



# 2024 年福利指南

## 年度變更通知

隨附的通知將幫助您評估您當前的承保範圍並將其與我們明年提供的承保範圍進行比較。手冊中註明的所有計劃變更將於明年 1 月 1 日生效。



無需採取任何行動。

聯邦醫療保險 (Medicare) 年度投保期 (AEP) 從 10 月 15 日開始，至 12 月 7 日結束。您的投保將於 12 月 1 日自動續訂。

**感謝** 您信任福全健保 (Clever Care Health Plan) 的聯邦醫療保險 (Medicare) 承保。在過去的一年裡，我們很榮幸有機會滿足您的健康需求。我們提供的計劃將繼續遵循您的傳統、價值觀和文化健康需求。

我們期待您繼續成為福全健保 (Clever Care Health Plan) 的會員。



**Myong Lee (明里)**  
創辦人暨執行長



**Hiep Pham**  
創始人兼市場首席財務官

## 重要計劃材料

為了您的方便，福全健保 (Clever Care) 將於 10 月 15 日提供以下文件。

**承保服務範圍說明書 (EOC)** – EOC 為您提供有關您的醫療保健和處方藥福利和費用的詳細資訊。

[zh.clevercarehealthplan.com/eoc](http://zh.clevercarehealthplan.com/eoc)

**藥房目錄** – 查找當地醫療網絡內的藥房。

[zh.clevercarehealthplan.com/pharmacy](http://zh.clevercarehealthplan.com/pharmacy)

**醫療提供者名錄** – 搜索我們的健康照護提供者名單，包括醫生、專科醫生等。

[zh.clevercarehealthplan.com/provider](http://zh.clevercarehealthplan.com/provider)

**處方集** – 列出所有承保的藥物，以便您可以與您的醫生討論藥品選項。

[zh.clevercarehealthplan.com/formulary](http://zh.clevercarehealthplan.com/formulary)

## 以您的語言進行溝通的個人化支援

如果您需要幫助尋找醫療服務提供者、藥房或特定藥物，或者希望將這些文件的打印副本郵寄給您，請致電會員服務部 (833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) (TTY: 711) 10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時；4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。

**福全健保活力 (HMO) 計劃由  
Clever Care Health Plan, Inc. 提供**

## 2024 年年度變更通知

您目前以福全健保活力聯邦醫療保險優勢優勢 (Clever Care Active Medicare Advantage) (HMO) 計劃會員身份投保。明年，本計劃的費用和福利將有所變更。請參閱第 4 頁的**重要費用摘要 (含保費)**。

本文件說明您的計劃變更。如需更多有關費用、福利或規則的資訊，請查閱**承保範圍說明書**，該說明書位於我們的網站，網址為 [zh.clevercarehealthplan.com](http://zh.clevercarehealthplan.com)。您也可以致電會員服務部，要求我們郵寄一份**承保範圍說明書**給您。

- 您可以在 10 月 15 日至 12 月 7 日期間變更明年的聯邦醫療保險承保。

### 現在該做什麼

#### 1. 問題：您適用哪些變更

- 查看我們的福利和費用的變更，了解這些變更是否會影響您。
  - 查閱醫療照護費用 ( 醫師、醫院 ) 的變更。
  - 查閱我們藥物承保的變更 ( 含授權要求和費用 ) 。
  - 考慮您將花費多少保費、自付額和分攤費用。
- 查看 2024 年「藥物清單」的變更，以確保您目前服用的藥物仍獲得承保。
- 查看明年您的主治醫師、專科醫師、醫院和其他醫療機構 ( 含藥局 ) 是否屬於我們的網路。
- 想想您是否對我們的計劃感到滿意。

## 2. 比較：了解其他計劃選項

- 查看您所在地區計劃的承保內容和費用。請使用 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) 的 Medicare Plan Finder 或查閱 *Medicare & You 2024* ( *Medicare 與您 2024* ) 手冊背面的清單。
- 當您將選擇範圍縮小至最合適的計劃時，請在計劃的網站上確認您的費用與承保範圍。

## 3. 選擇：決定是否要變更計劃

- 如果您在 2023 年 12 月 7 日前未加入其他計劃，您將繼續投保福全健保活力計劃。
- 如需變更為不同計劃，您可以在 10 月 15 日至 12 月 7 日之間轉換計劃。您的新承保將於 **2024 年 1 月 1 日** 開始。這將終止您已投保的福全健保活力計劃。
- 如果您最近搬入、目前居住於或剛搬出機構（例如專業護理之家或長期照護醫院），您可以隨時轉換計劃或轉換至 Original Medicare（無論是否含另一項聯邦醫療保險處方藥計劃）。

