

# 2023 年度變更通知

## Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) , Medicare Medi-Cal 計劃

### **California CA H5810-016**

服務區域包括下列各郡：Los Angeles, Riverside ( 部分 ) , San Bernardino ( 部分 ) 和 San Diego

生效日期為 2023 年 1 月 1 日至 12 月 31 日





您的 Cal MediConnect plan Molina Dual Options Cal MediConnect Plan Medicare-Medicaid Plan 將會改變。您將投保相同的 Medicare 與 Medi-Cal 計劃，即 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，提供此計劃的公司與提供您 Cal MediConnect 計劃之公司為同一家。這些計劃將共同稱為 Medicare Medi-Cal 計劃 (MMP 或 Medi-Medi 計劃)，旨在為同時有 Medicare 和 Medi-Cal 的保戶進行照護上的協調。您仍然可以獲得與現在相同的健康照護福利。

您將繼續透過 Cal MediConnect 獲得服務，直到 2022 年 12 月 31 日為止。在 2023 年 1 月 1 日，您會自動開始透過 Medicare Medi-Cal 計劃 (MMP 或 Medi-Medi 計劃) 取得服務。如果您現在已加入 Cal MediConnect 計劃，您不需要辦理任何手續來投保和保留您目前的福利。

Medicare Medi-Cal 計劃 (MMP 或 Medi-Medi 計劃) 將協助您滿足所有的健康照護需求，並將繼續協調您的福利和照護。這包括醫療、家庭與社區型服務。此外，其中也包括醫療用品和藥物。本計劃將包括您現在看診的醫師，或幫助您找到喜歡的新醫師。您將在 2022 年 10 月收到此項變更的相關信件。我們會寄送整合會員資料給您，例如一張整合式會員 ID 卡和會員手冊。

若想繼續從您現在的計劃獲得健康照護，您不需要在今年秋季辦理任何手續。如果您對 2022 年的承保範圍有任何疑問，請聯絡您目前的 Cal MediConnect 計劃。



**Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) , 由 Molina Healthcare of California 提供的 Medicare Medi-Cal 計劃**

## **2023 年度變更通知**

---

### **簡介**

您目前是我們計劃的投保會員。我們明年的福利、給付、規定和費用會有一些變動。本年度變更通知旨在告知您這些變化及在哪裡可以找到更多關於這些變化的資訊。如需有關費用、福利或規定的更多資訊，請詳閱我們網站上的《會員手冊》：[www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)。關鍵術語及其定義按字母順序列示在《會員手冊》的最後一章。



如果您有任何問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ，電話 (855) 665-4627，電傳打字機 (TTY)：711，每週 7 天，當地時間上午 8 a.m. 至晚上 8 p.m.。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)。

## 目錄

第1節 免責聲明 .....	3
第2節 檢視您明年的 Medicare 和 Medi-Cal 保險範圍 .....	3
B1.額外資源 .....	3
B2.我們的計劃相關資訊 .....	5
B3.重要的必辦事項 .....	5
第3節 我們的計劃名稱變更 .....	6
第4節 我們的網絡醫療服務提供者和藥房變更 .....	6
第5節 明年的福利及費用變更 .....	6
E1.醫療服務福利及費用變更 .....	6
E2.處方藥物保險範圍變更 .....	10
E3.第 1 階段：「初始給付階段」 .....	11
E4.第 2 階段：「給付缺口階段」 .....	12
E5.第 3 階段：「重大傷病給付階段」 .....	12
第6節 選擇計劃 .....	13
F1.繼續投保我們的計劃 .....	13
F2.變更計劃 .....	13
第7節 取得協助 .....	15
G1.我們的計劃 .....	15
G2.醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP) .....	15
G3.申訴計畫 .....	16
G4.Medicare .....	16
G5.加州管理式醫療照護部 (California Department of Managed Health Care) .....	16



如果您有任何問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話 (855) 665-4627，電傳打字機 (TTY)：711，每週 7 天，當地時間上午 8 a.m. 至晚上 8 p.m.。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)。

---

## 第1節 免責聲明

- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 是附有 Medicare 合約並與州份 Medicaid 計劃簽約的健康計劃。投保 Molina Medicare Complete Care Plus 的資格視續約情況而定。
- 《承保藥物清單》和/或藥局和醫療提供者網絡可能會在一年之中有所更改。在實施任何可能會對您造成影響的調整之前，我們會寄調整通知給您。
- Molina Healthcare 遵循適用的聯邦民權法，而且不會基於種族、民族、國籍、宗教、社會性別、生理性別、年齡、精神或身體殘疾、健康狀況、接受醫療照護、索賠經歷、病史、基因資訊、可保性證明、地理位置而有所歧視。

