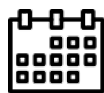




2026 福利指南

年度變更通知

此隨函附上的通知可協助您評估目前的承保範圍，並與我們明年提供的承保範圍進行比較。年度投保期 (Annual Enrollment period, AEP) 自 10 月 15 日起至 12 月 7 日止。



無需採取任何行動。

您的投保將自動續約。手冊中註明的所有計劃變更將於明年 1 月 1 日生效。



看看內頁的好消息！

感謝您信任福全健保承保您的聯邦醫療保險 (Medicare) 福利。我們傾聽會員的心聲並引以為傲。因為您珍貴的意見回饋，我們很高興宣布明年的計劃將帶來令人期待的改善內容：

- **牙科補助金**將一年支付兩次，可讓您提前獲得更多補助，接受牙科服務時享有更大的靈活度。
- **靈活補助金餘額**可餘額延用至下一季。
- **Costco、Walmart 以及 Sam's Club** 現已成為福全健保眼科網路的成員。
- 您有更多方式可以運用**靈活補助金**，包括牙科、眼科和/或聽力服務以及升級。此外，靈活補助金可用於購買雜貨（如符合資格）^[1]。

我們期待您繼續成為福全健保的會員。



Karen Johnson
Karen Johnson
執行長



Richard Greene
Richard Greene
總裁

重要計劃資料

方便起見，福全健保將於 10 月 15 日在我們的網站上提供下列文件。

承保範圍說明書 (Evidence of Coverage, EOC) - 承保範圍說明書提供有關您的醫療保健和處方藥品福利及費用的相關詳細資訊。clevercarehealthplan.com/eoc

醫療機構目錄 - 搜尋我們的衛生保健醫療機構名單，包括醫生、專科醫生等。
clevercarehealthplan.com/provider

藥房目錄 - 尋找當地的網路內藥房。
clevercarehealthplan.com/pharmacy

處方集 - 列出所有承保藥物，您便能與醫生討論用藥選項。clevercarehealthplan.com/formulary

個人化母語支援

如果您需要協助尋找醫療機構、藥房或特定藥物，或者希望郵寄給您一份任何這類文件的紙本，請撥打 (833) 388-8168（聽障專線 (TTY)：711）聯絡客戶服務部。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。

Clever Care Health Plan, Inc. 是與聯邦醫療保險 (Medicare) 簽訂合約的 HMO 和 HMO C-SNP 計劃。投保需視續約情況而定。

^[1] 上述福利屬於慢性病患者特殊補充計劃的一部分。可能適用其他資格要求和承保標準。並非所有會員皆符合資格。

福全健保全加計劃 (HMO C-SNP) 2026 年度變更通知

您已註冊成為 福全健保全加計劃的會員。

此資料說明我們計劃明年費用和福利的變更。

- 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 (Medicare) 承保。如果在 2025 年 12 月 7 日前未加入其他計劃，您將繼續投保 福全健保全加計劃。
- 若要變更至其他計劃，請造訪 www.Medicare.gov，或檢視您的 *Medicare & You 2026* 手冊背面的清單。
- 請注意，這只是變更摘要。有關費用、福利及規則的更多資訊，請參閱 *承保範圍說明書*。

更多資源

- 本文件免費提供 中文、韓文、西班牙文及越南文版本。
- 我們的計劃免費提供語言協助服務及適當的輔助工具和服務。
- 請致電 會員服務，電話號碼 1-833-388-8168，以了解更多資訊。（聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 711。）服務時間為 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，服務時間為每週 7 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。這是免付費電話。
- 此資訊也有其他格式的版本，包括大字版、語音版或其他替代格式，視需要提供給您。若您需要以其他格式取得計劃資訊，請撥打上述電話聯絡會員服務部。

關於 福全健保全加計劃

- Clever Care Health Plan, Inc. 是與聯邦醫療保險 (Medicare) 簽訂合約的 HMO 和 HMO C-SNP 計劃。投保需視續約情況而定。
- 當此資料提到「我們」或「我們的」，係指 Clever Care Health Plan, Inc.。當此資料提供「計劃」或「我們的計劃」，係指 福全健保全加計劃。
- 如果您在 2025 年 12 月 7 日前未採取任何行動，您將自動投保 福全健保全加計劃。自 2026 年 1 月 1 日起，您將透過 福全健保全加計劃獲得您的醫療和藥物承保。請前往 第 3，了解有關如何變更計劃和變更截止期限的更多資訊。

