



2026

福利摘要

## 福全健保舒息 (HMO C-SNP) 計劃

這是一項聯邦醫療保險優勢(Medicare Advantage)及處方藥計劃

### 面向加州提供服務

洛杉磯、橙縣、河邊縣、聖伯納迪諾縣和聖地牙哥縣

計劃年度: 2026年1月1日 – 2026年12月31日

提供的福利資訊是醫療和處方藥費用的摘要。服務、限制和例外情況的完整列表可在 [zh.clevercarehealthplan.com/eoc](https://zh.clevercarehealthplan.com/eoc) 的「承保範圍說明書」(EOC) 中查閱。

**若要加入此福全健保 HMO C-SNP 計劃，您必須符合以下條件：**

1. 符合資格享有聯邦醫療保險(Medicare) A 部分(住院保險)
2. 符合資格享有聯邦醫療保險(Medicare) B 部分(住院保險)
3. 被診斷患有哮喘、慢性支氣管炎、肺氣腫或慢性阻塞性肺病(COPD)。<sup>1</sup>
4. 居住在我們服務區域內：
  - 洛杉磯
  - 橙
  - 聖貝納迪諾
  - 河濱
  - 聖地牙哥



請在我們的醫療網路內尋找醫生、專科醫生、醫院及藥局。若您選擇到醫療網路外的醫療院所看診，相關費用將需由您自行全額負擔。

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



請在處方集(藥物清單)上查找藥物。

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



如果您需要協助瞭解此資訊，請致電 **(833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) (TTY: 711)**，10月1日至3月31日，每週七天，上午8點至晚上8點；4月1日至9月30日，週一至週五，上午8點至晚上8點。或發送電子郵件至 [sales@clevercarehealthplan.com](mailto:sales@clevercarehealthplan.com)。

如果您想瞭解更多有關傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 的承保範圍及費用，請查閱您目前的「聯邦醫療保險 (Medicare) 與您」手冊。您可在 [medicare.gov](https://www.medicare.gov) 線上查閱，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本，全年無休 24 小時服務。TTY 用戶請致電 1-877-486-2048。

<sup>1</sup> 該計劃是一項慢性病特殊需求計劃 (C-SNP)。您的註冊資格將基於您是否診斷符合條件的慢性病。並非所有會員都符合資格。



## 2026 年福利摘要 | 福全健保舒息(HMO C-SNP)計劃

為被診斷患有哮喘、慢性支氣管炎、肺氣腫或慢性阻塞性肺病(COPD)並擁有加州醫療補助計劃的人士提供的全面計劃。

### 如果減少的費用分攤適

用，您會看到此 .

如果您擁有完整的加州醫療補助計劃，則無需支付醫療服務費用。如果您有加州醫療補助計劃及費用分攤 (SOC)，計劃保費、自付額及任何費用分攤將全部或部分由加州醫療補助計劃第三方支付。您必須繼續投保加州醫療補助計劃，以獲得較低的分攤費用。

## 保費、免賠額以及限制

| 費用                                       | 擁有完整的加州醫療補助計劃您支付的部份 | 沒有加州醫療補助計劃您支付的部份 | 注意事項                                                                                                              |
|------------------------------------------|---------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 每月計劃保費<br>(聯邦醫療保險優勢計劃 - C 部分及處方藥 - D 部分) | \$0                 | \$0              | 您必須繼續支付您的聯邦醫療保險 B 部分(醫療保險部分)保費。                                                                                   |
| 免賠額                                      | \$0                 | \$615            |  本計劃對部分醫院及醫療服務以及 D 部分處方藥收取免賠額。 |
| 最大自付費用<br>(不包括處方藥)                       | 每年 \$0              | 每年 \$9,250       |  這是您每年為聯邦醫療保險承保的服務支付的最高金額。     |

