



CCA Medicare Excel (HMO) 由 CCA Health Plans of California, Inc. 提供

2024 年度更改通知

您目前已註冊參保為 CCA Medicare Excel (HMO) 的會員。明年的計劃費用和福利將會發生變化。請參見第 4 頁的重要費用摘要，包括保費。

本文件將介紹您計劃的變化。如需關於費用、福利或規則的更多資訊，請前往我們的網站：www.ccahealthca.org，查閱「承保範圍說明書」。您也可致電會員服務部以要求我們向您郵寄一份「承保範圍說明書」。

- 您可以在 10 月 15 日到 12 月 7 日期間更改您明年的 Medicare 保險。

現在應該做什麼

1. 詢問：哪些更改適用於您

- 查看我們的福利與費用變化是否會對您造成影響。
 - 查看醫療護理費用（醫生、醫院）的變化。
 - 查看我們藥物承保範圍的變化，包括授權要求和費用。
 - 考慮您將在保費、自付額和分攤費用上花費多少。
- 查看 2024 年「藥物清單」的變化，確保您目前服用的藥物仍在承保範圍內。
- 查看您的主治醫生、專科醫生、醫院和其他醫療服務提供者（包括藥房）明年是否還在我們的網絡內。
- 考慮您對我們的計劃是否滿意。

2. 比較：瞭解其他計劃選項

- 查看您所在區域的計劃承保範圍和費用。使用 www.medicare.gov/plan-compare 網站上的 Medicare 計劃搜尋器或查閱「2024 年 Medicare 與您」手冊背面的清單。

您將選擇範圍縮小至偏好的計劃之後，在該計劃的網站上確認您的費用與承保範圍。

3. 選擇：決定您是否要更改計劃

- 如果您未在 2023 年 12 月 7 日之前加入另一項計劃，則您將留在 CCA Medicare Excel (HMO)。
- 若要更改為**其他計劃**，您可以在 10 月 15 日至 12 月 7 日之間更換計劃。您的新保險將於 **2024 年 1 月 1 日** 生效。這將結束您的 CCA Medicare Excel (HMO) 參保。
- 如果您最近搬入、目前居住在或剛剛搬出某個機構（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至 **Original Medicare**（附帶或不附帶單獨的 Medicare 處方藥計劃）。

其他資源

- 本文件免費提供西班牙語版本。
- Este documento está disponible de forma gratuita en español。
- 如需更多資訊，請致電我們的會員服務部，電話號碼是 866-333-3530。（TTY 人士可致電 711。）服務時間為 10 月 8 日到 3 月 31 日，上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。（4 月 1 日至 9 月 30 日：上午 8 點至晚上 8 點）。此為免付費電話。
- 您可以免費取得本文件的其他格式版本，例如大號字體印刷版、盲文或音訊。請致電 866-333-3530 (TTY 711)。此為免付費電話。
- 本計劃的承保範圍滿足 **Qualifying Health Coverage (QHC)** 的要求，並達到《患者保護與可負擔醫療法案》(ACA) 的個人分擔責任要求。請瀏覽國稅局 (IRS) 網站 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 瞭解更多資訊。

關於 CCA Medicare Excel

- CCA Medicare Excel (HMO) 是一項與 Medicare 簽有合約的 Medicare Advantage HMO 計劃。能否在本計劃註冊參保視合約續簽情況而定。
- 當本文件中出現「我們」或「我們的」時，是指 CCA Health Plans of California, Inc.。出現「本計劃」或「我們的計劃」時，是指 CCA Medicare Excel。

H1426_24_ANOC_002_M

2024 年度更改通知 目錄

2024 年重要費用摘要	4
第 1 節 明年的福利與費用變化	6
第 1.1 節 – 月繳保費的變化.....	6
第 1.2 節 – 您的最高自付費用金額的變化	7
第 1.3 節 – 醫療服務提供者與藥房網絡的變化	7
第 1.4 節 – 醫療服務福利和費用的變化.....	8
第 1.5 節 – D 部分處方藥保險的變化	14
第 2 節 決定選擇哪項計劃	16
第 2.1 節 – 如果您希望繼續留在 CCA Medicare Excel 中	16
第 2.2 節 – 如果您希望更改計劃.....	17
第 3 節 更改計劃的截止日期	17
第 4 節 提供 Medicare 免費諮詢的計劃	18
第 5 節 幫助支付處方藥費用的計劃	18
第 6 節 您有任何疑問?	19
第 6.1 節 – 從 CCA Medicare Excel 獲取幫助	19
第 6.2 節 – 從 Medicare 獲取幫助	20