H7607_26_CM1314_M 09202025

目錄

2026 重要費用摘要	5
第 1 節 明年的福利及費用變更	6
第 1.1 節 每月計劃保費變更	6
第 1.2 節 年度自付額上限金額變更	7
第 1.3 節 醫療機構網路變更	7
第 1.4 節 藥房網路變更	7
第 1.5 節 醫療服務福利和費用變更節	8
第 1.6 節 D 部分處方藥物承保變更	11
第 1.7 節 處方藥品福利與費用變更	11
第 2 節 行政變更	13
第 3 節 如何變更計劃	14
第 3.1 節 變更計劃的截止日期	15
第 3.2 節 一年中是否還有其他時間可以進行變更？	15
第 4 節 取得處方藥費用支付補助	15
第 5 節 有疑問？	16
取得 福全健保全加計劃協助	16
獲得有關 Medicare 的免費諮詢	17
向聯邦醫療保險 (Medicare) 取得協助	17

2026 重要費用摘要

	2025 (今年)	2026 (明年)
每月計劃保費* * 您的保費可能高於此金額。請前往 第 1.1 了解詳細資訊。	\$18.40	\$0
自付額	\$0 此計劃對部分醫院和醫療服務提供自付額，但不包括經由耐用醫療設備提供的胰島素。	\$0 此計劃對部分醫院和醫療服務提供自付額，但不包括經由耐用醫療設備提供的胰島素。
年度自付額上限金額 這是您將支付的最高自付費用，涵蓋的承保服務。 (請前往 第 1.2 了解詳細資訊。)	\$9,350	\$9,250
基層照護診所就診	每次就診總費用的 20%	每次就診的共付額為 \$0
專科醫生診所就診	每次就診總費用的 20%	每次就診的共付額為 \$0
住院治療 包括急症住院、住院復健、長期照護醫院，以及其他類型的住院治療服務。住院治療照顧從您遵照醫囑正式入院當天開始。出院前一日即是您住院的最後一日。	針對聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的每次住院： 每個福利期的自付額： \$1,676 第 1 至 60 日：每日 \$0 第 61 至 90 日：每日 \$419 預留第 91 日及之後天數：每日 \$0	針對聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的每次住院： 每個福利期的自付額： \$1,676 第 1 至 60 日：每日 \$0 第 61 至 90 日：每日 \$419 預留第 91 日及之後天數：每日 \$0 以下是 2025 分攤費用金額，且 2026 可能有所變更。Clever Care 將在更新的費率公布時立即提供資訊。
D 部分藥物承保自付額 (請前往 第 1 了解詳細資訊。)	\$590 - 不包括承保的胰島素產品及大多數成人 D 部分疫苗。	\$615 - 不包括承保的胰島素產品及大多數成人 D 部分疫苗。

	2025 (今年)	2026 (明年)
D 部分藥物承保 (請造訪 第 1.6 了解更多詳細資訊，包括年度自付額、初始承保以及重大傷病承保階段。)	初始承保階段期間的共付額／共保額： • 藥物層級 1：25% • 藥物層級 2：10% • 藥物層級 3：25% 您為這個層級每種承保胰島素產品的每月藥量支付 \$35。 • 藥物層級 4：25% 您為這個層級每種承保胰島素產品的每月藥量支付 \$35。 • 藥物層級 5：25% 您為這個層級每種承保胰島素產品的每月藥量支付 \$35。 • 藥物層級 6：25% 重大傷病承保： 在這個付款階段，針對 D 部分承保藥物，以及我們的加強型福利所承保的排除承保藥物，您不需要支付任何費用。	初始承保階段期間的共付額／共保額： • 藥物層級 1：\$0 • 藥物層級 2：10% • 藥物層級 3：25% 您為這個層級每種承保胰島素產品的每月藥量支付 \$35。 • 藥物層級 4：25% 您為這個層級每種承保胰島素產品的每月藥量支付 \$35。 • 藥物層級 5：25% 您為這個層級每種承保胰島素產品的每月藥量支付 \$35。 • 藥物層級 6：\$0 重大傷病承保： 在這個付款階段，針對 D 部分承保藥物，以及我們的加強型福利所承保的排除承保藥物，您不需要支付任何費用。

第 1 節 明年的福利及費用變更

第 1.1 節 每月計劃保費變更

	2025 (今年)	2026 (明年)
每月保費 (您也必須繼續支付您的聯邦醫療保險 B 部分 (Medicare Part B) 保費。)	\$18.40	\$0