## 醫療及醫院福利

| 福利                                                                                 | 擁有完整的加州醫療補助計劃您支付的部份                | 沒有加州醫療補助計劃您支付的部份                                                                                                                                                                                   | 注意事項                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 醫院住院承保範圍*                                                                          | 每個福利期的共付額為 \$0                     | <p>以下是 2026 年 Medicare 明確規定的數字。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 每個福利期 \$1,736 免賠額</li> <li>• 每個福利期，第 1-60 天和第 91 天及以後，每天的共付額為 \$0</li> <li>• 每個福利期，第 61-90 天，每天的共付額為 \$434</li> </ul> |  |
| 醫院門診承保範圍* <ul style="list-style-type: none"> <li>• 門診住院</li> <li>• 觀察服務</li> </ul> | 每次住院的共付額為 \$0<br><br>觀察服務的共付額為 \$0 | 每次住院 20% 共同保險<br><br>觀察服務 20% 共同保險                                                                                                                                                                 |  |
| 門診手術中心 (ASC) 服務*                                                                   | 每次就診的共付額為 \$0                      | 每次就診 20% 共同保險                                                                                                                                                                                      |  |

\*服務需要轉介和/或事先授權。

| 福利                                                                                                                                                                     | 擁有完整的加州醫療補助計劃您支付的部份                                                                  | 沒有加州醫療補助計劃您支付的部份                                                                    | 注意事項                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>醫生看診</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>初級保健醫生/家庭醫生 (PCP)</li> <li>專科醫生*</li> </ul>                                                                         | 每次就診的門診費為 \$0<br><br>每次專科醫生就診的門診費為 \$0                                               | 每次就診的門診費為 \$0<br><br>每次專科醫生就診的門診費為 \$0                                              |                                                                                                             |
| <b>預防性照護</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>「歡迎參加聯邦醫療保險」就診或年度健康就診以及聯邦醫療保險承保的所有其他預防性照護服務</li> </ul>                                                             | 每次就診的共付額為 \$0                                                                        | 每次就診的共付額為 \$0                                                                       | 每年一次健康就診。這次訪問的目的是根據您當前的健康狀況和風險因素而制定的個性化預防計劃。                                                                |
| <b>急救照護</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>急診室</li> </ul>                                                                                                      | 每次就診的共付額為 \$0                                                                        | 每次就診的共付額為 \$95                                                                      |  如果您在 72 小時內住院，共付額為 \$0。 |
| <b>緊急需求服務</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>緊急照護中心</li> </ul>                                                                                                 | 每次就診的共付額為 \$0                                                                        | 每次就診的共付額為 \$25                                                                      |                          |
| <b>診斷服務、實驗室、及造影*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>實驗室服務</li> <li>診斷測試及醫療程序</li> <li>X 射線</li> <li>診斷性放射學服務(例如核磁共振成像(MRI)、電腦斷層掃描(CT)、正子斷層掃描(PET)等)</li> </ul> | 每項實驗室服務的共付額為 \$0<br><br>每次診斷服務共付額為 \$0<br>每次 X 射線檢查的共付額為 \$0<br><br>每項放射科服務的自付額為 \$0 | 每項實驗室服務 20% 共同保險<br><br>每次診斷服務共付額為 \$0<br>每次 X 光檢查 20% 共同保險<br><br>每項放射科服務 20% 共同保險 |                          |
| <b>聽力服務*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>聯邦醫療保險承保的服務</li> </ul>                                                                                             | 每項服務的共付額為 \$0                                                                        | 每項服務的共付額為 \$0                                                                       | 您必須使用我們醫療網絡中的醫生獲取例行服務。                                                                                      |
| <b>聽力服務(例行)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>例行聽力檢查(限 1 次)</li> <li>助聽器驗配和評估(限 3 次)</li> <li>助聽器</li> </ul> 該計劃每年為每隻耳朵提供 \$600 助聽器津貼。                        | 每項檢查或服務的共付額為 \$0<br><br>每次檢查或服務共付額為 \$0<br><br>共付額為 \$0，最高至計劃津貼金額                    | 每項檢查或服務的共付額為 \$0<br><br>每項服務的共付額為 \$0<br><br>共付額為 \$0，最高至計劃津貼金額                     | 任何未使用的津貼將於 12 月 31 日到期。<br><br>在計劃支付福利後，您需負責支付剩餘費用，並可使用靈活津貼作為付款方式進行支付。<br><br>因遺失、遭竊或損壞的助聽器需單次更換裝置時，需支付免賠額。 |