2024 年重要費用摘要

下表在幾個重要方面對 CCA Medicare Excel 的 2023 年費用和 2024 年費用進行了比較。請注意，這只是費用摘要。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
月繳計劃保費* * 您的保費可能高於此金額。 詳情請參見第 1.1 節。	\$0	\$0
最高自付費用金額 這是指您為承保的 A 部分和 B 部分服務支付的最高自付費用。 (詳情請參見第 1.2 節。)	\$2,500	\$1,500
醫生診室就診	主治醫生就診： 每次就診您需支付 \$0 共付額 專科醫生就診： 每次就診您需支付 \$0 共付額	主治醫生就診： 每次就診您需支付 \$0 共付額 專科醫生就診： 每次就診您需支付 \$0 共付額
患者住院	每次住院，您每天需支付以下費用： <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 3 天，每天 \$0 • 第 4 – 7 天，每天 \$100 • 第 8 天及以後，每天 \$0 	每次住院，您每天需支付以下費用： <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 3 天，每天 \$0 • 第 4 – 7 天，每天 \$100 • 第 8 天及以後，每天 \$0

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
<p>D 部分處方藥保險 (詳情請參見第 1.5 節。)</p>	<p>自付額：\$0</p> <p>初始承保階段的共付額或共同保險：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 級藥物：\$0 • 第 2 級藥物：0 • 第 3 級藥物：\$35 • 第 4 級藥物：\$90，承保的胰島素產品及大多數成人 D 部分疫苗除外 • 第 5 級藥物：33%，承保的胰島素產品及大多數成人 D 部分疫苗除外 <p>重大傷病承保：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 在此付款階段，計劃將為您支付大部分的承保藥物費用。 • 對於每份處方，您需支付（以金額較大者為準）：5% 藥費（此稱為共同保險）或共付額（普通藥或被視為普通藥的藥物為 \$4.15，所有其他藥物為 \$10.35。） 	<p>自付額：\$0</p> <p>初始承保階段的共付額或共同保險：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 級藥物：\$0 • 第 2 級藥物：0 • 第 3 級藥物：\$30 對於此等級承保的每種胰島素產品的一個月藥量，您需支付 \$0 • 第 4 級藥物：\$100 對於此等級承保的每種胰島素產品的一個月藥量，您需支付 \$0 • 第 5 級藥物：33% 對於此等級承保的每種胰島素產品的一個月藥量，您需支付 \$0 <p>重大傷病承保：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 在此付款階段，本計劃將為您支付承保的 D 部分藥物的全部費用。 • 對於我們的增強型福利承保的藥物，您可能有費用分攤

第 1 節 明年的福利與費用變化

第 1.1 節 – 月繳保費的變化

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
月繳保費 (您還必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費。)	\$0	\$0 無變化

- 如果您因為未參保至少與 Medicare 藥物保險（亦稱為「有信譽度保險」）相若的其他藥物保險時間達 63 天或以上而需支付終身 D 部分逾期參保罰金，您的月繳計劃保費將會增加。
- 如果您的收入較高，則您每月需直接向政府繳納額外的 Medicare 處方藥保險費用。

第 1.2 節 – 您的最高自付費用金額的變化

Medicare 要求所有保健計劃對您在一年中支付的自付費用金額進行限制。該限制稱為最高自付費用金額。一旦達到此金額，您基本上無需再為該年剩餘時間內的承保 A 部分和 B 部分服務支付任何費用。

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
最高自付費用金額	\$2,500	\$1,500
您的承保醫療服務費用（例如共付額）會計入您的最高自付費用金額		如果您已為承保的 A 部分和 B 部分服務支付了 \$1,500 的自付費用，則無需再為該曆年剩餘時間內的承保 A 部分和 B 部分服務支付任何費用
您為處方藥支付的費用不會計入您的最高自付費用		

