



對您的計劃的重要更改

- ☎ 免費電話: 1-866-880-0606
本地: 650-616-2174
TTY: 1-800-735-2929 或撥 7-1-1
- 🌐 www.hpsm.org/careadvantage

我們有正確的郵寄地址嗎？

如果沒有，請告知我們，以便我們隨時通知您您的福利。

This page intentionally left blank.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

此頁有意留為空白。

Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blanko.

Эта страница намеренно оставлена пустой.



801 Gateway Boulevard, Suite 100
South San Francisco, CA 94080

tel 650.616.0050

fax 650.616.0060

tty 800.735.2929 or dial 7-1-1

www.hpsm.org

2024 年 9 月 25 日

2025 年健康護理計劃變更 CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP)

尊敬的會員：

感謝您成為 Health Plan of San Mateo 的 CareAdvantage 的會員。這是 2025 年的年度變更通知 (ANOC) 郵件。此郵件會告知您計劃的重要變更以及您將為來年支付的費用。

請務必閱讀此通知。如果您對 2025 年變更有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** (TTY (聽力及語言障礙) 專線 **1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**) 聯絡 CareAdvantage 部門。我們的電話中心服務時間是週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。

Health Plan of San Mateo

今年優先接種流感疫苗！也請向您的醫療保健提供者諮詢其他疫苗！

如果您需要肺炎疫苗，請諮詢您的醫療保健提供者。肺炎疫苗有助於保護您免受引起肺炎的常見細菌侵害。您可以從醫療保健提供者或藥房取得疫苗。如需更多資訊，請造訪

<https://www.hpsm.org/flu>

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

2025 年《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，以及何處可找到更多有關這些變更的資訊。如要了解關於費用、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。

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** 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1** 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；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。若要知道更多資訊，請瀏覽 **www.hpsm.org/careadvantage**。



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 برايل 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, զանգահարեք **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: Չանզահարեք **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 និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

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** 以聯絡 **CareAdvantage** 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；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。若要了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



中國人 (Chinese): 請注意：如果您需要以您的母語提供幫助，請致電 **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**)。另外還提供針對殘疾人士的幫助和服務，例如盲文和需要較大字體閱讀，也是方便取用的。請致電 **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**)。這些服務都是免費的。

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

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-**

如有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；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。若要了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



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:

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

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ 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

如有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；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。若要了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

longc benx nzangc-pokc bun hluc 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)

如有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；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。若要了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



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.

目錄

A. 免責聲明.....	9
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.....	9
B1. 「CareAdvantage 雙重資格特別需求計劃」(D-SNP) 資訊.....	9
B2. 重要行動事項.....	10
C. 網絡服務提供者和藥房的變更.....	11
D. 明年度福利和費用變更.....	11
D1. 醫療服務的福利變更.....	11
D2. 處方藥承保的變更.....	12
D3. 第 1 階段：「初始承保階段」.....	14
D4. 第 2 階段：「重大疾病承保階段」.....	15
E. 行政變更.....	15

如有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；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。若要了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



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.....	22
G1. 本計劃.....	22
G2. 醫療保險顧問及促進權益計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).....	22
G3. 調查專員計劃 (Ombuds Program)	22
G4. 聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃 (Medicare)	23
G5. 加州醫療管理局 (Department of Managed Health Care, DMHC)	23
G6. 聯邦醫療保險 (紅藍卡) 處方付費計劃	24

如有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1** 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；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。若要了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



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

請務必立即查看您的承保計劃，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，您仍然會在聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃中。

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。
- CareAdvantage 提供的承保服務符合「最低基本承保」(minimum essential coverage) 的健康保險條件，並且符合《病患保護與平價醫療法案》(Patient

如有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1** 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；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。若要了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

Protection and Affordable Care Act, ACA) 的「個人分擔責任」(individual shared responsibility) 規定。請瀏覽國稅局 (IRS) 網站 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families，了解更多有關個人分擔責任規定的資訊。

- 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。

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 **D1** 部分。
- 查看我們的處方藥承保計劃改變是否可能影響到您。
 - 您的藥物會得到承保嗎？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 **D2** 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。

如有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1** 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；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。若要了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



- 您必須為平常的服務和處方藥支付多少自付費用？
- 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

您支付的處方藥費用多寡視您使用的藥房而定。我們的計劃擁有一個藥房網絡。大多數情況下，只有到我們網絡所屬藥房領取處方藥才可獲承保。

我們 2025 年的服務提供者和藥房網絡有些變更。

請查看 2025 年《服務提供者和藥房名錄》，確認您的服務提供者和藥房是否仍在我們的網絡中。《服務提供者和藥房名錄》的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**。

D. 明年度福利和費用變更

D1. 醫療服務的福利變更

您的醫療服務應得福利或應付金額沒有變更。在 2025 年承保的醫療服務方面，我們提供的福利以及您應付的金額與 2024 年完全相同。

如有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1** 以聯絡 TTY（聽力及語言障礙）專線；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。若要了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

