

CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) :

一項由 Health Plan of San Mateo (HPSM) 提供的結合 Medicare 和 Medi-Cal 的計劃

2027年的年度變更通知

簡介

您目前是已入保本計劃的會員。從明年起，我們的福利、承保服務、規定和費用將有所變更。本《年度變更通知》會告訴您有哪些變更，以及如何找到這些變更的詳情。如需了解關於費用、福利或規定的詳情，請造訪我們的網站 www.hpsm.org/careadvantage 參閱《會員手冊》。如需獲取郵寄副本，請致電 CareAdvantage 部門，電話號碼列於本頁頁底。重要術語及其定義在《會員手冊》的最後一章，並以英文字母順序收錄。

其他資源

- 本文件免費提供英文、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》，如大型字體版、盲文版或有聲版。請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及言語障礙專線：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。此電話為免費服務。
 - 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，請寄電郵至：CareAdvantageSupport@hpsm.org，或聯絡 CareAdvantage 部門，電話 1-866-880-0606，TTY 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。此電話為免費服務。或可郵寄書面請求至：

**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行提出要求；以及
- 若想更改或取消您的首選偏好，請聯絡 CareAdvantage 部門。

OMB 核准編號 0938-1444 (到期日：2029 年 5 月 31 日)

如有任何疑問，請撥打 CareAdvantage 部門電話 1-866-880-0606，TTY 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。來電均免付費用。如需更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



關於提供語言協助服務以及輔助工具和服務的通知

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.

العربية (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, 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: Զանգահարեք **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសា របស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)**។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរព័ទ្ធជុំវិញ 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。

فارسی (Farsi)

توجه: 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 بزرگ، نیز موجود است. با **1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)** تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه 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 निः शुल्क हैं।

한국어 (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 (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ໃຫ້ໂທຫາເບີ **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 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.

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 ਬੋਲ 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** (линия 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 TTY: **1-800-735-2929**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-3000**). 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 (Filipino)

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.

ภาษาไทย (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

Українська (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 Medicare 及 Medi-Cal 承保範圍	9
B1.CareAdvantage Dual Special Needs Plan (D-SNP) 資訊	10
B2.重要行動事項.....	10
C. 網絡內醫療服務提供者和藥房的變更.....	11
D. 下一年度的福利變更.....	11
D1.醫療服務的福利變更	11
D2.藥物承保服務的變更	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. 選擇一個計劃	15
E1.繼續入保本計劃	15
E2.轉換計劃	15
F. 獲得協助.....	21
F1.本計劃.....	21
F2.Health Insurance Counseling and Advocacy Program (聯邦醫療保險顧問及 促進權益計劃，簡稱 HICAP)	21
F3.調查專員計劃	21
F4.Medicare	22
F5.加州醫療管理局.....	22
F6. Medicare 處方付費計劃.....	23



A. 免責聲明

「CareAdvantage Dual Special Needs Plan (D-SNP)」是一項健康計劃，與Medicare和Medi-Cal都有合約關係，專為投保人提供這兩項計劃的福利服務。入保CareAdvantage計劃取決於合約是否續約。

- 可能適用某些限制、共付額及規定。如需了解詳情，請致電CareAdvantage部門或參閱《會員手冊》。這意味著您可能需要自付部分服務費用，且必須遵守特定規定，CareAdvantage才會為您的所獲服務付費。
- 承保藥物清單和/或藥房及服務提供者網絡可能在一年內有所變更。若變更對您有影響，我們會在做出變更前先通知您。
- 福利和/或共付額可能在每年1月1日有所變更。
- 處方藥的共付額可能因您獲得的額外補助 (Extra Help) 金額而有所不同。如要了解詳情，請聯絡本計劃。