第 1.3 節 – 醫療服務提供者與藥房網絡的變化

在我們的網站 www.ccahealthca.org 上可查閱最新目錄。您也可以致電會員服務部瞭解最新的提供者和/或藥房資訊，或要求我們為您郵寄一份目錄（我們將在三個工作日內郵寄）。

我們明年的醫療服務提供者網絡會有變化。請查閱 2024 年醫療服務「提供者目錄」，瞭解您的提供者（主治醫生、專科醫生、醫院等）是否在我們的網絡中。

我們明年的藥房網絡會有變化。請查閱 2024 年「藥房目錄」，以瞭解我們的網絡中有哪些藥房。

您務必要瞭解，我們可能會在一年當中更改您計劃內的醫院、醫生和專科醫生（醫療服務提供者）以及藥房。如果我們的醫療服務提供者在年中發生的變化對您造成了影響，請聯絡會員服務部，以便我們給您提供幫助。

第 1.4 節 – 醫療服務福利和費用的變化

明年我們將對某些醫療服務的費用和福利進行調整。以下資訊將介紹這些變化。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
心臟及肺病康復服務	對於 Medicare 承保的每次心臟康復服務，您需支付 \$40 共付額	對於 Medicare 承保的每次心臟康復服務，您需支付 \$0 共付額
	對於 Medicare 承保的每次強化心臟康復服務，您需支付 \$65 共付額	對於 Medicare 承保的每次強化心臟康復服務，您需支付 \$0 共付額
	對於 Medicare 承保的每次肺部康復服務，您需支付 \$20 共付額	對於 Medicare 承保的每次肺部康復服務，您需支付 \$0 共付額
	對於 Medicare 承保的每次監督鍛煉療法 (SET) 服務，您需支付 \$30 共付額	對於 Medicare 承保的每次監督鍛煉療法 (SET) 服務，您需支付 \$0 共付額
	需要事先授權	需要事先授權
脊椎推拿服務	對於非 Medicare 承保的合計最多 15 次常規針灸和脊椎按摩就診，您需支付 \$0 共付額	對於非 Medicare 承保的合計最多 25 次常規針灸和脊椎按摩就診，您需支付 \$0 共付額
	脊椎按摩服務需要事先授權和轉診	無需事先授權和轉診
針灸	對於非 Medicare 承保的合計最多 15 次常規針灸和脊椎按摩就診，您需支付 \$0 共付額	對於非 Medicare 承保的合計最多 25 次常規針灸和脊椎按摩就診，您需支付 \$0 共付額
	需要事先授權	無需事先授權和轉診
精神健康專家服務	需要轉診	無需轉診

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
足療服務	常規足部護理 <u>不獲</u> 承保	對於非 Medicare 承保的每次常規足部護理就診，您需支付 \$0 共付額 每個計劃年度承保最多 12 次就診
精神科服務	需要轉診	無需轉診
門診藥物濫用戒除服務	需要轉診	無需轉診
救護車服務	對於 Medicare 承保的地面救護車服務，您需支付 \$100 共付額 對於 Medicare 承保的空中救護車服務，您需支付 \$100 共付額	對於 Medicare 承保的地面救護車服務，您需支付 \$280 共付額 對於 Medicare 承保的空中救護車服務，您需支付 \$300 共付額
載送服務	對於每年每次透過計程車、共享汽車和輪椅車服務前往計劃批准的健康相關地點的單程載送，您需支付 \$0 共付額 每個計劃年度承保最多 48 次單程載送 需要事先授權	每個曆年您將獲得一張 \$100 的健康儲值卡，用於支付透過使用計程車、共享汽車和輪椅車服務產生的健康相關單程載送費用 \$100 的補貼是一項合計限額，也可用於視力服務 無需事先授權 參見彈性消費卡 (Flexible Spending Card)，詳情請參見您的「承保範圍說明書」