## 其他資源

- 本文件免費提供中文、韓文、越南文和西班牙文版本。
- 如需更多資訊，請聯絡我們的會員服務專線：1-833-808-8153（普通話）或者 1-833-808-8161（粵語）。（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711。）我們的服務時間從 10 月 1 日至來年 3 月 31 日，每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，以及從 4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五上午 8 時至晚上 8 時。
- 本資訊也提供其他格式的版本，包括大字版、語音版或其他替代格式（如您需要）。若您需要其他格式的計劃資訊，請致電上列會員服務專線。
- 本計劃的保險符合 **Qualifying Health Coverage (QHC)** 資格，並且滿足《患者保護與平價醫療法案》(Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) 的個人分攤責任要求。如需詳細資訊，請造訪美國國稅局 (Internal Revenue Service, IRS) 網站 [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)。

## 關於福全健保活力計劃

- Clever Care Health Plan, Inc. 是一項與聯邦醫療保險簽有合約的 HMO 和 HMO C-SNP 計劃。投保需視續約情況而定。
- 本文件上的「我們」或「我們的」係指福全健保。手冊上的「計劃」或「本計劃」係指福全健保活力計劃。

H7607\_24\_CM1373\_M Accepted 09112023

**2024 年年度變更通知****目錄**

<b>2024 年重要費用摘要</b> .....	<b>5</b>
<b>第 1 節</b> <b>我們正在變更計劃的名稱</b> .....	<b>6</b>
<b>第 2 節</b> <b>下年度福利及費用變更</b> .....	<b>7</b>
第 2.1 節– 每月保費變更.....	7
第 2.2 節– 自付費用最高限額變更.....	7
第 2.3 節– 醫療機構和藥局網路變更.....	8
第 2.4 節 – 醫療服務福利和費用變更.....	8
第 2.5 節– D 部分處方藥物承保變更.....	14
<b>第 3 節</b> <b>決定選擇哪一項計劃</b> .....	<b>18</b>
第 3.1 節 – 如果您希望繼續投保 福全健保活力計劃.....	18
第 3.2 節 – 如果您希望變更計劃.....	18
<b>第 4 節</b> <b>變更計劃的截止日期</b> .....	<b>19</b>
<b>第 5 節</b> <b>提供免費聯邦醫療保險諮詢的計劃</b> .....	<b>20</b>
<b>第 6 節</b> <b>協助支付處方藥費用的計劃</b> .....	<b>20</b>
<b>第 7 節</b> <b>有疑問嗎？</b> .....	<b>21</b>
第 7.1 節– 向福全健保尋求協助.....	21
第 7.2 節– 向聯邦醫療保險尋求協助.....	22

## 2024 年重要費用摘要

下表比較 Clever Care Active 幾個重要項目的 2023 年和 2024 年費用。請注意，這只是費用摘要。

費用	2023 年 ( 本年度 )	2024 年 ( 次年度 )
每月計劃保費*	\$0	\$0
* 您的保費可能高於此金額。詳細資訊請參閱第 2.1 節。		
<b>B 部分保費扣減</b>	未提供	\$50
自付額	\$0	\$0
自付費用最高限額	\$1,000	\$2,500
這是您為承保服務支付的最高自付費用。( 詳細資訊請參閱第 2.2 節。 )		
<b>醫師診所看診</b>	主治醫師看診： 每次看診 \$0	主治醫師看診： 每次看診 \$0
	專科醫生看診： 每次看診 \$0	專科醫生看診： 每次看診 \$5
<b>住院治療</b>	第 1-5 天，您支付 \$150 共付額；第 6-90 天您支付 \$0 共付額	第 1-5 天，您支付 \$100 共付額；第 6-90 天您支付 \$0 共付額
<b>D 部份處方藥物承保</b>	自付額：\$0	自付額：\$0

費用	2023 年 ( 本年度 )	2024 年 ( 次年度 )
<p>( 詳細資訊請參閱第 2.5 節。 )</p>	<p>在初始承保階段適用的共付額/共保額：</p> <p>藥物層級 1：\$0 共付額                      藥物層級 2：\$0 共付額                      藥物層級 3：\$35 共付額                      藥物層級 4：\$99 共付額                      藥物層級 5：33% 共保額                      藥物層級 6：\$0 共付額</p> <p>災難性承保：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 在此付款階段，本計劃會為您支付大部分的承保藥費。</li> <li>• 對於每種處方，您需支付其中金額較大的一項：相當於藥物費用 5% 的付款 ( 稱為<b>共保額</b> )，或共付額 ( 學名藥或被視為學名藥的藥物為 \$4.15，所有其他藥物為 \$10.35 )。</li> </ul>	<p>在初始承保階段適用的共付額/共保額：</p> <p>藥物層級 1：\$0 共付額                      藥物層級 2：\$0 共付額                      藥物層級 3：\$47 共付額                      藥物層級 4：\$99 共付額                      藥物層級 5：33% 共保額                      藥物層級 6：\$0 共付額</p> <p>災難性承保：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 在此付款階段，本計劃將支付您承保的 D 部分藥物的全部費用。您無須支付任何費用。</li> </ul>