B. 查看您明年的 Medicare 及 Medi-Cal 承保範圍

請務必立即查看您的承保範圍，以確保該計劃仍能滿足您明年的需求。若計劃無法滿足您的需求，您可以退保。如需了解更多關於您明年福利的變更，請參閱 **D 節**。

如果您選擇退出本計劃，您的會員資格將在您提出申請當月最後一天終止。只要您符合資格，您仍然是 Medicare 和 Medi-Cal 計劃的會員。

如果退出本計劃，您可查看下列相關資訊：

- Medicare 選項，具體請見 **E2 節** 中的表格。
- Medi-Cal 選項和服務，具體請見 **E2 節**。



B1.CareAdvantage Dual Special Needs Plan (D-SNP) 資訊

- CareAdvantage Dual Special Needs Plan (D-SNP) 作為一項健康計劃，與 Medicare 和 Medi-Cal 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 Medicare 與 Medi-Cal 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 **E1 節**。
- 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？會不會有任何變更，例如事先授權、循序用藥或數量限制？
 - 請查看變更，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醫療服務提供者呢？
 - 關於我們的《醫療服務提供者和藥房名錄》，請參閱 **D 節**。

- 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？
 - 總費用和其他保險選項比較起來如何？
- 想想您是否滿意我們的計劃。

如果您決定繼續入保 **CareAdvantage**：

如果您明年想繼續入保我們的計劃，很簡單 — 您無需採取任何行動。如果您不做任何變更，您會自動繼續入保 **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 **E2 節**)。如果您入保新的計劃，或轉換至 **Original Medicare**，新的保險將從下個月 1 日開始生效。

C. 網絡內醫療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**在本計劃網絡內的藥房領取您的處方藥，才可獲承保。

我們下一年度的醫療服務提供者與藥房網絡尚無任何變更。

但是，敬請須知，我們的網絡可能在一年當中發生變更。若您的醫療服務提供者退出我們的計劃，您擁有特定的權利與保障。如需了解詳情，請參閱您的《會員手冊》**第 3 章**。

D. 下一年度的福利變更

D1. 醫療服務的福利變更

我們將於明年度變更部分醫療服務的承保範圍。具體變更請參閱下表。



	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
非處方藥 (OTC) 福利	每三個月\$75。卡上未用的福利額不可結轉至下三個月使用。	每三個月\$[37]。卡上未用的福利額不可結轉至下三個月使用。
健康食品福利	每三個月 \$25 美元。卡內未使用的額度不會結轉至下一個三個月週期。	這項福利將不再提供。

D2. 藥物承保服務的變更

我們的「藥物清單」變更

我們的《承保藥物清單》也稱為「藥方集」或「藥物清單」。我們的「藥物清單」副本已於線上發佈：www.hpsm.org/careadvantage。

您可以致電 CareAdvantage 部門 (電話號碼列於本頁頁底) 或造訪我們的網站 www.hpsm.org/careadvantage，以取得完整的「藥物清單」。

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，在 Medicare 和/或州政府允許的情況下，我們可能會在一年 (曆年) 中做出其他變更，而這可能會影響到您。我們每個月至少更新一次我們的線上「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醫療服務提供者，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。

如有任何疑問，請撥打 CareAdvantage 部門電話 1-866-880-0606，TTY 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。來電均免付費用。如需更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



- 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。
 - 此臨時供應量最多供應 30 天。（如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 2026 年獲得破例承保不在《承保藥物清單》的藥物，一旦破例過期，您將需要提出新的破例要求。

其中某些對您而言可能是新藥物種類。若要了解藥物種類的定義，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。請造訪 FDA 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；或可向您的醫療服務提供者、藥方開立者或藥劑師查詢。

藥物費用的變更

由於您符合 Medi-Cal 的資格，您可以從 Medicare 取得「額外補助」，協助您支付 Medicare D 部分藥物的費用。我們已隨信另外附上「處方藥費用獲得額外補助者的承保說明附加條款」（亦稱「低收入補助 [Low Income Subsidy Rider, LIS] 附加條款」），說明您的藥物承保事項。如果您未收到這份文件，請致電 CareAdvantage 部門索取「LIS 附加條款」。

