一項健康計劃，與聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 都有合約關係，專為會員提供這兩項計劃的福利服務。
- 本《年度變更通知》中的「我們」或「本計劃」是指聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與加州低收入醫療保險 (白卡) 的計劃。

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 **1-866-880-0606** (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1**)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 **www.hpsm.org/careadvantage**。



B2. 重要行動事項

- 查看我們的福利和費用變更是否可能影響到您。
 - 有任何變更會影響到您使用的服務嗎？
 - 請查看福利和費用變更，確保這些變更能滿足您明年的需求。
 - 關於本計劃的福利和費用變更，請參閱 **E1** 部分。
- 查看我們的藥物承保變更是否可能影響到您。
 - 您的藥物會得到承保嗎？藥物費用分攤層級會改變嗎？您可以在原來的藥房拿藥嗎？會有任何改變嗎（如事先授權、循序用藥或數量限制）？
 - 請查看這些變更，確保我們的藥物承保範圍能滿足您明年的需求。
 - 關於我們的藥物承保變更，請參閱 **E2** 部分。
 - 您的藥物費用可能比去年高。
 - 請與您的醫生討論是否有費用較低的藥物可使用；這也許可讓您全年下來節省一些年度自付費用。
 - 請記住，您自己的藥物費用實際上會改變多少，取決於您的計劃福利。
- 查看您的服務提供者和藥房明年是否還在我們的網絡中。
 - 您的醫生 (包括專科醫生) 是否在我們的網絡中？您的藥房呢？您使用的醫院或其他服務提供者呢？
 - 關於我們的《服務提供者和藥房名錄》，請參閱 **C** 部分。
- 想想您在本計劃中的整體費用。
 - 您必須為常用的服務和藥物負擔多少自付費用？
 - 總費用和其他承保選項比較起來如何？
- 想想您是否滿意我們的計劃。



如果您決定繼續參加 CareAdvantage：

如果您明年想繼續參加我們的計劃，很簡單 — 您無需採取任何行動。如果您不做任何變更，您會自動繼續加入 CareAdvantage。

如果您決定轉換計劃：

如果您認為其他保險計劃比較符合自己的需求，您或許可以轉換計劃 (詳情請參閱 **F2 部分**)。如果您加入新的計劃，或轉換至傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)，新的保險將從下個月 1 日開始生效。

C. 網絡服務提供者和藥房的變更

您支付的藥物費用金額取決於您使用的藥房。我們的計劃擁有一個藥房網絡。大多數情況下，只有在本計劃的網絡藥房領取處方藥，該處方才可獲承保。

我們 2026 年的服務提供者和藥房網絡有些變更。

請查看 2026 年《服務提供者和藥房名錄》，確認您的服務提供者 (主治醫生、專科醫生、醫院等) 或藥房是否仍在我們的網絡中。《服務提供者和藥房名錄》更新版可在我們的網站查閱，網址：www.hpsm.org/careadvantage。您亦可致電 CareAdvantage 部門查詢更新後的服務提供者資訊，或要求我們將一份《服務提供者和藥房名錄》寄給您，電話號碼位於本頁頁底。

很重要的是您必須知道，我們還可能在一年當中變更網絡內的服務。若您的服務提供者退出我們的計劃，您擁有部分權利與保障。如需了解詳情，請參閱《會員手冊》第 3 章，或致電 CareAdvantage 部門，電話號碼列於本頁頁底。

D. 明年度福利和費用變更

D1. 醫療服務的福利和費用變更

我們將於明年調整部分福利的承保範圍。下表列出了這些變更。

益處	2025 年 (今年)	2026 (明年)
¥非處方藥 (OTC) 福利	每三個月 95 美元。未使用的卡片額度可結轉至下一個三個月。	每三個月 75 美元。未使用的卡片額度不結轉到下一個三個月。
健康食品雜貨福利	每三個月 70 美元。未使用的卡片額度可結轉至下一個三個月。	每三個月 25 美元。未使用的卡片額度不結轉到下一個三個月。