\*服務需要轉介和/或事先授權。

| 福利                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 擁有完整的加州醫療補助計劃您支付的部份                                                                          | 沒有加州醫療補助計劃您支付的部份                                                                             | 注意事項                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>牙科服務*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>聯邦醫療保險承保的服務</li> </ul> <b>牙科服務(PPO)</b> <b>預防性牙科服務包括：</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>口腔檢查(限 2 次)</li> <li>牙齒清潔(限 2 次)</li> <li>氟化處理(限 1 次)</li> <li>咬翼 X 光檢查(限 2 次)</li> </ul> <b>全面牙科服務包括但不限於：</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>補牙與修復</li> <li>根管治療</li> <li>齒冠(牙套)</li> <li>植牙</li> <li>牙橋、假牙、拔牙</li> </ul> <p>本計劃提供津貼<b>每半年 \$1,200</b>，可用於預防性及全面服務。年度最高福利為 \$2,400。</p> | <p>每項服務的共付額為 \$0</p> <p>預防性和/或全面服務的共付額為 \$0，最高至計劃津貼金額</p>                                    | <p>每項服務的共付額為 \$0</p> <p>預防性和/或全面服務的共付額為 \$0，最高至計劃津貼金額</p>                                    | <p>無需限定使用醫療網絡內的牙科診所。某些牙科服務有其限制及例外條款。植牙及其他服務需事先授權。</p> <p>對於從非醫療網絡內的醫療提供者/機構獲得的服務，計劃將支付不超過允許金額的承保服務費用。</p> <p>在計劃支付福利後，您需負責支付剩餘費用，並可使用靈活津貼作為付款方式進行支付。</p> <p>任何未使用的津貼餘額將延用至下一個六個月期間，並於12月31日到期。</p> <p>不包括齒顎矯正。</p> |
| <b>視力服務*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>聯邦醫療保健承保用於診斷/治療眼部疾病和症狀的視力檢查</li> <li>聯邦醫療保險承保的白內障手術後的眼鏡</li> </ul> <b>眼科服務(例行)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>例行性眼睛檢查</li> <li>眼鏡(鏡框、鏡片或隱形眼鏡)</li> <li>升級</li> </ul> <p>本計劃提供<b>每年 \$350</b>眼鏡津貼。</p>                                                                                                                                                                                 | <p>每項檢查或服務的共付額為 \$0</p> <p>每個項目的共付額為 \$0</p> <p>每項檢查或服務的共付額為 \$0<br/>共付額為 \$0，最高至計劃津貼金額。</p> | <p>每項檢查或服務的共付額為 \$0</p> <p>每個項目的共付額為 \$0</p> <p>每項檢查或服務的共付額為 \$0<br/>共付額為 \$0，最高至計劃津貼金額。</p> | <p>例行服務必須由我們醫療網絡內的醫生/提供者提供。如前往非醫療網絡內的醫療機構，您需自付全部費用。</p> <p>在計劃支付福利後，您需負責支付剩餘費用，並可使用靈活津貼作為付款方式進行支付。</p> <p>任何未使用的津貼金額將於 12 月 31 日到期。</p>                                                                            |

\*服務需要轉介和/或事先授權。

| 福利                                                                          | 擁有完整的加州醫療補助計劃您支付的部份                 | 沒有加州醫療補助計劃您支付的部份                                                                                                                                                                          | 注意事項                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>心理健康服務*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>醫院住院 - 精神科</li> </ul> | 每個福利期, 每次住院 \$0                     | 以下是 2026 年 Medicare 明確規定的數字。 <ul style="list-style-type: none"> <li>每個福利期 \$1,736 免賠額</li> <li>每個福利期, 第 1-60 天和第 91 天及以後, 每天的共付額為 \$0</li> <li>每個福利期, 第 61-90 天, 每天的共付額為 \$434</li> </ul> |  <p>住院護理終身限額適用於在普通醫院提供的心理健康服務。</p>                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>門診心理健康護理(團體或個人治療)</li> </ul>         | 每次就診的共付額為 \$0                       | 每次就診 20% 共同保險                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                        |
| <b>專業護理機構 (SNF) *</b>                                                       | 每次住院的共付額為 \$0                       | 以下是 2026 年 Medicare 明確規定的數字。 <ul style="list-style-type: none"> <li>每個福利期, 第 1-20 天, 每天的共付額為 \$0</li> <li>每個福利期, 第 21-100 天, 每天的共付額為 \$217</li> </ul>                                     |  <p>無需事先住院。</p>                                     |
| <b>物理治療</b>                                                                 |                                     |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>物理、職能與語言治療</li> </ul>                | 每次就診的共付額為 \$0                       | 每次問診 20% 共同保險                                                                                                                                                                             |                                                   |
| <b>救護車</b>                                                                  |                                     |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>地面交通</li> <li>空中交通</li> </ul>        | 每次行程 \$0 共同保險 (單程)<br>每次行程 \$0 共同保險 | 每次行程 20% 共同保險 (單程)<br>每次行程 20% 共同保險                                                                                                                                                       |                                                   |
| <b>交通</b>                                                                   |                                     |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                        |
| 該計劃提供 <b>48 趟單程</b> 非緊急交通接駁服務。                                              | 每趟行程的共付額為 \$0                       | 每趟行程的共付額為 \$0                                                                                                                                                                             | 前往經批准的健康相關地點的行程僅限於 30 英里半徑內。                                                                                                           |
| <b>聯邦醫療保險 B 部分 (醫療部分)藥物</b>                                                 |                                     |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>胰島素</li> </ul>                       | \$0 共付額                             | 費用的 0-20% 共同保險或聯邦醫療保險核准的金額, 最高不超過 \$35。                                                                                                                                                   |  <p>價格可能會每季變更, 但分攤的費用不會超過 20% 共同保險費或胰島素 \$35。</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>化療以及其他 B 部分 (醫療部分)藥物</li> </ul>      | \$0 共付額                             | 費用的 0-20% 共同保險或聯邦醫療保險核准的金額                                                                                                                                                                |                                                                                                                                        |

