

## 華人保健計劃提供的「東華智選 (HMO D-SNP) 計劃」

# 2023 年年度變更通知

您目前是東華智選 (HMO D-SNP) 計劃的會員。明年我們計劃的福利保障及自付費將有新的改變，請參閱第 4 頁的重要費用及保費摘要。

此文件說明您的計劃所做的更改。要獲取有關費用、保障或細則的更多資料，請到我們的網站 [www.CCHPHealthPlan.com/Medicare](http://www.CCHPHealthPlan.com/Medicare) 下載保障說明書。您也可以致電會員服務中心，要求我們向您郵寄複印本。

### 需要做的重要步驟：

#### 1. 詢問：哪些更改適用於您？

- 檢查本計劃福利保障及費用的改變是否影響您。
  - 檢查醫療費用的變化（醫生、醫院）
  - 檢查我們藥物承保範圍的變化，包括授權要求及費用
  - 考慮您將在保費、扣除額及費用分攤上花費多少
- 檢查 2023 年藥物清單中的變化，確保您目前服用的藥物仍在承保範圍內。
- 檢查您的家庭醫生、專科醫生、醫院及其他醫療服務提供者（包括藥房）明年是否還包括在本計劃的醫療網內。
- 細想一下您是否滿意我們的計劃。

#### 2. 比較：了解其它健保計劃的選擇。

- 了解您居住地區健保計劃的保障及費用。請前往 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) 網站上的聯邦保健計劃搜尋器或查看聯邦保健與您 2023 手冊封底的資料。
- 當您選擇到較合適的計劃後，請到該健保計劃的網站確認您的費用及保障。

#### 3. 選擇：決定是否轉換您的健保計劃。

- 如您在 2022 年 12 月 7 日之前不加入其它計劃，您將會保留在東華智選 (HMO D-SNP) 計劃。
- 如您覺得其它健保計劃更能滿足您的需要，可在 10 月 15 日到 12 月 7 日期間轉至其它計劃。您的新計劃將於 2023 年 1 月 1 日生效，同時終止您的東華智選 (HMO D-SNP) 計劃。
- 請參閱第 10 頁的 3.2 節詳細了解您的選擇。

- 如果您最近搬入、目前居住或剛搬出某個設施（如專業護理機構或長期護理醫院），您可以隨時轉換計劃或轉換為原式聯邦保健（包括或不包括聯邦保健處方藥計劃）。

### 其它訊息

- 此文件有中文及西班牙文版本免費提供。
- 請在每天上午 8 時至晚上 8 時致電 1-888-775-7888 聯絡會員服務中心了解詳情。
- 此文件有其它的語言版本免費提供。了解詳情請致電：1-888-775-7888 與會員服務中心聯絡與會員服務中心聯絡。(聽力殘障人士請致電 1-877-681-8898)，每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。會員服務中心也有提供免費其它語言的口譯服務。
- **本計劃承保的保障是有合格的醫療保障 ( QHC ) 資格並滿足患者保護與可負擔醫療法案的 ( ACA ) 個人共同承擔責任要求。**了解更多資訊，請瀏覽國稅局 ( IRS ) 網站 [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)。

### 關於東華智選 (HMO D-SNP)計劃

- 東華智選(HMO D-SNP)計劃是一個與聯邦保健簽有合約的 HMO 計劃，而東華智選 (HMO D-SNP) 計劃能否接收會員取決於這合約是否獲得續約。這計劃還與加州醫療補助(Medicaid) 簽有協議書，以協調您的加州醫療補助(Medicaid)福利。
- 在此文件內，「我們」，「我們的」用詞均代表「華人保健計劃」；而「本計劃」或「我們的計劃」則代表「東華智選(HMO D-SNP)計劃」。