在本計劃中，您的 Medicare D 部分藥物承保有兩個付費階段。您的付費金額取決於您的「額外補助」等級，以及您領取或續配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>在此階段，本計劃會為您負擔部分藥費，而您支付自己的分攤費用。您的分攤費用稱為共付額。</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 2027 年 12 月 31 日為止。</p> <p>當您已支付特定的自付費用金額後，此階段就會啟動。</p>

當您的藥物自付費用總額達到**\$2,400**，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。如需詳細了解您要為藥物支付多少費用，請參閱《會員手冊》第 6 章。

根據製造商折扣計劃 (Manufacturer Discount Program)，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 D 部分承保專利藥和生物製藥全部費用的一部份。製造商根據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額。共付額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，都要支付共付額。若您的承保藥物價格低於共付額，您會支付此較低價格。

下表顯示您在網絡內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額金額。這些金額**僅**適用於初始承保階段。

大部份成人 D 部分疫苗都可獲得承保，您無需付費。若要了解長期藥量的費用資訊，請參閱《會員手冊》第 6 章 D 節。

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
層級 1 的藥物 (非專利藥) 到網絡內藥房領取層級 1 藥物一個月藥量的費用	您一個月 (30 天) 藥量的共付額為每份處方 \$0/\$1.60/\$5.10。	您一個月 (30 天) 藥量的共付額為每份處方 \$0/\$1.65/\$5.80。

如有任何疑問，請撥打 CareAdvantage 部門電話 1-866-880-0606，TTY 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。來電均免付費用。如需更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
層級 2 的藥物 (專利藥) 到網絡內藥房領取層級 2 藥物一個月藥量的費用	您一個月 (30 天) 藥量的共付額為每份處方 \$0/\$4.90/\$12.65 。	標準費用分攤： 您一個月 (30 天) 藥量的共付額為每份處方 \$0/\$5.00/\$14.40 。

當您的自付費用總額達到**\$2,400** 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**\$2,400** 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. 選擇一個計劃

E1.繼續入保本計劃

我們希望您繼續成為我們的會員。您無需採取任何行動，即可繼續入保本計劃。除非您已入保 **Medicare** 另一項計劃，或轉換到 **Original Medicare**，否則，您將自動繼續在 2027 年保留本計劃的會員資格。

E2.轉換計劃

大多數入保 **Medicare** 計劃的人只能在一年中特定時候終止他們的會員資格。

此外，您還可以在下列期間終止您在本計劃的會員資格：

- **開放入保期內**，即從 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。
- **Medicare Advantage (MA) 開放入保期內**，即從 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。
- 由於您已加入 **Medi-Cal**，您可以選擇在一年中的任何月份終止您在本計劃的會員資格。

如有任何疑問，請撥打 CareAdvantage 部門電話 1-866-880-0606，TTY 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。來電均免付費用。如需更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



在其他情形下，您可能有資格轉換已入保的計劃。例如：

- 您搬出我們的服務區域，
- 您的 **Medi-Cal** 或額外補助計劃的資格出現變化，或
- 您最近搬入護理機構或目前正接受機構的護理服務；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 **Original Medicare**。

您的 **Medicare** 服務

您可透過三種選項在全年任何一個月份獲得下列 **Medicare** 服務。您可在全年某特定時段獲得下列一個額外選項，包括**開放入保期**和 **MedicareAdvantage 開放入保期**，或在 **E2** 節說明的其他情況下。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 **Medicare Advantage 計劃**。該計劃將 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 的福利結合在一個計劃中，其對象是同時擁有兩種保險的人士。**Medi-Medi 計劃**協調所有福利與服務，涵蓋兩個計劃，包括所有 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 承保的服務；若您符合資格，也包括長者綜合護理計劃 (**Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE**) 計劃。