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 **1-866-880-0606** (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1**)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



D2. 藥物承保的變更

我們的藥物清單變更

《承保藥物清單》(藥方集) 更新版可在我們的網站查閱，網址：www.hpsm.org/careadvantage。您亦可致電 CareAdvantage 部門查詢更新後的藥物資訊，或要求該部門將一份《承保藥物清單》(藥方集) 寄給您，電話號碼位於本頁頁底。

該《承保藥物清單》簡稱「藥方集」。

我們藥方集已有所變更，當中包括移除或新增藥物、變更我們承保的藥物，以及變更特定藥物的承保限制。

請查看這份藥物清單，確認您的藥物明年將獲得承保，並了解是否有任何限制條件。

藥物清單內大多數的變更都在每年年初生效。然而，我們可能會在一年(曆年)中做出聯邦醫療保險(紅藍卡)和/或州政府允許且將會影響到您的其他變更。我們每個月至少更新一次我們的網上藥物清單，以提供最新的藥物清單資訊。若我們所做的變更將影響您目前服用的藥物，我們會寄給您相關變更的通知書。

如果藥物承保變更影響到您，建議您：

- 請您的醫生(或其他藥方開立者)為您尋找我們承保的其他藥物。
 - 您可致電 CareAdvantage 部門，要求我們提供一份治療相同病症的承保藥物清單，電話號碼位於本頁頁底。
 - 這份清單可協助您的服務提供者，為您找到可能有效的承保藥物。
- 與您的醫生(或其他藥方開立者)一起討論，然後要求我們破例承保此藥物。
 - 您可以在明年之前提出破例要求，而我們將在收到您的要求(或藥方開立者的支持聲明)後 72 小時內給您答覆。
 - 要了解您必須具備哪些條件才能要求破例承保，請參閱《會員手冊》第 9 章或致電 CareAdvantage 部門，電話號碼位於本頁頁底。
 - 若您需要協助要求破例，請聯絡 CareAdvantage 部門。要想進一步了解如何聯絡您的護理協調員，請參閱《會員手冊》第 2 章和第 3 章。
- 要求我們承保臨時供應的藥物。
 - 在某些情況下，我們會在每年(曆年)的前 90 天內承保臨時供應的藥物。

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



- 此臨時供應量最多供應 30 天。(如若要了解在什麼情況下可獲得臨時供應的藥物及如何提出相關要求，請參閱《會員手冊》第 5 章。)
- 在獲得臨時供應藥物期間，請與您的醫生商量臨時供應藥物用完後該怎麼辦。您可以轉用我們計劃承保的另一種藥物，或要求我們為您目前使用的藥物做破例承保。

若您在 2025 年獲得破例承保不在《承保藥物清單》(藥方集) 的藥物，一旦破例過期時，您將需要提出新的破例要求。

其中某些藥物種類對您而言可能是新藥類，若要了解藥物種類的字詞定義，請參閱《會員手冊》第 12 章。食品及藥物管理局 (Food & Drug Administration, FDA) 也會為消費者提供藥物資訊。請瀏覽食品及藥物管理局網站：www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients。您也可以致電 CareAdvantage 部門了解詳情，電話號碼位於本頁頁底；或可向您的健康護理提供者、藥方開立者或藥劑師查詢。

藥物費用的變更

在本計劃中，您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 藥物承保有兩個付費階段。您的付費金額取決於您領取或續領處方藥時所在的階段。兩個付費階段為：

第 1 階段 初始承保階段	第 2 階段 重大疾病承保階段
在這個階段，本計劃會為您負擔部分藥費，而您支付您的分攤費用。您的分攤費用稱為共付金。 您在一年中領取第一份處方藥時，這個階段就會開始。	在此階段，本計劃會支付您所有的藥物費用，直到 2026 年 12 月 31 日為止。 當您支付特定的自付費用金額後，此階段就會啟動。

當您的藥物自付費用總額達到 **\$2,100** 時，初始承保階段便會結束。此時，重大疾病承保階段便開始。本計劃從此時起承保您的所有藥物費用，直到年度結束。如要詳細了解您將為藥物支付多少費用，請參閱《會員手冊》第 6 章。