	2024 年 (今年)	2025 年 (明年)
非處方藥 (OTC) 福利	每三個月 \$90。卡上未用的福利額不能結轉。	每三個月 \$95。卡上未用的福利額可結轉至下三個月使用。
健康產品福利	每三個月 \$65。卡上未用的福利額不能結轉。	每三個月 \$70。卡上未用的福利額可結轉至下三個月使用。
醫療警示裝置	不承保醫療警示裝置。	承保醫療警示裝置。
健身會籍計劃乘車接送福利	不承保健身會籍計劃乘車接送福利	每月承保 12 次接送福利 (每單程為一次)，以往返健身會籍計劃內的健身中心。(使用者必須遵守聖馬刁健康計劃 (HPSM) 所有的乘車接送福利規則。)

D2. 處方藥承保的變更

我們懸藥物清單變更

《承保藥物清單》(藥方集) 的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。

我們藥物清單已有所變更，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，我們可能會在計劃年度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，我們會給您寄上相關變更的通知書。

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。

如有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1** 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；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。若要了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



- 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承保，請聯絡 CareAdvantage 部門或您的健康護理經理。要想進一步了解如何聯絡您的健康護理經理，請參閱《會員手冊》**第 2 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。
 - 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 **2024 年**獲得破例承保不在《承保藥物清單》(藥方集) 上的藥物，一旦破例期已過時，您將需要提出新的破例要求。

目前，如果有分攤費用層級相同或較低的新版非專利藥，且該藥具有相同或較少規定，而我們可用該藥取代《藥物清單》中的專利藥時，我們可以立即將該專利藥從清單中移除。此外，當我們加入新的非專利藥後，仍可能決定將此專利藥保留在**藥物清單**上，但會立即將此專利藥轉移到另一個分攤費用層級或增設新的規定，或實行兩者。

由 **2025 年**開始，我們可能立即以某些生物相似性藥物來取替原生物製品。意思是，舉例說，假如您使用某種原始生物製品，而該製品被某種生物相似性藥物取替的話，在我們做出此變更的 **30 天**前，您可能不會收到變更通知，或可能無法在網絡藥房取得一個月原生物製品的供應量。如果我們做出變更時您正在使用原生物製品，您仍將會取得我們所做相關變更的資訊，但可能在我們做出變更後才收到。

如有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1** 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；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。若要了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

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。請參閱食品及藥物管理局網站：www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients。您也可以聯絡 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。

處方藥費用的變更

在本計劃中，您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) **Part D** 處方藥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
<p>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。</p> <p>您在一年中領取第一份處方藥時，這個階段就會開始。</p>	<p>在此階段，本計劃會支付您所有的藥物費用，直到 2025 年 12 月 31 日 為止。</p> <p>當您支付特定的自付費用金額後，此階段就會啟動。</p>

當您的處方藥自付費用總額達到 **\$2,000** 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處方藥支付多少費用，請參閱《會員手冊》**第 6 章**。

由 2025 年開始，根據 **Manufacturer Discount Program** (製造商折扣計劃)，藥物製造商在初始承保階段期間，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** 所支付的折扣費用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，本計劃為您的承保處方藥支付分攤費用，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。

若要了解長期藥量的費用資訊，請參閱《會員手冊》**第 6 章 D 部分**。

大部分成人 **Part D** 疫苗都可獲得承保，您無需付費。

下表顯示您需為 2 個層級的藥物分別支付多少費用。這些金額僅適用於初始承保階段。

如有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1** 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；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。若想了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



	2024 年 (今年)	2025 年 (明年)
層級 1 的藥物 (非專利藥) 到網絡藥房領取一個月份層級 1 藥物的費用	您每份處方一個月 (30 天) 藥量的共付金為 \$0、\$1.55 或 \$4.50 。	您每份處方一個月 (30 天) 藥量的共付金為 \$0、\$1.60 或 \$4.90 。
層級 2 的藥物 (專利藥) 到網絡藥房領取一個月份層級 2 藥物的費用	您每份處方一個月 (30 天) 藥量的共付金為 \$0、\$4.60 或 \$11.20 。	您每份處方一個月 (30 天) 藥量的共付金為 \$0、\$4.80 或 \$12.15 。

當您的自付費用總額達到 **\$2,000** 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處方藥支付多少費用，請參閱《會員手冊》第 6 章。

D4. 第 2 階段：「重大疾病承保階段」

由 2025 年開始，在重大疾病承保期間，藥物製造商會支付本計劃 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) 所支付的折扣費用並不計入自付費用之內。

當您的處方藥自付費用達到 **\$2,000** 時，重大疾病承保階段便會開始，您就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 2025 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。

如有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1** 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；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。若要了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



	2024 年 (今年)	2025 年 (明年)
聯邦醫療保險 (紅藍卡) 處方付費計劃	不適用	聯邦醫療保險 (紅藍卡) 處方付費計劃可以幫助您管理您的藥物費用，讓您可以按月付費並分攤全年的費用。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 。

