

Inland Empire Health Plan 提供的 IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

2024 年度變更通知

簡介

您目前是以本計劃的會員身分參保。明年本計劃的福利、承保範圍、規定和費用將會有一些變更。本**年度變更通知**將會為您說明變更內容以及在何處可找到與變更內容有關的更多資訊。如欲取得與費用、福利或規定有關的更多資訊，請檢閱我們網站上的《會員手冊》，網址為 www.iehp.org。關鍵術語和其定義按英文字母順序列於《會員手冊》的最後一章中。

其他資源

- 本文件有西班牙文版、中文版及越南文版可供免費索取。
- 您可以免費取得本**年度變更通知**的其他格式，例如大字版、盲文版或語音版。請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。
- 如欲提出或變更長期要求，以收到您慣用語言版本或替代格式的資料，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。
- 我們有免費口譯員服務可回答您對我們健保計劃或藥物計劃可能持有的任何疑問。如欲使用口譯員，您只需致電 1-877-273-IEHP (4347) 與我們聯絡即可。會說其他語言的人士可為您提供協助。這是一項免費服務。
- **Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.
- **Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。
- **Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)。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。

行政管理與預算局 (OMB) 批准編號 0938-1444 (到期日期: 2026 年 6 月 30 日)



如果您有疑問，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需進一步資訊，請前往 www.iehp.org。

- **Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.
- **French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.
- **Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .
- **German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.
- **Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.
- **Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). 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 . سيقوم شخص 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على بمساعدتك. هذه خدمة مجانية ما يتحدث العربية.
- **Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

行政管理與預算局 (OMB) 批准 0938-1444 (到期日期: 2026 年 6 月 30 日)



如果您有疑問，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需進一步資訊，請前往 www.iehp.org。

- **Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.
- **Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). 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 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.
- **Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Ta usługa jest bezpłatna.
- **Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) 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:** យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែគតគិតថ្លៃ ដើម្បីឆ្លើយសំណួរអ្វីមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគំរោងសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីឱ្យបាន អ្នកបកប្រែ សូមហៅយើង លេខ 1-877-273-IEHP (4347)។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាដទៃ អាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះគឺគតគិតថ្លៃ។
- **Armenian:** Մենք մեր առողջապահական կամ դեղերի ծրագրի մասին ունեցած հարցերին պատասխանելու համար ունենք բանավոր թարգմանչի ծառայություններ: Բանավոր թարգմանիչ ձեռք բերելու համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-877-273-IEHP (4347) դամարով: Փոխարինող լեզվով խոսող մի անձ կարող է ձեզ օգնել: Սա անվճար ծառայություն է:
- **Laotian:** ພວກເຮົາມີບໍລິການນາຍພາສາພຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີ ກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ຕ້ອງການນາຍພາສາພຽງ ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-877-273-IEHP (4347). ຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອື່ນສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການພຣີ.

行政管理與預算局 (OMB) 批准編號 0938-1444 (到期日期: 2026 年 6 月 30 日)



如果您有疑問，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需進一步資訊，請前往 www.iehp.org。

- **Hmong:** Peb muaj kev pab txhais lus pub dawb txhawm rau los teb cov nqe lus nug uas koj muaj ntsig txog pab txoj kev npaj kho mob los sis tshuaj. Yog xav tau ib tug neeg pab txhais lus ces tsuas yog hu rau pab ntwam tus xov tooj 1-877-273-IEHP (4347). Qee tus neeg uas hais tau lwm hom lus yuav tuaj yeem pab koj tau. Qhov no ogi b qho kev pab dawb xwb.
- **Mien:** Yie mbuo liepc duqv maaih faan waac mienh wangv-henh tengx dau waac bun muangx dongh haaix zanc meih qiex naaic taux yie mbuo goux nyei ziux goux wangc siangx sou-gorn a'fai ndie nyei sou-gorn. Liouh tov longc faan waac mienh tengx faan waac bun muangx korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-877-273-IEHP (4347). Maaih faan waac mienh haih gorngv mienh waac tengx faan waac bun meih muangx oc. Naaiv se wangv henh tengx faan waac bun muangx hnangv.
- **Punjabi:** ਸਾਡੇ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਆਰੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਆਰੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਣ ਲਈ ਸਾਨੂੰ 1-877-273-IEHP (4347) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦਾ ਹੈ ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।
- **Thai:** เรามีบริการล่ามฟรี ซึ่งจะช่วยตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนประกันสุขภาพหรือยา หากต้องการใช้บริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-877-273-IEHP (4347) บุคคลที่พูดภาษาอื่นจะให้ความช่วยเหลือคุณ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ
- **Ukrainian:** Ми надаємо безоплатні послуги перекладача, завдяки яким ви можете отримати відповіді на будь-які запитання про наш план медичного страхування або ліки. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-877-273-IEHP (4347). Вам зможе допомогти людина, яка розмовляє іншою мовою. Це безоплатна послуга.
- **Farsi:**

