



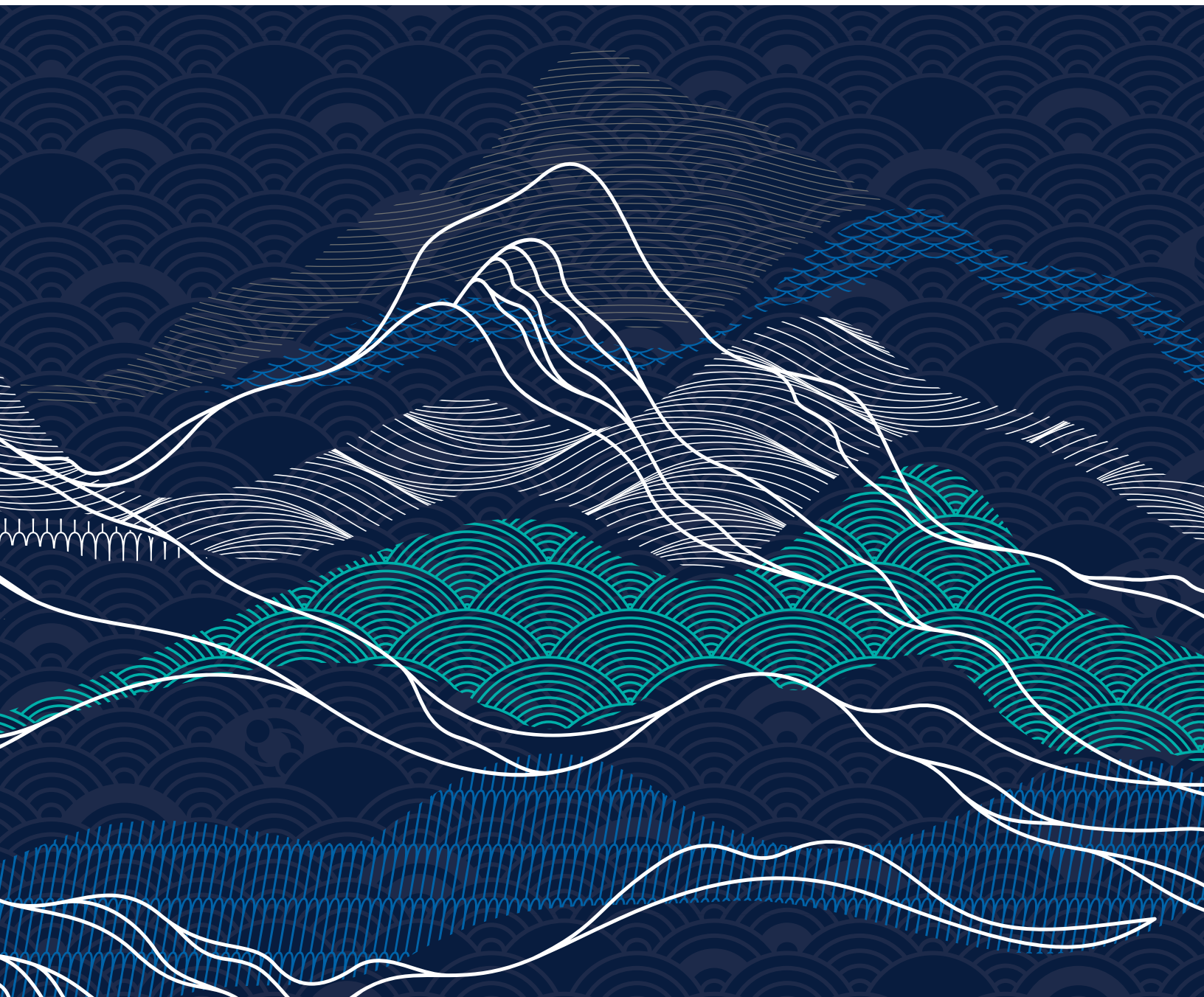
2025

投保指南

福全健保聯邦醫療保險優勢 (Clever Care
Medicare Advantage) (HMO) 和 (HMO C-SNP) 計劃

長壽 (HMO) 計劃 | 超值 (HMO) 計劃 | 全加 (HMO C-SNP) 計劃

Los Angeles 縣、Orange 縣、San Bernardino 縣、Riverside 縣以及 San Diego 縣



2025

投保指南

福全健保聯邦醫療保險優勢 (Clever Care Medicare Advantage) (HMO) 和 (HMO C-SNP) 計劃

長壽 (HMO) 計劃 | 超值 (HMO) 計劃 | 全加 (HMO C-SNP) 計劃

Los Angeles 縣、Orange 縣、San Bernardino 縣、Riverside 縣以及 San Diego 縣

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。

立即來電投保：

(833) 388-1902 (國語) 或 (833) 721-4344 (粵語)
(TTY: 711)

現任會員：

(833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語)
(TTY: 711)

10月1日至3月31日

每週 7 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。

歡迎造訪我們的網站 zh.clevercarehealthplan.com

語言障礙永遠不應該成為提供優質照護的阻礙。

我們的 HMO 計劃，包括針對糖尿病或心血管疾病的慢性特殊需求計劃 (C-SNP)，提供多語言服務，無論您處於醫療保健旅程的哪個階段，都能為您提供支援。

福全健保獨特地融合了西方醫學和東方保健，涵蓋護理的各個方面，同時尊重您的傳統和價值觀。

本書提供了您所需的有關福全健保 Medicare 優勢計劃的所有資訊，並指導您完成註冊流程。

我們期盼您加入福全健保的大家庭。



Richard Greene
(理查德·格林)
總裁



Martina Lee Strickland
(李小珍)
首席成長官

這裡面有什麼

Medicare 基本資訊

關於福全健保

我們為您提供承保

福全健保計劃概述

福利摘要

- 福全健保長壽 (HMO) 計劃
- 福全健保超值 (HMO) 計劃
- 福全健保全加 (HMO C-SNP) 計劃

您的資訊

- 處方藥
- 星級評定
- 額外幫助 (Extra Help) 保費表格
- NDN
- MLI

註冊

- 註冊步驟
- 銷售預約範圍確認表 (針對您的代理人或經紀人)
- 註冊表格
- 慢性病驗證 (針對您的提供者)

Medicare 基本資訊

傳統 Medicare 分為兩部分：A 部分（醫院）和 B 部分（醫療）。**Medicare 優勢計劃**也稱為 C 部分，結合了傳統 Medicare 的所有福利，以及牙科、視力、聽力、非處方藥和健身等額外服務，在某些情況下還包括 D 部分（處方藥）。

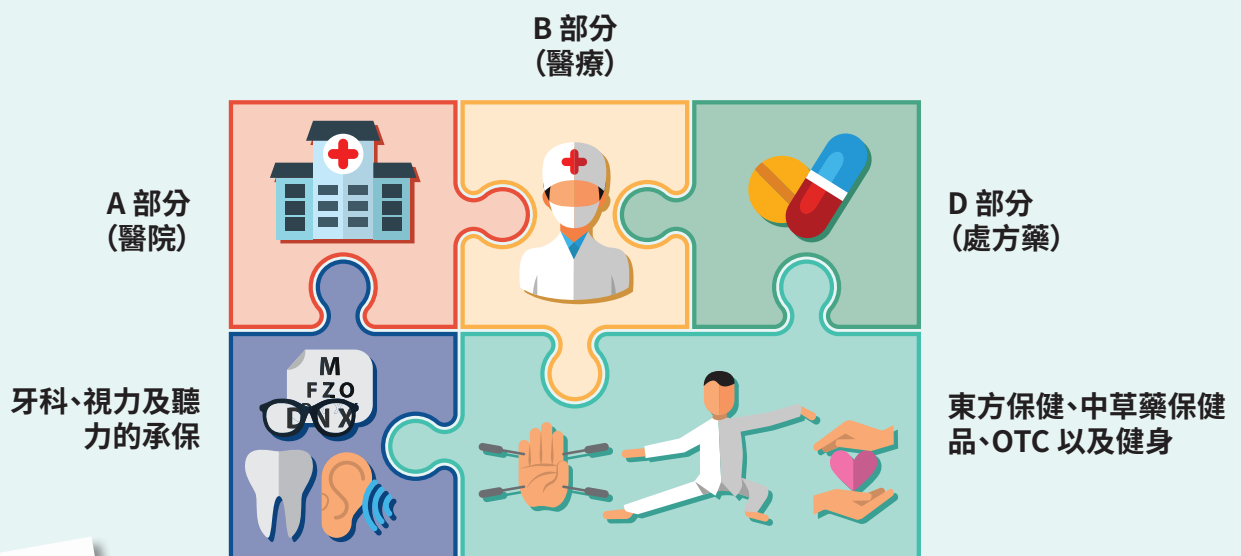
健康維護組織 (HMO) 是 Medicare 優勢計劃的一種，稱為“管理式醫療照護”計劃。通過 HMO 計劃，您可以從經批准的醫療提供者網絡中選擇一名主治醫生 (PCP)。所有醫療保健服務（包括轉診）均由您的 PCP 管理。HMO 計劃提供價格實惠且高質量的照護，並只需較低的保費、擁有固定的自付費用或共同保險金額以及最高自付費用的安全網。

傳統 Medicare:



對比

福全健保的 Medicare 優勢 (HMO) 計劃:



請造訪

zh.clevercarehealthplan.com/clever-guides 下載「福全健保 Medicare 指南」

關於福全健保

福全健保計劃包含超過 15,000 家醫療服務提供者、50 多家領先醫院以及 2,000 多名雙語醫生和東方保健專家，超越了傳統 Medicare，並提供獨特且價格實惠的完整醫療保健和健康體驗。

如果您有以下需求，福全健保 HMO 計劃將是您的正確選擇：

- 可預測的費用 (免賠額為 \$0 以及 PCP 的共付額為 \$0)
- 您所在社區裡值得信賴的醫療提供者和醫院
- PCP 管理您的照護的便利性
- 自付費用上限保障
- 處方藥承保
- 東方保健療法 (如針灸、刮痧、拔罐)
- 牙科、視力和聽力承保
- 您的健康計劃提供您需要的語言支持

健康+文化

除了處方藥、牙科、視力和聽力等福利外，福全健保還提供一系列以文化為重點的福利，包括：



- 可問診超過 900 位針灸師，且無需轉介
- 紅參、白花油、燕窩等 200 多種中草藥保健品
- 東方保健療法，如拔罐、艾灸、推拿、刮痧和反射療法
- 健身福利，包括健身房會員資格以及高爾夫、太極拳和瑜伽等活動

將您的健康傳統與社區相結合在一起

我們不僅感謝我們所服務的社區；我們還積極參與其中。福全健保設有社區中心，可提供免費的越南語、韓語、國語和粵語的語言資源：



- Medicare 基本資訊
- Medicare 101
- 醫生座談會
- 冥想、呼吸和健身活動
- 健康生活課程

我們為您提供承保

福全健保 Medicare 優勢計劃提供：

- 處方藥承保
- 中草藥保健品津貼
- 非處方 (OTC) 品項津貼

簡單操作即可搜索我們承保的品項



請致電我們的會員服務團隊免費電話 (833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) (TTY: 711)。我們的代表可以用中文為您提供幫助。