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。如果您沒有轉換到另一個聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃，亦未轉換到傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)，您就會自動成為本計劃 2025 年的會員。

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)，您可以在下列特別註冊期內終止您在本計劃的會員資格，或轉換到另一個計劃，但每個特別註冊期內僅限轉換一次：

- 1 月至 3 月
- 4 月至 6 月
- 7 月至 9 月

除了這三個特別註冊期外，您還可以在下列期間終止您在本計劃的會員資格：

- **年度註冊期**為 10 月 15 日至 12 月 7 日。如果您在這段期間選擇另一項計劃，則您在本計劃的會員資格將於 12 月 31 日終止，而您在新計劃的會員資格將從 1 月 1 日起開始生效。
- **聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage 開放註冊期**為 1 月 1 日至 3 月 31 日。如果您在這段期間選擇另一項計劃，則您在新計劃的會員資格將從次月 1 日起開始生效。

在其他情形下，您可能也有資格轉換已註冊登記的計劃。例如：

- 您搬出我們的服務區域，

如有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1** 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；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。若要了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



- 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，包括年度註冊期和聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage 開放註冊期，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。

如有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1** 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；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。若要了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



1. 您可轉換為：

聯邦醫療保險 (紅藍卡) 加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃 (又稱 **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** 計劃是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。

注意：「Medi-Medi 計劃」一詞是集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)：**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**；該電話 7 天 24 小時全年無休提供服務。TTY (聽力及語言障礙) 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。

如有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1** 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；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。若要了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



<p>2. 您可轉換為：</p> <p>傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) ， 並加入一個個別的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 處 方藥計劃</p>	<p>方法如下：</p> <p>致電聯邦醫療保險 (紅藍卡)： 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)； 該電話 7 天 24 小時全年無休提供服務。 TTY (聽力及語言障礙) 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/ <p>或者</p> <p>加入另一個聯邦醫療保險 (紅藍卡) 處方藥計劃。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
---	--

如有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；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。若要了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



3. 您可轉換為：

傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 計劃，但不加入個別的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 處方藥計劃

註：若您轉換至傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)，但不加入個別的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 處方藥計劃，聯邦醫療保險 (紅藍卡) 可將您加入一個藥物計劃 – 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 (例如雇主或工會)，則您應該只放棄參加處方藥承保計劃。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)：
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)；
該電話 7 天 24 小時全年無休提供服務。
TTY (聽力及語言障礙) 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**)。如需了解詳情或查找您當地的 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。

如有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1** 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；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。若要了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

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，包括年度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)：
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)；
該電話 7 天 24 小時全年無休提供服務。
TTY (聽力及語言障礙) 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

如果您對退出本計劃後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 **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 **1-866-880-0606** 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1** 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；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。若要了解更多資訊，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 2025 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處方藥時，您應有的權利和應遵守的規定。

2025 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》的最新版本，網址：www.hpsm.org/careadvantage。您亦可致電 CareAdvantage 部門，要求我們將一份 2025 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 和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，且服務均為免費。HICAP 的電話號碼是 1-800-434-0222。(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/>。

G3. 調查專員計劃 (Ombuds 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：

- 能擔任您的權益代言人。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。

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；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。若要了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



- 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 (Medicare)

如需直接向聯邦醫療保險 (紅藍卡) 索取資訊，您可以撥打 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**；該電話每週 7 天、每天 24 小時提供服務。TTY (聽力及語言障礙) 使用者應致電 **1-877-486-2048**。

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 2025

您可以參閱《Medicare & You 2025》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；該電話每週 7 天每天 24 小時提供服務。TTY (聽力及語言障礙) 使用者應致電 **1-877-486-2048**。

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

加州醫療管理局負責規範健康護理服務計劃。若您要對所屬的健康計劃提出申訴，在聯絡醫療管理局之前，應先撥電話 **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。您可能也有資格申請「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**)。醫療管理局官網 (www.dmhc.ca.gov) 有提供投訴表格、獨立醫療審查 (IMR) 申請表和線上說明。如需了解詳情，請參閱《會員手冊》第 9 章第 F4 部份。

如有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；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。若要了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

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) 處方付費計劃可以幫助您管理您的藥物費用，讓您可以按月付費並分攤全年的費用。此計劃不會減低您的自付費用總額。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) 付費計劃，更為有利。不論收入多少，所有人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 **Medicare.gov**。

如有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1** 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；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。若要了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



This page intentionally left blank.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

此頁有意留為空白。

Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.

Эта страница намеренно оставлена пустой.