---

H0571\_2023ANOC005CH\_M

## 2023年年度變更通知 目錄

<b>2023 年重要自付費概況</b> .....	4
<b>第1節 除非您轉至其它健保計劃，否則您會自動保留2023東華智選(HMO D-SNP)計劃會員資格</b> .....	0
<b>第2節 明年的福利保障及費用的改變</b> .....	0
第 2.1 節 – 月費的改變.....	0
第 2.2 節 – 自付費用上限的改變.....	1
第 2.3 節 – 聯網醫療服務及聯網藥房的改變.....	1
第 2.4 節 – 醫療保障福利及費用改變.....	2
第 2.5 節 – D 部份處方藥物保障的改變.....	3
<b>第3節 確定加入那一個保健計劃</b> .....	6
第 3.1 節 – 如果您想繼續留在東華智選 (HMO D-SNP) 計劃.....	6
第 3.2 節 – 如果您想轉至其它計劃.....	6
<b>第4節 轉換計劃的最後限期</b> .....	7
<b>第5節 有關聯邦保健計劃及加州醫療補助計劃的免費諮詢服務</b> .....	8
<b>第6節 處方藥物資助計劃</b> .....	8
<b>第7節 如有疑問?</b> .....	9
第 7.1 節 – 從東華智選 (HMO D-SNP)計劃獲取幫助.....	9
第 7.2 節 – 從聯邦保健獲取幫助.....	9
第 7.3 節 – 從加州醫療補助計劃 (Medi-Cal) 獲取幫助.....	10

## 2023 年重要自付費概況

以下表格是東華智選(HMO D-SNP)計劃的幾個重要部份在2022年及2023年的費用比較。請注意，這僅是費用的摘要。您可以瀏覽網址: [www.CCHPHealthPlan.com/medicare](http://www.CCHPHealthPlan.com/medicare) 查閱保障說明書。如您符合聯邦醫療健保及加州醫療補助計劃(Medicaid)的資助分擔費用資格，您需支付的扣除額、醫生診所自付費及住院費將會是\$0。

	2022 (今年)	2023 (明年)
<b>月費*</b> *月費依個人情況而定，可能比這標準收費較高或較低。詳見第2.1節。	每月\$0 - \$33.20	每月\$0 - \$38.90
<b>前往醫生診所就診</b>	看家庭醫生： 每次\$0 自付費  看專科醫生： 每次\$0 自付費	看家庭醫生： 每次\$0 自付費  看專科醫生： 每次\$0 自付費
<b>住院</b>	每日\$0 自付費	每日\$0 自付費
<b>D 部份處方藥物保障</b> (詳見第2.5 節)	扣除額：\$480  最初保障期內的共付費： ● 所有藥物每張處方您需付總費用的 25%	扣除額：\$505  最初保障期內的共付費： ● 所有藥物每張處方您需付總費用的 25%
<b>自付費用上限</b>  這是您個人支付A及B部份承保項目費用的 <u>上限</u> 。(詳情見第2.2 節)。	\$3,400  您無需為A及B部分承保的服務支付計算最高自付費用上限的任何費用。	\$3,400  您無需為A及B部分承保的服務支付計算最高自付費用上限的任何費用。

## 第1節 除非您轉至其它健保計劃，否則您會自動保留2023東華智選 (HMO D-SNP)計劃會員資格

如果在2022年，您沒有採取任何行動改變您個人的聯邦保健計劃，我們會自動保留您東華智選(HMO D-SNP)計劃會員資格。這代表從2023年1月1日起，仍然由東華智選 (HMO D-SNP)計劃來為您提供醫療及處方藥物保障。您可轉至其它健保計劃或原式聯邦保健計劃及參加處方藥物保障計劃以便配購藥物，您只可從10月15日至12月7日期間加入新的計劃，新的保障將從2023年1月1日開始生效。

## 第2節 明年的福利保障及費用的改變

### 第 2.1 節 – 月費的改變

費用	2022(今年)	2023 (明年)
月費 (您必須繼續支付聯邦保健B部份的保費，除非加州醫療輔助計劃會為您支付)	每月\$0 - \$33.20	每月\$0 - \$38.90