---

## 第2節 檢視您明年的 Medicare 和 Medi-Cal 保險範圍

本年度變更通知中提到的「我方」、「我們」或「我們的計劃」，是指 Medicare Medi-Cal Coordination 計劃。

請務必立即審視您的保險範圍，確保其依舊能滿足您明年的需求。如果其無法滿足您的需求，您可以退出我們的計劃。請參閱E2章節，以瞭解更多資訊。

如果您選擇退出我們的計劃，您的會員資格將在提出申請當月的最後一天終止。

只要您符合資格，就能留在 Medicare 和 Medi-Cal 計劃內。

如果您退出我們的計畫，可在：

- 第 F2 節的表格中獲得有關 Medicare 選項的資訊
- 第 F2 節中的 Medi-Cal 服務

### B1. 額外資源

- ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (855) 665-4627, TTY: 711, 7 days a week, 8 a.m. to 8 p.m., local time. The call is free.
- ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (855) 665-4627 (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita.
- CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày 1 tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi là miễn phí.



如果您有任何問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話 (855) 665-4627，電傳打字機 (TTY)：711，每週 7 天，當地時間上午 8 a.m. 至晚上 8 p.m.。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)。



## B2.我們的計劃相關資訊

- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 是一項與 Medicare 及 Medi-Cal 簽約合作的健康計劃，可為會員提供此兩項方案的福利。
- Molina Medicare Complete Care Plus 的承保範圍是稱作「最低限度必要承保範圍」的合格健康承保範圍。其符合「患者保護與平價醫療法案」(Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) 的個人共同責任要求。請瀏覽國家稅務局 (Internal Revenue Service, IRS) 網站 [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)，瞭解有關個人共同責任要求的更多資訊。

## B3.重要的必辦事項

- 檢視是否有可能影響您的福利與費用之變更。
  - 是否有任何變更會影響到您所使用的服務？
  - 請詳閱您的福利與費用變更，以確保其仍能滿足您明年的需求。
  - 請參閱第 F1 節，瞭解關於我們的計劃福利與費用變更的資訊。
- 檢視是否存在任何可能影響您的處方藥保險範圍的變化。
  - 是否會承保您的藥物？它們是否處於不同的費用分擔 (5) 等級？您是否能使用相同的藥房？
  - 詳閱變動項目，以確保我們的藥物給付範圍仍能滿足您明年的需求。
  - 請參閱第 F2 節，瞭解關於我們的藥物承保範圍的變動資訊。
  - 您的藥物費用可能自去年起已提高。

請諮詢醫師是否有費用較低的可用替代藥物；這可有助於您節省全年年度自付費用。

- 請記住，您的計劃福利將確切決定您自己的藥物費用具體可能出現哪些變化。

- 查看您的醫療服務提供者和藥房明年是否仍在我們的網絡內。
  - 您的醫師 (包括專科醫師) 是否在我們的網絡內？您的藥房呢？您使用的醫院或其他醫療服務提供者呢？
  - 請參閱第 D 節，瞭解關於我們的醫療服務提供者與藥房名錄資訊。
- 思考您的計畫整體費用。
  - 您將為您定期使用的服務和處方藥支付多少自付費用？
  - 與其他保險選項相比，您認為這樣的總費用額如何？
- 想想您是否滿意我們的計畫。



如果您有任何問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話 (855) 665-4627，電傳打字機 (TTY)：711，每週 7 天，當地時間上午 8 a.m. 至晚上 8 p.m.。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)。

### 如果您決定繼續投保 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

如果您希望在明年繼續投保我們的計畫，這很簡單，您不需要辦理任何手續。如果您不做任何更改，您將自動繼續投保 Molina Medicare Complete Care Plus。

### 如果您決定變更計畫：

如果您認為其他保險更符合您的需求，您可以變更計畫（請參閱第 F2 節，以瞭解更多資訊）。如果您投保新的計畫或轉投保 Original Medicare，您的新保險將從下個月的第一天開始。

---

## 第3節 我們的計畫名稱變更

自 2023 年 1 月 1 日起，我們的計畫從 Molina Dual Options Cal Medi-Connect 計畫 Medicare-Medicaid 計畫 更名為 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，Medicare Medi-Cal 計畫。