注意：「Medi-Medi 計劃」是加州對整合型雙重資格特別需求計劃 (dual eligible special needs plans, D-SNP) 的稱呼。

方法如下：

致電 Medicare，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 聽力及言語障礙裝置使用者請致電 1-877-486-2048。

關於長者綜合護理計劃 (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 點至下午 5 點。(TTY 7-1-1) 如需更多資訊或尋找您所在地區的 HICAP 辦事處，請造訪 <https://www.hicapsanmateocounty.org/https://aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/>

或者

入保一個新的 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 Medi-Cal 計劃將有變更，以配合您的 Medi-Medi 計劃。

<p>2.您可轉換為：</p> <p>Original Medicare 加 Medicare 藥物計劃</p>	<p>方法如下：</p> <p>致電 Medicare，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 聽力及言語障礙裝置使用者請致電 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 (HICAP)，電話是 1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點。(TTY 7-1-1) 如需更多資訊或尋找您所在地區的 HICAP 辦事處，請造訪 https://www.hicapsanmateocounty.org/https://aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/ <p>或者</p> <p>入保另一項 Medicare 處方藥計劃。</p> <p>當 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 Medi-Cal 計劃將不會有變更。</p>
--	---

3. 您可轉換為：

如果您有正當的退保理由，可轉換至不附帶獨立 **Medicare** 藥物計劃的 **Original Medicare**

注意：若您轉至 Original Medicare，但沒有另外入保 Medicare 藥物計劃，此時 Medicare 可能為您入保一個藥物計劃，除非您向 Medicare 表示不想入保。

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 (HICAP)，電話是

1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點。如需更多資訊或尋找您所在地區的 HICAP 辦事處，請瀏覽

<https://www.hicapsanmateocounty.org/>
https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。

方法如下：

致電 Medicare，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 聽力及言語障礙裝置使用者請致電 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 (HICAP)，電話是 1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點。(TTY 7-1-1)。如需更多資訊或尋找您所在地區的 HICAP 辦事處，請瀏覽

<https://www.hicapsanmateocounty.org/>

https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

當 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 Medi-Cal 計劃將不會有變更。

<p>4.您可轉換為：</p> <p>任何 Medicare 健康計劃都可在一年中的某些特定期間轉換，包括開放入保期和 Medicare Advantage 開放入保期，或在 E2 節所述的其他情況下。</p>	<p>方法如下：</p> <p>致電 Medicare，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 聽力及言語障礙裝置使用者請致電 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 (HICAP)，電話是 1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點。(TTY 7-1-1) 如需更多資訊或尋找您所在地區的 HICAP 辦事處，請造訪 https://www.hicapsanmateocounty.org/https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare Counseling/ <p>或者</p> <p>入保另一項 Medicare 計劃。</p> <p>當新計劃的承保生效時，您便會自動退出我們的 Medicare 計劃。</p> <p>您的 Medi-Cal 計劃可能會改變。</p>
---	--

您的 Medi-Cal 服務

退出本計劃後，若您對如何選擇一個 Medi-Cal 計劃或如何取得 Medi-Cal 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 點至晚上 6 點。TTY 聽力及言語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 Original Medicare 對您的 Medi-Cal 保險有何影響。

F. 獲得協助

F1. 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 2027 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。

2027 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：www.hpsm.org/careadvantage。您亦可致電 CareAdvantage 部門，要求我們寄一份 2027 年《會員手冊》給您，電話號碼位於本頁頁底。

我們的網站

您可造訪我們的網站 www.hpsm.org/careadvantage。請注意，我們的網站上有醫療服務提供者和藥房網絡（《醫療服務提供者和藥房名錄》）及《藥物清單》（「藥方集」）的最新資訊。

F2. 醫療保險顧問及促進權益計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

- 您可致電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, 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。(TTY 7-1-1) 如需更多資訊或尋找您所在地區的 HICAP 辦事處，請造訪 <https://www.hicapsanmateocounty.org/> https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。