會員資料申請表

CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP)

所有會員資料均可在線上取得：hpsm.org/medi-cal-manuals。
要訂購印刷版本，請填寫下面的表格並將其郵寄給 HPSM。
此為非必要選項：僅當您需要紙質材料時郵寄表格。

可以訂購的材料

福利摘要 CareAdvantage 福利與服務的簡要說明，包括常見問答、聯絡資訊和您的會員權利描述。線上查看 www.hpsm.org/careadvantage-2025/member-materials。

會員手冊 CareAdvantage 承保範圍，包括健康照護服務、處方藥物保障等的說明。線上查看 www.hpsm.org/careadvantage-2025/member-materials。

服務提供者名錄 列有 CareAdvantage 網絡內的所有醫生、專科醫師和藥局（服務提供者）。線上搜尋服務提供者名錄：www.hpsm.org/directory-search。

藥方集：CareAdvantage 承保藥物的清單。透過它來瞭解您的藥物是否在承保範圍內。線上搜索處方集：www.hpsm.org/drug-search。

如果您對此申請表有疑問，或者需要協助尋找醫生或藥物，請在週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00 聯絡 CareAdvantage Unit，網址：**650-616-2174**，電話：**1-866-880-0606**。TTY：**1-800-735-2929** 或致電 **7-1-1**。

.....沿此剪下並寄回給 *Health Plan of San Mateo*

請寄給我以下 CareAdvantage 資料的紙本文件：

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 福利摘要 | <input type="checkbox"/> 會員手冊 |
| <input type="checkbox"/> 服務提供者名錄 | <input type="checkbox"/> 藥方集 |

名字

姓氏

郵寄位址

城市，州，郵遞區號

..... 沿此剪下並寄回給 *Health Plan of San Mateo*



This page intentionally left blank.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

此頁有意留為空白。

Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.

Эта страница намеренно оставлена пустой.

不歧視公告

任何歧視皆屬違法行為。聖馬刁健康計劃遵守州和聯邦民權法律，不會基於性別、種族、膚色、宗教、血統、原國籍、族群認同、年齡、心理障礙、身體障礙、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向，對任何人非法歧視、排擠或給予差別待遇。

聖馬刁健康計劃提供：

- 免費的殘障人士協助和服務，幫助他們能更有效溝通，例如：
 - ✓ 合格的手語傳譯員
 - ✓ 其他格式的書面資料（大字版、有聲版、無障礙電子版、其他版本）
- 為主要語言非英語的人士免費提供語言服務，例如：
 - ✓ 合格的口譯員
 - ✓ 其他語言的書面資料

如果您需要這些服務，請在周一至週日上午 8:00 至晚上 8:00 之間聯繫 CareAdvantage Unit 致電 **1-866-880-0606**。如果您有聽力或語言障礙，請撥打 TTY (聽力及語言障礙) 專線 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1**。本文件有盲人點字版、大型字體版、電子版或音訊格式，可應要求提供。如需索取這些其他格式版本，請致電或寫信到：

Health Plan of San Mateo
Attn.: CareAdvantage Unit
801 Gateway Boulevard, Suite 100
South San Francisco, CA 94080
1-866-880-0606 / 650-616-2174
TTY: 1-800-735-2929 / 7-1-1

如何提出申訴

如果您認為聖馬刁健康計劃基於性別、種族、膚色、宗教、血統、原國籍、族裔群體認同、年齡、心理障礙、身體障礙、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向，不提供服務或以其他方式非法歧視，您可以向聖馬刁健康計劃申訴。您可以用電話、書面、親自或電子方式提出申訴：

- 電話：週一至週日，上午 8:00 至晚上 8:00 聯繫。致電 **1-866-880-0606**。或者，如果您聽不清或說話不好，請致電 TTY **1-800-735-2929** 或撥打 **7-1-1**。
- 書面方式：填寫申訴表或寫信，寄到：

Health Plan of San Mateo
Attn.: Civil Rights Coordinator
801 Gateway Boulevard, Suite 100
South San Francisco, CA 94080

- 親自辦理：親自前往醫生診所或聖馬刁健康計劃，向他們表示您要提出申訴。
- 電子方式：瀏覽聖馬刁健康計劃網站：grievance.hpsm.org

民權辦事處 - 加州健康護理服務局

您亦可透過電話、書面或電子方式，向加州健康護理服務局 (California Department of Health Care Services) 的民權辦事處 (Office of Civil Rights) 提出民權申訴，聯絡資訊如下：

- 電話：致電 **916-440-7370**。如果您有語言或聽力障礙，請撥 **7-1-1 (電信傳譯服務)**。
- 書面方式：填寫一份投訴表或寫信寄至：

**Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413**

投訴表可至以下網址取得：www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- 電子方式：發電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.gov

民權辦事處 - 美國衛生及公共服務部

如果您認為自己因種族、膚色、原國籍、年齡、身心障礙或性別而受到歧視，亦可透過電話、書面或電子方式，向美國衛生及公共服務部 (U.S. Department of Health and Human Services) 的民權辦事處 (Office for Civil Rights) 提出民權申訴，聯絡資訊如下：

- 電話：請致電 **1-800-368-1019**。如果您有聽力或語言障礙，請用 TTY/TDD 撥打 **1-800-537-7697**。
- 書面方式：填寫一份投訴表或寫信寄至：

**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**

投訴表可至以下網址取得：www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- 電子方式：前往民權辦事處投訴網站：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。

語言標語

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 կյութեր: Չանգահարեք **1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្មុំសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian): ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)**។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ព សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)**។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

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

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: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **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 qiex 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 hlou 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**). ਅਪਹਜ 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 serbisyonang ito.