## 第 2.2 節 – 自付費用上限的改變

聯邦保健要求所有的健保計劃都設定每年個人自付費用的上限，稱為「自付費用上限」。當您自付的費用達到了這個上限，您在該年度的剩餘時間內基本上無需再支付任何費用。

費用	2022 (今年)	2023(明年)
自付費用上限	\$3,400	\$3,400
本計劃的會員享有加州醫療輔助，通常會員不會達到這上限。		當您已經為承保服務支付達\$3,400自付費限額，到年底前您無需再支付承保服務的任何費用。
如果您合資格獲得 A 及 B 部分自付費及扣除額的加州醫療輔助計劃援助，您則無需負責為計算 A 及 B 部分承保的服務自付費之限額中的任何自付費用。		
您需要支付的受保障醫療服務費用(例如自付費)也會計入您的自付費用上限。而月費及支付處方藥的費用		

## 第 2.3 節 – 聯網醫療服務及聯網藥房的改變

您可瀏覽[www.CCHPHealthPlan.com/Medicare](http://www.CCHPHealthPlan.com/Medicare) 搜尋更新名錄。您也可致電會員服務中心了解最新資訊，或要求我們給您寄一份最新資料。

醫療提供者的醫療聯網在明年將有改變。請參閱**2023 醫生名錄**，查看您的醫生(主治醫生、專科醫生及醫院等) 仍否在網絡。

我們的聯網藥房在明年將有改變。請參閱 **2023 年藥房目錄**，查看哪些藥房仍否在網絡。

我們計劃內的醫院，醫生及科醫生(醫療服務提供者)可能在年中會有所更改。這是重要而您是需要知道的。如果您受到此更改影響，請聯絡會員服務中心。

## 第 2.4 節 – 醫療保障福利及費用改變

請注意，年度變更通知只會告訴您聯邦保健福利保障及自付費的改變。

某些醫療服務保障及費用在明年將會有改變，以下的資料記錄了這些更改。

	2022 (今年)	2023 (明年)
雜貨津貼卡	<p>\$0 自付費，雜貨津貼卡由 NationsBenefits 管理</p> <p>津貼卡每月\$18.88，只適用於參與零售商</p>	<p>\$0 自付費，雜貨津貼卡由 NationsBenefits 管理</p> <p>津貼卡每月\$28，只適用於參與零售商</p>
牙科服務	<p>您的計劃由 Delta Dental of California 管理。每位會員必須到指定的合約牙醫以獲得保障服務。您必須從 <a href="http://www.deltadentalins.com/CCHP">www.deltadentalins.com/CCHP</a> 的目錄中選擇一位合約牙醫</p>	<p>\$1,000 津貼支付加州醫療輔助牙科計劃非涵蓋的牙科服務。</p> <p>您可以透過加州醫療輔助牙科計劃 ( 也稱為 Denti-Cal ) 獲得牙科保險。有關保障範圍及尋找牙醫，請瀏覽 <a href="http://smilecalifornia.org">smilecalifornia.org</a>。</p> <p>請致電免通話費的聯絡加州醫療輔助牙科計劃會員電話服務中心 1-800-322-6384 (聽力障礙人士 1-800-735-2922)。他們的代表在周一至週五早上 8 時至下午 5 時提供協助。</p>

	2022 (今年)	2023 (明年)
<p>糖尿病人的自我監護訓練、糖尿病監護服務及用品</p>		<p>自2023年4月1日起，B部分可回饋的藥物共付費調整：B部分可回饋藥物的分攤費用，不得超過原式聯邦保健計劃參加者的共付費用。B部分胰島素的分攤費用設有上限。</p> <p><i>從2023年4月至12月31日，CCHP 將退還您曾支付任何超出共付費的金額。</i></p> <p><i>從 2023 年 7 月 1 日起，受保障胰島素產品的 1 個月劑量不得超過 \$35 的分攤費用。</i></p>

## 第 2.5 節 – D 部份處方藥物保障的改變

### 藥物表的改變

我們的受保障藥物目錄稱為保障藥物一覽表或「藥物表」。請向會員服務中心 (聯絡資訊列在背頁) **索取一份完整的藥物表**或瀏覽我們的網址[www.CCHPHealthPlan.com/medicare](http://www.CCHPHealthPlan.com/medicare)。