如需快速獲取最新資訊，請訪問我們的網站以獲取藥物清單和參與的藥房內容。



請掃描下面的二維碼以獲取我們的非處方 (OTC) 和中草藥保健品目錄。

處方藥

藥物處方集：



zh.clevercarehealthplan.com/formulary

參與的藥房：



zh.clevercarehealthplan.com/pharmacy

非處方 (OTC) 和中草藥保健品

nations benefits



您更喜歡在商店購物嗎？請聯絡會員服務部或向您的經紀人詢問更多參與的零售店。

福全健保 (Clever Care) 計劃概述

	長壽計劃 (HMO)	超值計劃 (HMO)	全加計劃 (HMO C-SNP) 享受全額 Medi-Cal (州醫療補助) ¹	全加計劃 (HMO C-SNP) 沒有 Medi-Cal ¹
每月保費	\$0	\$0	\$0	\$18.40
B 部分保費減免	\$1.20/月 (San Diego 縣)	\$105-\$110/月 (因縣而異) ²	不適用	不適用
自付費用上限	\$1,200	\$2,900	\$0	\$9,350
PCP 就診	\$0	\$0	\$0	共同保險為 20%
專科醫生就診	\$0	\$5	\$0	共同保險為 20%
牙科 (按季度分期付款並可轉存)	最高 \$2,200	最高 \$800	最高 \$2,200	最高 \$2,200
針灸	每年最多 \$1,900	每年最多 \$1,000	每年最多 \$2,000	每年最多 \$2,000
東方保健福祉	24 次問診	12 次問診	24 次問診	24 次問診
靈活福利 (OTC + 中草藥保健品 + 健身)	每年最多 \$900	每年最多 \$200	每年最多 \$800	每年最多 \$800
緊急照護	\$0	\$0	\$0	\$25
選擇此選項用於	承保範圍廣泛，包括豐富的保健品和東方保健福祉。每月 \$0 保費和 低自付費用的服務福利 。	可靠的承保。每月 \$0 的計劃保費和每月 Medicare B 部分保費減免 ，讓您的錢重新回到您的口袋。	服務自付費用為 \$0。計劃保費為 \$0，以及如果您有資格獲得 Medi-Cal ，您每月可獲得 \$125 健康食品津貼 ³ 。必須患有糖尿病或心血管疾病。	針對糖尿病或心血管疾病患者的全面計劃。

为方便起见，此计划比较是一个高等概述。有關此福利和其他福利的資訊，請參閱「福利摘要」或詢問您的經紀人。

¹ 全加計劃是一項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條件的慢性病。並非所有會員都有資格。如果您享有全額 Medi-Cal，則服務費用將由 Medi-Cal 或第三方全額支付。如果您沒有，則為服務支付的金額將會有所不同。

² Los Angeles 和 Orange：每月 \$110；Riverside、San Bernardino 以及 San Diego：每月 \$105

³ 健康食品福利取決於 VBID 模型的資格，並將由計劃在註冊後根據相關標準（包括“額外幫助 Extra Help”資格）確定。

 2025
福利摘要**福全健保長壽 (HMO) 計劃**

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

向加州提供服務

Los Angeles 縣、Orange 縣、San Bernardino 縣、Riverside 縣以及 San Diego 縣

計劃年份：2025年1月1日-2025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、限制和例外狀況的完整列表可在 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 (Clever Care) HMO 計劃，您必須：

1. 有權享受 Medicare A 部分
2. 已加入 Medicare B 部分
3. 並且居住在我們服務區域的縣：
 - Los Angeles
 - Orange
 - San Bernardino
 - Riverside
 - San Diego



查找醫療網路醫生、專家、醫院和藥房。如果您選擇網路外的醫療提供者，您將承擔全部服務費用。

zh.clevercarehealthplan.com/provider



請在處方集 (藥物清單) 上查找藥物。

zh.clevercarehealthplan.com/formulary



如果您需要幫助了解此資訊，請致電 **(833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) (TTY: 711)**，從 10 月 1 日到 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點到晚上 8 點，從 4 月 1 日到 9 月 30 日，每週一至週五天，上午 8 點到晚上 8 點。或者發送電子郵件至 sales@clevercarehealthplan.com。

如果您想瞭解有關傳統 Medicare 的承保範圍和費用的更多資訊，請查看您當前的「**Medicare & You**」手冊。請訪問 [medicare.gov](https://www.medicare.gov) 在線查看，或每週 7 天、每天 24 小時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本。TTY 用戶應致電 1-877-486-2048。



2025 年福利摘要

福全健保長壽 (HMO) 計劃 | 我們的旗艦計劃，將提供全面的福利。

保費、免賠額以及限制

費用	您支付的部份	注意事項
每月計劃保費 (C 部分及 D 部分)	\$0	您必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費。
B 部分保費減免 (只限於 San Diego 縣)	該計劃支付的 \$1.20 與 B 部分保費金額之間的差額。	這並不是報銷。您必須支付已減少的 B 部分保費金額。 如果您的 B 部分保費從您的社會保障支票中扣除，減少的金額將反映在您的每月支票中。
免賠額	\$0	
最大自付費用 (不包括處方藥)	每年 \$1,200	這是您每年為 Medicare 承保的服務支付的最高金額。

醫療及醫院福利

福利	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	承保天數不限。
門診醫院承保範圍*		
• 門診住院	每次住院的共付額為 \$0	
• 觀察服務	觀察服務的共付額為 \$0	
門診手術中心 (ASC) 服務*	每次就診的共付額為 \$0	
醫生看診		
• 初級保健醫生 (PCP)	每次就診的共付額為 \$0	
• 專科醫生*	每次專科醫生就診的共付額為 \$0	
預防性照護		
• 「歡迎參加 Medicare」就診或年度健康就診以及 Medicare 承保的所有其他預防性照護服務	每次就診的共付額為 \$0	每年一次健康就診。該問診的目的是根據您目前的健康狀況和風險因素而制定的個性化預防性計劃。
急診照護		
• 急診室	每次就診的共付額為 \$90	如果您在 72 小時內因相同病症住院，則共付額為 \$0。
緊急需求服務		
• 緊急照護中心	每次就診的共付額為 \$0	

*服務需要轉介和/或事先授權。

福利	您支付的部份	注意事項
診斷服務、實驗室、及造影* - 實驗室服務 - 診斷測試及醫療程序 - X 射線 - 診斷放射學服務(例如 MRI、CT 掃描、PET 掃描等)	每項服務的共付額為 \$0	
聽力服務* - Medicare 承保的服務 聽力服務(常規) - 常規聽力檢查(限 1 次) - 助聽器驗配和評估(限 3 次) - 助聽器 該計劃每年為每隻耳朵提供 \$600 的助聽器津貼 。	每項服務的共付額為 \$0 每項檢查的共付額為 \$0 每項服務的共付額為 \$0 共付額為 \$0，最高至計劃津貼金額	您必須使用我們網路中的醫生獲取常規服務。 在該計劃支付福利後，您需要承擔剩餘費用。 任何未使用的津貼金額將於 12 月 31 日到期。 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。
牙科服務* - Medicare 承保的服務 牙科服務 (PPO)* 預防性牙科服務包括： - 口腔檢查(限 2 次) - 牙齒清潔(限 2 次) - 氟化處理(限 1 次) - 咬翼 X 射線檢查(限 2 次) - 牙科 X 射線檢查(限 1 次) 綜合性牙科服務包括但不限於： - 充填與修復 - 根管治療 - 齒冠(牙套) - 植牙 - 牙橋、假牙、拔牙 該計劃為預防性和綜合服務提供 每季 \$550 的津貼 。年度最高福利為 \$2,200。	每項服務的共付額為 \$0 預防性和/或綜合服務的共付額為 \$0，最高至計劃津貼金額	限制和例外情況適用於綜合服務。植牙和其他服務需要事先授權。 無需留在醫療網絡內。然而，使用我們醫療網中的提供者可能會降低您的自付費用。 [對於從網絡外獲得的服務，計劃將支付承保服務允許的金額，最高可達季度計劃最高限額。您可能需要承擔不超過醫療提供者帳單金額的額外費用。] 在該計劃支付福利後，您需要承擔剩餘費用。 3 月 31 日、6 月 30 日或 9 月 30 日之前未使用的任何津貼金額將結轉至下一季度，並於 12 月 31 日到期。 不包括齒顎矯正。

*服務需要轉介和/或事先授權。

福利	您支付的部份	注意事項
視力服務* - Medicare 承保的視力檢查可診斷/治療眼睛的疾病及症狀 - Medicare 承保的白內障手術後的眼鏡	每項檢查的共付額為 \$0 每個項目的共付額為 \$0	您必須使用我們網路中的醫生獲取常規服務。 在計劃支付常規服務福利之後，您需要承擔剩餘費用。如果您去醫療網絡外提供者處，您需要支付全部費用。
視力服務 (常規) - 常規眼科檢查 - 眼鏡 (鏡框、鏡片或隱形眼鏡) - 升級 該計劃 每年提供 \$200 的眼鏡津貼。	每項檢查的共付額為 \$0 共付額為 \$0，最高至計劃津貼金額。	任何未使用的津貼金額將於 12 月 31 日到期。
心理健康服務* - 醫院住院 - 精神科 - 門診心理健康照護 (團體或個人治療)	每個福利期，第 1-7 天，每天的共付額為 \$150；第 8-90 天，每天的共付額為 \$0 每次就診的共付額為 \$40。	住院病人照護服務的終身限額並不適用於一般醫院提供的心理健康服務。
專業護理機構 (SNF) *	每個福利期，第 1-20 天，每天的共付額為 \$0； 每個福利期，第 21-100 天，每天的共付額為 \$75	無需事先住院。
物理療法* 職業、物理、語言治療	每次就診的共付額為 \$0	
救護車 - 地面交通 - 空中交通	每次行程的共付額為 \$100 (單程) 每次行程 20% 共同保險	
交通 該計劃提供 24 趟單程 非緊急乘車服務。	每次行程的共付額為 \$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。

*服務需要轉介和/或事先授權。

福利	您支付的部份	注意事項
Medicare B 部分藥物* - 胰島素 - 化療以及其他 B 部分藥物	費用或 Medicare 允許金額的 0–20% 共同保險，不超過 \$35 費用或 Medicare 允許金額的 0–20% 共同保險	價格可能會每季度發生變化，但是胰島素費用分攤不會超過 20% 共同保險或 \$35。

您的計劃中包含的健康福利

福利	您支付的部份	注意事項
健康與福祉的靈活津貼 該計劃提供總計為 \$225 的季度津貼 。每年度最高福利為 \$900。	共付額為 \$0，至每季度的最高計劃津貼金額。	在該計劃支付福利後，您需要承擔剩餘費用。
健身活動 包括但不限於： - 高爾夫、乒乓球 - 太極、瑜伽 - 健身房會員資格	您可以自行選擇如何支用補助金。 使用靈活卡支付服務費用。	3 月 31 日、6 月 30 日或 9 月 30 日之前未使用的任何津貼金額將不會結轉到下一個季度，並於 12 月 31 日到期。 您可以在線上或在零售店購買 OTC 商品。
非處方藥 (OTC) 包括但不限於： - 止痛藥 - 感冒和流感藥物 - 急救用品		中草藥保健品可以從醫療網絡供應商處或致電福全健保購買。中草藥保健品可用於治療炎症、焦慮、消化系統疾病等。
中草藥保健品 包括但不限於： - 西洋參 - 燕窩 - 虎標萬金油		
針灸服務(常規) 該計劃承保 每年高達 \$1,900 的無限 網路內常規針灸服務。	每次就診的共付額為 \$0，最高可達計劃最高金額	您必須使用我們網路內的醫生以獲取常規服務。
東方醫學保健服務 該計劃每個日曆年最多提供 24 次 健康服務。服務包括： - 拔罐/艾灸 - 推拿、刮痧 - Med-X 和反射療法	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。 任何未使用的津貼金額將於 12 月 31 日到期。

*服務需要轉介和/或事先授權。

福利	您支付的部份	注意事項
健康與保健(常規) 年度體檢	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。
24 小時 Optum® 護士熱線 職業護士全年 365 天、每天 24 小時全天候提供服務。	每次通話的共付額為 \$0	當您不確定要去哪裡尋求護理或對緊急健康狀況有疑問時，可以利用此福利向職業護士尋求建議。
遠距醫療就診 可以使用手機、平板電腦或電腦進行問診。 - Teladoc® 問診(每天 24 小時提供)。 - 由您醫生的辦公室提供的就診服務。	醫療就診的共付額為 \$0 心理健康就診的共付額為 \$40 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
世界範圍的承保	共付額為 \$0	該計劃的年度限額為 \$85,000，可用於承保的急診照護、急需服務以及美國及其領土以外的救護車服務。
出院後膳食援助* 在住院或專業護理機構住院後可立即使用，以幫助康復。	28 天內每天最多 3 餐的膳食援助，共付額為 \$0；每年不超過 84 餐。	門診手術後不可使用。
個人緊急回應系統(PERS)* 這是一種行動裝置和監控服務，可讓您與 24 小時回應中心聯絡。	每年的共付額為 \$0	