ما خدمات مترجم رایگان برای پاسخ دادن به هرگونه سوالی که ممکن است درباره طرح سلامت یا طرح دارویی ما داشته باشید، ارائه می‌دهیم. برای دریافت مترجم فقط کافیست با ما به شماره 1-877-273-IEHP (4347) تماس بگیرید. شخصی که قادر است به زبان دیگری صحبت کند، می‌تواند به شما کمک کند. این یک خدمات رایگان است.
- **ATTENTION:** If you speak other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. Call IEHP DualChoice Member Services at 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays. TTY users should call 1-800-718-4347. The call is free.
- **ATENCIÓN:** Si usted prefiere comunicarse en un idioma que no es inglés, sin cargo, a su disposición. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.

行政管理與預算局 (OMB) 批准 0938-1444 (到期日期: 2026 年 6 月 30 日)



如果您有疑問，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需進一步資訊，請前往 www.iehp.org。

- **注意：**如果您使用其他語言，可以免費獲得語言援助服務。請撥打 **1-877-273-IEHP (4347)**，服務時間為早上 **8 點**至晚上 **8 點**（太平洋標準時間），每週 **7 天**，包括節假日。**TTY 使用者應撥打 1-800-718-4347。**此服務電話免付費。
- **LƯU Ý:** Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác, chương trình sẽ cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Hãy gọi 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng - 8 giờ tối (Múi giờ Chuẩn Thái Bình Dương - PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-718-4347. Miễn phí cước gọi.

目錄

A. 免責聲明.....	6
B. 請檢閱您明年的 Medicare 和 Medi-Cal 承保.....	6
B1. IEHP DualChoice 相關資訊.....	6
B2. 重要辦理事項.....	6
C. 本計劃網絡醫療服務提供者和藥房的變更.....	7
D. 明年的福利和費用變更.....	7
D1. 醫療服務的福利和費用變更.....	7
D2. 處方藥承保的變更.....	9
E. 選擇計劃.....	11
E1. 繼續留在本計劃.....	11
E2. 更換計劃.....	11
F. 取得協助.....	13
F1. 本計劃.....	13
F2. 健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP).....	14
F3. 檢察員計劃.....	14
F4. Medicare.....	14
F5. 加州醫療保健計劃管理局.....	15

行政管理與預算局 (OMB) 批准編號 0938-1444 (到期日期: 2026 年 6 月 30 日)



如果您有疑問，請致電 **1-877-273-IEHP (4347)** 與 IEHP DualChoice 聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 **1-800-718-4347**。這是免付費電話。**如需進一步資訊**，請前往 www.iehp.org。

A. 免責聲明

- ❖ IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 是一項與 Medicare 簽有合約的 HMO 計劃。參保 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 需視合約續約情況而定。
- ❖ IEHP DualChoice 的承保是符合資格的健康承保，稱為「最低基本承保」。其可滿足《患者保護與平價醫療法案》(Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) 的個人分擔責任要求。請前往美國國稅局 (Internal Revenue Service, IRS) 網站 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 以瞭解有關個人分擔責任要求的更多資訊。
- ❖ 福利和 / 或共付額將可能在每年 1 月 1 日變更。