\*服務需要轉介和/或事先授權。

## 您的計劃包含保健福利

| 福利                                                                                                                                                       | 擁有完整的加州醫療補助計劃您支付的部份               | 沒有加州醫療補助計劃您支付的部份                  | 注意事項                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>健康教育保健套件</b><br>本計畫將為所有投保人提供專為肺部健康量身打造的健康套件。                                                                                                          | 套件共付額為 \$0                        | 套件共付額為 \$0                        |                                                                |
| <b>健康與福祉的靈活津貼</b><br>該計劃提供 <b>總計為 \$600 的季度津貼</b> 。每年度最高福利為 \$2,400。                                                                                     | 共付額為 \$0，至每季度的最高計劃津貼金額。           | 共付額為 \$0，至每季度的最高計劃津貼金額。           | 在計劃支付福利後，您需負責支付剩餘費用。津貼不可兌換現金。                                  |
| <b>健身活動</b> 包括但不限於： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 高爾夫、乒乓球</li> <li>• 太極、瑜伽</li> <li>• 健身房會員資格</li> </ul>                                      | 您可從合條件的服務清單中選擇如何使用津貼。             | 您可從合條件的服務清單中選擇如何使用津貼。             | 任何未使用的津貼餘額將延用至下 3 個月(季度)；並於12月31日到期。                           |
| <b>非處方藥 (OTC)</b> 包括但不限於： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 止痛藥</li> <li>• 感冒及流感藥物</li> <li>• 急救用品</li> </ul>                                     | 使用靈活福利(Flex Benefits)萬事達卡®支付服務費用。 | 使用靈活福利(Flex Benefits)萬事達卡®支付服務費用。 | 您可以在線或在零售店購買非處方(OTC)商品。                                        |
| <b>中草藥保健品</b> 包括但不限於： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 西洋參</li> <li>• 燕窩</li> <li>• 虎標萬金油</li> </ul>                                             |                                   |                                   | 中草藥保健品可於網絡供應商處購買，或致電會員服務部購買。                                   |
| <b>牙科、眼科及/或聽力</b><br>超出年度津貼之外的費用。                                                                                                                        |                                   |                                   | 僅當您的家庭醫生確認符合資格的慢性病狀況時，才允許購買健康食品。此福利僅限於健康食品與蔬果，不包括菸草、酒精及其它受限項目。 |
| <b>雜貨(健康食品及農產品)*</b><br>僅當計劃及您的家庭醫生確認符合資格的慢性疾病時適用。請參閱慢性病患者特殊補充福利。                                                                                        |                                   |                                   |                                                                |
| <b>針灸服務(例行)</b><br>該計劃承保 <b>每年高達 \$2,000</b> 無限次網絡內的例行針灸服務。                                                                                              | 每次就診的共付額為 \$0，最高可達計劃最高金額          | 每次就診的共付額為 \$0，最高可達計劃最高金額          | 您必須使用我們醫療網絡中的醫生獲取例行服務。                                         |
| <b>東方醫學養生服務</b><br>該計劃每個日曆年最多提供 <b>24 次</b> 養生服務。服務包括： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 拔罐/艾灸</li> <li>• 推拿、刮痧</li> <li>• Med-X 和反射療法</li> </ul> | 每次就診的共付額為 \$0，最多可達允許的最多就診次數       | 每次就診的共付額為 \$0，最多可達允許的最多就診次數       | 在該計劃支付福利之後，您需要承擔剩餘費用。                                          |
|                                                                                                                                                          |                                   |                                   | 任何未使用津貼金額將於12月31日到期。                                           |