*服務需要轉介和/或事先授權。

福利	您支付的部份	注意事項
慢性病患者特別補充福利 (SSBCI)* 如果您的 PCP 診斷您患有某種慢性病並符合某些標準，您可能有資格獲得額外福利。 • 自身免疫性疾病 • 癌症 • 心血管疾病 • 慢性酒精或藥物依賴 • 慢性及殘疾性心理健康障礙 • 慢性心衰竭 • 慢性肺部疾病 • 失智症 • 糖尿病 • 末期肝臟疾病 • 末期腎臟疾病 • HIV/愛滋病 • 神經疾病 • 嚴重血液系統疾病 • 中風	健康食品和農產品 (雜貨) 每個月提供 \$40 津貼，對於符合條件的食品的共付額為 \$0。剩餘餘額不會結轉到下個月。 慢性疾病餐食 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。 遠距監測服務 用於監控醫療和其他健康資料的裝置的共付額為 \$0。 居家安全評估 每年最多兩次評估的共付額為 \$0。 居家支援服務 協助日常生活活動的服務共付額為 \$0。每年限制 40 小時。 社會需求福利 非臨床個人護理人員的陪護服務的共付額為 \$0。服務僅限於 24 個四小時輪班 (總共 96 個小時)。 照顧者支援 暫息護理的共付額為 \$0。每年限制 40 小時。	提及到的福利是針對慢性病患者的特殊補充計劃的一部分。不包括某些疾病 (例如高血壓和糖尿病前期)。並非所有會員都有資格獲取。 在使用這些福利前，需要事先獲得您的 PCP 的授權和確認。 將使用該計劃的簽約供應商提供的服務。

*服務需要轉介和/或事先授權。

您的費用分攤可能會有所不同，具體取決於您選擇的藥房（例如標準零售藥房、醫療網絡外藥房、郵購藥房）或您是否收到 30 天或 100 天的藥量。如果您住在長期護理機構 (LTC)，您需要支付與在標準零售藥房支付的 31 天藥物用量相同的費用。

D 部分處方藥福利以及您支付的費用。				
第 1 階段： 年度免賠額	\$0 此階段不適用，因為沒有自付額。			
第 2 階段： 初始承保階段 您需要支付以下費用，直到達到您的自付費用上限 \$2,000。	標準零售費用分攤 (網絡內)		標準郵購費用 分攤	零售費用分攤 (網路外)*
	30 天藥量	100 天藥量	100 天藥量	30 天藥量
層級 1： 首選學名藥	共付額為 \$0	共付額為 \$0	共付額為 \$0	共付額為 \$0
層級 2： 學名藥	共付額為 \$0	共付額為 \$0	共付額為 \$0	共付額為 \$0
層級 3： 首選原廠藥	共付額為 \$47	共付額為 \$141	共付額為 \$94	共付額為 \$47
層級 4： 非首選原廠藥	共付額為 \$99	共付額為 \$297	共付額為 \$198	共付額為 \$99
層級 5： 專科層級*	33% 共同保險額	33% 共同保險額	33% 共同保險額	33% 共同保險額
層級 6： 精選照護藥品**	共付額為 \$0	共付額為 \$0	共付額為 \$0	共付額為 \$0
胰島素：	無論分攤費用層級如何，您無需為承保的每種胰島素產品一個月的供應量支付免賠額或超過 \$35。			
疫苗：	無論分攤費用層級如何，您都無需為免疫實踐諮詢委員會 (ACIP) 推薦的成人疫苗支付免賠額或共付額。			
第 3 階段： 災難性承保 年度最高自付費用藥品總額達到 \$2,000 後，您將處於此階段直至日曆年年底。	在此付款階段，您為承保的 D 部分藥物支付 \$0。			

* 網路外藥房、層級 1-6 精選藥物的零售或郵購不提供長期藥物供應。

** 層級 6 包括學名藥威而鋼、處方止咳藥和維生素。



投保前檢查清單

在您做出投保決定之前，您必須充分了解我們的福利和規則，這一點非常重要。如果您有任何疑問，請致電 (833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) (TTY: 711) 與客戶服務代表聯絡，工作時間為：10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；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 或致電 (833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) (TTY: 711) 查看 EOC 副本。
- ☐ 請查看醫療提供者目錄(或詢問您的醫生)以確保您現在看的醫生在醫療網絡中。如果他們沒有被列出，則意味著您可能必須選擇一位新醫生。
- ☐ 查看藥房目錄，以確保您用於購買任何處方藥的藥房位於醫療網絡中。如果藥房未被列出，您可能需要為您的處方藥選擇一家新藥房。
- ☐ 請查看處方集以確保您的藥物得到承保。

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 Medicare B 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 Medicare B 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/共同保險額可能於每年的 1 月 1 日變更。
- ☐ **僅適用於 HMO 計劃：**除緊急情況外，我們不承保網絡外的提供者(未在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。
- ☐ **對目前承保範圍的影響：**如果您目前已加入聯邦醫療保險優勢(Medicare Advantage)計劃，則您目前的 Medicare 優勢計劃將在新的 Medicare 優勢計劃開始後結束。如果您有 Tricare，一旦新的 Medicare 優勢計劃承保開始，您的承保可能會受到影響。請聯絡 Tricare 瞭解更多資訊。如果您有 Medigap 計劃，您的 Medicare 優勢計劃承保開始後，由於您必須支付該承保費用，卻無法使用，因此您可能會想要放棄 Medigap 保單。

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。

我們的醫療提供者和藥房醫療網絡可能隨時發生變更。我們保護您的隱私。請參閱隱私慣例通知：zh.clevercarehealthplan.com/privacy。所有商標均為其各自所有者的專有財產。

 2025
福利摘要

福全健保超值(HMO)計劃

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

向加州提供服務

Los Angeles 縣、Orange 縣、San Bernardino 縣、Riverside 縣以及 San Diego 縣

計劃年份: 2025年1月1日–2025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 的「承保範圍說明書」(EOC) 中查閱。

若要加入此福全健保 (Clever Care) HMO 計劃，您必須：

1. 有權享受 Medicare A 部分
2. 已加入 Medicare B 部分
3. 居住在我們服務區域的縣：
 - Los Angeles
 - Orange
 - San Bernardino
 - Riverside
 - San Diego



查找醫療網路醫生、專家、醫院和藥房。如果您選擇醫療網絡外的醫療提供者，您將承擔全部服務費用。

zh.clevercarehealthplan.com/provider



請在處方集 (藥物清單) 上查找藥物。

zh.clevercarehealthplan.com/formulary



如果您需要幫助了解此資訊，請致電 **(833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) (TTY: 711)**，從 10 月 1 日到 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點到晚上 8 點，從 4 月 1 日到 9 月 30 日，每週一至週五天，上午 8 點到晚上 8 點。或者發送電子郵件至 sales@clevercarehealthplan.com。

如果您想瞭解有關傳統 Medicare 的承保範圍和費用的更多資訊，請查看您當前的「**Medicare & You**」手冊。請訪問 [medicare.gov](https://www.medicare.gov) 在線查看，或每週 7 天、每天 24 小時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本。TTY 用戶應致電 1-877-486-2048。



2025 年福利摘要

福全健保超值 (HMO) 計劃 | 一項必不可少的計劃，B 部分保費減免額為 \$105-\$110。

保費、免賠額以及限制

費用	您支付的部份	注意事項
每月計劃保費 (C 部分及 D 部分)	\$0	您必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費。
B 部分保費減免 (因縣而異)	該計劃支付的與 B 部分保費金額之間的差額。 - LA 和 Orange 為 \$110 - San Diego、San Bernardino 和 Riverside 為 \$105	這並不是報銷。您必須支付已減少的 B 部分保費金額。 如果您的 B 部分保費從您的社會保障支票中扣除，減少的金額將反映在您的每月支票中。
免賠額	\$0	
最大自付費用 (不包括處方藥)	每年 \$2,900	這是您每年為 Medicare 承保的服務支付的最高金額。

醫療及醫院福利

福利	您支付的部份	注意事項
醫院住院承保範圍*	每個福利周期，第 1-5 天，每天的共付額為 \$100；第 6-90 天，每天的共付額為 0	
醫院門診承保範圍* - 門診住院 - 觀察服務	每次住院的共付額為 \$75 觀察服務的共付額為 \$0	
門診外科中心 (ASC) 服務*	每次就診的共付額為 \$75	
醫生看診 - 初級保健醫生 (PCP) - 專科醫生*	每次就診的共付額為 \$0 每次專科醫生就診的共付額為 \$5	
預防性照護 「歡迎參加 Medicare」就診或年度健康就診以及 Medicare 承保的所有其他預防性照護服務	每次就診的共付額為 \$0	每年一次健康就診。該問診的目的是根據您目前的健康狀況和風險因素而制定的個性化預防性計劃。
急診照護 急診室	每次就診的共付額為 \$125	如果您在 72 小時內因相同病症住院，則共付額為 \$0。

*服務需要轉介和/或事先授權。

福利	您支付的部份	注意事項
緊急需求服務 緊急照護中心	每次就診的共付額為 \$0	
診斷服務、實驗室、及造影* - 實驗室服務 - 診斷測試及醫療程序 - X 射線 - 診斷放射學服務 (例如 MRI、CT 掃描、PET 掃描等)	每項實驗室服務的共付額為 \$0 每項服務的共付額為 \$0 每次 X 射線檢查的共付額為 \$0 每次服務的共付額為 \$75	
聽力服務* Medicare 承保的服務	每項服務的共付額為 \$0	您必須使用我們網路中的醫生獲取常規服務。
聽力服務 (常規) - 常規聽力檢查 (限 1 次) - 助聽器驗配和評估 (限 3 次) - 助聽器	每項檢查的共付額為 \$0 每項服務的共付額為 \$0 共付額為 \$0，最高至計劃津貼金額	在該計劃支付福利後，您需要承擔剩餘費用。 任何未使用的津貼金額將於 12 月 31 日到期。
該計劃每年為每隻耳朵提供 \$600 的助聽器津貼 。		因遺失、遭竊或損壞的助聽器需單次更換裝置時，需支付自付額。
牙科服務* Medicare 承保的服務	每項服務的共付額為 \$0	限制和例外情況適用於綜合服務。植牙和其他服務需要事先授權。
牙科服務 (PPO)*		無需留在醫療網絡內。然而，使用我們醫療網中的提供者可能會降低您的自付費用。
預防性牙科服務包括： - 口腔檢查 (限 2 次) - 牙齒清潔 (限 2 次) - 氟化處理 (限 1 次) - 咬翼 X 光檢查 (限 2 次) - 牙科 X 光檢查 (限 1 次)	預防性和/或綜合服務的共付額為 \$0，最高至計劃津貼金額	對於從網絡外獲得的服務，計劃將支付承保服務允許的金額，最高可達計劃季度的最高限額。您可能需要承擔不超過醫療提供者帳單金額的額外費用。
綜合牙科服務包括但不限於： - 充填與修復 - 根管治療 - 齒冠 (牙套) - 植牙 - 牙橋、假牙、拔牙		在該計劃支付福利後，您需要承擔剩餘費用。
該計劃為預防性和綜合服務提供 每季 \$200 的津貼 。年度最高福利為 \$800。		3 月 31 日、6 月 30 日或 9 月 30 日之前未使用的任何津貼金額將結轉至下一季度，並於 12 月 31 日到期。 不包括齒顎矯正。

*服務需要轉介和/或事先授權。

福利	您支付的部份	注意事項
視力服務* - Medicare 承保的視力檢查以診斷/治療眼睛的疾病及症狀 - Medicare 承保的白內障手術後的眼鏡	每項檢查的共付額為 \$0 每個項目的共付額為 \$0	您必須使用我們網路中的醫生獲取常規服務。 在計劃支付常規服務福利之後，您需要承擔剩餘費用。如果您去醫療網絡外提供者處，您需要支付全部費用。
視力服務 (常規) - 常規眼科檢查 - 眼鏡 (鏡框、鏡片或隱形眼鏡) - 升級 該計劃 每年提供 \$200 的眼鏡津貼。	每項檢查的共付額為 \$0 共付額為 \$0，最高至計劃津貼金額。	任何未使用的津貼金額將於 12 月 31 日到期。
心理健康服務* - 醫院住院 - 精神科 - 門診心理健康護理 (團體或個人治療)	每個福利期，第 1-7 天，每天的共付額為 \$175；第 8-90 天，每天的共付額為 \$0 每次就診的共付額為 \$40。	住院病人照護服務的終身限額並不適用於一般醫院提供的心理健康服務。
專業護理機構 (SNF) *	每個福利期，第 1-20 天，每天的共付額為 \$0； 每個福利期，第 21-100 天，每天的共付額為 \$214	無需事先住院。
物理療法* 職業、物理、語言治療	每次就診的共付額為 \$0。	
救護車 - 地面交通 - 空中交通	每次行程的共付額為 \$200 (單程) 每次行程 20% 共同保險	
交通 該計劃提供 16 趟單程非緊急乘車服務。	每次行程的共付額為 \$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。
Medicare B 部分藥物* - 胰島素 - 化療以及其他 B 部分藥物	費用或 Medicare 允許金額的 0-20% 共同保險，不超過 \$35 費用或 Medicare 允許金額的 0-20% 共同保險	價格可能會每季度發生變化，但是胰島素費用分攤不會超過 20% 共同保險或 \$35。