แบบไทย (Thai): โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพทไปที่หมายเลข **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพทไปที่หมายเลข **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.

隱私政策實施通知

Health Plan of San Mateo (HPSM) 承諾保護您的健康資訊，即有關以下內容的任何資訊：

- 您過去或現在的身體或心理健康狀況。
- 可識別您個人身分的任何醫療服務付款。

健康資訊包括您的姓名、出生日期、診斷結果、治療、醫療理賠、種族、族裔、語言、性別認同和性取向等。

本通知書載有 HPSM 隱私政策實施的概要，以及您作為 HPSM 會員的個人健康資料權利。其中說明了：

- HPSM 如何根據州法和聯邦法保護您的健康資訊。
- HPSM 如何依法使用和揭露您的健康資訊。（「使用」指我們在 HPSM 內共享資訊，「揭露」則指在 HPSM 之外共享資訊。）
- 如何取得自己的健康資訊。

本通知書僅提供 HPSM 隱私政策實施內容。對於在醫療業者辦公室建立的健康資訊的使用和揭露，醫療業者可能有不同的政策。

若您對此通知有所疑問，請致電 HPSM 會員服務部，電話：1-800-750-4776，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。聽力或語言障礙會員可使用加州聽力及語言障礙傳譯服務 (CRS)，電話為 1-800-735-

HPSM 關於健康資訊的法律要求

我們依法必須：

- 確保對可能識別您身分的健康資訊保密。
- 向您提供此隱私政策實施通知。
- 遵守本通知書目前有效的條款規定。

我們如何使用或揭露您的健康資訊

州法和聯邦法允許 HPSM 使用和揭露會員的健康資訊。以下是健康資訊類型的清單以及使用及/或揭露範例。範例無法涵蓋所有可能的允許使用和揭露方式，亦無意限制法律允許的使用和揭露方式。不過，我們使用和揭露健康資訊的所有方式都可歸類為其中一種類型。

- **支付醫療服務費用。**在核准醫療業者要求的治療費用之前，我們會審核您的健康資訊，以確定治療具醫療必要性。

- **改善 HPSM 的營運。**我們可能會使用會員的健康資訊來審查醫療業者的績效，以及比較我們與其他健康計劃的服務品質。我們會保持資訊的機密，不會識別個別成員的身分。
- **照護管理。**與您的醫療業者共享您的健康資訊，以便我們審查您的治療和藥物，確定其不會相互衝突。
- **資源轉介。**我們可能會根據您的健康資訊來識別並建議 HPSM 福利、服務及/或計劃。
- **協助我們營運的承包商。**承包商同意保持健康資訊的機密和安全，並僅為協助我們而使用該資訊。例如，我們會與「藥品福利管理者」簽訂契約，並向他們提供理賠會員藥品所需的資訊。
- **健康保險計劃贊助者。**僱主和其他組織會與 HPSM 簽訂契約，以便我們提供醫療保健服務並支付理賠。他們同意保持健康資訊的機密和安全，並僅為協助我們而使用該資訊。如果您有計劃贊助商，我們可能會在您加入或退出我們的計劃時通知他們。我們也會向贊助者揭露您的健康資訊，以便他們審核 HPSM 的服務績效。
- **家人或參與您的健康照護或為您支付醫療費用的個人。**我們可能會向您的家人或其他為您支付醫療費用的人揭露您的健康資訊。我們會在便於他們支付您的照護費用或就您的照護做出決定所需的範圍內進行此類揭露。我們只會在您在場並同意的情況下揭露您的健康資訊，但以下情況除外：
 - 您因健康狀況而無法做出決定，而我們認為揭露您的資訊符合您的最佳利益。
 - 您過世後（除非您事先告知我們不要共享您的資訊）。
- **學校。**法律可能要求學校為即將註冊或已註冊的學生提供疫苗接種證明。在此情況下，我們可能會向學校提供該生的疫苗接種記錄。

特殊情況

遇下列情形時，我們會揭露您的健康資訊：

- **聯邦、州或地方法律要求時。**
- **為了避免對您或他人的健康和 safety 造成嚴重威脅。**我們只會向協助遏止威脅的人士揭露資訊。
- **若您是軍人或退伍軍人，**我們可能會應軍事當局的要求透露您的健康資訊，或協助機構決定您的退伍軍人福利資格。
- **如果作為協調您的照護的一部分，您正在矯正機構中接受監護。**
- **向為勞工提供工作相關傷害或疾病賠償和其他福利的計劃揭露。**
- **用於公共衛生活動，例如：**
 - 預防或控制疾病、傷害或傷殘。
 - 通報虐待和疏忽照顧兒童案件。
 - 呈報出生或死亡。