根據我們的計畫，您會有一張可讓您使用 Medicare 及 Medi-Cal 服務的卡片。使用此計畫給付的任何服務時，以及在網絡藥房領取處方藥時，您都必須使用您的會員卡。

---

## 第4節 我們的網絡醫療服務提供者和藥房變更

我們尚未對明年的醫療服務提供者及藥房網絡進行任何變更。

然而，請務必瞭解，我們也可能會在一年中隨時調整我們的網絡名單。如果您的醫療服務提供者退出計畫，您仍享有一定的權利和保障。如需更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第 3 章。

我們強烈建議您檢視我們當前的醫療服務提供者與藥房名錄，瞭解您的醫療服務提供者或藥房是否仍在我們的網絡中。更新版醫療服務提供者與藥房名錄位於我們的網站上：[www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)。您也可以撥打頁面底端的號碼，致電會員服務部以取得最新醫療服務提供者資訊，或是要求我們郵寄醫療服務提供者與藥局名錄給您。

請務必瞭解，我們也可能會在一年中隨時調整我們的網絡名單。如果您的醫療服務提供者退出計畫，您仍享有一定的權利和保障。如需更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第 3 章。

---

## 第5節 明年的福利及費用變更

### E1. 醫療服務福利及費用變更

明年我們將對特定醫療服務的承保範圍以及您就這些承保的醫療服務所應支付的費用進行變更。下表描述了這些變更。



如果您有任何問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話 (855) 665-4627，電傳打字機 (TTY)：711，每週 7 天，當地時間上午 8 a.m. 至晚上 8 p.m.。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)。

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 2023 年度變更通知

	2022 ( 今年 )	2023 ( 明年 )
戒煙額外服務	除了 Medicare 的承保範圍以外，計劃給付每個日曆年 8 堂的額外諮詢服務。	戒煙額外服務不再屬於承保項目。
額外遠距醫療服務	不給付額外遠距醫療服務。	有給付額外遠距醫療服務。
American Logistics	您的接送服務過去是由 American Logistics 管理。	American Logistics 在 2023 年已不再是合作廠商。您現在可以使用您的 MyChoice 預付卡支付任何參與的接送服務提供者所提供的接送服務。
年度體檢	不給付年度體檢。	有給付年度體檢。
牙科服務	不給付預防性及綜合牙科服務。	有給付預防性及綜合牙科服務。 針對預防性及綜合牙科服務，您每年有合計最高 \$4,000 津貼。您會收到一張預付 MyChoice 簽帳金融卡，可用來支付您的計劃附加福利。本計劃不給付美容服務，且您不得使用您的 MyChoice 卡支付該服務。津貼是用於 Original Medicare 或 Medicaid 尚未承保的服務。
健身福利	不給付健身福利。	有給付健身福利。
餐飲	不給付餐飲津貼。	可能給付餐飲津貼。需適用相關的資格規定。如需更多資訊，請參閱《會員手冊》第 4 章的醫療福利表。
聽力服務	根據您的 Medi-Cal (Medicaid) 福利，您享有每年一次聽力檢查和每 2 年一次助聽器選配/評估的給付。 根據您的 Medi-Cal (Medicaid) 福利，如果您被告知您需要助聽器，您就有每年 \$1510 的助聽器津貼 ( 兩耳合計 )。	根據您的 Medi-Cal (Medicaid) 福利，您享有每年一次聽力檢查和每 2 年一次助聽器選配/評估的給付。我們的計劃給付每年一次的額外助聽器選配/評估。 根據您的 Medi-Cal (Medicaid) 福利，如果您被告知您需要助聽器，您就有每年 \$1510 的助聽器津貼 ( 兩耳合計 )。我們的計劃



如果您有任何問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話 (855) 665-4627，電傳打字機 (TTY)：711，每週 7 天，當地時間上午 8 a.m. 至晚上 8 p.m.。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)。