可能改變您 D 部分保費金額的因素

- 延遲投保罰款 - 如果您由於沒有其他至少與聯邦醫療保險 (Medicare) 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更高。
- 高收入附加費 - 如果您擁有較高的收入，您可能必須每月直接向政府支付一筆額外費用，以獲得聯邦醫療保險 (Medicare) 處方藥物承保。
- 額外補助 - 如果獲得藥物費用的額外補助，您的每月計劃保費將會減少。請前往第 4，了解有關聯邦醫療保險 (Medicare) 額外補助的更多資訊。

第 1.2 節 年度自付額上限金額變更

聯邦醫療保險 (Medicare) 要求所有健保計劃設定您一年的自付費用上限。此限制稱為「年度自付額上限金額」。您支付此金額後，通常在此日曆年的剩餘時間內無需為承保的服務支付費用。

	2025 (今年)	2026 (明年)
年度自付額上限金額	\$9,350	\$9,250
您的承保醫療服務費用（例如共付額和自付額）會計入您的年度自付額上限。		您為承保服務支付自付費用 \$9,250 後，此日曆年度的剩餘時間您將不需要為承保服務支付任何費用。
您的計劃保費和處方藥費用不計入您的年度自付額上限金額。		

第 1.3 節 醫療機構網路變更

我們的醫療機構網路在明年將會有所變更。請於 zh.clevercarehealthplan.com/provider 查閱 2026 醫療機構目錄，以了解您的醫療機構（家庭醫生、專科醫生、醫院等）是否在我們的網路中。以下是獲取更新醫療機構目錄的方法：

- 造訪我們的網站 zh.clevercarehealthplan.com/provider。
- 請致電 會員服務，電話號碼 1-833-388-8168（聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 711），以取得目前的醫療機構資訊，或要求我們郵寄一份醫療機構目錄給您。

我們可以在年度中變更我們計劃中的醫院、醫生及專科醫生（醫療機構）。如果我們在年中變更醫療機構對您有所影響，請致電 會員服務，電話號碼 1-833-388-8168（聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 711）以尋求協助。關於網路內醫療機構退出我們的計劃時，與您的權利相關的詳細資訊，請前往承保範圍說明書第 3 章第 2.3 節。

第 1.4 節 藥房網路變更

您為處方藥支付的金額取決於您使用的藥房。聯邦醫療保險 (Medicare) 藥物計劃擁有一個藥房網路。在大部分情況下，您唯有在我們的其中一家網路內藥房領取處方藥時，才會獲得承保。

我們的藥房網路在明年將會有所變更。請查閱 2026 年藥房目錄，了解我們的網路中有哪些藥房。zh.clevercarehealthplan.com/pharmacy 以下是獲取更新藥房目錄的方法：

- 造訪我們的網站 zh.clevercarehealthplan.com/pharmacy。
- 請致電 會員服務，電話號碼 1-833-388-8168（聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 711），以取得最新的藥房資訊，或要求我們郵寄一份藥房目錄給您。

我們可以在年度期間變更我們計劃內的藥房。如果我們在年中變更藥房對您有所影響，請致電 會員服務，電話號碼 1-833-388-8168（聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 711）尋求協助。

第 1.5 醫療服務福利和費用變更節

以下是 2025 分攤費用金額，2026 可能有所變更。福全健保全加計劃 將在更新的費率公布時立即提供資訊。

	2025（今年）	2026（明年）
24 小時 Optum® 護士專線	\$0 共付額 每次通話	不屬於承保範圍。
牙科補助金（例行）	每季 \$550。未使用的餘額可餘額延用。齒顎矯正除外。	每 6 個月 \$1,200。未使用的餘額可餘額延用。齒顎矯正除外。
牙科綜合性服務	需要轉診。	不需要轉診。
牙科診斷與預防性服務	需要預先授權。	不需要預先授權。
牙周病	保險給付週期為每 3 年一次。	保險給付週期為每 2 年一次。
牙科植牙服務	支台齒支撐牙冠的保險給付週期為每 5 個日曆年一次。	支台齒支撐牙冠的保險給付週期為每顆牙齒每 5 個日曆年 1 次。
牙科修復，可摘式	保險給付週期為每 5 個日曆年一次。	沒有限制。
牙科 X 光檢查	\$0 共付額，每年 1 次。	\$0 共付額 每年 2 次。
食品和農產品（雜貨）- SSBCI	未提供。VBID 計劃包含每月 \$125 補助金。	如果符合資格，靈活補助金可用於購買健康食品和農產品。
健康及保健靈活福利補助金	靈活福利卡每季會新增 \$200 補助金。未使用的餘額不會餘額延用。 綜合用途： 健身、非處方藥 (OTC) 以及中草藥保健品。	靈活福利卡每季會新增 \$600 補助金。未使用的餘額可餘額延用。 綜合用途： 健身、非處方藥 (OTC)、中草藥保健品、牙科／視力／聽力費用，以及被診斷患有符合 SSBCI 資格的慢性病症時，可購買雜貨。