根據 Manufacturer Discount Program (製造商折扣計劃)，藥物製造商在初始承保階段和重大疾病承保階段期間，會支付本計劃 Part D 承保專利藥和生物製藥全部費用的一部分。製造商根據 Manufacturer Discount Program (製造商折扣計劃) 所支付的折扣金額並不計入自付費用之內。

D3. 第 1 階段：「初始承保階段」

在初始承保階段，本計劃為您的承保藥物支付分攤費用，而您需支付自己的分攤費用。您的分攤費用稱為共付金。共付金的金額取決於藥物的分攤費用層級和您取得的地點。您每次領取處方藥時，都要支付共付金。若您的承保藥物價格低於共付金，您會支付此較低價格。

下表顯示您在網絡藥房領取一個月藥量時，您需為兩 (2) 個藥物層級分別支付的標準共付金金額。這些金額僅適用於初始承保階段。

大部分成人 Part D 疫苗都可獲得承保，您無需付費。

若要了解疫苗費用或長期藥量的資訊，請參閱《會員手冊》第 6 章 D 部分。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
層級 1 的藥物 (非專利藥) 到網絡藥房領取層級 1 藥物一個月藥量的費用	您一個月 (30 天) 藥量的共付金為 每份處方 \$0/\$1.60/\$4.90 。	您一個月 (30 天) 藥量的共付金為 每份處方 \$0/\$1.60/\$5.10 。
層級 2 的藥物 (專利藥) 到網絡藥房領取層級 2 藥物一個月藥量的費用	您一個月 (30 天) 藥量的共付金為 每份處方 \$0/\$4.80/\$12.15 。	您一個月 (30 天) 藥量的共付金為 每份處方 \$0/\$4.90/\$12.65 。

當您的自付費用總額達到 **\$2,100** 時，初始承保階段便會結束。這時展開重大疾病承保階段。本計劃從此時起承保您的所有藥物費用，直到年度結束。如要詳細了解您需為藥物支付多少費用，請參閱《會員手冊》第 6 章。

D4. 第 2 階段：「重大疾病承保階段」

當您的藥物自付費用達到 **\$2,100** 時，重大疾病承保階段便會開始，此時您便不用支付您的承保藥物費用。在本年度 (曆年) 結束前，您將一直維持在重大疾病承保階段。

若要了解重大疾病承保階段的費用詳情，請參閱《會員手冊》第 6 章。

E. 行政變更

我們將於 2026 年做出以下的行政變更。對於在某個月份支付過多藥物共付金的會員來說，此計劃將對他們有幫助。然而，此計劃將不會減低您的自付費用總額，而是將您的費用全年平均分攤，然後按月付費。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
聯邦醫療保險 (紅藍卡) 處方付費計劃	聯邦醫療保險 (紅藍卡) 處方付款計劃於今年生效，為您提供另一個付款選擇；此計劃可幫助您管理本計劃承保藥物的自付費用，將金額平均分攤為一年 (1 月至 12 月，即曆年) 來支付。	如果您已經加入了聯邦醫療保險 (紅藍卡) 處方付款計劃並打算保留計劃，則無需採取任何行動就可繼續參加聯邦醫療保險 (紅藍卡) 處方付款計劃。

F. 選擇一個計劃

F1. 繼續參加本計劃

我們希望您繼續成為我們的會員。您無需採取任何行動，即可繼續參加本計劃。除非您已註冊加入聯邦醫療保險 (紅藍卡) 另一項計劃，或轉換到傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)，否則，您將自動繼續在 2026 年保留本計劃的會員資格。

F2. 轉換計劃

大多數參加聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃的人只能在一年中特定時候終止他們的會員資格。由於您擁有加州低收入醫療保險 (白卡)，您可以在一年中任何月份終止您在本計劃的會員資格。