\*服務需要轉介和/或事先授權。

| 福利                                                                                                                                        | 擁有完整的加州醫療補助計劃您支付的部份                              | 沒有加州醫療補助計劃您支付的部份                                 | 注意事項                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>健康與養生(例行)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>年度體檢</li> </ul>                                                                   | 每年一次就診的共付額為 \$0                                  | 每年一次就診的共付額為 \$0                                  | 這項檢查比年度健康檢查更廣泛。除了血液檢查和其他檢查之外，它還包括醫生感覺、聆聽或敲擊身體部位。 |
| <b>遠距醫療就診</b><br>可以使用手機、平板電腦或電腦進行問診。 <ul style="list-style-type: none"> <li>Teladoc® 問診(每天 24 小時提供)。</li> <li>由您醫生的辦公室提供的就診服務。</li> </ul> | 醫療或心理健康 Teladoc 診療共付額為 \$0。<br><br>每次就診的共付額為 \$0 | 醫療或心理健康 Teladoc 診療共付額為 \$0。<br><br>每次就診的共付額為 \$0 | Teladoc 的醫療提供者可以診斷和治療非緊急疾病，並在必要時開藥。              |

## 您的計劃包含的更多福利

| 福利                                                                                                                                                | 您支付的部份                                                                                                                                            | 注意事項                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>世界範圍的承保</b><br>該計劃的年度限額為 <b>\$100,000</b> ，可用於美國及其領土以外承保的急診照護、急需服務以及救護車服務。                                                                     | 每項服務的共付額為 \$0                                                                                                                                     |                                                                                            |
| <b>出院後居家療養*</b><br>本計劃提供綜合福利，以協助您在住院治療或專業護理之家出院後立即康復。您將獲得： <ul style="list-style-type: none"> <li>個人照護協調</li> <li>到府送餐</li> <li>居家支援服務</li> </ul> | 個案經理將於 72 小時內致電跟進，協助用藥檢視與教育，並提供其他所需支援。<br><br>餐食補助共付額為 \$0，每天最多 3 餐，為期 28 天；每年不超過 84 餐。<br><br>每年最多可接受 60 小時的協助，共付額為 \$0。包括協助日常生活活動、接送前往預約地點、超市等。 | 門診手術後不適用。<br><br>會員必須於出院後 7 天內致電會員服務部並申請授權。<br><br>此福利可作為聯邦醫療保險承保的居家健康服務的額外補充，但不能取代居家健康服務。 |
| <b>個人緊急響應系統(PERS)*</b><br>這是一項行動裝置及監測服務，可將您連接至 24 小時應答中心。                                                                                         | 每年一個裝置的共付額為 \$0                                                                                                                                   | 請致電會員服務部。                                                                                  |