B. 請檢閱您明年的 Medicare 和 Medi-Cal 承保

請務必現在檢閱您的承保，以確保它在明年仍能滿足您的需求。如果它不能滿足您的需求，您可以退出本計劃。請參閱**第 E 節**以瞭解與您明年的福利變更有關的更多資訊。

如果您選擇退出本計劃，您的會員資格將在您提出請求當月的最後一天終止。只要您符合資格，您將會繼續留在 Medicare 和 Medi-Cal 計劃。

如果您退出本計劃，您可以獲得以下資訊：

- **第 E2 節**表格中的 Medicare 選項 (*更換計劃*)。
- **第 E2 節**的 Medi-Cal 選項和服務 (*更換計劃*)。

B1. IEHP DualChoice 相關資訊

- IEHP DualChoice 是與 Medicare 和 Medi-Cal 簽有合約的健保計劃，為會員提供兩種計劃的福利。
- IEHP DualChoice 的承保是符合資格的健康承保，稱為「最低基本承保」。其可滿足《患者保護與平價醫療法案》(Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) 的個人分擔責任要求。請前往美國國稅局 (Internal Revenue Service, IRS) 網站 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 以瞭解有關個人分擔責任要求的更多資訊。
- 當本**年度變更通知**提及「我們」、「我們的」或「本計劃」時，其是指本 Medicare Medi-Cal 計劃。

B2. 重要辦理事項

- 請查看我們的福利是否有可能會對您造成影響的任何變更。
 - 是否有任何變更會影響您所使用的服務？
 - 請檢閱福利變更，以確保下個計劃年度這些福利仍然適合您。

行政管理與預算局 (OMB) 批准 0938-1444 (到期日期：2026 年 6 月 30 日)



如果您有疑問，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需進一步資訊，請前往 www.iehp.org。

- 請參閱**第 D1 節**以瞭解與本計劃福利變更有關的資訊。
- 請查看我們的處方藥承保是否有可能會對您造成影響的任何變更。
 - 您的藥物是否會屬於承保範圍？您是否能使用相同的藥房？
 - 請檢閱這些變更以確保我們的藥物承保在明年對您仍有效。
 - 有關我們的藥物承保變更的資訊，請參閱**第 D2 節**。
- 請查看您的醫療服務提供者和藥房明年是否有在我們的網絡中。
 - 您的醫生 (包括您的專科醫生) 在我們的網絡中嗎？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 C 節**以瞭解有關《醫療服務提供者和藥房名錄》的資訊。
- 請考慮您在本計劃中的整體費用。
 - 與其他承保選項相比，總費用如何？
- 請想一想您是否對本計劃感到滿意。

如果您決定繼續留在 IEHP DualChoice:

如果您想明年繼續使用本計劃，那麼很簡單 - 您無需採取任何行動。如果您沒有做任何變更，您就會自動繼續參保 IEHP DualChoice。

如果您決定更換計劃:

如果您認為其他承保可以更好地滿足您的需求，您可以更換計劃 (請參閱**第 E2 節**瞭解更多資訊)。如果您參保新計劃或更換至 **Original Medicare**，您的新承保將會在下個月的第一天開始生效。

C. 本計劃網絡醫療服務提供者和藥房的變更

本計劃的醫療服務提供者和藥房網絡在 2024 年有變更。

請檢閱 2024 年的《醫療服務提供者和藥房名錄》以確認您的醫療服務提供者或藥房是否有在本計劃的網絡中。我們的網站 www.iehp.org 有更新版的《醫療服務提供者和藥房名錄》。您也可致電頁面最下方的電話號碼與會員服務部聯絡，以瞭解更新的醫療服務提供者資訊或要求我們郵寄一份《醫療服務提供者和藥房名錄》給您。