在其他情形下，您可能資格轉換已註冊登記的計劃。例如：

- 您搬出我們的服務區域，
- 您的加州低收入醫療保險 (白卡) 或額外補助計劃 (Extra Help) 資格出現變化，或
- 您最近搬入機構或目前正取得機構的護理服務；機構是指如專業護理機構或長期護理服務醫院。如果您最近搬離機構，您可以在搬出當月後整整兩個月內轉換計劃或轉換到傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)。

您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 服務

您可透過三種選項在全年任何一個月份獲得下列聯邦醫療保險 (紅藍卡) 服務。您可在全年某特定時段獲得下列一個額外選項，包括開放註冊期和聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage 開放註冊

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 **1-866-880-0606** (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1**)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



期，或在 **F2** 部分說明的其他情況下。只要選擇其中一種，您在本計劃的會員資格就會自動終止。

1. 您可轉換為：

Medi-Medi 計劃是一項聯邦醫療保險 (紅藍卡) **Advantage** 計劃。該計劃的服務對象為同時擁有聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 的人士；且該計劃會將聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 的福利結合在一個計劃內。**Medi-Medi** 計劃會協調兩個計劃的所有福利和服務，包括所有聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 的承保服務；或如果您合資格的話，該計劃也會協調長者綜合護理計劃 (**Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE**) 的福利和服務。

注意：「Medi-Medi 計劃」一詞是整合了加州內雙重資格特別需求計劃 (**D-SNP**) 的名稱。

方法如下：

致電聯邦醫療保險 (紅藍卡)，電話是 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者應致電 **1-877-486-2048**。

關於長者綜合護理計劃 (**Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE**) 的查詢，請致電 **1-855-921-PACE (7223)**。

如果您需要協助或更多資訊：

- 請致電加州醫療保險顧問及促進權益計劃 (**California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP**)，電話是 **1-800-434-0222**，服務時間為週一至週五上午 **8:00** 至下午 **5:00**。(TTY 聽力及語言障礙裝置，請撥 **7-1-1**)。如需了解詳情或尋找您所在區域的本地 **HICAP** 辦公室，請瀏覽 <https://www.hicapsanmateocounty.org/>。

或者

註冊加入一個新的 **Medi-Medi** 計劃。

當新計劃的承保生效時，您將自動退出我們的計劃。您的加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃將有變更，以配合您的 **Medi-Medi** 計劃。

2. 您可轉換為：

**傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 加
聯邦醫療保險 (紅藍卡) 藥物計劃**

方法如下：

致電聯邦醫療保險 (紅藍卡)，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者應致電 1-877-486-2048。

如果您需要協助或更多資訊：

- 請致電加州醫療保險顧問及促進權益計劃 (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)，電話是 1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。(TTY 聽力及語言障礙裝置，請撥 7-1-1)。如需了解詳情或尋找您所在區域的本地 HICAP 辦公室，請瀏覽 <https://www.hicapsanmateocounty.org/>。

或者

註冊登記另一項聯邦醫療保險 (紅藍卡) 處方藥計劃。

當傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 的承保生效時，您將自動退出本計劃。

除非您要求轉換，否則您的加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃將不會有變更。

3. 您可轉換為：

傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 但不附加聯邦醫療保險 (紅藍卡) 藥物計劃

註：若您轉至傳統聯邦醫療保險，但沒有另外註冊加入聯邦醫療保險 (紅藍卡) 藥物計劃，此時聯邦醫療保險 (紅藍卡) 可能為您註冊加入一個藥物計劃，除非您向聯邦醫療保險 (紅藍卡) 表示不想加入。

如果您有其他來源的藥物保險 (例如僱主或工會)，則您應該只放棄參加藥物承保計劃。如果您不確定自己是否需要藥物保險，可致電加州醫療保險顧問及促進權益計劃 (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)，電話是 1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如需了解詳情或尋找您所在區域的本地 HICAP 辦公室，請瀏覽 <https://www.hicapsanmateocounty.org/>。

方法如下：

致電聯邦醫療保險 (紅藍卡)，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者應致電 1-877-486-2048。