	2025 (今年)	2026 (明年)
住院治療	\$1,676 自付額；第 1 至 60 日每日共付額 \$0；第 61 至 90 日每日共付額 \$419	以下是 2025 分攤費用金額，2026 可能有所變更。Clever Care 將在更新的費率公布時立即提供資訊。 • 自付額 \$1,676 • 第 1 至 60 日；第 91 日以上，每日共付額為 \$0 • 第 61 至 90 日每日共付額為 \$419
精神健康住院	\$1,676 自付額；第 1 至 60 日每日共付額 \$0；第 61 至 90 日每日共付額 \$419	以下是 2025 分攤費用金額，2026 可能有所變更。Clever Care 將在更新的費率公布時立即提供資訊。 • 自付額 \$1,676 • 第 1 至 60 日；第 91 日以上，每日共付額為 \$0 • 第 61 至 90 日每日共付額為 \$419
精神健康專科服務（團體或個人）	總費用的 20%	總費用的 20%
出院後送餐服務	\$0 共付額 住院治療後出院或離開專業護理之家 (SNF) 後，最多每日三餐，共 28 日；每年不超過 84 餐。	請參閱預防再次入院。
家庭醫生 (PCP) 看診	每次就診總費用的 20%	\$0 共付額

	2025 (今年)	2026 (明年)
預防再次入院 (居家治療)	未提供。	\$0 共付額 從住院醫院或專業護理之家 (SNF) 出院後提供的服務。不包括從日間手術中心出院。必須在出院後 7 天內向會員服務部提出服務要求，方可授權服務。服務包括： • 個人照護協調： 在 72 小時內接到個案經理的個人追蹤電話。會員將獲得藥物審查和衛教、協助安排約診、醫療設備使用協助，以及協助安排其他所需的支援服務。 • 居家支援： 每年最多可獲得 60 小時的日常生活活動協助，包括洗澡、穿衣、洗衣、更換床單、簡易家務、前往約診的交通、超市購物、用藥協助等。 • 到府送餐： 每天最多可獲得三餐醫療訂製餐點，為期 28 天，每年不超過 84 餐，包括營養諮詢。 此福利可以補充但無法取代聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的家庭健康服務。此福利不包含超市購物。
專業護理之家	第 1 至 20 日每日共付額為 \$0；第 21 至 100 日每日共付額為 \$209.50	以下是 2025 分攤費用金額，2026 可能有所變更。Clever Care 將在更新的費率公布時立即提供資訊。 • 第 1 至 20 日每日共付額為 \$0； • 第 21 至 100 日每日共付額為 \$209.50
專科醫生看診	每次就診總費用的 20%	每次就診共付額為 \$0

	2025（今年）	2026（明年）
交通服務（非急診）	\$0 共付額 透過 SSBCI 計劃，每年可享 24 趟單程交通，半徑 30 英里以內。	\$0 共付額 每年 48 趟單程前往計劃核准的醫療地點，半徑 30 英里以內。
遠距醫療福利	\$0 共付額 Teladoc® 醫療就診；每次精神健康就診共付額為 \$40。	\$0 共付額 Teladoc® 醫療和／或精神健康就診。
超值計劃型保險設計 (VBID) 計劃	以下福利共付額為 \$0： • 每月 \$125 補助金，可用於購買健康食品和農產品 • 24 趟單程，非緊急性的交通服務 • 免除處方藥的分攤費用	未提供。
眼科硬體補助金（例行）	每年 \$200 補助金，可用於隱形眼鏡、鏡片及鏡框。	每年 \$350 補助金，可用於隱形眼鏡、鏡片及鏡框。升級包括標準多焦點鏡片。

第 1.6 節 D 部分處方藥物承保變更

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，並以電子方式提供。藥物清單包括許多（並非全部）我們將於明年承保的藥物。如果您未在此清單上看到您的藥物，它可能仍屬於承保範圍。您可以致電 會員服務，電話號碼 1-833-388-8168（聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 711），或造訪我們的網站 (clevercarehealthplan.com/druglist)，來獲取完整版藥物清單。