**第 1 節 我們正在變更計劃的名稱**

2024 年 1 月 1 日，計劃名稱將自 Clever Care Fortune Medicare Advantage (HMO) 計劃變更為福全健保活力 (Clever Care Active) (HMO) 計劃。



所有會員會在 1 月 1 日之前收到新的身份證。除了新計劃名稱外，本卡亦將列出 2024 年新的醫師、專科醫師、急診室和急診照護定額手續費金額。名稱變更不會影響您如何使用我們的福利或福全健保的任何會員通訊。

## 第 2 節 下年度福利及費用變更

### 第 2.1 節– 每月保費變更

費用	2023 年 (本年度)	2024 年 (次年度)
每月保費 (您也必須繼續支付您的聯邦醫療保險 B 部分保費。)	\$0	\$0
B 部分保費扣減	未提供	\$50

- 如果您由於沒有其他至少與聯邦醫療保險藥物承保 (也稱為可替代承保) 等級相同的藥物承保超過 63 天或以上而需要支付終生 D 部分延遲投保罰金，則您的每月計劃保費將較高。
- 如果您的收入較高，您可能必須就聯邦醫療保險處方藥物承保每月直接向政府支付一筆額外的費用。第 2.2 節– 自付費用最高限額變更。

### 第 2.2 節– 自付費用最高限額變更

聯邦醫療保險要求所有健保計劃限制您一年的自付費用上限。此限制稱為「自付費用最高限額」。達到此金額後，當年剩餘時間您通常無需為承保服務支付任何費用。

費用	2023 年 ( 本年度 )	2024 年 ( 次年度 )
<p><b>自付費用最高限額</b></p> <p>您的承保醫療服務費用 ( 例如共付額 ) 會計入您的自付費用上限。</p> <p>您的計劃保費和處方藥費用不計入您的自付費用最高限額。</p>	<p>\$1,000</p>	<p>\$2,500</p> <p>您為承保服務自行支付的費用達到 \$2,500 後，當日曆年度的剩餘時間您將無需為承保服務支付任何費用。</p>

### 第 2.3 節– 醫療機構和藥局網路變更

最新版目錄列於我們的網站 [zh.clevercarehealthplan.com](http://zh.clevercarehealthplan.com)。您也可以致電會員服務部獲取新的醫療機構和/或藥局資訊，或要求我們郵寄目錄給您，而我們將於三個營業日內郵寄給您。

明年我們的醫療機構網路將變更。請查閱 **2024 年醫療機構目錄**，了解您的醫療機構 ( 主治醫師、專科醫師、醫院等 ) 是否在我們的網路中。

我們的藥局網路在隔年將會所有變動。請查閱 **2024 年藥局目錄**，了解我們的網路中有哪一些藥局。

請務必了解，我們可能會在當年度變更您計劃中的醫院、醫師與專科醫師 ( 醫療機構 ) 以及藥局。如果我們的醫療機構年中變更影響到您，請聯絡會員服務部，以便我們提供協助。

### 第 2.4 節 – 醫療服務福利和費用變更

明年我們將變更特定醫療服務的費用和福利。以下資訊說明這些變更。

費用	2023 年 ( 本年度 )	2024 年 ( 次年度 )
針灸服務	您為不限次數網路內針灸就診的每次就診支付 \$0 定額手續費，每年最高限額 \$2,500。	您為不限次數網路內針灸就診的每次就診支付 \$0 定額手續費，每年的計劃最高限額 \$1,500。
救護車 ● 地面	每一趟您支付共付額 \$150	每趟的共付額 \$75
日間手術中心	每次就診您支付 \$75 定額手續費	每次就診的共付額為 \$0
心臟和肺部復健 ● 聯邦醫療保險承保的強化心臟復健服務 ● 聯邦醫療保險承保的肺部復健服務 ● 聯邦醫療保險承保的症狀性外周動脈疾病 (PAD) 的監督運動治療 (SET) 服務	每項服務您支付 \$30 共付額  每項服務您支付 \$20 共付額  每項服務您支付 \$30 共付額	每次服務 \$0 共付額  每次服務 \$0 共付額  每次服務 \$5 共付額