藥物表內的承保藥物及某些藥物的限制條款也會有些改變。**請參閱藥物表，查看明年您的藥物是否仍然承保及有關限制條款是否有更改。**

新的藥物表大多數在每年年初開始更改。然而，我們可能會在這年中進行聯邦保健規則允許的其它更改。例如：我們可以立即移除 FDA 認為不安全的藥物或製造商停售的藥物。我們常更新網上藥物表的資料。



如果您在年初或年中受到藥物更改的影響，請查看保障說明書第 9 章並詢問醫生意見以了解您的選擇，例如：要求臨時供應、申請豁免及/或盡力尋找新藥物。您也可以聯絡會員服務中心以獲取更多資訊。

**處方藥物費用的改變**

如果您獲得「額外資助」來支付您的聯邦保健處方藥物，您可能有資格獲得減少或免去D部分藥物的費用分攤。本節中描述的某些資訊可能不適用於您。

注意：如果您獲得資助支付藥費(額外資助)，**有關D部份處方藥費用的資料可能不適用於您**。我們另附上一份「獲得處方藥物資助的保障說明書附加條文」(又稱「低收入資助附加條文」或「LIS Rider」)說明，解釋有關您的藥物費用情況。如果您獲取「額外資助」，但在此郵件內沒有包括「低收入資助附加條文」，請向會員服務中心索取。

藥物費用有「四個保障階段」。以下說明了首兩個保障階段的改變 – 年度扣除額期及最初期保障期 (大部份會員不會達到其餘的兩個階段 - 保障間斷期或重病保障期。)

**年度扣除額期的改變**

階段	2022 (今年)	2023 (明年)
<p><b>第一階段: 年度扣除額期</b></p> <p>在這期間，您需要支付D部分藥物的全部費用，直至達到年度扣除額。</p>	<p>年度扣除額是: \$0，\$99，或\$480 取決於您得到的「額外資助」金額。(請參閱另附上的低收入資助附加條文所列的扣除額。)</p>	<p>年度扣除額是: \$0，\$104，或\$505 取決於您得到的「額外資助」金額。(請參閱另附上的低收入資助附加條文所列的扣除額。)</p>

**最初期保障期分擔費的改變**

階段	2022 (今年)	2023 (明年)
<p><b>第二階段: 最初期保障期</b></p> <p>當您支付的費用達到年度扣除額，您便進入最初期保障期。在這期間，計劃支付其藥物分擔費用，而您需要支付您的藥物分擔費用。</p> <p>這欄所列的費用是您在聯網藥房配購一個月(30天)藥物的費用。欲了解長期供應或郵購處方費用詳情，請參閱保障說明書第6章的第5節。</p>	<p>在聯網藥房配購一個月藥物的費用:</p> <p><b>所有藥物:</b> 每張處方您需付總額的25%。</p> <p>當您的總藥物費用達到\$4,430，您會進入下一個保障期(保障間斷期)。</p>	<p>在聯網藥房配購一個月藥物的費用:</p> <p><b>所有藥物:</b> 每張處方您需付總額的25%。</p> <p>當您的總藥物費用達到\$4,660，您會進入下一個保障期(保障間斷期)。</p>