請務必瞭解，我們也可能會在一年當中變更本計劃的網絡。如果您的醫療服務提供者退出本計劃，您享有特定權利和保障。如需更多資訊，請參閱《會員手冊》**第 3 章**。

D. 明年的福利變更

D1. 醫療服務的福利變更

明年我們將會變更某些醫療服務的承保。下表說明相關變更。

行政管理與預算局 (OMB) 批准編號 0938-1444 (到期日期: 2026 年 6 月 30 日)



如果您有疑問，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需進一步資訊，請前往 www.iehp.org。

	2023 (今年)	2024 (明年)
活力健康卡 (Vibrant Health Card)	<p>活力健康卡 每個月提供 \$40 的津貼，可用於支付像是煤氣或電費帳單等公用事業費。</p> <p>上述 Vibrant Health Card 福利是屬於慢性病患者特殊補充計劃的一部分。並非所有會員均符合資格。請參閱您的承保證明以瞭解更多資訊。</p>	<p>活力健康卡每個月提供 \$65 的津貼，可用於支付像是煤氣或電費帳單等公用事業費。</p> <p>上述 Vibrant Health Card 福利是屬於慢性病患者特殊補充計劃的一部分。並非所有會員均符合資格。請參閱您的承保證明以瞭解更多資訊。</p>
非處方藥 (OTC) 補充福利		我們的計劃提供補充福利，每季度(每 3 個月)提供 \$40 的補貼，用於購買某些非處方藥 (OTC)。如果未使用，該金額不會結轉到下一個季度。有關此福利的更多信息，請撥打本頁底部的電話號碼聯絡 IEHP DualChoice 會員服務部。
視力護理	您需支付 \$0 共付額。請參閱下文以瞭解其他承保資訊。我們會支付下列服務的費用：每年一次例行眼睛檢查；以及每年最多將會為眼鏡 (鏡框與鏡片) 給付 \$350 ，或者為隱形眼鏡給付 \$350 。	您需支付 \$0 共付額。請參閱下文以瞭解其他承保資訊。我們會支付下列服務的費用：每年一次例行眼睛檢查；以及每年最多將會為眼鏡鏡框和 / 或隱形眼鏡給付 \$350 。根據醫療必要性，眼鏡鏡片將可獲得全額承保。
青光眼篩檢	需獲得事先授權。	不需獲得事先授權。
糖尿病自我管理	需獲得事先授權。	不需獲得事先授權。
鋇劑灌腸	需獲得事先授權。	不需獲得事先授權。
肛門指診	需獲得事先授權。	不需獲得事先授權。
洗腎服務	需獲得事先授權。	不需獲得事先授權。

行政管理與預算局 (OMB) 批准 0938-1444 (到期日期: 2026 年 6 月 30 日)



如果您有疑問，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需進一步資訊，請前往 www.iehp.org。

	2023 (今年)	2024 (明年)
	需獲得轉介。	不需獲得轉介。
急診服務	每次就診金額上限為 \$95 。	每次就診金額上限為 \$100 。 由於您透過 Medi-Cal 取得援助，因此只要您有遵守本計劃的規定，您便無需為承保服務支付任何費用。
緊急需求服務	每次就診金額上限為 \$60 。	每次就診金額上限為 \$55 。 由於您透過 Medi-Cal 取得援助，因此只要您有遵守本計劃的規定，您便無需為承保服務支付任何費用。
糖尿病用品與服務	糖尿病用品與服務 沒有限制 。	我們 可能 會針對 B 部分胰島素、糖尿病注射器、血糖監測裝置、試紙及採血針限制您可使用的製造商。 請聯絡會員服務部以瞭解詳情。

D2. 處方藥承保的變更

本計劃藥物清單的變更

本計劃的網站 www.iehp.org 上有更新版的《承保藥物清單》。您也可致電頁面最下方的電話號碼與會員服務部聯絡，以瞭解更新的藥物資訊或要求我們郵寄一份《承保藥物清單》給您。