費用	2023 年 ( 本年度 )	2024 年 ( 次年度 )
<p><b>Covid-19 減少費用分擔</b></p>	<p>當涉及 COVID-19 病毒時，由持照執業人員開立的檢測或治療您將支付 \$0。包括全世界的急救照護治療。若發生緊急情況，網路及非網路醫療機構提供的照護皆予以承保。</p>	<p>由於聯邦公共衛生緊急狀態的結束，不再適用減少的費用分攤豁免。</p> <p>若您的家庭醫生 (Primary Care Physician, PCP) 開立醫囑，我們會根據福利一覽表承保 Covid-19 病毒相關的檢測或治療。</p>
<p><b>牙科服務</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>常規服務 ( 預防及綜合 ) 的 PPO 承保</li> </ul> <p>對於從網路外獲得的服務，計劃將支付承保服務允許的金額，直至季度計劃的最高限額。您可能需要承擔不超過醫療機構賬單金額的額外費用。</p>	<p>您支付 \$0 共付額，最高至補助金額。</p> <p>本計劃從您的生效日期開始 ( 例如 1 月 1 日 ) 提供 \$375 的季度補助，之後每三個月 ( 例如 4 月 1 日、7 月 1 日、以及 10 月 1 日 ) 提供總計不超過 \$1,500 的預防性及綜合服務補助金。</p> <p>不可結轉。</p> <p>不含種牙的手術植入。</p> <p>修復牙冠和固定假牙需要取得治療前授權</p>	<p>共付額為 \$0，以補助金額為上限。</p> <p>本計劃從您的生效日期開始 ( 例如 1 月 1 日 ) 提供 \$300 的季度補助，之後每三個月 ( 例如 4 月 1 日、7 月 1 日、以及 10 月 1 日 ) 提供總計不超過 \$1,200 的預防性及綜合服務補助金。</p> <p>不可結轉。</p> <p>包含種牙。</p> <p>種牙、锥形束 CT 掃描、修復牙冠和固定假牙修復需要治療前授權。</p> <p>畸齿矫正除外。</p>

費用	2023 年 ( 本年度 )	2024 年 ( 次年度 )
急診室	每次至急診室就診的定額手續費為 \$90。	每次就診的定額手續費為 \$75
<b>健康及保健彈性補助金</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 健身</li> </ul>	從生效日期起 ( 例如 1 月 1 日 ) 將提供第一次的 \$550 補助。在之後的每三個月 ( 例如 4 月 1 日、7 月 1 日、以及 10 月 1 日 ) 分別提供用於支付健身活動的補助金。	從生效日期起，本計劃提供每季 \$250 補助金用於承保的健身活動。季度末任何未使用的補助金額將不會結轉至下一季度，並於 12 月 31 日到期。
<b>聽力服務</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 硬體 ( 助聽器 )</li> </ul>	本計劃承保每耳最多每年 \$500 的助聽器。福利最高為 \$1,000。	本計劃提供每年每耳 \$600 的助聽器補助金。福利最高為 \$1,200。
住院病人急性住院	第 1 - 5 日，共付額為 \$150；第 6 - 90 日，共付額為 \$0	每次住院的第 1-5 日，共付額為 \$100；第 6-90 日，共付額為 \$0。
<b>精神健康服務</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 個人或團體療程</li> </ul>	您為每項聯邦醫療保險承保療程支付 20% 共保額	每項聯邦醫療保險承保療程 \$40 共付額
職能治療服務	每次就診支付 \$15	每次就診的共付額為 \$0
鴉片類藥物治療	您為聯邦醫療保險承保的福利支付 20% 共保額	聯邦醫療保險承保福利的共付額 \$40

費用	2023 年 ( 本年度 )	2024 年 ( 次年度 )
<b>非處方 (OTC) 藥品彈性補助金</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 非處方藥 (OTC)</li> <li>• 草藥營養補充品</li> </ul>	未提供	計劃提供 \$75 的合併季度補助，用於承保的非處方藥項目和/或草藥養生劑。  季度末任何未使用的合併補助金額將不會結轉，並於 12 月 31 日到期。
<b>其他醫療保健專業人員服務</b>	聯邦醫療保險承保的服務 共付額為 \$0	主治醫師的定額手續費為 \$0 心理健康的定額手續費為 \$40 所有其他服務的定額手續費 \$5
<b>門診診斷放射檢查</b>	診斷放射檢查 MRI/CT/PET 為 \$175	診斷放射檢查 MRI/CT/PET 的共付額 \$50
<b>門診醫院服務</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 門診住院</li> <li>• 門診手術及觀察</li> </ul>	每次住院支付 \$100	每次住院支付 \$0
<b>部分住院</b>	每次住院的共付額為 \$55	每次住院的共付額為 \$0
<b>專科醫生服務</b>	每次問診的定額手續費為 \$0	每次問診的定額手續費為 \$5
<b>精神科服務</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 個人或團體課程</li> </ul>	您為每次療程支付 20% 共保額	每次療程共付額 \$40
<b>物理和言語語言治療</b>	每次就診您支付 \$15 定額手續費	每次就診的共付額為 \$0