- 通報對藥物的反應或與產品有關的問題。
- 通知您召回您可能正在使用的產品。
- 通知個人有關可能已接觸某疾病、或者面臨染病或傳播疾病的危險。
- 當我們認為您是虐待、疏忽或是家庭暴力的受害者時，通知相關的政府機構。但我們只有在得到您的同意，或在法律授權情況下才會揭露這些資料。
- **向衛生督導機關揭露**，以進行法律授權的活動。例如，我們可能會向負責監督 HPSM 營運的公共機關揭露您的健康資訊。政府有必要進行這些活動，以便監督健康護理系統和各項政府健康福利計劃。
- **對於法院、法庭、傳票或其他合法程序命令的訴訟和爭議**，我們只會在未能成功通知您該要求或接獲保全該資訊的命令後才會進行此類揭露。
- **在有限情況下向執法官員揭露**（即，如果官員要求，或為檢舉犯罪行為）。一般而言，此類情況必須與刑事調查、法院命令、搜查令或法律授權的國家安全活動有關。
- **協助軍事任務或其他有關情報、國土安全或保護總統等政府活動。**
- **向驗屍官、法醫和禮儀師揭露**，以便他們在會員過世後履行職責。
- **為了進行器官移植**，向處理器官或組織移植的機構揭露。
- **死亡滿 50 年**。會員死亡滿 50 年後，我們即得向任何機構揭露已故會員的健康資訊。
- **向救災組織揭露**。若您不希望我們為了救災而揭露您的資訊，您有權禁止此類共享。

法律限制

我們會遵守可能限制或禁止上述揭露方式的法律。例如：

- HIV/AIDS 狀況、心理健康治療、發育性障礙及藥物和酒精濫用治療等相關健康資訊的揭露都有特別限制。
- 關於種族、族裔、語言、性別認同和性取向的資訊不能用於承保、費率設定、拒絕服務、承保範圍和給付認定。
- 我們不得出售您的資訊。

授權

除上述情況外，未經您的書面許可或授權，我們不會允許他人使用和揭露您的健康資訊。例如，我們只會在徵得您的同意後，基於研究目的使用及透露您的健康資訊。您同意與否並不影響治療方式、健康計劃福利、治療費用支付或加入資格。即使您已簽字授權我們使用或透露您的健康資訊，您仍然有權撤回授權。若您撤回授權，我們便不會再為該目的而使用或揭露您的健康資訊。不過，我們無法撤銷在獲得您許可期間所做的揭露。

您對個人健康資訊的權利

您有權：

- **索取本隱私權聲明的紙本。**您也可以至我們的網站 www.hpsm.org/privacy-policy.aspx 取得此通知。
- **指定代表。**您可以提供醫療授權書給他人，讓他們全權代您決定如何處理您的健康資訊。如果您有監護人，這項權利也適用。我們採取任何行動以前，會確定主張代表您的人士是否獲得授權。
- **對我們使用或揭露健康資訊的方式要求約束或限制。**提出要求時，您必須清楚告訴我們：
 - 您要限制哪些健康資訊。
 - 您希望針對我們使用或揭露資訊的方式設限，或兩者都設限。
 - 設限適用的對象。
- **管控關於您接受的敏感服務的資訊。**敏感服務包括心理健康諮詢、生殖健康服務、性傳染病服務、性侵犯服務和勒戒治療。個人若已達到法定年齡且具備同意此類服務的行為能力，無需獲得他人的授權以獲得此類服務或代表其提出理賠。
- **要求保密通訊。**您有權要求我們就醫療事務（包括敏感服務）私下與您聯絡，並以特別方式處理。未經您的書面許可，我們不會給他人提供的指定資訊。
 - 您可以要求我們將醫療事務或敏感服務的通訊寄至您選擇的其他郵寄地址、電子郵件地址或電話號碼。若您未提供其他聯絡方式，我們會依照我們記錄在案的地址或電話號碼向您傳送通訊。
 - 我們會尊重您的要求，依您要求的形式和格式進行保密通訊。或者，我們會確定您的通訊易於採用您要求的形式和格式。
 - 您的保密通訊要求將持續至您取消該要求或提交新的保密通訊要求為止。
- 我們不會詢問您提出要求的原因。雖然我們會盡力達成您提出的合理要求，*但我們沒有同意要求的義務*。但如果我們同意，我們會遵照您的要求行事，除非我們需要這些資訊以便對您提供緊急治療。

如需要以您的聯絡方式進行保密通訊或特殊處理，您必須向 HPSM 的隱私權專員郵寄書面申請。

- **揭露明細。** 您有權要求我們提供清單，載明我們為了您的治療、照護費用和我們的營運而揭露的您的健康資訊。此清單亦包括我們依法或獲准不經您授權而提供的大部份其他揭露（例如向審查我們計劃的政府機構）。如需索取揭露明細，請郵寄一份書面申請給 HPSM 的隱私權專員。您要求獲得資訊的期限不得超過申請日期起算的三年前，且不得包含 2003 年 4 月 14 前的資訊。