我們對藥物清單進行變更，其中可能包括刪除或新增藥物、變更我們承保之某些藥物所適用的規定，或將藥物轉移至不同的分攤費用層級。請查閱藥物清單以確保您的藥物明年將獲得承保，並查看是否有任何使用規定，或者您的藥物是否已移至不同的分攤費用層級。

藥物清單的大部分變更均為每年年初的新變更。然而，我們可能會在聯邦醫療保險 (Medicare) 規則允許的情況下做出其他變更，並將在該日曆年對您造成影響。我們的線上藥物清單至少每月更新一次，提供最新版藥物清單。如果我們做出的變更會影響您取得正在服用的藥物，我們將針對該變更發送通知給您。

如果您在年初或年中因為藥物承保變更而受到影響，請查閱您的承保範圍說明書第 9 章，並與您的開立處方者討論，了解您有哪些選項，例如要求暫時提供藥物、申請例外處理和/或努力尋找新的藥物。如需更多資訊，請致電 會員服務，電話號碼 1-833-388-8168（聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 711）。

第 1.7 節 處方藥品福利與費用變更

您是否獲得額外補助來支付藥物承保費用？

如果您參加補助支付藥物費用的計劃（額外補助），則可能不適用 D 部分藥物費用的資訊。我們已寄給您另一份資料，名為「為獲得額外補助來支付處方藥的人士提供的承保範圍說明書附約」，其中會說明您的藥物費用。如果您獲得額外補助也尚未收到這份插

頁 9 月 30 日請致電 會員服務，電話號碼 1-833-388-8168（聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 711），並索取 *LIS 附約*。

藥物付款階段

以下有三個藥物付款階段：年度自付額階段、初始承保階段，以及重大傷病承保階段。D 部分福利不再包含承保缺口階段和承保缺口折扣計劃。

• 第 1 階段：年度自付額

您的每個日曆年從這個付款階段開始。在此階段，您支付 D 部分 全額費用，直到您達到年度自付額。

• 第 2 階段：初始承保

您支付年度自付額後，便會進入初始承保階段。在這個階段，我們的計劃會支付您的藥物費用中我們分攤的部分，您則支付您分攤的部分。您通常會停留在這個階段，直到您今年以來的藥物費用總額達到 \$2,100 為止。

• 第 3 階段：重大傷病承保

這是第三階段而且是最終的藥物付款階段。在這個階段，您不需要為 D 部分承保藥物支付任何費用。您通常在此日曆年度的剩餘時間內停留在這個階段。

承保缺口折扣計劃已由製造商折扣計劃取代。根據製造商折扣計劃規定，在初始承保階段和重大傷病承保階段，藥物製造商需為承保的 D 部分原廠藥和生物製劑支付計劃全額費用的一部分。製造商根據製造商折扣計劃支付的折扣不計入自付費用。

第 1 階段的藥物費用：年度自付額

下表顯示您在這個階段要為每個處方支付的費用。

	2025（今年）	2026（明年）
年度自付額	\$590	\$615
	在這個階段，您支付 層級 6 藥物分攤費用為 \$0 且 層級 1 至 5 為全額藥物費用，直至您達到年度自付額。	在這個階段，您支付 層級 6 藥物分攤費用為 \$0 層級 1 和層級 6 以及 層級 2 至 5 為全額藥物費用，直至您達到年度自付額。

第 2 階段的藥物費用：初始承保

我們已變更藥物清單上部分藥物的層級。若要了解您的藥物是否將分到不同層級，請查閱藥物清單。大部分成人 D 部分疫苗均免費承保。有關疫苗費用的更多資訊，或有關之費用，請前往您的承保範圍說明書第 6 章。

您為 D 部分承保藥物支付 \$2,100 自付費用後，將進入下一個階段（重大傷病承保階段）。

	2025（今年）	2026（明年）
層級 1：首選學名藥	您支付 25% 總費用的	您支付 \$0
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分到不同層級，請查詢藥物清單。	郵購處方藥一個月份的費用為總費用的 25%。	郵購處方藥一個月份的費用為 \$0。
層級 2：學名藥	您支付總費用的 25%。	您支付 10% 總費用的
	郵購處方藥一個月份的費用為總費用的 25%。	郵購處方藥一個月份的費用為總費用的 10%。
層級 3：首選原廠藥	您支付 25% 總費用的	您支付 25% 總費用的
層級 4：非首選藥物	您支付總費用的 25%。	您支付 25% 總費用的
層級 5：專科層級	您支付 25% 總費用的	您支付 25% 總費用的
層級 6：精選照護藥物	您支付 25% 總費用的	您支付 \$0
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分到不同層級，請查詢藥物清單。	郵購處方藥一個月份的費用為總費用的 25%。	郵購處方藥一個月份的費用為 \$0。