費用	2023 年 ( 本年度 )	2024 年 ( 次年度 )
<p><b>慢性病患者的特殊補充福利 (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)</b></p> <p>如果您被診斷患有以下一種或多種慢性病，您可能有資格獲得部分或全部補充福利：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 心血管疾病</li> <li>● 慢性及殘疾性心理健康障礙</li> <li>● 慢性心衰竭</li> <li>● 慢性肺部疾病</li> <li>● 失智症</li> <li>● 糖尿病</li> <li>● 末期肝臟疾病</li> <li>● 末期腎臟疾病</li> <li>● HIV/愛滋病</li> <li>● 神經疾病</li> <li>● 中風</li> </ul> <p>提及到的福利是針對慢性病患者特殊補充計劃的一部分。並非所有會員都有資格獲取。</p>	<p><b>居家支援服務</b></p> <p>日常生活的輔助服務的共付額為 \$0。</p>	<p><b>居家支援服務</b></p> <p>日常生活的輔助服務的共付額為 \$0。每年僅限 40 小時。</p>
<p><b>物質濫用治療</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 個人或團體課程</li> </ul>	<p>您為每項聯邦醫療保險承保療程支付 20% 共保額</p>	<p>每項聯邦醫療保險承保療程 \$40 共付額</p>

費用	2023 年 ( 本年度 )	2024 年 ( 次年度 )
交通 非緊急性	每年有 28 趟 25 英里半徑內的任何健康相關單程非緊急性的交通服務費用為 \$0。	每年有 16 趟 25 英里半徑內前往任何計劃批准、非緊急性、健康相關地點的單程交通費用為 \$0。
緊急需求服務 • 急診照護中心	每次至急診照護中心就診您支付 \$20 定額手續費。	每次就診的共付額為 \$0
視力服務 • 視力檢查 ( 聯邦醫療保險承保 ) • 眼鏡 ( 鏡框、鏡片或隱形眼鏡 )	您為聯邦醫療保險承保的視力檢查支付共付額 \$0-\$20。 眼鏡補助金每年為 \$240。	聯邦醫療保險承保的視力檢查每次共付額為 \$0。 本計劃每年提供 \$200 的眼鏡年度補助。
世界各地的承保	您為美國及其屬地境外之承保急救照護、緊急需求服務及救護車搭乘支付的年度費用限額為 \$50,000。	您為美國及其屬地境外之承保急救照護、急切需求服務及救護車搭乘支付的年度費用限額為 \$100,000。

## 第 2.5 節– D 部分處方藥物承保變更

### 「藥物清單」變更

我們的承保藥物清單稱為處方集或「藥物清單」。我們的「藥物清單」副本以電子版提供。我們對「藥物清單」進行變更，其中可能包括刪除或新增藥物、變更適用於我們承保之某些藥物的限制，或將其轉移至不同的費用分攤層級。請查閱「藥物清單」以確保您



的藥物明年將獲得承保，並查看是否有任何限制，或者您的藥物是否已被移至不同的分攤費用層級。

「藥物清單」中的大部分變更均為每年年初的新變更。然而，當年度我們可能會進行聯邦醫療保險規則允許的其他變更。例如，我們會立即刪除 FDA 認為不安全或藥品製造商退出市場的藥物。我們會更新我們的線上「藥物清單」，以提供最新版藥物清單。

如果您在年初或年中受到藥物承保變更的影響，請查閱您的承保證明第 9 章，並與您的醫生討論，以了解您的選項，例如要求臨時藥量、申請例外處理和/或努力尋找新的藥物。您也可以聯絡會員服務部以了解更多資訊。

### 處方藥物費用變更

**注意：**如果您參加了幫助支付藥物費用的計劃（「額外補助」），則您可能不適用 **D 部分處方藥費用的資訊**。我們已寄給您一張單獨的插頁，稱為「獲得額外補助支付處方藥費用者的承保證明附約」（也稱為「低收入補貼附約」或「LIS 附約」），其中會列出您的藥物費用。如果您因為獲得「額外補助」且在 9 月 30 日前未收到此插頁，請致電客戶服務部並申請「LIS 附約」。

**藥物付款階段**分成四個階段。以下資訊說明前兩個階段的變更，其中包括年度自付額階段及初始承保階段。（大多數會員不會達到另外兩個階段：承保缺口階段或重大傷病承保階段。）

自付額階段變更

階段	2023 年 ( 本年度 )	2024 年 ( 次年度 )
第 1 階段：年度自付額階段	<p>由於我們沒有自付額，您不適用此付款階段。</p> <p>優選胰島素無自付額。您為一個月藥量的優選胰島素支付 \$0-\$35。</p>	<p>由於我們沒有自付額，您不適用此付款階段。</p>