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 2023 年度變更通知

	2022 ( 今年 )	2023 ( 明年 )
		給付 2 副由計劃核准提供者所提供的預選助聽器。
居家扶助	不給付居家扶助。	有給付居家扶助。
March Vision	您的眼科福利過去是由 March Vision 管理。	March Vision 在 2023 年已不再是合作廠商。 您現在可以使用您的 MyChoice 預付卡支付任何參與的眼科提供者提供的眼科福利。
保戶自付費用上限 (MOOP)	沒有保戶自付費用上限 (MOOP) 費額。	保戶自付費用上限 (MOOP) 介於 <b>\$0 至 \$8300</b> 之間。  Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 的醫療服務並無分攤費用，因此您的年度自付費用為 <b>\$0</b> 。
心理健康及保健應用津貼	不給付心理健康及保健應用津貼。	可能給付心理健康及保健應用津貼。 需適用相關的資格規定。如需更多資訊，請參閱《會員手冊》第 4 章的醫療福利表。
Medicare 不給付的基因檢測套件	不給付 Medicare 不給付的基因檢測套件。	可能給付 Medicare 不給付的基因檢測套件。 需適用相關的資格規定。如需更多資訊，請參閱《會員手冊》第 4 章的醫療福利表。
營養/飲食福利	根據您的 Medi-Cal (Medicaid) 福利，營養/飲食個別課程不受限制。	根據您的 Medi-Cal (Medicaid) 福利，營養/飲食個別課程不受限制。  我們的計劃給付額外 12 堂團體/個人電話課程。
非處方 (OTC) 項目	您每個季度有 <b>\$60</b> 津貼可花費在計畫核准的非處方 (OTC) 項目、產品及藥物上。	您每個季度有 <b>\$400</b> 津貼可花費在計畫核准的非處方 (OTC) 項目、產品及藥物上。您會收到一張預付 MyChoice 簽帳金融卡，可用來支付您的計劃附加福利。



如果您有任何問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話 (855) 665-4627，電傳打字機 (TTY)：711，每週 7 天，當地時間上午 8 a.m. 至晚上 8 p.m.。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)。

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 2023 年度變更通知

	2022 ( 今年 )	2023 ( 明年 )
個人緊急應變系統 Plus (Personal Emergency Response System Plus, PERSPlus)	不給付個人緊急應變系統 Plus (PERSPlus)。	有給付個人緊急應變系統 Plus (PERSPlus)。
害蟲控制	不給付害蟲控制。	可能給付害蟲控制。 需適用相關的資格規定。如需更多資訊，請參閱《會員手冊》第 4 章的醫療福利表。
附加足療服務	不給付附加足療服務。	有給付附加足療服務，每年 12 次看診。
服務性動物用品	不給付服務性動物用品津貼。	可能給付服務性動物用品津貼。 需適用相關的資格規定。如需更多資訊，請參閱《會員手冊》第 4 章的醫療福利表。
慢性疾病的特殊附加福利	不給付慢性疾病的特殊附加福利。	可能給付慢性疾病的特殊附加福利。 需適用相關的資格規定。如需更多資訊，請參閱《會員手冊》第 4 章的醫療福利表。
階段治療	不需要階段治療。	部分藥物可能需要有階段治療。
接送服務	根據您的 Medi-Cal (Medicaid) 福利，接送服務不受限制。	根據您的 Medi-Cal (Medicaid) 福利，接送服務不受限制。 我們的計劃每三個月給付額外的 \$200 接送津貼。您會收到一張預付 MyChoice 簽帳金融卡，可用來支付您的計劃附加福利。
視力服務	根據您的 Medi-Cal (Medicaid) 福利，您享有每個日曆年一次為了配鏡而進行的例行眼科檢查（和驗光）。 根據您的 Medi-Cal (Medicaid) 福利，您每 2 個日曆年擁有最多 \$100 的眼鏡（鏡架和鏡片）津貼或最多 \$100 的隱形眼鏡津貼。	根據您的 Medi-Cal (Medicaid) 福利，您享有每個日曆年一次為了配鏡而進行的例行眼科檢查（和驗光）。 根據您的 Medi-Cal (Medicaid) 福利，您每 2 個日曆年擁有最多 \$100 的眼鏡（鏡架和鏡片）津貼或最多 \$100 的隱形眼鏡津貼。



如果您有任何問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話 (855) 665-4627，電傳打字機 (TTY)：711，每週 7 天，當地時間上午 8 a.m. 至晚上 8 p.m.。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)。

	2022 ( 今年 )	2023 ( 明年 )
		我們的計劃每年針對定期眼科檢查和眼鏡提供合計 \$500 的額外津貼。您會收到一張預付 MyChoice 簽帳金融卡，可用來支付您的計劃附加福利。本計劃不給付美容服務，且您不得使用您的 MyChoice 卡支付該服務。津貼是用於 Original Medicare 或 Medicaid 尚未承保的服務。
全球急診給付	不給付全球急診給付。	有給付全球急診給付。您可享受最高 \$10,000 的全球急診和緊急護理服務給付。