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
<p>非處方 (OTC) 用品</p>	<p>對於承保項目，您需支付 \$0，每季度最多 \$55</p> <p>OTC 卡的季度補貼是一項季度補貼，用於在零售店和/或按目錄購買 OTC 用品</p>	<p>對於承保項目，您需支付 \$0 共付額，每季度 (每 3 個月) 最多 \$120，將存入您的健康儲值卡</p> <p>季度補貼可用於在網絡內零售店購買和/或按目錄訂購經 CCA 批准的 OTC 用品</p> <p>完整詳情請參見「承保範圍說明書」</p>
<p>Medicare B 部分處方藥和居家輸液藥物</p>	<p>Medicare B 部分處方藥：</p> <p>您無需接受階段療法</p>	<p>Medicare B 部分處方藥：</p> <p>您需接受階段療法</p>
<p>健身福利</p>	<p>對於 Silver & Fit 健身服務，您需支付 \$0 共付額：</p> <p>您的 Silver & Fit 福利包括獲得您選擇的健身中心健身會籍、用於居家健身的 Fit at Home 課程、居家健身套件等等</p>	<p>對於 Silver & Fit 健身服務，您需支付 \$0 共付額：</p> <p>您的 Silver & Fit 福利包括每月可使用您選擇的一家網絡內健身中心的會籍、用於居家健身的 Fit at Home 課程、每年一 (1) 個居家健身套件等等</p> <p>完整詳情請參見「承保範圍說明書」</p>

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
牙科服務		
<ul style="list-style-type: none"> 預防性（非 Medicare 承保） 	非 Medicare 承保的預防性牙科服務 <u>不獲承保</u>	<p>對於非 Medicare 承保的預防性和綜合性牙科服務，每個計劃年度的最高福利合計為 \$2,000</p> <p>對於以下服務，您需支付總費用的 0%，最多不超過計劃最高限額：</p> <p>預防性牙科服務（非 Medicare 承保），包括口腔檢查、預防性（洗牙）、氟化物治療、牙科 X 光檢查、牙周保養以及非手術性牙周程序和刷拭切片</p>
<ul style="list-style-type: none"> 綜合性（非 Medicare 承保） 	非 Medicare 承保的綜合性牙科服務 <u>不獲承保</u>	<p>對於以下服務，您需支付總費用的 0 – 50%，最多不超過計劃最高限額：</p> <p>綜合性牙科服務（非 Medicare 承保），包括修復（補牙）、拔牙（簡單和手術）、義齒（包括重襯和修復）：</p> <p>Medicare 承保的綜合性牙科服務需要事先授權</p> <p>請參見您的「承保範圍說明書」，瞭解福利與承保限制的完整清單</p>

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
視力服務	<p>眼科檢查： 需要事先授權</p> <p>眼鏡： 需要事先授權</p> <p>我們每年承保一副處方眼鏡。處方眼鏡包括：對於基礎鏡片（單焦、雙焦、三焦）和鏡框或隱形眼鏡，每年最多 \$300</p>	<p>眼科檢查： 無需事先授權</p> <p>眼鏡： 無需事先授權</p> <p>我們承保眼鏡，包括鏡框、鏡片、隱形眼鏡和升級用品，每年最多 \$300</p>
聽力服務	<p>聽力檢查： 需要事先授權</p> <p>助聽器：</p> <p>非處方助聽器不包含在福利中</p>	<p>聽力檢查： 無需事先授權</p> <p>助聽器：</p> <p>非處方助聽器包含在常規聽力福利中，最高可達 NationsHearing 允許的助聽器最高福利金額</p>
彈性消費卡	<p>您將獲得 \$100 的健康儲值卡，用於支付隱形眼鏡和眼鏡（鏡片和鏡框）的費用</p>	<p>每年您將獲得 \$100 的健康儲值卡，用於支付常規眼科檢查、隱形眼鏡和眼鏡（鏡片和鏡框）的費用</p> <p>這是一項合計限額，也可用於載送服務</p> <p>完整詳情請參見「承保範圍說明書」</p>

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
慢性病特殊補充福利	此福利不獲承保	符合資格的慢性疾病會員有資格獲得身份盜竊保險。並非所有會員均符合資格。 ¹