初始承保階段分攤費用變更

階段	2023 年 ( 本年度 )	2024 年 ( 次年度 )
<p><b>第 2 階段：初始承保階段</b></p> <p>在此階段，你的藥物費用會由計劃支付其應分攤的比例，您則支付自己應分攤的比例。</p> <p>大多數成人 D 部分疫苗均免費承保。</p>	<p>在網路內藥局以標準分攤費用領取一個月用量的費用：</p> <p><b>層級 1：首選學名藥：</b> 您為每種處方藥支付 \$0。</p> <p><b>層級 2：學名藥</b> 您為每種處方藥支付 \$0。</p> <p><b>層級 3：首選原廠藥</b> 您為每種處方藥支付 \$35。</p> <p><b>層級 4：非首選原廠藥</b></p>	<p>在網路內藥局以標準分攤費用領取一個月用量的費用：</p> <p><b>層級 1：首選學名藥：</b> 您為每種處方藥支付 \$0。</p> <p><b>層級 2：學名藥</b> 您為每種處方藥支付 \$0。</p> <p><b>層級 3：首選原廠藥</b> 您為每種處方藥支付 \$47。</p>

階段	2023 年 ( 本年度 )	2024 年 ( 次年度 )
	<p>您為每種處方藥支付 \$99。</p> <p><b>層級 5：專科層級藥物</b> 您支付總費用的 33%。</p> <p><b>層級 6：補充藥物</b> 您為每種處方藥支付 \$0。</p> <p><b>Senior Savings 優選胰島素</b>：您為優選胰島素支付 \$0-\$35</p>	<p>您為此層級每種承保胰島素產品的每月藥量支付 \$35。</p> <p><b>層級 4：非首選原廠藥</b> 您為每種處方藥支付 \$99。</p> <p><b>層級 5：專科層級藥物</b> 您支付總費用的 33%。</p> <p><b>層級 6：補充藥物</b> 您為每種處方藥支付 \$0。</p> <p><b>Senior Savings 優選胰島素</b>：不再提供此計劃，但是您購買胰島素的費用永遠不會超過 \$35。</p>
<p><b>第 2 階段：初始承保階段 ( 續 )</b></p> <p>此列中的費用是在網路內藥局以標準分攤費用領取一個月 ( 30 日 ) 用量的費用。</p> <p>如需長期用量或郵購處方藥費用的資訊，請查閱 <i>承保證明</i> 第 6 章第 5 節。</p>	<p>當您的總藥物費用達到 \$4,600 後，您將進入下一階段 ( 承保缺口階段 )。</p>	<p>當您的總藥物費用達到 \$5,030 後，您將進入下一階段 ( 承保缺口階段 )。</p>

階段	2023 年 ( 本年度 )	2024 年 ( 次年度 )
<p>我們已變更「藥物清單」上部分藥物的層級。如需查看您的藥物是否屬於不同層級，請查詢「藥物清單」。</p>		

### 承保缺口與重大傷病承保階段變更

另外兩個藥物承保階段——承保缺口階段與重大傷病承保階段——適用於藥物費用高者。大多數會員不會達到承保缺口階段或重大傷病承保階段。

自 2024 年開始，如果您達到重大傷病承保階段，您無需為承保的 D 部分藥物以及在我們加強型福利範圍內不承保藥物支付費用。

如需您在這些階段的特定費用資訊，請參閱您的承保證明中的第 6 章第 6 節和第 7 節。

## 第 3 節 決定選擇哪一項計劃

### 第 3.1 節 – 如果您希望繼續投保福全健保活力計劃

欲續保我們的計劃，您無需採取任何行動。如果您在 12 月 7 日前未註冊其他計劃或變更為 Original Medicare，您將自動投保本計劃。

### 第 3.2 節 – 如果您希望變更計劃

我們希望明年您繼續加入會員，但如果您希望在 2024 年變更計劃，請按照以下步驟進行：

## 第 1 步：了解並比較您的選擇

- 您可以加入不同的聯邦醫療保險健保計劃，
- 或者 -- 您可以變更為 **Original Medicare**。如果您變更為 **Original Medicare**，您將需要決定是否加入聯邦醫療保險藥物計劃。如果您未投保聯邦醫療保險藥物計劃，請參閱第 2.1 節的潛在 D 部分延遲投保罰金說明。

如需了解 **Original Medicare** 與不同類型聯邦醫療保險計劃的詳細資訊，請使用 **Medicare Plan Finder** ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare))、參閱 *Medicare 與您 2024* 手冊、致電您的 **State Health Insurance Assistance Program** (請參閱第 5 節)，或致電聯邦醫療保險 (請參閱第 7.2 節)。