## E2.處方藥物保險範圍變更

### 我們的「藥物表」變更

更新版承保藥物清單位於我們的網站上 [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)。您也可以撥打頁面底端的號碼，致電會員服務部以取得更新版藥物資訊，或是要求我們郵寄承保藥物清單給您。

承保藥物清單也被稱為「藥物表」。

我們對藥物表進行了變更，包括調整我們承保的藥物以及部分藥物所適用的承保限制。

請查看藥物表以確定您的藥物明年仍在承保範圍內，以及瞭解其中是否有任何限制條件。

如果您受到藥物給付範圍的變更影響，我們鼓勵您：

- 與您的醫師（或其他處方藥劑師）合作找到我們承保的另一種藥物。
  - 您可以撥打頁面底端的號碼，致電會員服務部或聯絡您的個案經理，以索取治療同一疾病的承保藥物清單。
  - 此清單可協助您的醫療服務提供者尋找可能適合您的承保藥物。
- 與您的醫師（或其他處方藥劑師）合作，要求我們作出例外處理，以承保此藥物。
  - 您可以在明年之前請求一次例外處理，我們會在收到您的要求（或您的處方藥劑師的證明聲明）之後的 72 小時內回覆您。
  - 欲瞭解您必須怎樣做才能申請例外處理，請參閱您的《會員手冊》第 9 章，或撥打頁面底端的號碼致電會員服務部。
  - 如果您需要協助申請例外處理，請與會員服務部或您的個案經理聯絡。請參閱《會員手冊》第 2 和第 3 章，瞭解如何聯絡個案經理的更多資訊。

要求我們給付暫時的藥物供應。



如果您有任何問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話 (855) 665-4627，電傳打字機 (TTY)：711，每週 7 天，當地時間上午 8 a.m. 至晚上 8 p.m.。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)。

在某些情況下，我們會在該日曆年的前 (90) 天支付藥物的暫時供應量費用。

此暫時供應將持續最多 (31) 天，即一個月。(若要深入瞭解何時可以獲得暫時供應及如何申請，請參閱您的《會員手冊》第 5 章。)

當您取得暫時的藥物供應時，請諮詢您的醫師，瞭解當您的暫時供應用完時，下一步該怎麼做。您可以改用我們計劃承保的不同藥物，或要求我們為您作出例外處理，以給付您目前的藥物。

### 處方藥物費用變更

我們計劃的 Medicare D 部分處方藥給付有三個付款階段。您支付的費用取決於您在領取或續領處方藥時處於哪個階段。這三個階段如下：

第 1 階段 初始給付階段	第 2 階段 給付缺口階段	第 3 階段 重大傷病給付階段
在此階段期間，我們的計劃會支付您藥物的部分費用，您也支付您的分攤費用。您的分攤費用稱為共付額。  您在該年度第一次購買處方藥時即進入本階段。	在此階段，您需要支付藥物的費用。  您在支付一定金額的自付額費用後即進入本階段。	在此階段期間，計劃會支付您藥物的所有費用直到 2023 年 12 月 31 日。  您在支付一定金額的自付額費用後即進入本階段。

您的處方藥自付額總費用達到 **\$4,660** 時，初始給付階段隨即結束。此時，您便進入給付缺口階段。當您在日曆年度的自付費用總額達到 **\$7,400** 後，您將從給付缺口階段進入重大傷病給付階段。此計劃會給付您從該時間點到該年度結束的所有藥物費用。更多有關您必須為處方藥支付多少費用的資訊，請參閱《會員手冊》第 6 章。

### E3. 第 1 階段：「初始給付階段」

在初始給付階段，我們的計劃會為您的承保處方藥支付其分攤費用，而您則支付您的分攤費用。您的分攤費用稱為共付額。共付額取決於藥物所屬的費用分攤等級和您獲得的地點。您會在每次領取處方藥時支付共付額。如果您的承保藥品費用低於共付額，您將支付較低的費用。

下表顯示出您在五 (5) 個藥物等級的各別藥物費用。這些金額僅適用於您的初始給付階段。

	2022 (今年)	2023 (明年)
第 1 級藥物 (首選非專利藥物)  於網絡內藥房領取一個月量第 1 級藥物的費用	您的一個月 (31 天) 量藥物共付額是每張處方 \$0。	您的一個月 (31 天) 量藥物共付額是每張處方 \$0。