*服務需要轉介和/或事先授權。

您的計劃包含保健福利

福利	您支付的部份	注意事項
健康與福祉的靈活津貼 該計劃提供總計為 \$50 的季度津貼。每年度最高福利為 \$200。 健身活動包括但不限於： - 高爾夫、乒乓球 - 太極、瑜伽 - 健身房會員資格 非處方藥 (OTC) 包括但不限於： - 止痛藥 - 感冒及流感藥物 - 急救用品 中草藥保健品包括但不限於： - 西洋參 - 燕窩 - 虎標萬金油	共付額為 \$0，至每季度的最高計劃津貼金額。 您可以自行選擇如何支用津貼。 使用靈活卡支付服務費用。	在該計劃支付福利之後，您需要承擔剩餘費用。 3 月 31 日、6 月 30 日或 9 月 30 日之前未使用的任何津貼金額將不會結轉到下一個季度，並於 12 月 31 日到期。 您可以在線上或在零售店購買 OTC 商品。 中草藥保健品可以從醫療網絡供應商處或致電福全健保購買。中草藥保健品可用於治療炎症、焦慮、消化系統疾病等。
針灸服務 (常規) 該計劃承保每年高達 \$1,000 的無限網路內常規針灸服務。 東方醫學保健服務 該計劃每個日曆年最多提供 12 次保健服務。服務包括： - 拔罐/艾灸 - 推拿、刮痧 - Med-X 和反射療法	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，最多可達允許的最多就診次數	您必須使用我們網路內的醫生以獲取常規服務。 在該計劃支付福利後，您需要承擔剩餘費用。 任何未使用的津貼金額將於 12 月 31 日到期。
健康與保健 (常規) 年度體檢	每年一次就診的共付額為 \$0	該項檢查比年度健康門診檢查更廣泛。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。
24 小時 Optum® 護士熱線 職業護士全年 365 天、每天 24 小時全天候提供服務。	每次通話的共付額為 \$0	當您不確定要去哪裡尋求護理或對緊急健康狀況有疑問時，可以利用此福利向職業護士尋求建議。
遠程醫療就診 可以使用您的手機、平板電腦或電腦進行問診。 - Teladoc® 問診 (每天 24 小時提供)。 - 由您醫生的辦公室提供的就診服務。	醫療就診的共付額為 \$0 心理健康就診的共付額為 \$40 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
世界範圍的承保	共付額為 \$0	該計劃的年度限額為 \$55,000，可用於承保的急診照護、急需服務以及美國及其領土以外的救護車服務。
出院後膳食援助* 在住院或專業護理機構住院後可立即使用，以幫助康復。	28 天內每天最多 3 餐的膳食援助，共付額為 \$0；每年不超過 84 餐。	門診手術後不可使用。
個人緊急回應系統(PERS)* 這是一種行動裝置和監控服務，可讓您與 24 小時回應中心聯絡。	每年的共付額為 \$0	
慢性病患者特別補充福利 (SSBCI)* 如果您的 PCP 診斷您患有某種慢性病並符合某些標準，您可能有資格獲得額外福利。 · 自身免疫性疾病 · 癌症 · 心血管疾病 · 慢性酒精或藥物依賴 · 慢性及殘疾性心理健康障礙 · 慢性心衰竭 · 慢性肺部疾病 · 失智症 · 糖尿病 · 末期肝臟疾病 · 末期腎臟疾病 · HIV/愛滋病 · 神經疾病 · 中風 · 嚴重血液系統疾病	健康食品和農產品(雜貨) 符合條件的食品的共付額為 \$0，且每月有 \$25 津貼。剩餘餘額不會結轉到下個月。	所提及的福利是針對慢性病患者的特殊補充計劃的一部分。不包括某些疾病(例如高血壓和糖尿病前期)。並非所有會員都有資格。 在健康食品津貼存入到您的靈活卡之前，需要事先獲得您的 PCP 的授權以及確認。 服務將由與該計劃簽約的供應商提供。

*服務需要轉介和/或事先授權。

您的費用分攤可能會有所不同，具體取決於您選擇的藥房（例如標準零售藥房、醫療網絡外藥房、郵購藥房）或您是否收到 30 天或 100 天的藥量。如果您住在長期護理機構 (LTC)，您需要支付與在標準零售藥房支付的 31 天藥物用量相同的費用。

D 部分處方藥福利以及您支付的費用。

第 1 階段： 年度免賠額	\$0 此階段不適用，因為沒有免賠額。			
第 2 階段： 初始承保階段 您支付以下費用，直到每年的藥品總費用達到 \$2,000。	零售標準分攤費用(網路內)		郵購標準分攤費用	零售分攤費用(網路外)*
	30 天藥量	100 天藥量	100 天藥量	30 天藥量
層級 1： 首選學名藥	共付額為 \$0	共付額為 \$0	共付額為 \$0	共付額為 \$0
層級 2： 學名藥	共付額為 \$5	共付額為 \$15	共付額為 \$10	共付額為 \$5
層級 3： 首選原廠藥	共付額為 \$47	共付額為 \$141	共付額為 \$94	共付額為 \$47
層級 4： 非首選原廠藥	共付額為 \$99	共付額為 \$297	共付額為 \$198	共付額為 \$99
層級 5： 專科層級*	33% 共同保險額	33% 共同保險額	33% 共同保險額	33% 共同保險額
層級 6： 精選照護藥品**	共付額為 \$0	共付額為 \$0	共付額為 \$0	共付額為 \$0
胰島素：	無論分攤費用層級如何，您無需為承保的每種胰島素產品一個月的供應量支付免賠額或超過 \$35。			
疫苗：	無論分攤費用層級如何，您都無需為免疫實踐諮詢委員會 (ACIP) 推薦的成人疫苗支付免賠額或共付額。			
第 3 階段： 災難性承保 年度最高自付費用藥品總額達到 \$2,000 後，您將處於此階段直至日曆年年底。	在此付款階段，您為承保的 D 部分藥物支付 \$0。			

* 網路外藥房、層級 1-6 精選藥物的零售或郵購不提供長期藥物供應。

** 層級 6 包括學名藥威而鋼、處方止咳藥和維生素。

*服務需要轉介和/或事先授權。



投保前檢查清單

在您做出投保決定之前，您必須充分了解我們的福利和規則，這一點非常重要。如果您有任何疑問，請致電 (833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) (TTY: 711) 與客戶服務代表聯絡，工作時間為：10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；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 或致電 (833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) (TTY: 711) 查看 EOC 副本。
- ☐ 請查看醫療提供者目錄 (或詢問您的醫生) 以確保您現在看的醫生在醫療網絡中。如果他們沒有被列出，則意味著您可能必須選擇一位新醫生。
- ☐ 查看藥房目錄，以確保您用於購買任何處方藥的藥房位於醫療網絡中。如果藥房未被列出，您可能需要為您的處方藥選擇一家新藥房。
- ☐ 請查看處方集以確保您的藥物得到承保。

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 Medicare B 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 Medicare B 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/共同保險額可能於每年的 1 月 1 日變更。
- ☐ **僅適用於 HMO 計劃：**除緊急情況外，我們不承保網絡外的提供者 (未在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)。您能否投保將取決於您是否患有符合資格的特定嚴重或致殘慢性病。
- ☐ **對目前承保範圍的影響：**如果您目前已加入聯邦醫療保險優勢 (Medicare Advantage) 計劃，則您目前的 Medicare 優勢計劃將在新的 Medicare 優勢計劃開始後結束。如果您有 Tricare，一旦新的 Medicare 優勢計劃承保開始，您的承保可能會受到影響。請聯絡 Tricare 瞭解更多資訊。如果您有 Medigap 計劃，您的 Medicare 優勢計劃承保開始後，由於您必須支付該承保費用，卻無法使用，因此您可能會想要放棄 Medigap 保單。

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。

我們的提供者和藥房網絡可能會隨時發生變更。我們保護您的隱私。請參閱隱私慣例通知：zh.clevercarehealthplan.com/privacy。所有商標均為其各自所有者的專有財產。

 2025
福利摘要

福全健保全加 (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

向加州提供服務

Los Angeles 縣、Orange 縣、San Bernardino 縣、Riverside 縣以及 San Diego 縣

計劃年份: 2025年1月1日-2025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 的「承保範圍說明書」(EOC) 中查閱。

若要加入此福全健保 (Clever Care) HMO 計劃，您必須：

1. 有權享受 Medicare A 部分
2. 已加入 Medicare B 部分
3. 診斷患有符合條件的慢性心血管疾病或糖尿病¹
4. 並且居住在我們服務區域的縣：
 - Los Angeles
 - Orange
 - San Bernardino
 - Riverside
 - San Diego



查找醫療網路醫生、專家、醫院和藥房。如果您選擇網路外的醫療提供者，您將承擔全部服務費用。

zh.clevercarehealthplan.com/provider



請在處方集 (藥物清單) 上查找藥物。

zh.clevercarehealthplan.com/formulary



如果您需要幫助了解此資訊，請致電 **(833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) (TTY: 711)**，從 10 月 1 日到 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點到晚上 8 點，從 4 月 1 日到 9 月 30 日，每週一至週五天，上午 8 點到晚上 8 點。或者發送電子郵件至 sales@clevercarehealthplan.com。

如果您想瞭解有關傳統 Medicare 的承保範圍和費用的更多資訊，請查看您當前的「**Medicare & You**」手冊。請訪問 [medicare.gov](https://www.medicare.gov) 在線查看，或每週 7 天、每天 24 小時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本。TTY 用戶應致電 1-877-486-2048。

¹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條件的慢性病。並非所有會員都有資格。不包括某些疾病 (例如高血壓和糖尿病前期)。



2025 年福利摘要 | 福全健保全加 (HMO C-SNP) 計劃

針對被診斷患有心血管疾病或糖尿病的患者全面計劃；包括 LIS 受益人的處方藥費用減免。

如果減少的費用分攤適用，您會看到此



如果您已加入了完整的 Medi-Cal (州醫療補助) 計劃，則無需支付醫療服務費用。如果您有 Medi-Cal 和費用分攤(SOC)，則計劃保費、免賠額以及任何費用分攤將由 Medi-Cal 或第三方部分支付。您必須繼續參加 Medi-Cal，以獲得減少的費用分攤。

保費、免賠額以及限制

費用	擁有完整的 Medi-Cal 您支付的部份	沒有 Medi-Cal 您支付的部份	注意事項
每月計劃保費 (C 部分及 D 部分)	\$0	\$18.40	 您必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費。
免賠額	\$0	\$590	 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 (不包括處方藥)	每年 \$0	每年 \$9,350	 這是您每年為 Medicare 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 Medi-Cal 您支付的部份	沒有 Medi-Cal 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	以下是 2025 年 Medicare 明確規定的數字。 - 每個福利期，免賠額為 \$1,676 - 每個福利期，第 1-60 天和第 91 天及以後，每天的共付額為 \$0 - 每個福利期，第 61-90 天，每天的共付額為 \$419	
醫院門診承保範圍* - 門診住院 - 觀察服務	每次住院的共付額為 \$0 觀察服務的共付額為 \$0	每次住院 20% 共同保險	
門診外科中心 (ASC) 服務*	每次問診 0% 共同保險	每次問診 20% 共同保險	
醫生看診 - 初級保健醫生 (PCP) - 專科醫生*	每次就診的共付額為 \$0 每次專科醫生就診的共付額為 \$0	每次問診 20% 共同保險 每次專科醫生就診 20% 共同保險	