## 第 2 步：變更您的保險

- 如需變更為不同的聯邦醫療保險健保計劃，請投保新計劃。您將自動退保我們的計劃。
- 如需變更為含處方藥計劃的 **Original Medicare**，請投保新的藥物計劃。您將自動退保我們的計劃。
- 如需變更為不含處方藥計劃的 **Original Medicare**，您必須：
  - 如果您需要退保程序的詳細資訊，請向我們寄送書面申請以聯絡會員服務部 (電話號碼列於本手冊的第 7.1 節)。
  - – 或者 – 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡聯邦醫療保險申請退保，服務時間每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。

## 第 4 節 變更計劃的截止日期

如果您希望在明年變更為其他計劃或 **Original Medicare**，您可以在 **10 月 15 日至 12 月 7 日間**變更。此變更將於 2024 年 1 月 1 日生效。

## 一年中還有其他時間可以進行變更嗎？

在某些情況下，一年中的其他時間也允許進行變更。範例包括，享有 Medicaid 者、獲得「額外補助」支付藥物費用者、已經或即將退出雇主保險者，以及搬出服務地區者。

如果您在 2024 年 1 月 1 日投保聯邦健保優勢計劃而且不喜歡您選擇的計劃，您可以在 2024 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期間轉換至另一項聯邦醫療保險健保計劃（無論是否含聯邦醫療保險處方藥物承保），或轉換至 Original Medicare（無論是否含聯邦醫療保險處方藥物承保）。

如果您最近搬入、目前居住於或剛搬出機構（例如專業護理之家或長期照護醫院），您可以隨時變更您的聯邦醫療保險承保。您可以隨時轉換至任何其他聯邦醫療保險健康計劃（無論是否含聯邦醫療保險處方藥物承保），或轉換至 Original Medicare（無論是否含另一項聯邦醫療保險處方藥計劃）。

## 第 5 節 提供免費聯邦醫療保險諮詢的計劃

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 是一項獨立政府計劃，在每個州都有訓練有素的顧問。在加州，SHIP 稱為 Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP)。

這是一個州立計劃，由聯邦政府提撥資金，為投保聯邦醫療保險者提供免費的當地健康保險諮詢。Health Insurance Counseling & Advocacy Program 顧問可以幫助您解決您的聯邦醫療保險疑問或困難。他們可以幫助您了解您的聯邦醫療保險計劃選擇，並回答有關轉換計劃的問題。您可以致電 1-800-434-0222（聽障專線（TTY）使用者請致電 711）聯絡 HICAP。您可以造訪其網站以了解更多關於 HICAP 的資訊：  
[Aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling](https://Aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling)。

## 第 6 節 協助支付處方藥費用的計劃

您可能符合獲得協助支付處方藥費用的資格。我們在下方列出了不同類型的協助：

- **聯邦醫療保險的「額外補助」。**收入有限的人士可能會符合「額外補助」的資格，來支付他們的處方藥費。若您符合資格，聯邦醫療保險可以支付您藥費達 75% 或以上，包括每月處方藥保費、年度自付額及共保額。此外，符合資格的人士無需繳納保險中斷或延遲投保罰金。如需確認您是否符合資格，請致電：
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048，服務時間每週 7 天，每天 24 小時；
  - 社會安全辦公室 ( Social Security office ) 電話：1-800-772-1213，代表服務時間為週一至週五，早上 8 點到晚上 7 點。24 小時全天候提供自動訊息。聽障專線 ( TTY ) 使用者請致電 1-800-325-0778；或
  - 您的州 Medicaid 辦公室 ( 申請 )。
- **HIV/愛滋病患者的處方藥分攤費用援助。**AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 有助於確保符合 ADAP 資格的 HIV/愛滋病患者能獲得拯救生命的 HIV 治療藥物。個人必須符合特定標準，包括州居住證明和 HIV 狀態、州定義的低收入，以及未投保/保險不足狀態。亦由 ADAP 承保的聯邦醫療保險 D 部分處方藥，符合透過 California AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 獲得處方分攤費用協助的資格。如需資格標準、承保藥物或投保此計劃方式的資訊，請致電 1-844-421-7050，服務時間為星期一至星期五，上午 8 點至下午 5 點 ( 國定日除外 )。

## 第 7 節 有疑問嗎？

### 第 7.1 節– 向福全健保尋求協助

有疑問嗎？我們隨時為您提供協助。致電上列會員服務專線：**1-833-808-8153 (普通話) 或者 1-833-808-8161 (粵語)** ( 僅限聽障專線(TTY)：711 )。我們接聽電話的時間為 10 月 1 日至來年 3 月 31 日每週七天，上午 8 時至晚上 8 時；4 月 1 日至 9 月 30 日為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。撥打以上號碼是免費的。

請詳閱您的 **2024 年承保範圍說明書** ( 其中包含明年福利及費用的詳細資訊 )

本 **年度變更通知** 為您提供了 2024 年福利及費用變更摘要。如需詳細資訊，請查閱 2024 年福全健保活力計劃的 **承保範圍說明書**。承保證明是一份計劃福利的法定詳細說明。其解