	2022 ( 今年 )	2023 ( 明年 )
<b>第 2 級藥物</b> ( 非專利藥物 ) 於網絡內藥房領取一個月量第 2 級藥物的費用	您的一個月 ( 31 天 ) 量藥物共付額是每張處方 \$0。	您的一個月 ( 31 天 ) 量藥物共付額是每張處方 \$0、\$1.45，或 \$4.15。  每張處方之所有其他藥物的共付額為 \$0、\$4.30，或 \$10.35。
<b>第 3 級藥物</b> ( 首選原廠藥 ) 於網絡內藥房領取一個月量第 3 級藥物的費用	您的一個月 ( 31 天 ) 量藥物共付額是每張處方 \$0。	您的一個月 ( 31 天 ) 量藥物共付額是每張處方 \$0、\$1.45，或 \$4.15。  每張處方之所有其他藥物的共付額為 \$0、\$4.30，或 \$10.35。
<b>第 4 級藥物</b> ( 非首選藥物 ) 於網絡內藥房領取一個月量第 4 級藥物的費用	您的一個月 ( 31 天 ) 量藥物共付額是每張處方 \$0。	您的一個月 ( 31 天 ) 量藥物共付額是每張處方 \$0、\$1.45，或 \$4.15。  每張處方之所有其他藥物的共付額為 \$0、\$4.30，或 \$10.35。
<b>第 5 級藥物</b> ( 專門藥物 ) 於網絡內藥房領取一個月量第 5 級藥物的費用	您的一個月 ( 31 天 ) 量藥物共付額是每張處方 \$0。	您的一個月 ( 31 天 ) 量藥物共付額是每張處方 \$0、\$1.45，或 \$4.15。  每張處方之所有其他藥物的共付額為 \$0、\$4.30，或 \$10.35。

您的自付額總費用達到 **\$4,660** 時，初始給付階段隨即結束。此時，您便進入給付缺口階段。更多有關您必須為處方藥支付多少費用的資訊，請參閱《會員手冊》第 6 章。

#### E4. 第 2 階段：「給付缺口階段」

在此階段，您需要支付藥物的費用。當您在日曆年度的自付費用總額達到 **\$7,400** 後，您將從給付缺口階段進入重大傷病給付階段。此計劃會給付您從該時間點到該年度結束的所有藥物費用。更多有關您必須為處方藥支付多少費用的資訊，請參閱《會員手冊》第 6 章。

#### E5. 第 3 階段：「重大傷病給付階段」

當您達到處方藥自付額上限 **\$7,400** 時，隨即開始重大傷病給付階段。您會一直處於重大傷病給付階段，直到該日曆年結束為止。在此階段期間，計劃會支付您藥物的所有費用直到 2023 年 12 月 31 日。

#### 關於您為疫苗支付的金額的重要訊息

對於我們的計劃所給付 D 部分疫苗，您無須付費。請致電會員服務部以取得更詳細的資訊。



如果您有任何問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話 (855) 665-4627，電傳打字機 (TTY)：711，每週 7 天，當地時間上午 8 a.m. 至晚上 8 p.m.。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)。

## 第6節 選擇計劃

### F1.繼續投保我們的計劃

我們希望您依然是我們的計劃會員。

想繼續投保計劃，您無需辦理任何手續。如果您沒有改成其他 Medicare 計劃或改成 Original Medicare，您會自動繼續投保，依然是我們 2023 計劃的會員。

### F2.變更計劃

大多數 Medicare 保戶都能在一年當中的某個時間點停保。由於您是 Medi-Cal 的保戶，您可能可以在下列各個特殊投保期間停保本計劃，或轉換到不同的計劃一次：

- 1 月到 3 月
- 4 月到 6 月
- 7 月到 9 月

除了這三個特殊投保期間以外，您可能可在下列期間停保我們的計劃：

- **年度投保期間**：10 月 15 日至 12 月 7 日。如果您在此期間選擇新計劃，您會在 12 月 31 日停保我們的計劃，並自 1 月 1 日起投保新計劃。
- **Medicare Advantage 開放投保期間**：1 月 1 日至 3 月 31 日。如果您在此期間選擇新計劃，您會從次月第一天開始投保新計劃。

可能會有其他情況，讓您符合投保變更資格。例如

- 您搬離我們的服務區域
- 您的 Medi-Cal 或額外補助 (Extra Help) 資格有所變動，或者
- 如果您最近住進或剛搬出療養院或長期照護醫院，或是目前正在其中一個機構接受照護。