¹ 上述身份盜竊福利是為符合資格的慢性病患者提供的特殊補充計劃的一部分。某些限制可能適用。請撥打 866-333-3530 (TTY 711) 致電會員服務部瞭解您是否符合資格。並非所有會員均符合資格

第 1.5 節 – D 部分處方藥保險的變化

我們「藥物清單」的變化

我們的承保藥物清單被稱為處方藥一覽表或「藥物清單」。我們的「藥物清單」副本以電子方式提供。

我們對「藥物清單」進行了更改，其中可能包括增減藥物、更改適用於某些藥物承保範圍的限制或將其移至不同的分攤費用等級。請查閱「藥物清單」，確保您的藥物明年將獲承保，並瞭解您的藥物是否有任何限制，或您的藥物是否被移至不同的費用分攤等級。

「藥物清單」中的變化大多數為每年年初更新。不過，我們也可能會在每年的其他時間根據 Medicare 的規定作出其他更改。例如，我們可以立即刪除 FDA 認為不安全或產品製造商從市場上召回的藥物。我們會更新我們的線上「藥物清單」，以提供最新的藥物清單。

如果您在年初或年內受到藥物承保範圍變化的影響，請查閱「承保範圍說明書」的第 9 章並諮詢醫生瞭解您的選擇，例如申請臨時性供藥、申請例外處理和/或努力尋找新藥。您還可以致電會員服務部瞭解更多資訊。

處方藥費用的變化

注意：如果您的計劃幫助您支付藥費（「額外補助」），則 D 部分處方藥費用的資訊可能對您不適用。我們會寄給您一份單獨的插頁來說明您藥物支出，該插頁稱為「取得額外補助支付處方藥之人士的承保範圍說明書附則」（也稱為「低收入補貼附則」或「LIS 附則」）。如果您獲得「額外補助」，但在 2023 年 9 月 30 日之前未收到此插頁，請致電會員服務部索取「LIS 附則」。

有四個藥物付款階段。以下資訊介紹了前兩個階段的變化 – 年度自付額階段及初始承保階段。（大多數會員不會達到其餘兩個階段 – 承保缺口階段或重大傷病承保階段。）

自付額階段的變化

階段	2023 年（今年）	2024 年（明年）
第 1 階段：年度自付額階段	由於我們沒有自付額，因此該付款階段不適用於您	由於我們沒有自付額，因此該付款階段不適用於您

您在初始承保階段的分攤費用的變化

階段	2023 年（今年）	2024 年（明年）
<p>第 2 階段：初始承保階段</p> <p>在此階段期間，本計劃將支付其應承擔的藥物費用，而您也將支付您應承擔的費用。</p> <p>大多數成人 D 部分疫苗免費承保。</p>	<p>在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取一個月藥量的費用：</p> <p>首選普通藥 – 第 1 級： 每份處方您需支付 \$0</p> <p>普通藥 – 第 2 級： 每份處方您需支付 \$0</p> <p>首選品牌藥 – 第 3 級： 每份處方您需支付 \$35</p> <p>非首選品牌藥 – 第 4 級： 每份處方您需支付 \$90</p>	<p>在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取一個月藥量的費用：</p> <p>首選普通藥 – 第 1 級： 每份處方您需支付 \$0</p> <p>普通藥 – 第 2 級： 每份處方您需支付 \$0</p> <p>首選品牌藥 – 第 3 級： 每份處方您需支付 \$30</p> <p>對於此等級承保的每種胰島素產品的一個月藥量，您需支付 \$0</p> <p>非首選品牌藥 – 第 4 級： 每份處方您需支付 \$100</p> <p>對於此等級承保的每種胰島素產品的一個月藥量，您需支付 \$0</p>