*服務需要轉介和/或事先授權。

福利	擁有完整的 Medi-Cal 您支付的部份	沒有 Medi-Cal 您支付的部份	注意事項
預防性照護 「歡迎參加 Medicare」就診或年度健康就診以及 Medicare 承保的所有其他預防性照護服務	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。該問診的目的是根據您目前的健康狀況和風險因素而制定的個性化預防性計劃。
急救照護 急診室	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 小時內因相同病症住院，則共付額為 \$0。
緊急需求服務 緊急照護中心	每次就診的共付額為 \$0	每次就診的共付額為 \$25	
診斷服務、實驗室、及造影* - 實驗室服務 - 診斷測試及醫療程序 - X 射線 - 診斷放射學服務 (例如 MRI、CT 掃描、PET 掃描等)	每項實驗室服務的共付額為 \$0 每項診斷測試、醫療程序或 X 射線 0% 共同保險 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 每次診斷測試共付額為 \$0 每次 X 射線檢查 20% 共同保險 每項放射科服務 20% 共同保險	
聽力服務* Medicare 承保的服務	每項服務的共付額為 \$0	每項服務的共付額為 \$0	您必須使用我們網路中的醫生獲取常規服務。
聽力服務 (常規) - 常規聽力檢查 (限 1 次) - 助聽器驗配和評估 (限 3 次) - 助聽器 該計劃每年為每隻耳朵提供 \$600 的助聽器津貼 。	每項檢查的共付額為 \$0 每項服務的共付額為 \$0 共付額為 \$0，最高至計劃津貼金額	每項檢查的共付額為 \$0 每項服務的共付額為 \$0 共付額為 \$0，最高至計劃津貼金額	在該計劃支付福利之後，您需要承擔剩餘費用。 任何未使用的津貼金額將於 12 月 31 日到期。 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 Medi-Cal 您支付的部份	沒有 Medi-Cal 您支付的部份	注意事項
牙科服務* - Medicare 承保的服務 牙科服務 (PPO)* 預防性牙科服務包括： - 口腔檢查(限 2 次) - 牙齒清潔(限 2 次) - 氟化處理(限 1 次) - 咬翼X射線檢查(限 2 次) - 牙科X射線檢查(限 1 次) 綜合性牙科服務包括但不限於： - 充填與修復 - 根管治療 - 齒冠(牙套) - 植牙 - 牙橋、假牙、拔牙 該計劃為預防性和綜合服務提供 每季 \$550 的津貼 。年度最高福利為 \$2,200。	每項服務的共付額為 \$0 預防性和/或綜合服務的共付額為 \$0，最高至計劃津貼金額	每項服務的共付額為 \$0 預防性和/或綜合服務的共付額為 \$0，最高至計劃津貼金額	限制和例外情況適用於綜合服務。植牙和其他服務需要事先授權。 無需留在醫療網絡內。然而，使用我們醫療網中的提供者可能會降低您的自付費用。 對於從網絡外獲得的服務，計劃將支付承保服務允許的金額，最高可達計劃季度的最高限額。您可能需要承擔不超過醫療提供者帳單金額的額外費用。 在該計劃支付福利之後，您需要承擔剩餘費用。 3 月 31 日、6 月 30 日或 9 月 30 日之前未使用的任何津貼金額將結轉至下一季度，並於 12 月 31 日到期。 不包括齒顎矯正。
視力服務* - Medicare 承保的視力檢查可診斷/治療眼睛的疾病及症狀 - Medicare 承保的白內障手術後的眼鏡 視力服務(常規) - 常規眼科檢查 - 眼鏡(鏡框、鏡片或隱形眼鏡) - 升級 該計劃提供 每年 \$200 的眼鏡津貼 。	每項檢查的共付額為 \$0 每個項目的共付額為 \$0 每項檢查的共付額為 \$0 共付額為 \$0，最高至計劃津貼金額。	每項檢查的共付額為 \$0 每個項目的共付額為 \$0 每項檢查的共付額為 \$0 共付額為 \$0，最高至計劃津貼金額。	您必須使用我們網路中的醫生獲取常規服務。 在計劃支付常規服務福利之後，您需要承擔剩餘費用。如果您去醫療網絡外提供者處，您需要支付全部費用。 任何未使用的津貼金額將於 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 Medi-Cal 您支付的部份	沒有 Medi-Cal 您支付的部份	注意事項
心理健康服務* - 醫院住院 - 精神科 - 門診精神健康照護 (團體或個人治療)	每個福利期, 每次住院 \$0 每次就診的共付額為 \$0	以下是 2025 年 Medicare 明確規定的數字。 - 每個福利期, 免賠額為 \$1,676 - 每個福利期, 第 1-60 天和第 91 天及以後, 每天的共付額為 \$0 - 每個福利期, 第 61-90 天, 每天的共付額為 \$419 每次問診 20% 共同保險	 住院病人照護服務的終身限額並不適用於一般醫院提供的心理健康服務。
專業護理機構 (SNF)*	每次住院的共付額為 \$0	以下是 2025 年 Medicare 明確規定的數字。 - 每個福利期, 第 1-20 天, 每天的共付額為 \$0 - 每個福利期, 第 21-100 天, 每天的共付額為 \$209.50	 無需事先住院。
物理療法* 職業、物理、語言治療	每次就診的共付額為 \$0	每次問診 20% 共同保險	
救護車 - 地面交通 - 空中交通	每次行程 0% 共同保險 (單程)	每次行程 20% 共同保險 (單程)	
交通 該計劃提供 24 趟單程 非緊急乘車服務。	每次行程的共付額為 \$0	每次行程的共付額為 \$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。
Medicare B 部分藥物* - 胰島素 - 化療和其他 B 部分藥物	0% 共同保險	費用或 Medicare 允許金額的 0-20% 共同保險, 不超過 \$35 費用或 Medicare 允許金額的 0-20% 共同保險	 價格可能每季發生變化, 但胰島素費用分攤不會超過 20% 共同保險或 \$35。

*服務需要轉介和/或事先授權。

您的計劃中包含健康福利

福利	擁有完整的 Medi-Cal 您支付的部份	沒有 Medi-Cal 您支付的部份	注意事項
健康與福祉的靈活津貼 該計劃提供總計為 \$200 的季度津貼 。每年度最高福利為 \$800。	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。	在該計劃支付福利後，您需要承擔剩餘費用。 3 月 31 日、6 月 30 日或 9 月 30 日之前未使用的任何津貼金額將不會結轉到下一個季度，並於 12 月 31 日到期。 您可以在線上或在零售店購買 OTC 商品。
健身活動 包括但不限於： • 高爾夫、乒乓球 • 太極、瑜伽 • 健身房會員資格	您可以自行選擇如何支用津貼。 使用靈活卡支付服務費用。	您可以自行選擇如何支用津貼。 使用靈活卡支付服務費用。	中草藥保健品可以從醫療網絡供應商處或致電福全健保購買。中草藥保健品可用於治療炎症、焦慮、消化系統疾病等。
非處方藥 (OTC) 包括但不限於： • 止痛藥 • 感冒和流感藥物 • 急救用品			
中草藥保健品 包括但不限於： • 西洋參 • 燕窩 • 虎標萬金油			
針灸服務 (常規) 該計劃承保 每年高達 \$2,000 的無限網路內常規針灸服務 。	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	您必須使用我們網路中的醫生獲取常規服務。 在該計劃支付福利後，您需要承擔剩餘費用。
東方醫學保健服務 該計劃每個日曆年最多提供 24 次 健康服務。服務包括： • 拔罐/艾灸 • 推拿、刮痧 • Med-X 和反射療法	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	任何未使用的津貼金額將於 12 月 31 日到期。
健康與保健 (常規) • 年度體檢	每年一次就診的共付額為 \$0	每年一次就診的共付額為 \$0	該項檢查比年度健康門診檢查更廣泛。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。

福利	擁有完整的 Medi-Cal 您支付的部份	沒有 Medi-Cal 您支付的部份	注意事項
24 小時 Optum® 護士熱線 職業護士全年 365 天、每天 24 小時全天候提供服務。	每次通話的共付額為 \$0	每次通話的共付額為 \$0	當您不確定要去哪裡尋求護理或對緊急健康狀況有疑問時，可以利用此福利向職業護士尋求建議。
遠程醫療就診 可以使用手機、平板電腦或電腦進行問診。 - Teladoc® 問診 (每天 24 小時提供)。 - 由您醫生的辦公室提供的就診服務。	醫療或心理健康就診的共付額為 \$0 每次就診的共付額為 \$0	醫療或心理健康就診 20% 共同保險 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
世界範圍的承保	共付額為 \$0	該計劃的年度限額為 \$100,000，可用於承保的急診照護、急需服務以及美國及其領土以外的救護車服務。
出院後膳食援助* 在住院或專業護理機構住院後可立即使用，以幫助康復。	28 天內每天最多 3 餐的膳食援助，共付額為 \$0；每年不超過 84 餐。	門診手術後不可使用。
個人緊急回應系統 (PERS) * 這是一種行動裝置和監控服務，可讓您與 24 小時回應中心聯絡。	每年的共付額為 \$0	

福利	您支付的部份	注意事項
慢性病患者特別補充福利 (SSBCI)* 如果您的 PCP 診斷您患有下列某種慢性病並符合某些標準，您可能 有資格獲得額外福利。 • 自身免疫性疾病 • 癌症 • 心血管疾病 • 慢性酒精或藥物依賴 • 慢性及殘疾性心理健康障礙 • 慢性心衰竭 • 慢性肺部疾病 • 失智症 • 糖尿病 • 末期肝臟疾病 • 末期腎臟疾病 • HIV/愛滋病 • 神經疾病 • 嚴重血液系統疾病 • 中風	慢性疾病餐食 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。 遠距監測服務 用於監控醫療和其他健康資料的裝置的共付額為 \$0。 居家安全評估 每年最多兩次共付額為 \$0 的評估。 居家支援服務 協助日常生活活動的服務共付額為 \$0。每年限制 40 小時。 社會需求福利 非臨床個人護理人員的陪護服務的共付額為 \$0。服務僅限於 24 個四小時輪班（總共 96 個小時）。 照顧者支援 暫息護理的共付額為 \$0。每年限制 40 小時。	提及到的福利是針對慢性病患者的特殊補充計劃的一部分。並非所有會員都有資格獲取。不包括某些疾病（例如高血壓和糖尿病前期）。 在使用這些福利前，需要事先獲得您的 PCP 的授權和確認。 服務將由與該計劃簽約的供應商提供。

*服務需要轉介和/或事先授權。



處方藥物承保

福全健保全加 (HMO C-SNP) 計劃

 您的分攤費用可能會不一樣，取決於您選擇的藥房（例如標準零售、網路外、郵購）或您收到的是 30 天還是 100 的藥量。如果您住在長期照護機構 (LTC)，您需要支付與在標準零售藥房支付的 31 天藥物用量相同的費用。如果您有 Medi-Cal 以及分擔費用，D 部分免賠額將由 Medi-Cal 或第三方全額或部分支付。VBID 模式消除了接受額外幫助的受益人的處方藥費用分攤金額。

D 部分處方藥福利以及您支付的費用。

第 1 階段： 年度免賠額

\$590

年度免賠額不適用於層級 6 或胰島素藥物。

第 2 階段： 初始承保

您支付以下費用，直到年度藥物費用總額（由計劃和您支付）達到 \$2,000。

標準零售分攤費用（網路內）

郵購標準分攤費用

零售分攤費用（網路外）*

VBID 模式
30-100 天
的藥量

30-100 天
藥量

VBID 模式
100 天藥量

100 天藥量

VBID 模式
30-100 天
的藥量

30 天藥量

層級 1：
首選學名藥

\$0

25% 共同
保險

\$0

25% 共同
保險

\$0

25% 共同
保險

層級 2：
學名藥

\$0

25% 共同
保險

\$0

25% 共同
保險

\$0

25% 共同
保險

層級 3：
首選原廠藥

\$0

25% 共同
保險

\$0

25% 共同
保險

\$0

25% 共同
保險

層級 4：
非首選原廠藥

\$0

25% 共同
保險

\$0

25% 共同
保險

\$0

25% 共同
保險

層級 5：
專科層級*

\$0

25% 共同
保險

\$0

25% 共同
保險

\$0

25% 共同
保險

層級 6：
精選照護藥品**

\$0

\$0

\$0

胰島素：

無論費用分攤等級如何，即使您尚未支付免賠額，您為每種承保胰島素產品一個月的藥物用量支付的費用也不會超過 \$35。

疫苗：

無論分攤費用層級如何，您都無需為免疫實踐諮詢委員會 (ACIP) 推薦的成人疫苗支付免賠額或共付額。

第 3 階段： 災難性承保

年度最高自付費用藥品總額達到 \$2,000 後，您將處於此階段直至日曆年年底。

在此付款階段，您為承保的 D 部分藥物支付 \$0。

* 網路外藥房、層級 1-6 精選藥物的零售或郵購不提供長期藥物供應。

** 層級 6 包括學名藥威而鋼、處方止咳藥和維生素。



以價值為基礎的保險設計 (VBID) 模式

福全健保全加 (HMO C-SNP) 計劃

若要符合 VBID 模式額外福利和計劃的資格，受益人必須從 Medicare 和 Medicaid 服務中心 (CMS) 獲得低收入補貼援助 (額外幫助)。需要獲得該計劃的授權。