**有關支付疫苗費用的重要資訊**

本計劃承擔大多數 D 部分所承保之疫苗接種，您無須支付費用。聯絡會員服務部了解更多詳情。

**有關支付胰島素費用的重要資訊**

無論您在任何費用分擔等級，本計劃承保各種胰島素的一個月供應量費用不多於\$35。

自2023年4月1日起，B部分可回饋的藥物共付費調整：B部分可回饋藥物的分攤費用，不得超過原式聯邦保健計劃參加者的共付費用。B部分胰島素的分攤費用設有上限。

從2023年4月至12月31日，CCHP 將退還您曾支付任何超出共付費的金額。

從2023年7月1日起，受保障胰島素產品的1個月劑量不得超過\$35的分攤費用。

## 第3節 確定加入那一個保健計劃

### 第 3.1 節 – 如果您想繼續留在東華智選 (HMO D-SNP) 計劃

要繼續留在本計劃，您無需採取任何行動。如果您沒有加入其它計劃或轉至原式聯邦保健計劃，您將自動加入東華智選 (HMO D-SNP) 計劃。

### 第 3.2 節 – 如果您想轉至其它計劃

我們希望您明年能繼續成為我們的會員，但如果您希望在2023年轉至其它計劃，請遵照下步驟：

#### 步驟 1：了解並比較各種計劃

- 您可以隨時選擇其它聯邦保健計劃，
- -- 或者-- 您可以隨時轉至原式聯邦保健計劃。如果您選擇原式聯邦保健計劃，您需要決定是否加入聯邦保健藥物計劃。

要了解更多有關原式聯邦保健及其它保健計劃，請使用聯邦保健計劃搜尋器

([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare))、參閱「聯邦保健與您2023」手冊，或致電州立醫療保險輔助計劃(見第5節)，或直接致電聯邦保健(見第7.2節)。

注意，我們提供其它聯邦醫療健保計劃。這些計劃可能會有不同的保障範圍，月費及分擔費用。

#### 步驟 2：改變保障計劃

- 當加入其它聯邦保健計劃，您的東華智選(HMO D-SNP)計劃會員身份即自動取消。
- 當轉至附帶處方藥物計劃的原式聯邦保健計劃，您的東華智選(HMO D-SNP)計劃會員身份即自動取消。
- 要轉至不附帶有處方藥物計劃的原式聯邦保健計劃，您必須：

- 向我們提出書面退保申請。具體做法請致電會員服務中心(電話號碼印在本手冊的第7.1節)。
- – 或 – 致電聯邦保健每週七天，每天24小時運作的1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，要求退出現有健保計劃。聽力障礙人士可致電1-877-486-2048。

如您轉至原式聯邦保健計劃，但不加入處方藥物計劃。除非您選擇退出自動登記，否非聯邦保健計劃可能會自動為您加入處方藥物計劃。

## 第4節 轉換計劃的最後限期

如您希望明年轉到其它的醫療健保計劃，或轉回到原式聯邦保健計劃，您可在**10月15日至12月7日**期間加入新的計劃，新的保障將從**2023年1月1日**開始生效。

### 可以在一年之中其它時間作出改變嗎？

在某些情況下，一些人士可以在一年中的其它時間更改計劃：例如獲得低收入「額外資助」的醫療藥物費用補助，已經或正在離開僱主醫療保險，以及離開服務範圍。

如果您參加了2023年1月1日生效的聯邦保健優惠計劃，但不喜歡您的計劃，您可在2023年1月1日至3月31日期間可以轉換到另一個聯邦保健計劃（有或沒有聯邦保健處方藥物保障）或切換到原式聯邦保健計劃（有或沒有聯邦保健處方藥物保障）。

如果您最近搬入、目前居住或剛搬出某個設施（如專業護理機構或長期護理醫院），您可以隨時更改您的聯邦保健承保範圍。您可以隨時轉換計劃（包括或不包括聯邦保健處方藥計劃）或轉換為原式聯邦保健（包括或不包括聯邦保健處方藥計劃）。

## 第5節 有關聯邦保健計劃及加州醫療補助計劃的免費諮詢服務

州立醫療保險補助計劃(SHIP)是一項獨立的政府計劃，在每一個州都安排受過訓練的顧問。在加州，此計劃稱為醫療保險諮詢及權益倡導計劃(HICAP)。

它是一個由聯邦政府撥款資助的州立計劃，為聯邦保健會員提供**免費**的健康保險諮詢服務。**醫療保險諮詢及權益倡導計劃(HICAP)**的顧問可為您解答有關聯邦保健的問題，幫助您了解及選擇各種不同的聯邦保健計劃，以及回答有關轉換健保計劃的問題。**醫療保險諮詢及權益倡導計劃(HICAP)**的查詢電話是1-800-434-0222，或瀏覽其網頁[www.aging.ca.gov/hicap](http://www.aging.ca.gov/hicap)了解更多有關資料。

有關加州醫療補助計劃 (Medicaid) 保障的問題，請致電1-916-445-4171聯絡加州醫療保健部門，聽力障礙人士請致電 1-916-445-0553。詢問加入另一個計劃或返回原式聯邦健保會怎樣影響您獲得加州醫療補助 (Medicaid) 的保障。