請郵寄一份書面申請表給 HPSM 的隱私權專員，地址：

Health Plan of San Mateo
收件者：Privacy Officer（隱私權專員）
801 Gateway Boulevard, Suite 100
South San Francisco, California 94080

- **取得您的健康資訊。** 您有權取得 HPSM 存檔記錄中的部分健康資訊副本。一般而言，其中包括健康和理賠記錄。如需索取病歷副本，請聯絡醫療業者。如需取得我們保留的健康資訊的副本，請郵寄一份書面申請給 HPSM 的隱私權專員。我們可能酌收合理成本費用。其後，我們通常會在您提出申請後 30 天內提供健康和理賠記錄的副本或摘要。若我們拒絕您的申請，我們會在您提出申請後 60 天內以書面告知您原因。其後，您可以要求由拒絕您申請者以外之人審查您的申請。我們會遵從審查的結果。
- **獲得外洩通知。** 若受法律保障的健康資訊遭到他人以侵害隱私權法的方式取得、使用或公開，即構成外洩。要構成外洩，健康資訊必須處於不安全狀態（即他人可以存取）。我們必須在得知您的健康資訊外洩後兩個月內向您發送通知，說明：
 - 發生的情況。
 - 外洩涉及的資訊類型。
 - 您應採取何種措施來保護您的資訊。
 - HPSM 正在採取哪些措施來調查情況、儘可能減少對您的傷害並防止未來發生外洩。
- **修改不正確或不完整的健康和理賠記錄。** 在我們保留您的資訊期間，您有權提出修改資訊的要求。接著，我們會在您在 HPSM 的健康資訊中加入書面附註。如要求修改，請郵寄一份書面申請給 HPSM 的隱私權專員。

若我們拒絕您修改健康資訊的要求，我們會以書面通知您，並說明要求遭拒的原因。但若有下列情形，我們無需修改健康資訊：

- 該資訊並非由 HPSM 建立（除非建立資訊者已無法為您修改資訊）。
- 該資訊不屬於我們保管的記錄。
- 該資訊不屬於您獲准取得副本的資訊。
- 該資訊正確或完整。

如需進一步了解您的隱私權，請瀏覽加州衛生服務部網站
www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx。

本通知書如有變更，您會收到通知

我們有權變更本通知書並使其適用於我們目前持有及將來獲得的有關您的所有健康資訊。您可在本通知書的每頁下方找到生效日期。本通知書如有變更，我們會在變更後 60 天內透過電子郵件通知您。我們也會在官方網站 www.hpsm.org/privacy-policy.aspx 公佈現行通知書的副本。

如何提出有關隱私權的申訴

如果您認為隱私權受損，可向 HPSM 提出申訴。您不會因提出申訴而遭到懲罰。您亦可向美國衛生及公共服務部 (U.S. Department of Health and Human Services) 提出投訴。

<p>Health Plan of San Mateo Attn: Grievance and Appeals Unit 801 Gateway Blvd., Suite 100 South San Francisco, CA 94080 1-888-576-7557 或 650-616-2850</p>	<p>美國衛生及公共服務部部長 (Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services) 公民權利辦公室 (Office of Civil Right) Attn: Regional Manager 90 7th St., Suite 4-100 San Francisco, CA 94103 1-800-368-1019 或 (TTY) 1-800-537-7697</p>	<p>California Department of Health Care Services Attn: Privacy Officer c/o Office of Legal Services 1501 Capitol Avenue P.O. Box 997413, MS0010 Sacramento, CA 95899-7413 1-916-445-4646 或 1-866-866-0602</p>
---	---	---

長期服用鴉片的風險 和減低此類風險的建議

鴉片是一種可以開立作為治療疼痛的處方藥物。服用鴉片的時間越長，使用者的風險便越高。若您服用或打算服用鴉片超過三個月，便有必要認識當中潛在的風險。我們希望確保您獲得相關資訊，保護自己的安全。

長期服用鴉片的風險*

濫用和上癮 長期服用鴉片的人士當中，有多達四分之一遇到濫用或上癮的問題。長時間服用下來，鴉片可能無法減輕您的疼痛，因而會令您以為需要增加劑量。

疼痛加劇 若每天服用鴉片，可能會加劇疼痛，或導致您身體其他以前沒有疼痛的部份感到痛楚。目前並沒有足夠的資料證明長期服用鴉片可以減輕疼痛。

健康問題，例如：

- 腹部疼痛
- 便秘
- 心臟問題
- 呼吸問題
- 憂鬱症
- 激素變化
- 意識混亂
- 跌倒和骨折
- 服用過量或死亡

鴉片藥物包括：

- Hydrocodone (氫可酮)
- Oxycodone (經考酮)
- Morphine (嗎啡)
- Tramadol (舒痛停)
- Methadone (美沙酮)
- Fentanyl (芬太尼)
- Codeine (可待因)