食品及農產品津貼：符合資格的會員每月將獲得 \$125。每月金額將存入靈活卡。該津貼可用於支付在參與活動的當地超市購買健康食品和農產品。在月底，任何剩餘餘額將不會結轉至下個月。



交通(非緊急)：符合資格的會員將獲得 24 次單程乘車服務，前往 30 英里半徑內的醫生預約、藥房或任何其他與健康相關的地點。



D 部分成本分攤降低：符合資格的會員無需為層級 1-5 的所有處方藥支付任何費用 (\$0)。



獎勵和激勵：服用並堅持服用糖尿病和/或他汀類藥物的全加計劃會員每三個月最多可賺取 \$100 (每種藥物 \$50)，每年最高 \$300。除了表現出遵守處方藥物至少 90% 外，還必須完成免費的完整藥物審查。參與該活動並不是註冊的必要條件。



獎勵將添加到您的靈活卡中，可用於：

- 雜貨 (健康食品)
- 中草藥保健品
- OTC 品項
- 健身房會員資格或健身活動



歡迎您來電，我們很樂意為您提供協助！(833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) (TTY: 711)

Medicare 批准福全健保 (Clever Care Health Plan, Inc.) 提供這些福利和/或低共付額，作為基於價值的保險設計計劃的一部分。該計劃讓 Medicare 嘗試新的方法來改善 Medicare Advantage 計劃。VBID 模式下的額外福利或 D 部分獎勵和激勵計劃的資格不受保證，將由計劃在註冊後根據相關標準 (例如臨床診斷、資格標準、參與疾病狀態管理計劃確定)。



投保前檢查清單

在您做出投保決定之前，您必須充分瞭解我們的福利和規則，這一點非常重要。如果您有任何疑問，請致電 (833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) (TTY: 711) 與客戶服務代表聯絡，工作時間為：10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；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 或致電 (833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) (TTY: 711) 查看 EOC 副本。
- ☐ 請查看醫療提供者目錄 (或詢問您的醫生) 以確保您現在看的醫生在醫療網絡中。如果他們沒有被列出，則意味著您可能必須選擇一位新醫生。
- ☐ 查看藥房目錄，以確保您用於購買任何處方藥的藥房位於醫療網絡中。如果藥房未被列出，您可能需要為您的處方藥選擇一家新藥房。
- ☐ 請查看處方集以確保您的藥物得到承保。

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 Medicare B 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 Medicare B 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/共同保險額可能於每年的 1 月 1 日變更。
- ☐ **僅適用於 HMO 計劃：**除緊急情況外，我們不承保網絡外的提供者 (未在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。
- ☐ **對目前承保範圍的影響：**如果您目前已加入聯邦醫療保險優勢 (Medicare Advantage) 計劃，則您目前的 Medicare 優勢計劃將在新的 Medicare 優勢計劃開始後結束。如果您有 Tricare，一旦新的 Medicare 優勢計劃承保開始，您的承保可能會受到影響。請聯絡 Tricare 瞭解更多資訊。如果您有 Medigap 計劃，您的 Medicare 優勢計劃承保開始後，由於您必須支付該承保費用，卻無法使用，因此您可能會想要放棄 Medigap 保單。

Clever Care Health Plan, Inc. 是一項與 Medicare 簽有合約的 HMO 和 HMO 慢性病特殊需求 (C-SNP) 計劃。投保需視合約續約情況而定。

我們的提供者和藥房網絡可能會隨時發生變更。我們保護您的隱私。請參閱隱私慣例通知：
zh.clevercarehealthplan.com/privacy。所有商標均為其各自所有者的專有財產。

處方藥

為了您的方便起見，我們列出了一些常用藥物。我們的處方集中有**超過 37,000 種藥物**，並且我們會繼續添加到這個列表中。如果您沒有看到下面列出您服用的藥物，請在線查看我們的藥物清單或致電會員服務部。

常用藥物

藥物限量欄中縮寫的圖例

QL	Quantity Limits (數量限制)
PA	Prior Authorization required (需要事先授權)
BvD	Part B vs D determination (B 部分比較 D 部分的裁定)



這並不是所承保內容的完整列表。
請掃描此處以獲取我們的最新列表。

藥物名稱	層級	使用管理限制
ATORVASTATIN CALCIUM 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	
AMLODIPINE BESYLATE 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
LOSARTAN POTASSIUM 25mg, 50mg, 100mg	1	
METFORMIN HCL ER 500mg, 750mg	1	QL
OMEPRAZOLE 10mg, 20mg, 40mg	1	
TAMSULOSIN HCL 0.4mg	1	
ROSUVASTATIN CALCIUM 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	QL
DICLOFENAC SODIUM 25mg, 50mg, 75mg	2	BvD
GABAPENTIN 100mg, 300mg, 400mg	1	QL
AMOXICILLIN 500mg 875mg	1	
METOPROLOL SUCCINATE 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
IBUPROFEN 400mg, 600m, 800mg	1	BvD
ALENDRONATE SODIUM 10mg, 35mg, 70mg	1	QL
TRIAMCINOLONE ACETONIDE 0.1%	1	
CREON	3	
LATANOPROST 0.01%	1	QL
LEVOTHYROXINE SODIUM 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 500mcg	1	
FLUTICASONE PROPIONATE 50mcg	1	QL
PANTOPRAZOLE SODIUM 20mg, 40mg	1	QL
MELOXICAM 7.5mg	1	

藥物名稱	層級	使用管理限制
CELECOXIB 50mg, 100mg, 200mg, 400mg	2	QL
CLOPIDOGREL 75mg	1	
FINASTERIDE 5mg	1	
SILDENAFIL CITRATE 20mg	1	QL, PA
TRADJENTA 5mg	3	QL
JARDIANCE 10mg, 25mg	3	QL
DONEPEZIL HCL 5mg, 10mg	1	QL
AZITHROMYCIN 250mg, 500mg	1	
LOSARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE 50-12.5mg, 100-12.5mg, 100-25mg	1	
MONTELUKAST SODIUM 4mg, 5mg, 10mg	1	
FAMOTIDINE 20mg, 40mg	1	
LEVOCETIRIZINE DIHYDROCHLORIDE 5mg	1	
LISINOPRIL 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	
SIMVASTATIN 20mg, 40mg, 80mg	1	QL
ALBUTEROL SULFATE HFA 90mcg	2	QL
FARXIGA 5mg, 10mg	3	QL
AZELASTINE HCL 137mcg, 205mcg	2	QL
HYDROCHLOROTHIAZIDE 12.5mg, 25mg, 50mg	1	
OLMESARTAN MEDOXOMIL 5mg, 20mg, 40mg	2	
ZOLPIDEM TARTRATE 5mg, 10mg	1	QL
PIOGLITAZONE HCL 15mg, 30mg, 45mg	1	QL
LINZESS 72mcg, 145mcg, 290mcg	3	QL
TRAZODONE HCL 50mg, 100mg, 150mg, 300mg	1	
ATENOLOL 25mg, 50mg, 100mg	1	
OLOPATADINE HCL 0.1%, 0.2%	2	
SERTRALINE HCL 25mg, 50mg, 100mg	1	
KETOCONAZOLE 2%	2	QL
ALLOPURINOL 100mg, 300mg,	1	
GLIPIZIDE and GLIPIZIDE ER 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
CHLORHEXIDINE GLUCONATE 0.12%	1	
LIDOCAINE 5% 藥膏或貼劑	2	QL, PA
MECLIZINE HCL 12.5mg, 25mg	2	
METOPROLOL TARTRATE 25mg, 50mg, 100mg	1	
CARVEDILOL 3.125, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	1	
EZETIMIBE 10mg	1	QL
MEMANTINE HCL 5mg, 10mg	2	QL
DORZOLAMIDE-TIMOLOL 22.3-6.8/1	2	
PRAVASTATIN SODIUM 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	QL

藥物名稱	層級	使用管理限制
TRAMADOL HCL 50mg	1	QL
BACLOFEN 5mg, 10mg, 20mg	2	
CIPROFLOXACIN HCL 250mg, 500mg, 750mg	2	
TIMOLOL MALEATE 0.25%, 0.5%	1	
FENOFIBRATE 54mg, 160mg	2	QL
JANUVIA	3	QL
MYRBETRIQ ER 25mg, 50mg	3	
PREDNISONE 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	1	BvD
NAPROXEN 250mg, 375mg, 500mg	1	
TRULICITY 0.75mg/0.5mL, 1.5mg/0.5mL, 3mg/0.5mL, 4.5mg/0.5mL	3	QL, PA
ACETAMINOPHEN-CODEINE 300mg-15mg, 300mg-30mg, 300mg-60mg,	2	QL
ESCITALOPRAM OXALATE 5mg, 10mg, 20mg	1	
GLIMEPIRIDE 1mg, 2mg, 4mg	1	QL
FLUOCINONIDE 0.05%	2	
FUROSEMIDE 20mg, 40mg 80mg	1	
ALPRAZOLAM 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg	1	QL
BENAZEPRIL HCL 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE POTASS 500-125mg, 875-125mg	1	
ELIQUIS 2.5mg, 5mg	3	QL
CICLOPIROX 8% 溶液	2	QL
PREGABALIN 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg, 200mg	2	QL
LOVASTATIN 10mg, 20mg, 40mg	1	
LORAZEPAM 1mg, 2mg	1	QL
XARELTO 10mg, 15mg, 20mg	3	QL
LOPERAMIDE 2mg	2	

重要資訊：

2025 Medicare 星級評價

Clever Care Health Plan - H7607

美國政府官
方聯邦醫療
保險資訊



2025 年，Clever Care Health Plan - H7607 收到了以下來自 Medicare 的星級評價：

整體星級評價：★★★★☆☆
保健服務評價：★★★★☆☆
藥物服務評價：★★★★☆☆

每年，Medicare 都會根據 5 星級評價系統評估計劃。

為什麼星級評價很重要

Medicare 就計劃的保健服務和藥物服務對計劃進行評價。

用戶可以輕易地根據質量和表現比較各種計劃。

星級評價基於以下因素：

- 會員對計劃的服務和照護的反饋
- 離開或留在計劃中的會員人數
- Medicare 收到的有關計劃的投訴數量
- 來自使用該計劃的醫生和醫院的數據

評星越多表示計劃越好—例如，會員可能獲得更好的照護以及可能獲得更好、更快的客戶服務。

評星的數量表明一個計劃的表現有多好。

★★★★★ 優
★★★★☆ 良
★★★☆☆ 中
★★☆☆☆ 劣
★☆☆☆☆ 差

在 Star Ratings Online 獲取更多資訊

歡迎造訪 [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) 在線上比較各個計劃的星級評價。

對計劃有任何疑問？

由10月1日至3月31日，您可每週七天於太平洋時間早 8:00 至晚 8:00 致電 833-388-8168（免費電話）或 711 (TTY) 聯絡 Clever Care Health Plan。由4月1日到9月30日，我們的營業時間是周一至週五的太平洋時間早 8:00 至晚 8:00。當前會員請致電 833-388-8168（免費電話）或 711 (TTY)

Clever Care Health Plan, Inc. 是一項與 Medicare 簽有合約的 HMO 和 HMO 慢性病特殊需求 (C-SNP) 計劃。投保需視合約續約情況而定。

從聯邦醫療保險 (Medicare) 獲得 Extra Help (額外幫助) 以幫助支付處方藥費用的 人士的每月計劃保費

如果您有透過 Medicare 獲得 Extra Help 以幫助您支付處方藥計劃費用，您的每月計劃保費將會低於您沒有透過 Medicare 獲得 Extra Help 的情況。

如果您獲得 Extra Help，以下任何計劃的每月計劃保費將為 \$0。（這不包括您可能需要支付的任何 Medicare B 部分的保費。）

- 福全健保長壽 (HMO) 計劃
- 福全健保超值 (HMO) 計劃
- 福全健保全加 (HMO C-SNP) 計劃

福全健保 (Clever Care Health Plan) 的保費包含醫療服務承保和處方藥承保。

如果您沒有獲得 Extra Help，您可以撥打下列電話號碼以確認自己是否符合資格：

- 1-800-MEDICARE 或者聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048 (每週 7 天，每天 24 小時)；
- 州政府 Medicaid 辦事處；或
- 社會安全局，電話 1-800-772-1213，聽障專線使用者請致電 1-800-325-0778，服務時間為週一至週五早上 7 時至晚上 7 時。

如果您有任何疑問，請致電 (833) 808-8153 (國語) 或者 (833) 808-8161 (粵語) (聽障專線：711) 與會員服務部聯絡。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。列出的時間為太平洋時區時間。

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。

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：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。

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 của quý vị về chương trình bảo hiểm sức khỏe và chương trình bảo hiểm thuốc. Nếu quý vị cần thông dịch viên, xin vui lòng gọi số (833) 808-8163 (TTY: 711). Nhân viên nói tiếng Việt của chúng tôi có thể 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.