如果您需要協助或更多資訊：

- 請致電加州醫療保險顧問及促進權益計劃 (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)，電話是 1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。(TTY 聽力及語言障礙裝置，請撥 7-1-1)。如需了解詳情或尋找您所在區域的本地 HICAP 辦公室，請瀏覽 <https://www.hicapsanmateocounty.org/>。

當傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 的承保生效時，您將自動退出本計劃。

除非您要求轉換，否則您的加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃將不會有變更。



4. 您可轉換為：

任何聯邦醫療保險 (紅藍卡) 健康計劃可在全年中某特定時期轉換，包括開放註冊期和聯邦醫療保險 (紅藍卡) **Advantage** 開放註冊期，或在 A 部分說明的其他情況下。

方法如下：

致電聯邦醫療保險 (紅藍卡)，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者應致電 1-877-486-2048。

如果您需要協助或更多資訊：

- 請致電加州醫療保險顧問及促進權益計劃 (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)，電話是 1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。(TTY 聽力及語言障礙裝置，請撥 7-1-1)。如需了解詳情或尋找您所在區域的本地 HICAP 辦公室，請瀏覽 <https://www.hicapsanmateocounty.org/>。

或者

註冊登記另一項聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃。

當新計劃的承保生效時，您便會自動退出我們的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃。

您的加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃可能會改變。

您的加州低收入醫療保險 (白卡) 服務

在您退出本計劃後，若對如何選擇一個加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃或如何取得加州低收入醫療保險 (白卡) 服務有任何疑問，請與健康護理選擇服務處 (Health Care Options) 聯絡，電話是 1-800-430-4263，服務時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者請撥打 1-800-430-7077。請詢問加入另一個計劃或回到傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)，對您的加州低收入醫療保險 (白卡) 承保有何影響。

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



G. 獲得協助

G1. 本計劃

若您有任何疑問，我們隨時樂意提供協助。請在所列營業日及營業時間內致電 CareAdvantage 部門，電話號碼位於本頁頁底。所有來電均為免費。

閱讀您的《會員手冊》

您的《會員手冊》是關於本計劃福利的詳細法定說明文件，其中詳述了 2026 年的福利和費用細節。該手冊說明在獲得本計劃承保的服務和藥物時，您應有的權利和應遵守的規定。

2026 年《會員手冊》將於 10 月 15 日前提供給會員。我們的網站上也有《會員手冊》最新版本，網址：www.hpsm.org/careadvantage。您亦可致電 CareAdvantage 部門，要求我們將一份 2026 年《會員手冊》寄給您，電話號碼位於本頁頁底。

我們的網站

您可瀏覽我們的網站：www.hpsm.org/careadvantage。請注意，我們的網站上有服務提供者和藥房網絡（《服務提供者和藥房名錄》）及藥物清單（藥方集）的最新資訊。

G2. 醫療保險顧問及促進權益計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

您可致電加州健康保險援助計劃 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)。加州的 SHIP 計劃稱為「醫療保險顧問及促進權益計劃」(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, 簡稱 HICAP)。HICAP 顧問可協助您了解有哪些計劃可以選擇，並解答有關轉換計劃的問題。HICAP 與我們或任何保險公司或健康計劃均無關聯。HICAP 在每個縣郡有經過訓練的顧問，並且提供免費服務。HICAP 的電話號碼是 1-800-434-0222。(7-1-1)。如需了解詳情或尋找您所在區域的本地 HICAP 辦公室，請瀏覽 <https://www.hicapsanmateocounty.org/>。

G3. 調查專員計劃 (Ombudsman Program)

若您對本計劃有任何不滿，聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與加州低收入醫療保險 (白卡) 調查專員計劃可提供協助。調查專員的服務完全免費，且能以所有語言提供。聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與加州低收入醫療保險 (白卡) 調查專員計劃提供以下服務：