釋您的權利，以及獲得承保服務與處方藥所需遵守的規則。承保範圍說明書的副本位於我們的網站，網址為 [zh.clevercarehealthplan.com](http://zh.clevercarehealthplan.com)。您也可以致電會員服務部，要求我們郵寄一份承保範圍說明書給您。

### 造訪我們的網站

您也可以造訪我們的網站，網址為 [zh.clevercarehealthplan.com](http://zh.clevercarehealthplan.com)。提醒您，網站上有我們的醫療機構網路（醫療機構目錄）與我們承保藥物清單（處方集）的最新資訊。

---

## 第 7.2 節– 向聯邦醫療保險尋求協助

---

如需直接從聯邦醫療保險獲取資訊：

### 請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。

### 造訪聯邦醫療保險網站

造訪聯邦醫療保險網站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))。其提供費用、承保範圍及品質星級評分等資訊，可幫助您比較所在地區的聯邦醫療保險健保計劃。如需查看計劃資訊，請造訪 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)。

### 參閱 *Medicare 與您 2024*

請參閱 *Medicare 與您 2024* 手冊。每年秋季，這份文件均會郵寄給投保聯邦醫療保險的人士。其提供聯邦醫療保險的福利、權利及保障摘要，並回答聯邦醫療保險的最常見問題。如果您沒有本文件的副本，您可以在聯邦醫療保險網站 (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取，服務時間每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。

M10114-ANOC-ACV-ZH (10/23)



## 反歧視與無障礙設施規定

### 歧視是違反法律的行為。

Clever Care Health Plan Inc. (以下簡稱 Clever Care) 遵循適用的聯邦民權法，不會基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別 (包括懷孕、性取向和性別認同) 而歧視。Clever Care 不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別 (包括懷孕、性取向和性別認同) 而排斥或區別對待他人。

### Clever Care:

- 為殘障人士提供免費輔助和服務，讓其可以有效地與我們溝通，例如：
  - 合格手語翻譯員
  - 其他格式的書面資訊 (大字版、語音版、無障礙電子格式、其他格式)
- 為母語非英語的人士提供免費語言服務，例如：
  - 合格口譯員
  - 其他語言版本的書面資訊

**如果您需要上述服務，請致電 (833) 808-8153 (普通話) | (833) 808-8161 (粵語) (TTY: 711)。**

如果您認為 Clever Care 未能提供這些服務或基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別 (包括懷孕、性取向和性別認同) 以其他方式歧視，您可以遞交投訴到：

Clever Care Health Plan  
Attn: Civil Rights Coordinator  
7711 Center Ave  
Suite 100  
Huntington Beach CA 92647

**電子郵件：**[civilrightscoordinator@ccmapd.com](mailto:civilrightscoordinator@ccmapd.com)  
**傳真：** (657) 276-4721

您可以通過郵件、傳真或電子郵件提出申訴。如果您需要幫助提出申訴時，我們的 Clever Care 民權利協調員可以為您提供幫助。

您也可以向美國衛生與公眾服務部的民權辦事處提出民權投訴，請透過民權辦事處的投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 在線上提出投訴或者透過郵件或電話提出投訴：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (聽障專線)。  
您可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 找到投訴表。

## Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at (833) 388-8168 (TTY:711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Español (Spanish):** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al (833) 388-8168 (TTY:711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 (833) 808-8153 (TTY:711) (普通话)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 (833) 808-8161 (TTY:711) (粵語)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa (833) 388-8168 (TTY:711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au (833) 388-8168 (TTY:711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi (833) 808-8163 (TTY:711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter (833) 388-8168 (TTY:711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 (833) 808-8164 (TTY:711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону (833) 388-8168 (TTY:711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (833) 388-8168 (TTY:711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें (833) 388-8168 (TTY:711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero (833) 388-8168 (TTY:711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número (833) 388-8168 (TTY:711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan (833) 388-8168 (TTY:711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer (833) 388-8168 (TTY:711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、(833) 388-8168 (TTY:711) にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

**Khmer:** យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរទាំងឡាយណាដែលអ្នកមានស្តីអំពីគម្រោងសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ (833) 388-8168 (TTY:711) ។ អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរណាម្នាក់អាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

**Thai:** เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามที่คุณอาจมีเกี่ยวกับสุขภาพหรือยาของเรา หากคุณต้องการล่ามแปลภาษาไทย เพียงโทรหาเราที่ (833) 388-8168 (TTY:711) บุคคลที่พูดภาษาอังกฤษสามารถช่วยคุณได้ นี่คือการบริการฟรี



福全健保

Enrollment Department  
7711 Center Ave | Suite 100  
Huntington Beach CA 92647



維護健康 + 尊重傳統