F3. 調查專員計劃

若您對本計劃有任何不滿，Medicare 與 Medi-Cal 調查專員計劃 (Medicare Medi-Cal Ombudsman Program) 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。Medicare Medi-Cal 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。
- 他們會確保您取得相關資訊，了解您的個人權利和保障，以及如何解決疑慮。

如有任何疑問，請撥打 CareAdvantage 部門電話 1-866-880-0606，TTY 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。來電均免付費用。如需更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



- 該計劃與我們或任何保險公司或健康計劃均無關聯。Medicare Medi-Cal 調查專員計劃的電話號碼是 1-855-501-3077。

F4.Medicare

如需直接向 Medicare 索取資訊：

- 請撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該電話全年無休，7 天 24 小時提供服務。TTY 聽力及言語障礙裝置使用者請致電 1-877-486-2048。
- 在網頁即時聊天：www.Medicare.gov/talk-to-someone
- 寫信給 Medicare，地址：PO Box 1270, Lawrence, KS 66044。

Medicare 的網站

您可以瀏覽 Medicare 的網站 (www.medicare.gov)。若您選擇退出本計劃、加入另一個 Medicare 計劃，您可以造訪 Medicare 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 Medicare 網站的「Medicare 計劃搜尋工具」(Medicare Plan Finder)，查詢您當地有哪些 Medicare 計劃。(若要查看各計劃的相關資訊，請造訪網站 www.medicare.gov，按一下「尋找計劃」[Find plans]。)

《Medicare 與您 2027》

您可以參閱《Medicare 與您 2027》手冊。Medicare 會員每年秋天都會收到這本手冊。手冊中列有 Medicare 福利、權利與保障的摘要說明，以及有關 Medicare 的最常見問題解答。該手冊有西班牙語、中文和越南語版本。

如果您沒有這本手冊，可在 Medicare 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 聽力及言語障礙裝置使用者請致電 1-877-486-2048。

F5.加州醫療管理局

加州醫療管理局 (California Department of Managed Health Care) 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。使用本計劃的申訴程序，並不會使您失去您可能應得的合法權利或補償。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，您都可以致電醫療管理局要求協助。您也可能有資格申請「獨立醫療審查」(Independent Medical Review, IMR)。如果您有資格獲得 IMR，這類 IMR 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

如有任何疑問，請撥打 CareAdvantage 部門電話 1-866-880-0606，TTY 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。來電均免付費用。如需更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。



專線 (1-877-688-9891)。醫療管理局網站 www.dmhc.ca.gov 提供有投訴表格、IMR 申請表和網上說明。

如需了解詳情，請參閱《會員手冊》第 9 章第 F4 節。

F6. Medicare 處方付費計劃

Medicare 處方付費計劃 (Medicare Prescription Payment Plan) 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。凡是參加 Medicare 藥物計劃，或包含藥物承保的 Medicare 健康計劃 (如附帶藥物承保的 Medicare Advantage 計劃) 的人士，均可使用此付款方案。如果您已經參加了 Medicare 處方付費計劃，並持續留在同一 D 部分計劃中，則無需採取任何行動即可在 2027 年繼續參加。此付款方案可能有助於您管理費用，但並不會為您省錢或降低您的藥物自付費用總額。

若符合資格，Medicare 提供的「額外補助計劃」，以及您州內的藥物援助計劃 (state's pharmaceutical assistance program, SPAP) 和愛滋病藥物補助計劃 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 提供的援助，比只參加 Medicare 處方付費計劃更為有利。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。

Paperwork Reduction Act, PRA 披露聲明：根據 1995 年《文書簡化法案》(Paperwork Reduction Act) 規定，除非顯示有效的管理和預算辦公室 (Office of Management and Budget, OMB) 控管編號，否則不得要求任何人回覆資訊收集。本資訊收集文件的有效 OMB 控管編號為 0938-1444。如果您對本表格有意見或建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