- 如果您遇到困難或要提出投訴，他們能回答您的問題，並且協助您了解該怎麼做。
- 會確保您取得個人權利和保障以及如何解決疑慮的相關資訊。
- 該計劃與我們或任何保險公司或健康計劃均無關聯。聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與加州低收入醫療保險 (白卡) 調查專員計劃的電話號碼是 1-855-501-3077。

G4. 聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃

如需直接向聯邦醫療保險 (紅藍卡) 索取資訊：

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 **1-866-880-0606** (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1**)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者應致電 1-877-486-2048。
- 在網頁即時聊天：www.Medicare.gov/talk-to-someone
- 寫信給聯邦醫療保險 (紅藍卡)，地址：PO Box 1270, Lawrence, KS 66044。

聯邦醫療保險 (紅藍卡) 的網站

您可以瀏覽聯邦醫療保險 (紅藍卡) 的網站 (www.medicare.gov)。若您選擇退出本計劃、加入另一個聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃，您可以上聯邦醫療保險 (紅藍卡) 的網站比較各個計劃的費用、承保範圍和品質評價。

您可以利用聯邦醫療保險 (紅藍卡) 網站的「聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃搜尋工具」(Medicare Plan Finder)，查詢您當地有哪些聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃。(若要查看各計劃的相關資訊，請上網站 www.medicare.gov，按一下「尋找計劃」(Find plans)。)

Medicare & You 2026

您可以參閱《Medicare & You 2026》手冊。聯邦醫療保險 (紅藍卡) 會員每年秋天都會收到這本手冊，手冊中列有聯邦醫療保險 (紅藍卡) 福利、權利與保障的摘要說明，以及有關於聯邦醫療保險 (紅藍卡) 的最常見問題。該手冊有西班牙文、中文和越南文版本。

如果您沒有這本手冊，可在聯邦醫療保險 (紅藍卡) 網站下載 (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)，或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者應致電 1-877-486-2048。

G5.加州醫療管理局 (Department of Managed Health Care, DMHC)

加州醫療管理局 (Department of Managed Health Care, DMHC) 負責規範健康護理服務計劃。如果您要對所屬的健康計劃提出申訴，在聯絡醫療管理局之前，您應先致電 **1-866-880-0606** 與您的健康計劃聯絡，並使用該計劃的申訴程序提出申訴。使用此申訴程序並不會使您失去任何應有的合法權利或補償。如果對加州低收入醫療保險 (白卡) 所提出的申訴是有關急診、健康計劃未圓滿解決問題，或問題超過 30 天仍未解決，您都可以致電該部門要求協助。您可能也有資格獲得對加州低收入醫療保險 (白卡) 福利的「獨立醫療審查」(Independent Medical Review, IMR)。如果您有資格獲得獨立醫療審查，這類獨立醫療審查程序會針對健康計劃所做的以下醫療決定進行公正審查：服務或治療提議的醫療必要性、實驗性或研究性治療的承保決定，以及急診或緊急醫療服務的付款爭議。醫療管理局還提供免費電話 (**1-888-466-2219**)，並為聽障和語障人士設有 TDD 專線 (**1-877-688-9891**)。醫療管理局的網址是：www.dmhc.ca.gov。

如需了解詳情，請參閱《會員手冊》第 9 章第 F4 部分。

G6. 聯邦醫療保險 (紅藍卡) 處方付費計劃

聯邦醫療保險 (紅藍卡) 處方付費計劃為您提供另一個付款選擇，可幫助您管理本計劃承保藥物的自付費用，將金額平均分攤為一年 (1 月至 12 月，即曆年) 的每月支付。該計劃並不會為您省錢或降低藥物費用。

若符合資格，聯邦醫療保險 (紅藍卡) 提供的「額外補助計劃 (Extra Help)」，以及您州內的藥物援助計劃 (SPAP) 和愛滋病藥物補助計劃 (ADAP) 提供的援助，相比起只加入聯邦醫療保險 (紅藍卡) 處方藥付費計劃，更為有利。不論收入多少，所有入會者都有資格加入此計劃。若要了解此計劃的詳情，請聯絡我們；電話號碼列於本頁頁底，或可瀏覽 www.medicare.gov。