您的 VBID D 部分福利變更

不再提供超值計劃型保險設計 (VBID) 計劃。這表示 2026 年的福利不再包含處方藥分攤費用以及 D 部分獎勵和激勵計劃。

重大傷病承保階段變更

如果您達到重大傷病承保階段，針對承保的 D 部分藥物以及我們的加強型福利所承保的排除承保藥物，您不需要支付任何費用。

有關在重大傷病承保階段相關費用的特定資訊，請前往您的承保範圍說明書中的第 6 章第 6 節。

第 2 節行政變更

	2025（今年）	2026（明年）
計劃福利套組 (Plan Benefit Package, PBP) 號碼將變更	011	016（此變更不會影響本計劃提供的福利。）

	2025 (今年)	2026 (明年)
藥房福利管理機構 (Pharmacy Benefit Manager, PBM) PBM 透過協商折扣、處理索賠、建立藥物處方集以及管理藥房網路，協助控管 D 部分費用。	MedImpact Healthcare Systems	CVS Caremark 是我們新的藥房福利管理機構。 從 1 月 1 日起，您在藥房必須出示新的會員卡。 如果您目前已註冊加入郵購服務，您的處方藥將轉至 CVS Caremark。
牙科供應商	DentaQuest (Sun Life 公司)	Liberty Dental Plan 是我們新的牙科福利醫療機構。 透過此計劃，您可以前往任何持有執照的牙醫處就診；但是，當您使用網路內牙醫或專科醫生時，將支付較少的自付費用。
聯邦醫療保險 (Medicare) 處方藥付款計劃	聯邦醫療保險 (Medicare) 處方藥付款計劃是從今年開始提供的付款選項，此計劃將我們計劃承保藥物的費用分攤至整個日曆年度（1 月至 12 月），協助您管理這些藥物的自付費用。您可能已經參加此付款選項。	如果您已經參加聯邦醫療保險 (Medicare) 處方藥付款計劃，且繼續投保保留相同的 D 部分計劃，將會自動為您續約至 2026。 若要了解有關此付款選項的更多資訊，請撥打 1-833-388-8168（聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 711），或造訪 www.medicare.gov 。

第 3 節 如何變更計劃

若要繼續投保 福全健保全加計劃，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，您將自動投保我們的 福全健保全加計劃。

如果您在 2026 年要變更計劃，請遵循以下步驟：

- 若要變更為不同的聯邦醫療保險 (Medicare) 健保計劃，請投保新計劃。您將自動退保 福全健保全加計劃。

- 若要變更為具有聯邦醫療保險 (Medicare) 藥物承保的 **Original Medicare**，請投保新的聯邦醫療保險 (Medicare) 藥物計劃。您將自動退保 福全健保全加計劃。
- 若要變更為沒有藥物計劃的 **Original Medicare**，您可以寄送書面退保申請給我們。請致電 會員服務，電話號碼 1-833-388-8168（聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 711），以取得有關完成這些手續的更多資訊。或致電**聯邦醫療保險 (Medicare)**，電話號碼 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，並要求退保。聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 1-877-486-2048。如果未投保聯邦醫療保險 (Medicare) 藥物計劃，您可能需支付 D 部分延遲投保罰款（請前往 第 1.1）。
- 若要了解 **Original Medicare** 與不同類型的聯邦醫療保險 (Medicare) 計劃的更多資訊，請造訪 www.Medicare.gov、查閱 *Medicare & You 2026* 手冊、致電您的州健康保險援助計劃（前往 第 5）或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

提醒您，Clever Care Health Plan, Inc. 提供其他聯邦醫療保險 (Medicare) 健保計劃。這些其他計劃的承保範圍、每月計劃保費及分攤費用金額可能有所不同。

第 3.1 節 變更計劃的截止日期

享有聯邦醫療保險 (Medicare) 的人士，可在每年 **10 月 15 日至 12 月 7 日**變更其承保範圍。

如果您在 2026 年 1 月 1 日投保聯邦健保優勢 (Medicare Advantage) 計劃，且不喜歡您選擇的計劃，可以在 1 月 1 日至 3 月 31 日期間轉換至另一個聯邦醫療保險 (Medicare) 健保計劃（無論是否包含聯邦醫療保險 (Medicare) 處方藥承保），或轉換至 Original Medicare（無論是否另有聯邦醫療保險 (Medicare) 處方藥承保）2026。