階段	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
第 2 階段：初始承保階段 (續)		
此欄所列費用是您在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取一個月 (30 天) 藥量的費用	特殊級藥物 – 第 5 級： 每份處方您需支付 33%	特殊級藥物 – 第 5 級： 每份處方您需支付 33%
如需有關長期補給或郵購處方藥費用的詳情，請參見「承保範圍說明書」第 6 章第 5 節		對於此等級承保的每種胰島素產品的一個月藥量，您需支付 \$0
我們更改了「藥物清單」中某些藥物的等級。若想瞭解您的藥物是否被劃分為其他等級，請查閱「藥物清單」	當您的藥物總費用達到 \$4,660 後，您將進入下一階段 (承保缺口階段)	當您的藥物總費用達到 \$5,030 後，您將進入下一階段 (承保缺口階段)

承保缺口和重大傷病承保階段的變化

其他兩個藥物承保階段 (承保缺口階段與重大傷病承保階段) 適用於藥物費用高的人士。大多數會員不會達到承保缺口階段或重大傷病承保階段。

從 2024 年開始，如果您達到重大傷病承保階段，則無需再為承保的 D 部分藥物以及被排除在外但受我們的增強型福利承保的藥物支付任何費用。

如需瞭解您在該等階段的費用的具體資訊，請參見「承保範圍說明書」第 6 章第 6 節和第 7 節。

第 2 節 決定選擇哪項計劃

第 2.1 節 – 如果您希望繼續留在 CCA Medicare Excel 中

若要繼續留在我們的計劃內，您無需採取任何措施。如果您沒有在 12 月 7 日前參保其他計劃或更改為 Original Medicare，您會自動加入我們的 CCA Medicare Excel。

第 2.2 節 – 如果您希望更改計劃

我們希望您明年繼續成為我們的會員，但如果您希望更改 2024 年的計劃，請遵照以下步驟：

第 1 步：瞭解和比較您的可選方案

- 您可以加入其他 Medicare 保健計劃。
- 或者 -- 您可以轉至 Original Medicare。如果您更改為 Original Medicare，您需要決定是否加入 Medicare 藥物計劃。如果您沒有加入一個 Medicare 藥物計劃，請查看第 1.1 節，瞭解可能會產生的 D 部分逾期參保罰金。

如需關於 Original Medicare 以及不同類型的 Medicare 計劃的更多資訊，請使用 Medicare 計劃搜尋器 (www.medicare.gov/plan-compare)，閱讀「2024 年 Medicare 與您」手冊，致電您的州健康保險援助計劃（見第 4 節），或致電 Medicare（見第 6.2 節）。在此提醒您，Commonwealth Care Alliance Health Plans of California, Inc. 也提供其他 Medicare 保健計劃。其他這些計劃的承保範圍、月繳保費及分攤費用可能有所不同。

第 2 步：更改您的保險

- 若要改為其他 Medicare 保健計劃，請參保新的計劃。您將自動從 CCA Medicare Excel 退保。
- 若要改為附帶處方藥計劃的 Original Medicare，請參保新的藥物計劃。您將自動從 CCA Medicare Excel 退保。
- 若要改為不帶處方藥計劃的 Original Medicare，您必須：
 - 向我們寄送書面退保請求。如果您需要有關如何操作的更多資訊，請聯絡會員服務部。
 - – 或者 – 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare 要求退保，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。TTY 人士可致電 1-877-486-2048。

第 3 節 更改計劃的截止日期

如果您希望明年改為其他計劃或 Original Medicare，您可以在 10 月 15 日至 12 月 7 日期間更改計劃。更改將於 2024 年 1 月 1 日生效。

是否可在一年中的其他時間更改計劃？

在某些情況下，也會允許在一年中的其他時間更改計劃。例如，包括在支付藥費方面獲得「額外補助」、已經或正在脫離雇主保險以及搬離服務地區的 Medicaid 參保人。

如果您在 2024 年 1 月 1 日加入 Medicare Advantage 計劃，且您不滿意自己的計劃選擇，您可在 2024 年 1 月 1 日至 3 月 31 日之間轉至另一 Medicare 保健計劃（附帶或不附帶 Medicare 處方藥保險皆可）或轉至 Original Medicare（附帶或不附帶 Medicare 處方藥保險皆可）。

如果您最近搬入、目前居住在或剛搬出某個機構（如專業護理機構或長期護理醫院），您可以隨時更改您的 Medicare 保險。您可以隨時改為任何其他 Medicare 保健計劃（附帶或不附帶 Medicare 處方藥保險皆可）或轉至 Original Medicare（附帶或不附帶單獨的 Medicare 處方藥計劃皆可）。