我們對藥物清單進行了變更，包括變更我們承保的藥物以及適用於我們某些藥物的承保限制。

請檢閱藥物清單以**確保您的藥物在明年會獲得承保**，並瞭解是否有任何限制。

如果您受到藥物承保變更的影響，我們鼓勵您：

- 與您的醫生 (或其他處方師) 一起尋找我們承保的不同藥物。
 - 您可致電頁面最下方的電話號碼與會員服務部聯絡，或聯絡您的護理協調員，以索取一份治療相同病症的承保藥物清單。
 - 此清單可幫助您的醫療服務提供者找到可能對您有效的承保藥物。

行政管理與預算局 (OMB) 批准編號 0938-1444 (到期日期: 2026 年 6 月 30 日)



如果您有疑問，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需進一步資訊，請前往 www.iehp.org。

- 配合您的醫生 (或其他處方師)，並要求我們為您進行例外處理以承保該藥物。
 - 您可以在明年之前提出例外處理申請，我們將在收到您要求 (或您處方師的佐證聲明) 後的 72 小時內給您答覆。
 - 如欲瞭解您必須採取哪些行動才能申請例外處理，請參閱《會員手冊》第 9 章或致電頁面最下方的電話號碼與會員服務部聯絡。
 - 如果您需要協助申請例外處理，請聯絡會員服務部或您的護理協調員。請參閱《會員手冊》第 2 章和第 3 章以進一步瞭解如何與您護理協調員聯絡的資訊。
- 要求我們承保藥物的暫時藥量。
 - 在某些情況下，我們會在日曆年度最初 90 天期間提供一次暫時藥量承保。
 - 此暫時藥量最多 31 天。(如欲進一步瞭解您在什麼情況下可獲得暫時藥量以及如何提出申請，請參閱《會員手冊》第 5 章。)
 - 當您獲得藥物的暫時藥量時，請與您的醫生討論當您的暫時藥量用完時該怎麼辦。您可以改用本計劃承保的其他藥物，也可以要求我們為您進行例外處理以承保您目前的藥物。

如果 IEHP DualChoice 批准了處方集的例外處理，只要您能繼續成為 IEHP DualChoice 的會員，IEHP DualChoice 在明年可能便不會規定您必須在續配藥物或領取新處方藥時要求批准。如果您決定明年繼續留在本計劃中，IEHP DualChoice 可以選擇將承保延續到新的福利年度…… **處方藥費用的變更**

2024 年您為處方藥支付的金額沒有變更。請閱讀下文，瞭解有關您處方藥承保的更多資訊。

下表列出了您需為本計劃第一 (1) 藥物層級的藥物所支付的費用。

	2023 (今年)	2024 (明年)
第一層級藥物 (普通藥、品牌藥、生物仿製藥) 您在網絡藥房領取第一層級藥物 一個月藥量的費用	一個月 (31 天) 藥量的共付額 是每份處方 \$0。	一個月 (31 天) 藥量的共付額 是每份處方 \$0。

行政管理與預算局 (OMB) 批准 0938-1444 (到期日期: 2026 年 6 月 30 日)



如果您有疑問，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需進一步資訊，請前往 www.iehp.org。

E. 選擇計劃

E1. 繼續留在本計劃

我們希望您繼續成為本計劃的會員。您無需採取任何行動即可留在本計劃中。如果您未更換至其他 Medicare 計劃或更換至 Original Medicare，您將自動繼續參保成為我們 2024 年計劃的會員。

E2. 更換計劃

大多數擁有 Medicare 的人可以在一年中的特定時間終止其會員資格。由於您擁有 Medi-Cal，您可以在下列各**特殊參保期**終止您在本計劃的會員資格或轉換到不同的計劃一次：

- 一月至三月
- 四月至六月
- 七月至九月

除了這三個特殊參保期外，您還可以在以下期間終止您在本計劃中會員資格：

- **年度參保期**，從 10 月 15 日持續到 12 月 7 日。如果您在此期間選擇新計劃，您在本計劃的會員資格將會在 12 月 31 日終止，且您在新計劃的會員資格將會在 1 月 1 日開始生效。
- **Medicare Advantage (MA) 的開放參保期**從 1 月 1 日持續到 3 月 31 日。如果您在此期間選擇新計劃，您在新計劃的會員資格將會在下個月的第一天開始生效。