第 3.2 節 一年中是否還有其他時間可以進行變更？

在特定情況下，人們在當年度內可能有其他機會變更其承保範圍。例如以下人士：

- 擁有 Medicaid
- 獲得額外補助支付藥物費用
- 已經或即將離開雇主承保
- 離開我們計劃的服務區域

如果您最近搬入或目前居住於療養機構（例如專業護理之家或長期照護醫院），您可以**隨時**變更聯邦醫療保險 (Medicare) 承保。您可以隨時轉換至任何其他聯邦醫療保險 (Medicare) 健保計劃（無論是否包含聯邦醫療保險 (Medicare) 藥物承保），或轉換至 Original Medicare（無論是否另有聯邦醫療保險 (Medicare) 藥物承保）。若您最近搬離某醫療照護機構，就有機會在搬離當月之後完整兩個月的時間內轉換計劃，或轉換至 Original Medicare。

第 4 節 取得處方藥費用支付補助

您可能符合資格獲得處方藥費用支付補助。提供不同類型的補助：

- **聯邦醫療保險 (Medicare) 的額外補助。** 低收入人士可能會符合資格獲得額外補助 (Extra Help)，以便支付處方藥費用。若您符合資格，聯邦醫療保險 (Medicare) 可為您支付最高 75% 以上的藥物費用，包括每月藥物計劃保費、年度自付額及共保

額。此外，符合資格的人士沒有延遲投保罰款。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) 使用者可撥打 1-877-486-2048，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。
 - 聯絡社會安全辦公室，電話：1-800-772-1213，服務時間為週一至週五，早上 8 時到晚上 7 時，將有代表為您服務。24 小時全天候提供自動訊息。聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 1-800-325-0778。
 - 您的州政府 Medicaid 辦事處。
- **您所在州的藥物援助計劃 (state pharmaceutical assistance program, SPAP) 提供的協助。** California 提供一個稱為「愛滋病藥物援助計劃 (ADAP)」的計劃，根據人們的財務需求、年齡或醫療狀況，補助支付處方藥費用。若要瞭解本計劃，請洽詢您的州健康保險援助計劃 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)。若需要您所在州的聯絡電話，請造訪 shiphelp.org 或撥打 1-800-MEDICARE。
 - **HIV／愛滋病患者的處方藥分攤費用援助。** 愛滋病藥物援助計劃 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 旨在確保符合 ADAP 資格的 HIV／愛滋病患者可獲得能拯救其性命的 HIV 治療藥物。您必須符合特定標準，方具備參加所在州 ADAP 的資格。這些標準包括州居住證明和 HIV 狀態、由州政府定義的低收入戶，以及無保險/保險不足的狀態。也涵蓋在 ADAP 之內的聯邦醫療保險 D 部分 (Medicare Part D) 藥物，也可以透過愛滋病藥物援助計劃 (ADAP)，獲得處方藥分攤費用補助。如需有關資格條件、承保藥物、如何投保本計劃的資訊，或者如果您目前已投保，而需要如何繼續取得補助的資訊，請致電 1-844-421-7050。致電時，請務必告知您的聯邦醫療保險 D 部分 (Medicare Part D) 計劃名稱或保單號碼。
 - **聯邦醫療保險 (Medicare) 處方藥付款計劃。** 聯邦醫療保險 (Medicare) 處方藥付款計劃是與您目前的藥物承保搭配使用的付款選項，此計劃會將我們計劃承保藥物的費用分攤到整個日曆年（1 月至 12 月），協助您管理這些藥物的自付費用。任何人只要擁有聯邦醫療保險 (Medicare) 藥物計劃，或包含藥物承保的聯邦醫療保險 (Medicare) 健保計劃（例如包含藥物承保的聯邦健保優勢 (Medicare Advantage) 計劃），皆可使用此付款選項。此付款選項可協助您管理開支，但無法為您省錢或降低藥物費用。

對於符合資格的人而言，聯邦醫療保險 (Medicare) 的「額外補助」以及 SPAP 和 ADAP 提供的補助，比參加聯邦醫療保險 (Medicare) 處方藥付款計劃更有利。所有會員均有資格參加聯邦醫療保險 (Medicare) 處方藥付款計劃付款選項。若要了解有關此付款選項的更多資訊，請撥打 1-833-388-8168（聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 711），或造訪 www.medicare.gov。