第 4 節 提供 Medicare 免費諮詢的計劃

州健康保險援助計劃 (SHIP) 是一項獨立政府計劃，在每個州都有受過專業訓練的顧問。在加州，SHIP 稱為健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)。

它是一個由聯邦政府出資為 Medicare 受保人提供本地免費健康保險諮詢的州計劃。HICAP 顧問可協助您解答您有關 Medicare 的疑問或問題。他們可以幫助您瞭解您的 Medicare 計劃選擇並回答有關轉換計劃的問題。您可致電 1-800-434-0222 聯絡 HICAP。您可瀏覽 HICAP 網站 (cahealthadvocates.org/hicap)，瞭解更多相關資訊。

第 5 節 幫助支付處方藥費用的計劃

您可能符合資格獲得支付處方藥費方面的幫助。下面列出了不同種類的補助：

- **Medicare 提供的「額外補助」。**收入有限的人士可能有資格享有處方藥費的「額外補助」。如果您符合資格，Medicare 可以為您支付高達 75% 或以上的藥費，包括每月的處方藥保費、每年的自付額以及共同保險。另外，符合資格的人士不必經歷承保缺口階段，也無需繳納逾期參保罰金。若要瞭解自己是否符合條件，請致電：
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 人士可致電 1-877-486-2048，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天；
 - 社會保障辦公室，電話：1-800-772-1213，代表的服務時間為上午 8 點至晚上 7 點，週一至週五。自動語音留言全天 24 小時服務。TTY 人士可致電 1-800-325-0778；或
 - 您的州 Medicaid 辦公室（提出申請）。
- **從您的州政府醫藥補助計劃獲取幫助。**加州提供一項「[Medicare 受益人處方藥折扣計劃](#)」，可根據人們的財務需求、年齡或病症幫助其支付處方藥費用。如需瞭解該計劃的更多資訊，請諮詢您的州健康保險援助計劃。

- **HIV/AIDS 患者的處方藥費用分攤補助計劃。** AIDS 藥物協助計劃 (ADAP) 可幫助確保感染 HIV/AIDS 且符合 ADAP 資格的人士能獲得用以挽救生命的 HIV 藥物。您必須滿足特定條件，包括能夠提供所在州的居住證明和 HIV 患病狀況證明、符合州規定的低收入標準的證明，以及未獲承保/承保不足的證明。同樣受 ADAP 承保的 Medicare D 部分處方藥有資格透過 AIDS 藥物協助計劃獲得處方藥分攤費用補助。如需瞭解關於資格標準、承保藥物或如何參加該計劃的資訊，請致電 (844) 421-7050，服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點（節假日除外）。

第 6 節 您有任何疑問？

第 6.1 節 – 從 CCA Medicare Excel 獲取幫助

您有任何疑問？我們可隨時提供幫助。請致電會員服務部 866-333-3530。（僅 TTY 可致電 711）。電話服務時間為 10 月 8 日到 3 月 31 日，上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。（4 月 1 日至 9 月 30 日：上午 8 點至晚上 8 點，週一至週五）。撥打這些號碼是免費的。

閱讀您的「**2024 年承保範圍說明書**」（其中包含關於明年的福利及費用的詳情）

本「**年度更改通知**」概述了您 2024 年的福利及費用發生的變化。詳情請參見 CCA Medicare Excel 的「**2024 年承保範圍說明書**」。「承保範圍說明書」是關於您的計劃福利的詳細法律說明。它說明了您的權利以及為獲得承保服務與處方藥需要遵循的規則。在我們的網站 www.ccahealthca.org 上可找到「承保範圍說明書」的副本。您也可致電會員服務部以要求我們向您郵寄一份「承保範圍說明書」。

瀏覽我們的網站

您還可以瀏覽我們的網站 www.ccahealthca.org。在此提醒您，我們的網站提供關於我們醫療服務提供者網絡的最新資訊（**醫療服務提供者目錄**）以及我們的**承保藥物清單**（**處方藥一覽表/「藥物清單」**）。