\*服務需要轉介和/或事先授權。

| 福利                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 您支付的部份                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 注意事項                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>慢性病患者特別補充福利 (SSBCI)*</b></p> <p>如果您被診斷出以下列出的慢性病，並符合特定條件，您可能有資格獲得額外福利。診斷有使用限制。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 自身免疫性疾病</li> <li>• 癌症</li> <li>• 心血管疾病</li> <li>• 慢性酒精或藥物依賴</li> <li>• 慢性及殘疾性心理健康障礙</li> <li>• 慢性腸胃疾病</li> <li>• 慢性心衰竭</li> <li>• 慢性腎臟疾病</li> <li>• 慢性肺部疾病</li> <li>• 與認知障礙相關的疾病</li> <li>• 失智症</li> <li>• 糖尿病</li> <li>• 愛滋病</li> <li>• 免疫缺陷和免疫抑制疾病</li> <li>• 神經疾病</li> <li>• 器官移植後護理</li> <li>• 嚴重血液系統疾病</li> <li>• 中風</li> </ul> | <p><b>健康食品和農產品(雜貨)</b><br/>經計劃核准後，可使用靈活津貼購買核准的健康食品與蔬果。</p> <p><b>慢性疾病餐食</b><br/>膳食補助的共付額為 \$0，最多 14 天，每天 3 餐；符合資格的會員每年用餐次數不得超過 42 次。</p> <p><b>遠距監測服務</b><br/>用於監控醫療和其他健康數據的設備的自付額為 \$0</p> <p><b>居家安全評估</b><br/>每年最多兩次共付額為 \$0 的評估。</p> <p><b>居家支援服務</b><br/>協助日常生活活動的服務共付額為 \$0。每年限制 40 小時。</p> <p><b>社會需求福利</b><br/>由非臨床個人照護人員提供陪伴服務可享 \$0 共付額。服務限於 24 次 4 小時班次(共 96 小時)。</p> <p><b>照顧者支援</b><br/>暫息護理的共付額為 \$0。每年限制 40 小時。</p> | <p>上述福利屬於針對慢性病患者的特殊補充計劃。並非所有會員都符合資格。</p> <p>在使用這些福利之前，需有您的家庭醫生確認符合資格的病況，並經計劃事先授權。</p> <p>將使用該計劃的簽約供應商提供服務。</p> |

\*服務需要轉介和/或事先授權。

您的分擔費用可能會因您選擇的藥局(如標準零售、網絡外、郵購)或您領取 30 天或 100 天的藥量而有所不同。如果您居住於長期照護機構 (LTC)，31 天藥量的費用與標準零售藥局相同。如果您有加州醫療補助計劃並有分擔費用，D 部分處方藥免賠額及共保額將由加州醫療補助計劃或第三方全部或部分支付。您必須持續參加加州醫療補助計劃以享有減少的分擔費用。

#### D 部分處方藥福利以及您支付的費用。

|                                                          |                                                        |            |                       |          |                           |          |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------|-----------------------|----------|---------------------------|----------|
| 第 1 階段：<br>年度免賠額                                         | \$615<br>此年度免賠額不適用於層級 6 或胰島素藥物。                        |            |                       |          |                           |          |
| 第 2 階段：<br>初始承保階段<br>您需要支付以下費用，直到達到您的自付費用上限 \$2,100。     | 標準零售費用分攤<br>(網絡內)                                      |            | 郵購標準分攤費用              |          | 零售成本分攤 (網絡外) <sup>2</sup> |          |
|                                                          | 擁有完整的加州醫療補助計劃，30-100 天藥量                               | 30-100 天藥量 | 擁有完整的加州醫療補助計劃，100 天藥量 | 100 天藥量  | 擁有完整的加州醫療補助計劃，30 天藥量      | 30 天藥量   |
| 層級 1：<br>首選學名藥                                           | \$0 共付額                                                | 25% 共同保險   | \$0 共付額               | 25% 共同保險 | \$0 共付額                   | 25% 共同保險 |
| 層級 2：<br>學名藥                                             | \$0 共付額                                                | 25% 共同保險   | \$0 共付額               | 25% 共同保險 | \$0 共付額                   | 25% 共同保險 |
| 第 3 級：<br>首選原廠藥                                          | \$0 共付額                                                | 25% 共同保險   | \$0 共付額               | 25% 共同保險 | \$0 共付額                   | 25% 共同保險 |
| 層級 4：<br>非首選原廠藥                                          | \$0 共付額                                                | 25% 共同保險   | \$0 共付額               | 25% 共同保險 | \$0 共付額                   | 25% 共同保險 |
| 層級 5：<br>專科層級 <sup>2</sup>                               | \$0 共付額                                                | 25% 共同保險   | \$0 共付額               | 25% 共同保險 | \$0 共付額                   | 25% 共同保險 |
| 層級 6：<br>精選照護藥品 <sup>3</sup>                             | \$0 共付額                                                |            | \$0 共付額               |          | \$0 共付額                   |          |
| 胰島素：                                                     | 無論您屬於哪一個費用分攤層級，對於每種承保的胰島素，您無需支付免賠額或每月費用不會超過 \$35。      |            |                       |          |                           |          |
| 疫苗：                                                      | 無論您屬於哪一個費用分攤層級，對於免疫實務諮詢委員會(ACIP)建議的成人疫苗，您無需支付免賠額或費用分攤。 |            |                       |          |                           |          |
| 第 3 階段：<br>災難性承保<br>當全年藥品最高自付額達到 \$2,100 後，您將維持在此階段直到年底。 | 在此付款階段，您為承保的 D 部分處方藥物支付 \$0。                           |            |                       |          |                           |          |