可能還有其他您有資格進行參保變更的情況。例如，當：

- 您搬出本計劃的服務區域；
- 您的 Medi-Cal 或額外補助資格發生變更；**或**
- 如果您最近剛剛搬進護理機構或長期護理醫院、目前正在護理機構或長期護理醫院接受護理，或者最近剛剛搬出護理機構或長期護理醫院。

您的 Medicare 服務

您可以透過三種方式獲得 Medicare 服務。選擇這些選項之一，您將自動終止您在本計劃的會員資格。

<p>1.您可以更換至：</p> <p>其他 Medicare 健保計劃，包括其他 Medicare Medi-Cal Plan</p>	<p>以下是您需採取的行動：</p> <p>致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。</p>
--	---

行政管理與預算局 (OMB) 批准編號 0938-1444 (到期日期：2026 年 6 月 30 日)



如果您有疑問，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需進一步資訊，請前往 www.iehp.org。

	<p>如對老年人全方位護理計劃 (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) 有疑問，請致電 1-855-921-PACE (7223)。</p> <p>如您需要協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> 請致電 1-800-434-0222 與加州健康保險諮詢與倡導計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 聯絡，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如需更多資訊或欲查找您所在地區的當地健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP) 辦公室，請前往 www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/。 <p>或</p> <p>參保新的 Medicare 計劃。</p> <p>當您新計劃的承保開始生效時，您將會自動從本計劃退保。您的 Medi-Cal 計劃可能會發生變化。</p>
<p>2. 您可以更換至：</p> <p>含獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare</p>	<p>以下是您需採取的行動：</p> <p>致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。</p> <p>如您需要協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> 請致電 1-800-434-0222 與加州健康保險諮詢與倡導計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 聯絡，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如需更多資訊或欲查找您所在地區的當地健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP) 辦公室，請前往 www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/。 <p>或</p>

行政管理與預算局 (OMB) 批准 0938-1444 (到期日期：2026 年 6 月 30 日)



如果您有疑問，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需進一步資訊，請前往 www.iehp.org。

	<p>參保新的 Medicare 處方藥計劃。</p> <p>當您的 Original Medicare 承保開始生效時，您將會自動從本計劃退保。</p> <p>您的 Medi-Cal 計劃將不會發生變化。</p>
<p>3. 您可以更換至：</p> <p>不含獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare</p> <p>備註：如果您轉換到 Original Medicare 且您沒有參保獨立的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可能會為您參保一項藥物計劃，除非您告知 Medicare 您不想加入。</p> <p>只有在您已從其他來源 (例如雇主或工會) 獲得藥物承保的情況下，您才應該放棄處方藥承保。如果您對自己是否需要藥物承保有疑問，請致電 1-800-434-0222 與加州健康保險諮詢與倡導計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 聯絡，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如需更多資訊或欲查找您所在地區的當地健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP) 辦公室，請前往 www.aqing.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/。</p>	<p>以下是您需採取的行動：</p> <p>致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。</p> <p>如您需要協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> 請致電 1-800-434-0222 與加州健康保險諮詢與倡導計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 聯絡，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如需更多資訊或欲查找您所在地區的當地健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP) 辦公室，請前往 www.aqing.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/。 <p>當您的 Original Medicare 承保開始生效時，您將會自動從本計劃退保。</p> <p>您的 Medi-Cal 計劃將不會發生變化。</p>

您的 Medi-Cal 服務

如對如何選擇 Medi-Cal 計劃或對在退出本計劃後如何取得 Medi-Cal 服務有疑問，請致電 1-800-430-4263 與醫療保健方案處聯絡，服務時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00。TTY 使用者請致電 1-800-430-7077。詢問加入其他計劃或恢復 Original Medicare 對您取得 Medi-Cal 承保的方式會造成什麼影響。

F. 取得協助

F1. 本計劃

如果您有任何問題，我們隨時為您提供幫助。請在所列的營業日期和時間內，致電頁面最下方的電話號碼與會員服務部聯絡。這些均是免付費電話。

行政管理與預算局 (OMB) 批准編號 0938-1444 (到期日期：2026 年 6 月 30 日)