### 您的 Medicare 服務

您有三個選項可以獲得 Medicare 服務。若選擇下列其中一個選項，您會自動停保我們的計劃。

<p><b>1. 您可以轉投保：</b></p> <p><b>另一個 Medicare 健康計劃</b></p>	<p><b>做法如下：</b></p> <p>請致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。電傳打字機 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048</p> <p>關於 PACE 的問題，請致電 1-855-921-PACE (7223)。</p> <p>如需協助或更多資訊：</p>
--	--



如果您有任何問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話 (855) 665-4627，電傳打字機 (TTY)：711，每週 7 天，當地時間上午 8 a.m. 至晚上 8 p.m.。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)。

	<ul style="list-style-type: none"><li>請致電 California 醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP), 電話 1-800-434-0222, 服務時間為週一至週五上午 8:00 a.m. 至下午 5:00 p.m.。若需要更多資訊, 或欲查詢您所在區域的當地 HICAP 辦公室, 請瀏覽 <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>。</li></ul> <p>當新計劃的承保生效時, 您即會自動退保我們的 Medicare 計劃。</p> <p>您的 Medi-Cal 計劃可能會改變。</p>
<p><b>2. 您可以轉投保：</b></p> <p><b>擁有單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare</b></p>	<p><b>做法如下：</b></p> <p>請致電 Medicare, 電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 本專線全年無休。電傳打字機 (TTY) 使用者應致電 1-877-486-2048。</p> <p>如需協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>請致電 California 醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP), 電話 1-800-434-0222, 服務時間為週一至週五上午 8:00 a.m. 至下午 5:00 p.m.。若需要更多資訊, 或欲查詢您所在區域的當地 HICAP 辦公室, 請瀏覽 <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>。</li></ul> <p><b>或</b></p> <p>投保新的 Medicare 處方藥計劃。</p> <p>當您的 Original Medicare 承保生效時, 您即會自動退保我們的計劃。</p> <p>您的 Medi-Cal 計劃不會改變。</p>
<p><b>3. 您可以轉投保：</b></p> <p><b>無單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare</b></p> <p>注意：如果您轉到 Original Medicare, 但沒有另外投保單獨的 Medicare 處方藥計劃, 除非您告知 Medicare 不要加入, 否則 Medicare 可能會替您投保藥物計劃。</p> <p>請只在您有雇主、工會等其他來源的藥物給付的情況下, 才選擇不投保處方藥給付。如果您有是否需要藥物給付方面</p>	<p><b>做法如下：</b></p> <p>請致電 Medicare, 電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 本專線全年無休。電傳打字機 (TTY) 使用者應致電 1-877-486-2048。</p> <p>如需協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>請致電 California 醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP), 電話 1-800-434-0222, 服務時間為週一至週五上午 8:00 a.m. 至下午 5:00 p.m.。若需要更多資訊, 或欲查詢您所在區域的當地 HICAP 辦公室, 請瀏覽 <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>。</li></ul>



如果您有任何問題, 請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP), 電話 (855) 665-4627, 電傳打字機 (TTY): 711, 每週 7 天, 當地時間上午 8 a.m. 至晚上 8 p.m.。此為免付費電話。如需更多資訊, 請瀏覽 [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)。

的疑問，請致電 California 醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP)，電話 1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8:00 a.m. 至下午 5:00 p.m.。若需更多資訊，或欲查詢您所在區域的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 [www.aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/)。

當您的 Original Medicare 承保生效時，您即會自動退保我們的計畫。

您的 Medi-Cal 計畫不會改變。

## 您的 Medi-Cal 服務

如對於退保我們計畫後要如何取得 Medi-Cal 服務有任何問題，請聯絡 Health Care Options，電話 1-844-580-7272，服務時間為週一至週五上午 8:00 a.m. 至下午 6:00 p.m.。電傳打字機 (TTY) 使用者請致電 1-800-430-7077。

詢問加入另一個計畫或轉回 Original Medicare 會對您獲得 Medi-Cal 給付有何影響。

---

## 第7節 取得協助

### G1. 我們的計畫

如果您有任何問題，我們在此為您提供協助。請在所列的營業日和營業時間內，撥打頁面底端的號碼，致電會員服務部。這些是免付費電話。

請參閱您的 2023 年《會員手冊》

您的《會員手冊》是我們計畫福利的合法詳細說明。其提供 2023 年福利的詳細資料。其說明您的權利，以及必須遵守以取得我們承保服務和處方藥的規定。

2023 年的《會員手冊》將於 10 月 15 日前推出。您也可以檢閱另行寄送的《會員手冊》，以瞭解其他的福利或費用變更是否會對您造成影響。您可以從我們的網站 [www.molinahealthcare.com/Medicare](http://www.molinahealthcare.com/Medicare) 取得最新版《會員手冊》。您也可以撥打頁面底端的號碼，致電會員服務部以要求我們郵寄 2023 年《會員手冊》給您。