Português: 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。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Khmer: យើងមានសេវាកម្មបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរទាំងឡាយណាដែលអ្នកមានស្តីអំពីគម្រោងសុខភាពឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ (833) 388-8168 (TTY:711) ។ អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរណាម្នាក់អាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

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

歡迎投保福全健保 (Clever Care Health Plan)



您的經紀人將填寫銷售預約範圍確認表



填寫投保申請表
(您需要持有 Medicare ID 卡)



簽名並將填妥的申請表交還給福全健保 (Clever Care)

只需 4 個簡單步驟即可投保

第 1 步

確認您符合投保資格。

第 2 步

選擇一個福全健保聯邦醫療保險優勢 (Clever Care Medicare Advantage) 計劃。
若要投保福全健保全加 (Clever Care Total+) (HMO C-SNP) 計劃，您必須在註冊表格上證明患有糖尿病或心血管疾病。

第 3 步

選擇您的初級保健醫生 (PCP)。
請訪問 zh.clevercarehealthplan.com/provider 以查找參與的醫療提供者。
請記下 PCP 姓名和 ID 號。您將需要此資訊來填寫註冊表。

第 4 步

填寫並交還註冊表。

您已報名！接下來怎麼辦？

一旦福全健保 (Clever Care Health Plan) 收到您的投保申請，我們將立即開始處理您的註冊。您將在註冊後 30 天內收到以下資訊。



投保確認信

在 Medicare 批准您的投保後的 10 天內，您將收到福全健保的信函，以確認您的投保。



福全健保會員 ID 卡

您的新 ID 卡將在您確認投保後的 10 天內郵寄給您。您還將收到您的「承保範圍說明書」(EOC) 和其他計劃文件的相關資訊。



福全健保歡迎包

我們將郵寄給您一份會員指南，其中包含有關如何充分利用您的健康計劃的資訊，同時我們歡迎您致電並樂於回答您的所有問題。

如果您有資格獲得聯邦醫療保險 (Medicare) 藥物承保的 “Extra Help” (額外幫助)，那麼您將在驗證註冊後的 10 天內收到 “LIS” (低收入補貼) 信函。

銷售範圍確認書

聯邦醫療保險 (Medicare) 和聯邦醫療補助 (Medicaid) 服務中心 (CMS) 要求代理人在任何面對面銷售會議之前，先行記錄行銷會談內容範圍，以助於理解代理人與 Medicare 受益人 (或其授權代表) 之間將討論的內容。

請在您希望與代理人討論的產品類型旁簽署姓名首字母。

福全健保聯邦醫療保險優勢 (Clever Care Medicare Advantage) 和處方藥 (C 部分) 計劃

—— **聯邦醫療保險健康維護組織 (HMO):** 聯邦醫療保險優勢計劃提供所有 A 部分和 B 部分的傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)，同時也涵蓋 D 部分的處方藥物承保計劃。在大多數的 HMO 中，若非緊急情況，您只能向計劃網路中的醫生或醫院尋求照護服務。

—— **聯邦醫療保險慢性病特殊需要計劃 (C-SNP):** 聯邦醫療保險優勢計劃其中包含為有特殊健康護理需求人士設計的福利組合。該計劃所服務的特定群體包括某些特定的慢性病患者。

簽署本表格，即表示您同意與銷售代理會面，並商討上方您已簽署姓名首字母的產品類型。您沒有投保的義務。目前或未來的聯邦醫療保險投保狀態將不受影響，您也不會自動投保。

簽名:**日期:**

月	月	/	日	日	/	年	年	年	年
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

如果您是授權代表，請在上方簽名並在下方正楷書寫。

代表的姓名:**您與受益人之關係:****代理人部分: 請將此表格與填妥的註冊申請一並寄回****代理人姓名:****代理人電話:**

(				)				-				
---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

受益人姓名:**受益人電話 (選填):**

(				)				-				
---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

受益人地址:

請註明聯絡方式: ☐ 銷售活動 ☐ 直接到訪 ☐ 客戶來電 ☐ 允許撥打名片上的號碼

若受益人是在會談期間簽署表格，則請解釋為什麼在會議之前沒有記錄:

代理人簽名:**完成會談日期:**

月	月	/	日	日	/	年	年	年	年
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

會談內容範圍文件須遵循 CMS 記錄保留要求。

H7607_23_CM1603_C 06212023

誰可以使用本表格？

擁有 Medicare (聯邦醫療保險) 並想要參加 Medicare 優勢計劃的人士。

要參加任一計劃，您必須：

- 為美國公民或在美國合法居留
- 居住在本計劃的服務區

注意事項：要參加 Medicare 優勢計劃，您也必須具備以下兩者：

- Medicare A 部分 (醫院保險)
- Medicare B 部分 (醫療保險)

我何時可使用本表格？

參加計劃的時程如下：

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日之間 (承保從 1 月 1 日起算)
- 獲得 Medicare 的最初 3 個月內
- 在特定情況下，您可以參加或更換計劃

造訪 Medicare.gov 以瞭解您何時可註冊加入計劃。

我需要什麼資料來填寫本表格？

- 您的 Medicare 號碼 (在您的紅白藍 Medicare 卡上)
- 您的永久住址和電話號碼

注意：您必須完整填寫第 1 部分的所有項目。第 2 部分是選填項目；您選擇不填寫此部分也不會被拒絕承保。

提醒事項：

- 如果您要在秋季投保期間參加計劃 (10 月 15 日至 12 月 7 日)，本計劃須在 12 月 7 日前收到您填妥的表格。
- 您的計劃會寄送帳單給您收取計劃保費。註冊時您可以選擇由您的銀行帳戶或每月的社會安全局 (或 Railroad Retirement Board) 福利津貼來支付您的保費。

下一步是什麼？

填寫完投保表後，您將收到一份填寫完整的簽名申請表，其中包括一個確認號碼供您參考，並發送到所提供的電子郵件中。Clever Care Health Plan (福全健保) 健康計劃將處理您的申請並提交給 CMS。您將在 7-10 個工作天內收到接受或拒絕投保的通知。

我如何尋求幫助來填寫此表格？

撥打電話 (833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) 聯絡 Clever Care (福全健保)。聽障專線使用者請撥打 711。或撥打電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare。聽障專線使用者請撥打 1-877-486-2048。

En Español: Llame a Clever Care al (833) 388-8168/711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en Español y un representante estará disponible para asistirle.

無家可歸者

- 如果您想加入計劃但沒有永久居住地，則郵政信箱、庇護所或診所的地址或您接收郵件 (例如社會安全局支票) 的地址可能會被視為永久居住地址。

根據 1995 年的《文書簡化法案》，唯有出示有效的 OMB 控制編號，才需要回應資訊收集要求。本資訊收集作業之有效 OMB 控制編號為 0938-1378。填寫這些資訊的時間預計是平均每題 20 分鐘，包括閱讀指示、搜尋現存資料來源、收集所需資料並完成及檢查收集到的資訊。若對預估時間之準確度有任何意見，或是有關改善本表格的任何建議，請寫信聯絡：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

重要事項

請勿將本表格及任何含有個人資訊 (例如索賠、付款、醫療記錄等) 的項目寄送到 PRA Reports Clearance Office。所收到的項目當中，若與改善本表格或其資訊收集負擔 (如 OMB 0938-1378 所列) 無關，我們會把項目銷毀。我們不會保留、審查或轉交給計劃單位。詳見本頁的「下一步是什麼？」，並寄送填妥的表格到計劃單位。

第 1 部分

本頁的所有欄位皆為必填 (除非註明為選填)

選擇您要參加的計劃：

福全健保長壽 (HMO) 計劃 H7607-002

☐	001-洛杉磯郡	每月 \$0
☐	002-橘郡	每月 \$0
☐	003-聖地牙哥郡	每月 \$0
☐	004-聖伯納迪諾郡	每月 \$0
☐	005-河濱縣	每月 \$0

福全健保超值 (HMO) 計劃 H7607-008

☐	001-洛杉磯郡	每月 \$0
☐	002-橘郡	每月 \$0
☐	003-聖地牙哥郡	每月 \$0
☐	004-聖伯納迪諾郡	每月 \$0
☐	005-河濱縣	每月 \$0

福全健保全加 (HMO C-SNP) 計劃 H7607-011

☐	001-洛杉磯郡	每月 \$18.40
☐	002-橘郡	每月 \$18.40
☐	003-聖地牙哥郡	每月 \$18.40
☐	004-聖伯納迪諾郡	每月 \$18.40
☐	005-河濱縣	每月 \$18.40

姓氏: _____

名字: _____ 中間名縮寫 (選填): _____

出生日期: ____ 月 ____ 日 / ____ 年 ____ 年 ____ 年 ____ 年

性別: ☐ 男性 ☐ 女性

電話號碼: (____) ____ - ____

永久居住地址 (請勿使用郵政信箱。注意: 對於無家可歸的個人, 郵政信箱可視為您的永久居住地址):

城市: _____ 州: _____ 郵遞區號: _____

郵寄地址, 若與永久地址不同 (可使用郵政信箱):

城市: _____ 州: _____ 郵遞區號: _____

您的 Medicare 資訊:

Medicare 號碼: _____ - _____ - _____

根據照護模式審查, Clever Care Health Plan, Inc. 已獲得 National Committee for Quality Assurance (NCQA) 核准, 可在 2025 年之前經營 Chronic Special Needs Plan (C-SNP)。

第 1 部分

本頁的所有欄位皆為必填 (除非註明為選填) 續

回答這些重要的問題：

除了 Clever Care (福全健保) 外, 您是否將會擁有其他處方藥物承保 (例如 VA、TRICARE)? ☐ 有 ☐ 沒有
其他承保的名稱: _____

此承保的會員編號: _____ 此承保的團體編號: _____

選填:

您是否投保您的州政府 Medi-Cal (Medicaid) 計劃? ☐ 是 ☐ 否

如果「有」, 請提供您的 Medi-Cal (Medicaid) 編號: _____

唯有投保福全健保全加 (HMO C-SNP) 計劃時才需填寫

您是否被診斷患有糖尿病 (高血糖), 或者您是否正在服用胰島素或其他藥物來控制血糖? ☐ 是 ☐ 否

您是否被診斷患有心律不齊或心房顫動 (Afib), 或者您是否有心跳過快、不規律的問題? ☐ 是 ☐ 否

您是否被診斷患有冠狀動脈疾病 (CAD) 或周邊血管疾病、曾心臟病發作, 或因動脈或靜脈硬化而出現血液循環不良? ☐ 是 ☐ 否

您是否被診斷患有慢性靜脈血栓栓塞性疾病或靜脈內多次出現血栓? ☐ 是 ☐ 否

您是否正在服用藥物來治療您的病情? ☐ 是 ☐ 否

如果是, 請列出藥物: _____

可以驗證您的病情的醫生

姓名: _____

電話: (_____) _____ - _____ 傳真: (_____) _____ - _____

辦公室地址: _____

城市: _____ 州: _____ 郵遞區號: _____

揭露健康資訊之授權

我的簽名授權上述提供者和/或我的 PCP 揭露我的健康資訊和/或向福全健保 (Clever Care Health Plan) 提供醫療記錄。

注意事項：閱讀並在下方署名：

- 我必須保留醫院 (A 部分) 和醫療 (B 部分) 兩者，才能繼續投保 Clever Care Health Plan (福全健保)。
- 藉由參加本 聯邦醫療保險優勢 (Medicare Advantage) 計劃，我知悉福全健保會與 Medicare 分享我的資訊，Medicare 可能會使用那些資訊來追蹤我的投保情況、支付費用，以及聯邦法授權准予收集此一資訊的其他目的 (詳見下列隱私權法律聲明)。您自願回答本表格的問題。但是，如果您不回答，可能會影響您投保此計劃。
- 我了解，我一次只能投保一個 MA 計劃 - 並且投保此計劃將自動結束我在另一個 MA 計劃中的投保 (MA PFFS、MA MSA 計劃除外)。
- 我理解，當我的福全健保承保開始時，我必須從福全健保取得所有醫療和處方藥品福利。在我的福全健保「承保範圍證明書」文件 (亦稱為會員合約或投保人協議書) 中包含的福全健保所提供福利和服務均享承保。Medicare 及福全健保不會支付不承保的福利或服務。
- 就我所知，本投保表格上的資料皆正確。我瞭解如果我在表格中故意提供錯誤資訊，則我將被取消計劃投保。
- 我瞭解，勾選此方框 ☐ 即表示我在本申請書上署名 (或我依法授權代表我行事的人員署名) 代表我已閱讀並瞭解本申請書的內容。若署名者是授權代表 (如前所述)，此署名即證實：
 1. 此人依據州法獲得授權來完成此次投保，及
 2. 若 Medicare 提出要求，則可取得本授權文件。

今日日期：

月 月 / 日 日 / 年 年 年 年

若您是授權代表，請在上面署名並填寫這些欄位：

姓名：

地址：

電話號碼：

與投保人之關係：

您可以選擇回答這些問題。您不會因為沒有填寫這些資料而被拒絕承保。

您是西班牙裔、拉丁裔或擁有西班牙血統嗎？請選擇所有適用選項。

- ☐ 否，我不是西班牙裔、拉丁裔，亦不擁有西班牙血統⁽¹⁾
☐ 是，我是古巴人⁽⁴⁾
☐ 是，我是墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人⁽²⁾
☐ 是，我是另一個西班牙裔、拉丁裔或西班牙血統⁽⁵⁾
☐ 是，我是波多黎各人⁽³⁾
☐ 我選擇不回答⁽⁶⁾

您屬於哪個種族？請選擇所有適用選項。

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 ⁽¹⁾ | ☐ 關島人或查莫羅人 ⁽⁷⁾ | ☐ 薩摩亞人 ⁽¹³⁾ |
| ☐ 亞洲印度人 ⁽²⁾ | ☐ 日本人 ⁽⁸⁾ | ☐ 越南人 ⁽¹⁴⁾ |
| ☐ 黑人或非裔美國人 ⁽³⁾ | ☐ 韓國人 ⁽⁹⁾ | ☐ 白人 ⁽¹⁵⁾ |
| ☐ 華裔 ⁽⁴⁾ | ☐ 夏威夷原住民 ⁽¹⁰⁾ | ☐ 我選擇不回答 ⁽¹⁶⁾ |
| ☐ 柬埔寨人 ⁽⁵⁾ | ☐ 其他亞裔 ⁽¹¹⁾ | |
| ☐ 菲律賓人 ⁽⁶⁾ | ☐ 其他太平洋島民 ⁽¹²⁾ | |

您偏好的口說語言是什麼：

- ☐ 英文 ☐ 中文 ☐ 廣東話 ☐ 高棉文 ☐ 韓文 ☐ 越南文 ☐ 西班牙文
☐ 其他：_____

除了英文，您偏好的書寫語言是什麼？

- ☐ 繁體中文 ☐ 韓文 ☐ 越南文 ☐ 西班牙文

如果您需要我們採用易用格式寄送資訊給您，請選擇其中一項：☐ 點字 ☐ 大字體印刷 ☐ 音訊 CD ☐ 資料光碟

如果您需要使用上述以外的其他易用格式取得資訊，請撥打電話 (833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) 聯絡 Clever Care (福全健保)。我們的辦公時間從 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週七天，上午 8 時至晚上 8 時；從 4 月 1 日至 9 月 30 日，辦公時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。聽障專線使用者請撥打 711。

您有工作嗎？ ☐ 有 ☐ 沒有您的配偶有工作嗎？ ☐ 有 ☐ 沒有

選擇接收簡訊和電子郵件：

手機號碼： (_____) _____ - _____

藉由提供我的手機號碼，表示同意接收 Clever Care Health Plan (福全健保) 基於醫療保健、福利或任何其他目的所自動發送的和/或其他簡訊。此類同意並不是接受任何服務的條件，我可以隨時致電 福全健保選擇退出。可能要支付簡訊和資料傳輸費用。

電子郵件地址：_____

藉由提供我的電子郵件地址，同意以電子方式而不是美國郵政接收 Clever Care (福全健保) 通訊和資料。我了解，這將包括 C 部分和 D 部分福利說明 (EOB)、年度變更通知 (ANOC) 等文件以及其他資料。我可以隨時致電 Clever Care (福全健保) 改成使用美國郵政接收。

請列出您的家庭醫生 (PCP)：

PCP 的姓名：_____

醫療小組或 IPA：_____

PCP 註冊 ID 號碼：_____ - _____

您目前是這位 PCP 的患者嗎？ ☐ 有 ☐ 沒有☐ 我沒有 PCP，請為我指定一位。

第 3 部分

支付計劃保費

您可以每月用郵寄方式支付每月計劃保費 (包括目前應付或可能積欠的延遲投保罰款)。您也可選擇每月從您的社會安全局或 Railroad Retirement Board (RRB) 福利自動扣款來支付保費。

如果您必須支付 D 部分與收入相關的每月調整金額 (Part D-IRMAA)，你必須在計劃保費以外另外支付該筆費用。請勿把 D 部分-IRMAA 支付給 Clever Care (福全健保)。

請選擇保費支付選項。如果您不做出選擇，您將收到一張帳單。

- ☐ 收到帳單。
- ☐ 自您每月的社會安全局或 Railroad Retirement Board (RRB) 福利支票中自動扣款。我每月獲得的福利來自：☐ i) 社會安全局 ☐ ii) RRB

感謝您選擇 Clever Care Health Plan (福全健保)!(選填)

請花一點時間分享您如何認識 Clever Care (福全健保)。選擇以下一個或多個範例：

- | | |
|--|--|
| ☐ 電視 ⁽¹⁾ | ☐ 郵寄 ⁽⁵⁾ |
| ☐ 廣播 ⁽²⁾ | ☐ 家人、朋友、醫生或針灸治療師 ⁽⁶⁾ |
| ☐ 報紙 ⁽³⁾ | ☐ 您的保險經紀人 ⁽⁷⁾ |
| ☐ 社群媒體或電腦 (Google、Facebook、YouTube、遊戲應用程式) ⁽⁴⁾ | ☐ 活動 ⁽⁸⁾ |
| | ☐ 其他： ⁽⁹⁾ _____ |

僅適用於幫助投保者填寫此表格的個人

如果您是幫助投保者填寫此表格的個人 (即代理人、經紀人、SHIP 顧問、家庭成員或其他第三方)，請填寫此部分。

姓名：	與投保者的關係：
簽名：	全國生產商編號 (NPN，僅限代理人/經紀人)：
FMO (如適用)	電話申請？： ☐ 是 ☐ 否
承保生效日期： 月 月 / 日 日 / 年 年 年 年	收到申請的日期： 月 月 / 日 日 / 年 年 年 年

隱私權法律聲明

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 從 Medicare 計劃收集資訊，追蹤受益人對 Medicare Advantage (MA) Plans 的投保情況、改善照護服務及支付 Medicare 福利。Social Security Act 第 1851 節及 42 CFR § 422.50 和 422.60 授權收集此資訊。依據 System of Records Notice (SORN) 之「Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)」，系統編號 09-70-0588 所述，CMS 可以使用、揭露和交換 Medicare 受益人的投保資料。您自願回答本表格的問題。但是，如果您不回答，可能會影響您投保此計劃。

投保期的資格證明。

一般而言，您僅可於每年的投保期內投保 聯邦醫療保險優勢 (Medicare Advantage) 計劃，即從 10 月 15 日到 12 月 7 日止。若要在投保期以外的時間投保 Medicare 優勢計劃，可以透過例外方式處理。請仔細閱讀下列聲明並勾選您適用的方塊。勾選下列任一方塊，即表示您證明就您所知，您符合投保期的資格。如果我們之後確定這些資訊不正確，可能會取消您的投保資格。

- ☐ 我首次投保 Medicare^{o(1)}
- ☐ 我已投保 聯邦醫療保險優勢 (Medicare Advantage) 計劃，並想於本 Medicare Advantage 開放投保期間 (MA OEP) 做出變更^{o(2)}
- ☐ 我最近搬家到目前計劃的服務區以外，或我最近搬家，這個計劃是我的新選項。我在以下日期已搬家：
____ / ____ / ____^{o(3)}
- ☐ 我最近出獄。我的出獄日期為：____ / ____ / ____^{o(4)}
- ☐ 我長期居住海外，最近返回美國。我返回美國的日期為：
____ / ____ / ____^{o(5)}
- ☐ 我最近取得美國的合法居留身份。我取得該身分的日期為：
____ / ____ / ____^{o(6)}
- ☐ 我的 Medicaid 最近於以下日期有變更 (新取得 Medicaid、變更 Medicaid 補助等級、或失去 Medicaid)：
____ / ____ / ____^{o(7)}
- ☐ 我最近於以下日期在使用額外補助 (Extra Help) 支付 Medicare 的處方藥物承保計劃費用方面有變更 (新取得額外補助、變更額外補助等級、或失去額外補助)：____ / ____ / ____^{o(8)}
- ☐ 我要搬到、居住在或最近搬出一家長期護理機構 (例如護理之家或長期護理機構)。我於以下日期已經/將要搬到/搬出該機構：____ / ____ / ____^{o(9)}
- ☐ 我已在以下日期離開 PACE® 計劃：____ / ____ / ____^{o(10)}
- ☐ 我最近在非自願的情況下失去可替代處方藥物承保 (承保範圍與 Medicare 等級相同)。我於以下日期失去藥物承保：____ / ____ / ____^{o(11)}
- ☐ 我將於以下日期退出/失去雇主或工會提供的承保：____ / ____ / ____^{o(12)}
- ☐ 我參加一個由所在州份提供的藥房協助計劃^{o(13)}
- ☐ 我的計劃即將結束與 Medicare 的合約，或 Medicare 即將結束與我的計劃之合約^{o(14)}
- ☐ Medicare (或我所在的州) 讓我投保一個計劃，而我想選擇不同的計劃。我在投保該計劃的日期始於 ____ / ____ / ____^{o(15)}
- ☐ 我過去投保加入 Special Needs Plan (SNP)，但是我失去了加入該計劃必需的特殊需求資格。我於以下日期被 SNP 取消投保資格：____ / ____ / ____^{o(16)}
- ☐ 我受到緊急情況或重大災難的影響 (根據聯邦緊急事務管理局 (FEMA) 或聯邦、州或地方政府實體的聲明)。我的情況符合此處的其中一項其他聲明，但我因為災害情況而無法申請投保^{o(17)}
- ☐ 我想加入一項特殊需求計劃，該計劃可根據我的慢性病提供量身定制的福利^{o(18)}

如果這些陳述對您均不適用，或您有任何疑問，請撥打電話 (833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) (TTY: 711) 聯絡 Clever Care (福全健保)，瞭解您是否符合投保資格。