第 5 節 有疑問？

取得 福全健保全加計劃協助

- 請致電 會員服務 1-833-388-8168（聽障專線 (TTY) 使用者 711。）

我們隨時接聽電話，10 月 1 日至次年 3 月 31 日，服務時間為每週 7 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。您可以免費撥打以上號碼。

- **請參閱您的 2026 承保範圍說明書**

此年度變更通知為您提供 2026 福利及費用變更摘要。請前往 福全健保全加計劃的 2026 承保範圍說明書，以了解詳細資訊。承保範圍說明書是關於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。在我們的網站上取得承保範圍說明書，網址為 zh.clevercarehealthplan.com/eoc 或致電 會員服務，電話號碼 1-833-388-8168（聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 711），要求我們郵寄一份給您。

- **造訪 zh.clevercarehealthplan.com**

我們的網站提供醫療機構網路（醫療機構目錄／藥房目錄）以及承保藥物清單（處方集／藥物清單）的最新資訊。

獲得有關 Medicare 的免費諮詢

州健康保險援助計劃 (SHIP) 是一項獨立的政府計劃，在每個州皆設有訓練有素的顧問。在 California，SHIP 稱為 健康保險諮詢與倡導計劃 (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP)。

請致電 健康保險諮詢與倡導計劃 (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP)，以取得免費的個人專屬健康保險諮詢。他們可以協助您瞭解聯邦醫療保險 (Medicare) 計劃的各種選項，並回答有關轉換計劃的問題。請致電 健康保險諮詢與倡導計劃 (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP)，聯絡 1-800-434-0022。請造訪（健康保險諮詢與倡導計劃 (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP)），以了解更多有關 aging.ca.gov/hicap/ 的資訊。

向聯邦醫療保險 (Medicare) 取得協助

- **請撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

您可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 1-877-486-2048。

- **與 www.Medicare.gov 進行即時聊天**

您可以在 www.Medicare.gov/talk-to-someone 進行即時聊天。

- **寫信至聯邦醫療保險 (Medicare)**

您可以寫信至聯邦醫療保險 (Medicare)，地址是 PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **請造訪 www.Medicare.gov**

官方聯邦醫療保險 (Medicare) 網站提供費用、承保範圍及品質星級評分等資訊，協助您比較所在地區的聯邦醫療保險 (Medicare) 健保計劃。

- **閱讀 *Medicare & You 2026***

Medicare & You 2026 手冊每年秋天皆會寄給聯邦醫療保險 (Medicare) 的投保人。其中提供聯邦醫療保險 (Medicare) 福利、權利及保障摘要，並回答聯邦醫療保險的最常見問題。請造訪 www.Medicare.gov 或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本。聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 1-877-486-2048。

反歧視與無障礙規定

歧視是違反法律的行為。

Clever Care Health Plan Inc. (以下簡稱 福全健保/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。福全健保不會因種族、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。

福全健保/Clever Care：

- 為殘障人士提供免費援助和服務，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)
- 為母語為非英語的人士提供免費語言服務，例如：
 - 合格的口譯員
 - 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 (國語) | (833) 808-8161 (粵語) (TTY: 711)。

如果您認為福全健保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：civilrightscordinator@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，我們福全健保的民權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 (TTY)。
您可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 找到投訴表。

Notice Of Availability

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-833-388-8168 (TTY: 711) or speak to your provider. **Español:** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-833-388-8168 (TTY: 711) o hable con su proveedor. **Tagalog:** PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-833-388-8168 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider. **中文:** 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1-833-808-8153 (国语) / 1-833-808-8161 (粤语) (TTY: 711) 或咨询您的服务提供商。 **台語:** 注意: 如果您說[台語], 我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務, 以無障礙格式提供資訊。請致電 1-833-808-8153 (國語) / 1-833-808-8161 (粵語) (TTY: 711) 或與您的提供者討論。 **Việt:** LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-833-808-8163 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn. **한국어:** 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-833-808-8164 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오. **ՀԱՅԵՐԵՆ:** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրելու համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Չանգահարեք 1-833-388-8168 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ: **РУССКИЙ:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-833-388-8168 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг. **ភាសាខ្មែរ:** សូមយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-833-388-8168 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ **日本語:** 注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-833-388-8168(TTY:711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。 **ਪੰਜਾਬੀ:** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਟਰਾਂਸਕ੍ਰਿਪਟ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਦੁਕਾਨੇ ਪੁਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-833-388-8168 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ। **ไทย:** หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-833-388-8168 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ **Lus Hmoob:** LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-833-388-8168 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

فارسی

توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-833-388-8168 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-833-388-8168 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.



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