### 我們的網站

您可以瀏覽我們的網站 [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)。提醒您，我們的網站中包含我們的醫療服務提供者和藥房網絡（醫療服務提供者與藥房名錄）以及藥物表（承保藥物清單）的最新相關資訊。

### G2. 醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP)

您也可以致電 State Health Insurance Assistance Program (SHIP)。在加州，SHIP 稱作醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP)。HICAP 顧問可以幫助您瞭解您的計畫選擇，並回答您有關更換計畫的問題。醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP) 與我們或任何保險公司或健康計畫無關。醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP) 在每個郡都設有受過訓練的諮詢人員，提供免費服務。HICAP 電話是 1-800-434-0222，



如果您有任何問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話 (855) 665-4627，電傳打字機 (TTY)：711，每週 7 天，當地時間上午 8 a.m. 至晚上 8 p.m.。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)。

電傳打字機 (TTY) : 711。如需瞭解更多資訊，或欲查詢您所在區域的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 [www.aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/)。

### G3. 申訴計畫

如果您對我們的計畫感到不滿，醫療保健消費協會申訴計畫可為您提供協助。申訴專員服務完全免費，且提供所有語言的諮詢管道。醫療保健消費協會申訴計畫：

- 擔任您的權益倡導者。如果您有任何問題或投訴，他們能回答您的問題，並幫助您了解該怎麼做。
- 確保您了解您的權利和保護措施以及如何解決您的問題。
- 與我們或任何保險公司或健保計畫無關。醫療保健消費協會申訴計畫的電話號碼為 1-888-804-3536。

### G4. Medicare

若要直接從 Medicare 取得資訊，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。

#### Medicare 網站

您可以瀏覽 Medicare 網站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))。如果您選擇退保我們的計畫並轉而投保其他 Medicare 計畫，Medicare 網站中有關於費用、承保範圍以及品質評級的資訊，可幫助您比較計畫。您可以使用 Medicare 網站上的 Medicare 計畫搜尋工具，尋找您所在地區可用 Medicare 計畫的相關資訊。(如需有關計畫的資訊，請參閱 [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)，並按一下「Find plans」(尋找計畫)。)

#### Medicare 與您 2023

您可以閱讀 2023 年《Medicare 與您》手冊。每年秋季，我們都會向 Medicare 會員郵寄此手冊。手冊載有 Medicare 福利、權利和保障的摘要，並會解答有關 Medicare 的大部分常見問題。本手冊也提供西班牙文、中文和越南文版本。

如果您沒有這份手冊，您可以在 Medicare 網站上取得 ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf))，也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取，本專線全年無休。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。

### G5. 加州管理式醫療照護部 (California Department of Managed Health Care)

加州健康照護管理部負責規範健康照護服務計畫。DMHC 協助中心可以幫助您提出有關 Medi-Cal 服務的上訴和投訴。如果您要針對健康計畫提出申訴，在聯絡該部門之前，請先致電 (855) 665-4627，電傳打字機 (TTY) : 711，每週 7 天，當地時間上午 8 a.m. 至晚上 8 p.m. 聯絡您的健康計畫，並採用您健康計畫的申訴程序。利用該申訴程序，不會妨礙您享有任何可獲得的潛在法律權利或救濟。如果您需要協助處理涉及緊急情況的申訴、您的健康計畫未能提供滿意解決方案的申訴，或超過 30 天未解決的申訴，您可以致電該部門尋求援助。您可能也符合獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR) 的資格。如果您符合獨立醫療審查 (IMR) 資格，獨立醫療審查 (IMR) 程序將公正審查健康計畫針對建議服務或治療之醫療必要性所做的裁定、公正審查對實驗性或研究性治療所做的給付裁定，以及公正審查急診或緊急醫療服務之款項爭議。該部門也設有免費專線 (1-888-466-2219)，並針對聽障和語障人士設有電信顯示裝置 (telecommunication display device, TDD) 專線 (1 877-688-9891)。該部門的網站 [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) 也提供線上投訴表、獨立醫療審查 (IMR) 申請表格以及相關指示。

CAM16ACZH1122



如果您有任何問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話 (855) 665-4627，電傳打字機 (TTY) : 711，每週 7 天，當地時間上午 8 a.m. 至晚上 8 p.m.。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽 [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)。









CAS581016ZS23