## 第6節 處方藥物資助計劃

您也許符合資格申請資助來支付處方藥物的費用。我們列出以下申請資助途徑：

- **聯邦保健的「額外資助」**。因為您有加州醫療補助，所以您已經獲得「額外資助」又稱低收入補助。「額外資助」計劃替您支付部分處方藥月費，年度扣除額以及共同保險費。此外，因您獲得額外資助，所以您不會遭遇保障間斷期或遲入會罰款。如對「額外資助」有疑問，請致電：
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，聽力障礙人士請致電1-877-486-2048。這兩個號碼都是每週七天，每天24小時運作；
  - 社會安全辦公室，電話號碼1-800-772-1213，服務代表接聽時間為週一至週五早上8時至晚上7時，音頻系統每天24小時運作。聽力障礙人士請致電1-800-325-0778；或
  - 親臨您所在州的加州醫療補助計劃(Medicaid)辦公室。

- **處方費用分擔援助愛滋病毒/愛滋病的人。**愛滋病藥物援助計劃 (ADAP) 資格的人有機會獲得挽救生命的愛滋病毒藥物。符合資格的人必須提供國家戶籍證明、愛滋病病毒感染狀況證明及由國家界定屬於低收入及無醫療保險。愛滋病藥物援助計劃 (ADAP) 亦提供聯邦保健 D 部分處方藥費用分擔援助。有關申請資格、承保的藥物、或如何報名的訊息，請致電三藩市縣的加州愛滋病藥物援助計劃 (ADAP)：1-415-554-9172。

## 第7節 如有疑問?

### 第 7.1 節 – 從東華智選 (HMO D-SNP) 計劃獲取幫助

有疑問？我們樂於幫您。請致電會員服務中心的免費專線1-888-775-7888(聽力障礙人士請致電 1-877-681-8898)。我們每週七天，從早上8時到晚上8時，免費解答您的問題。

#### 參閱您的2023保障說明書 ( 明年保障福利及費用的詳情 )

本「年度變更通知」概括了2023年您的福利保障及自付費的變更。詳情請參閱東華智選 (HMO D-SNP) 計劃2023保障說明書。保障說明書是一份對您計劃的保障福利，合法及詳細的說明文件。它也解釋了您應有的權利及您使用本計劃的醫療保障及處方藥物保障時應遵從的各項規定。您可以瀏覽網址：[www.CCHPHealthPlan.com/Medicare](http://www.CCHPHealthPlan.com/Medicare)查閱保障說明書。如希望我們郵寄保障說明書的複印本給您，請致電會員服務中心。

#### 瀏覽我們的網站

您也可以瀏覽我們的網址[www.CCHPHealthPlan.com/Medicare](http://www.CCHPHealthPlan.com/Medicare)。我們的網址提供最新的醫療網絡醫生名錄及承保的藥物表(醫生名錄、醫療服務及藥房手冊)。

### 第 7.2 節 – 從聯邦保健獲取幫助

您可以通過以下方式直接聯絡聯邦保健：

**致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

您在每週七天，每天24小時均可致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，聽力障礙人士可

致電1-877-486-2048。

### 瀏覽聯邦保健官方網址

瀏覽聯邦保健網址 (<http://www.medicare.gov>)，其提供各種健保計劃的福利保障、自付費資料，以及聯邦保健對不同計劃的星級評分，助您比較您在身處地區的各种計劃。詳情請瀏覽 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)。

### 參閱「聯邦保健與您2023」手冊

請參閱「聯邦保健與您2023」手冊。每年秋季，聯邦保健都會將此手冊郵寄給聯邦保健持有人。手冊包括聯邦保健的福利保障細節、承保人的權利及保護措施，以及關於聯邦保健常見問題的解答。如果您沒有收到此文件，可以瀏覽聯邦保健網址 [www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)或致電每週七天，每天24小時運作的1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)索取。聽力殘障人士請致電 1-877-486-2048。

---

## 第 7.3 節 – 從加州醫療輔助計劃 (Medi-Cal) 獲取幫助

---

您可致電1-916-445-4171，聽力障礙人士可致電1-916-445-0553，聯絡加州醫療輔助計劃了解詳情。