<sup>2</sup> 長期藥品供應不適用於網絡外藥局或層級 5 的專科藥品。

<sup>3</sup> 層級 6「精選照護藥品」包括用於治療糖尿病、高血壓及膽固醇的優先學名藥 (Stars 藥品)。此層級同時涵蓋一些排除在外的藥品(處方止咳藥、維他命及學名藥威而鋼)。



## 投保前檢查清單

在您做出投保決定之前，請務必充分瞭解我們的福利與規定。若您有任何疑問，請致電 (833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) (聽障專線: 711) 與客服代表聯繫。服務時間為每年 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週七天，上午 8 點至晚上 8 點；以及 4 月 1 日至 9 月 30 日，每週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。

### 瞭解福利

- ☐ 「承保範圍說明書」(EOC) 提供所有承保範圍和服務的完整列表。在投保之前查看計劃的承保範圍、費用和福利非常重要。請訪問 [zh.clevercarehealthplan.com/eoc](https://zh.clevercarehealthplan.com/eoc) 或致電 (833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) (TTY: 711) 查看 EOC 副本。
- ☐ 請查閱醫療提供者名錄(或詢問您的醫生)以確保您目前就診的醫師在醫療網路內。如果未列在名錄中，您可能需要選擇新的醫生。
- ☐ 請查看藥局名錄，以確保您使用的藥局在醫療網絡內。如果藥局未列在名錄中，您可能需要為處方藥選擇新的藥局。
- ☐ 請查閱處方集以確保您的藥物會獲得承保。

### 瞭解重要規則

- ☐ **對於每月需繳納保費的計劃：**除了每月計劃保費外，您還必須繼續支付聯邦醫療保險 B 部分(醫療部分)的保費。這筆保費通常從您每月的社會保障支票中扣除。
- ☐ **對於零保費的計劃：**您無需為此計劃單獨支付每月計劃保費，但您必須繼續支付聯邦醫療保險 B 部分(醫療部分)保費。這筆保費通常從您每月的社會保障支票中扣除。
- ☐ 福利、保費和/或共付額/共同保險可能會在每年 1 月 1 日變更。
- ☐ **僅適用於 HMO 計劃：**除緊急情況外，我們不承保醫療網絡外的醫療提供者(未在醫療提供者名錄中列出的醫生)提供的服務。
- ☐ **僅適用於 C-SNP 計劃：**該計劃是慢性病特殊需求計劃 (C-SNP)。您能否註冊將取決於您是否患有符合資格的特定嚴重或致殘慢性病。
- ☐ **對當前承保範圍的影響：**如果您目前已加入聯邦醫療保險優勢計劃，則您當前的聯邦醫療保險優勢計劃將在新的聯邦醫療保險優勢計劃開始後結束。如果您有 Tricare(一項為所有軍隊退休人員、其配偶、遺屬和其他符合資格的家屬提供醫療保險的計劃)，一旦新的聯邦醫療保險優勢計劃承保開始，您的承保可能會受到影響。請聯繫 Tricare 瞭解更多資訊。如果您有聯邦醫療保險補充計劃(Medigap)計劃，一旦您的聯邦醫療保險優勢承保開始，您可能需要放棄您的聯邦醫療保險補充計劃保單，因為您將支付該承保費用但您卻無法使用。

福全健保(Clever Care Health Plan, Inc.)是一項與 Medicare 簽有合約的 HMO 和 HMO C-SNP 計劃。投保需視合約續約情況而定。我們的醫療提供者/機構及藥局網絡可能隨時變動。我們保護您的隱私。請參閱隱私權聲明：[clevercarehealthplan.com/privacy](https://clevercarehealthplan.com/privacy)。所有商標均為其各自所有者的財產。Benefits Mastercard® 預付卡由 The Bancorp Bank N.A. 發行。©2025 NationsBenefits, LLC。保留所有權利。NationsBenefits 為 NationsBenefits, LLC 的註冊商標。