減少長期服用鴉片帶來的風險

就以下問題諮詢您的服務提供者：

- 一起服用鴉片和其他藥物（如用來治療失眠或恐慌症的安眠鎮靜藥物 benzodiazepines）會增加過量服用的風險。
- 為何減少或停止服用鴉片會是您的健康之選。
- 選擇其他可能比鴉片更有效和更安全的疼痛治療，如：

非藥物治療：

- ▲ 物理治療
- ▲ 運動
- ▲ 戒煙
- ▲ 說話治療
- ▲ 針灸

非鴉片類藥物治療：

- ▲ Acetaminophen 止痛藥
- ▲ 非類固醇抗發炎藥物或簡稱 NSAID（如：ibuprofen, naproxen 或 diclofenac）
- ▲ 抗癲癇藥（如：gabapentin 或 pregabalin）
- ▲ 抗抑鬱藥（如：amitriptyline 或 duloxetine）
- ▲ 外用藥物（如：lidocaine 貼片）

欲了解更多有關處理慢性疼痛的資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/pain-management。

*Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. 2022 年美國疾病管制與預防中心《開立鴉片處方藥治療疼痛的臨床實踐指南》。MMWR Recomm Rep 2022;71(No.RR-3):1-95.DOI: <http://dx.doi.org/10.15885/mmwr.rr7103a1>

聖馬刁健康計劃 (HPSM) 乘車接送福利

加州低收入醫療保險 (白卡) 和 CareAdvantage 會員可使用免費接送服務來往經核准的健康護理就診

在沒有其他可用的交通工具情況下，聖馬刁健康計劃 (HPSM) 乘車接送福利可用來往返經核准的健康護理就診。這類就診包括由加州低收入醫療保險 (白卡) 承保的醫療、藥房、牙科、行為健康和物質濫用約診。前往非健康護理地點 (如學校、健身室、政府辦事處、雜貨店) 不在承保範圍內。

適用的乘車接送服務



路邊接送服務適合以下人士使用：

- 可以在路邊等候接送
- 可以自己上車/下車和/或出入建築物
- 擁有手機並可以接收司機簡訊



門口到門口接送服務適合以下人士使用：

- 需要司機協助上車/下車和/或出入建築物
- 在進入建築物後無需協助也可以自己走動
- 沒有手機接收司機簡訊

如何獲得乘車接送服務



在您的約診日期前至少兩個
工作日致電 AMERICAN
LOGISTICS (AL)。

- 加州低收入醫療保險 (白卡)：1-844-856-4389
- CareAdvantage：1-877-356-1080
- TTY 聽力及語言障礙裝置：7-1-1

準備以下資訊通知 AL：

- 您的 HPSM 會員號碼
- 約診日期和時間
- 接載和約診地點
- 您是否需要回程接載
- 您是否需要他人 (家人或照顧者) 陪同乘車



為乘車接送做好準備。在您的約診時間前至少一小時又十五分鐘時，司機將會在您提供的地點來接您。司機最多只能等五分鐘。



如果您已要求回程接送服務，請在就診後立即致電。司機將會在 45 分鐘內來接您。



若要取消接送服務，您必須在接送時間前至少 2 小時致電通知，以免產生您沒有出現的記錄。

工作時間是週一至週五上午 8:00 到下午 5:00。
若是緊急約診，請儘快致電 (即使過了工作時間)。
若想了解更多資訊，請發電郵至 transportationprogram@hpsm.org。

需要特殊的醫療車輛？若因醫療理由而需要由救護車、輪椅用廂型車或擔架設備廂型車接送時，必須提供由服務提供者開立的處方。HPSM 乘車接送福利不適用於此情況。

請瀏覽 www.hpsm.org/ride，了解乘車接送福利的詳情和使用方法。



**Health Plan
OF SAN MATEO**

Healthy is for everyone
801 GATEWAY BOULEVARD SUITE 100
SOUTH SAN FRANCISCO CA 94080

PRSR STD
U.S. POSTAGE
PAID
HPSM

重要的 CAREADVANTAGE 雙重特殊需求計劃 (D-SNP) 信息。

CareAdvantage Dual Special Needs Plan (D-SNP) 是一項與 Medicare 和 Medi-Cal 簽訂合同的健康計劃，旨在為參保者提供這兩個計劃的福利。加入 CareAdvantage 取決於合同續簽。

注意: 如果您說中文，我們可免費提供語言協助服務。請致電 **1-866-880-0606**、TTY (聽力及語言障礙) 專線 **1-800-735-2929** 或撥 **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。

您可以免費以其他形式取得本資訊，如大號字體、盲人用點字或錄音。致電 CareAdvantage Unit, 電話是 **1-866-880-0606**，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。有聽力或語言障礙者應撥打 TTY 電話 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1**。該電話為免費電話服務。