第 6.2 節 – 從 Medicare 獲取幫助

若要直接從 Medicare 獲取資訊：

請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。
TTY 人士可致電 1-877-486-2048。

瀏覽 Medicare 網站

瀏覽 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。其中包含關於費用、承保範圍和品質星級評級的資訊，可以幫助您比較您所在區域的各個 Medicare 保健計劃。如需查看有關計劃的資訊，請瀏覽 www.medicare.gov/plan-compare。

閱讀「2024 年 Medicare 與您」

閱讀「2024 年 Medicare 與您」手冊。每年秋季，這份文件都會郵寄給 Medicare 會員。該手冊總結了 Medicare 的福利、權益和保障，並且回答了關於 Medicare 的常見問題。如果未收到該文件的副本，可以透過以下方式獲取：隨時瀏覽 Medicare 網站 (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。
TTY 人士可致電 1-877-486-2048。

非歧視通知

CCA Health California 遵守適用的聯邦民權法，不會因疾病、健康狀況、健康服務接受情況、索賠經歷、病史、殘障（包括精神障礙）、婚姻狀況、年齡、性別（包括性別成見和性別認同）、性取向、原國籍、種族、膚色、宗教、信仰、公共援助情況或居住地而歧視、排斥任何人或給予他們不同待遇。CCA Health California：

- 向殘障人士提供免費協助和服務，幫助他們與我們進行有效溝通，比如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 其他格式（大號字體印刷版、音訊、無障礙電子格式、其他格式）的書面資訊
- 向母語並非英語的人士提供免費語言服務，比如：
 - 合格的翻譯員
 - 用其他語言書寫的資訊

若您需要這些服務，請聯絡會員服務部。

若您認為 CCA Health California 因疾病、健康狀況、健康服務接受情況、索賠經歷、病史、殘障（包括精神障礙）、婚姻狀況、年齡、性別（包括性別成見和性別認同）、性取向、原國籍、種族、膚色、宗教、信仰、公共援助情況或居住地而未能提供這些服務或在其他方面存在歧視行為，您可以向民權協調員提出申訴，方法是寄送郵件至：

CCA Health Plans of California, Inc.
Civil Rights Coordinator
30 Winter Street
Boston, MA 02108
電話：617-960-0474，分機號 3932 (TTY 711) 傳真：857-453-4517
電子郵件：civilrightscordinator@commonwealthcare.org

您可以親自或以郵寄或傳真的方式提出申訴。若您在提出申訴時需要幫助，民權協調員可向您提供幫助。若在聯絡民權協調員時需要幫助，請致電會員服務部。

您還可透過民權辦公室投訴入口網站 ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf 以電子形式向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出民權投訴，或者透過郵件或電話進行此投訴：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
電話：800-368-1019，800-537-7697 (TDD)

投訴表格可在 www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html 取得。

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 1-866-333-3530 (TTY 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

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 1-866-333-3530 (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 1-866-333-3530 (TTY 711)。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 1-866-333-3530 (TTY 711)。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 1-866-333-3530 (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 1-866-333-3530 (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 1-866-333-3530 (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 1-866-333-3530 (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 1-866-333-3530 (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 1-866-333-3530 (телетайп 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 1-866-333-3530 (رقم هاتف الصم والبكم 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 1-866-333-3530 (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 1-866-333-3530 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: 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 1-866-333-3530 (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 ouwa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-333-3530 (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 1-866-333-3530 (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、1-866-333-3530 (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。

Gujarati: અમારી આરોગ્ય અથવા દવાની યોજના વિશે તમને હોય તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે મફત દુભાષિયા સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, અમને ફક્ત 1-866-333-3530 (TTY 711) પર કોલ કરો. અંગ્રેજી/ગુજરાતી બોલતી વ્યક્તિ તમને મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

Lao/Laotian: ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບທຸກຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍລ່າມແປພາສາ, ພຽງໃຫ້ຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-333-3530 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.

Cambodian: យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬផ្តារបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្តល់មាត់ សូមហៅទូរស័ព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-866-333-3530 (TTY 711) ។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។