如果您有疑問，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需進一步資訊，請前往 www.iehp.org。

參閱您的《會員手冊》

您的《會員手冊》是一份詳細說明本計劃福利的法律文件。《會員手冊》中有關於 2024 年福利和費用的詳細資訊。《會員手冊》說明了您的權利以及您在取得本計劃承保服務和處方藥時須遵守的規定。

2024 年的《會員手冊》將會於 10 月 15 日提供。您也可檢閱我們另外郵寄的《會員手冊》，以瞭解其他福利或費用變更是否會對您造成影響。本計劃的網站 www.iehp.org 上有最新版的《會員手冊》。您也可致電頁面最下方的電話號碼與會員服務部聯絡，要求我們郵寄一份 2024 年的《會員手冊》給您。

本計劃網站

您可以前往本計劃的網站，網址為 www.iehp.org。貼心提示：我們的網站上有關於我們的醫療服務提供者和藥房網路（《醫療服務提供者和藥房名錄》）和我們的藥物清單（《承保藥物清單》）的最新資訊。

F2. 健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)

您也可致電與州政府健康保險援助計劃 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 聯絡。在加州，州政府健康保險援助計劃 (SHIP) 稱為健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)。健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP) 的諮詢人員可以協助您瞭解您所選的計劃並回答有關轉換計劃的問題。健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP) 與我們或任何保險公司或健保計劃均無關聯。健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP) 在每個縣都有訓練有素的諮詢人員，而且服務是免費的。健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP) 的電話號碼是 1-800-434-0222。如需更多資訊或欲查找您所在地區的當地健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP) 辦公室，請前往

www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。

F3. 檢察員計劃

如果您與本計劃之間發生問題，Medicare Medi-Cal 檢察員計劃可為您提供協助。檢察員的服務是免費的，並且可以所有語言提供服務。Medicare Medi-Cal 檢察員計劃：

- 可擔任您的代表。如果您有問題或投訴，他們可以回答問題，並且可以協助您瞭解該怎麼做。
- 確保您擁有相關資訊以瞭解自己的權利與保障以及如何解決您的疑慮。
- 與本計劃或任何保險公司或健保計劃均無關聯。Medicare Medi-Cal 檢察員計劃的電話號碼是 1-888-804-3536。

F4. Medicare

如欲直接透過 Medicare 取得資訊，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

行政管理與預算局 (OMB) 批准 0938-1444 (到期日期：2026 年 6 月 30 日)



如果您有疑問，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需進一步資訊，請前往 www.iehp.org。

Medicare 的網站

您可以前往 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。如果您選擇退出本計劃並參保另一項 Medicare 計劃，Medicare 網站有關於費用、承保範圍和品質評級的資訊，可幫助您對不同計劃進行比較。

您可以使用 Medicare 網站上的 Medicare 計劃搜索器查找有關您所在地區可用的 Medicare 計劃資訊。(如需計劃相關資訊，請瀏覽 www.medicare.gov 並點選「Find Plans」[尋找計劃]。)

2024 年 Medicare & You

您可以閱讀 *2024 年 Medicare & You*。每年秋季，這本小冊子都會郵寄給擁有 Medicare 的人。該手冊提供了 Medicare 福利、權利和保障的概覽，並回答了有關 Medicare 的最常見問題。該手冊還有西班牙文版、中文版及越南文版可供索取。

如果您沒有該手冊，您可透過 Medicare 網站 (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) 取得或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

F5. 加州醫療保健計劃管理局

加州醫療保健計劃管理局 (Department of Managed Health Care, DMHC) 負責管理醫療保健服務計劃。醫療保健計劃管理局 (DMHC) 協助中心可以協助您處理有關 Medi-Cal 服務的上訴和投訴。如果您想對健保計劃提出申訴，您應先致電 1-877-273-IEHP (4347) 與您的健保計劃聯絡並使用您健保計劃的申訴流程，之後才與管理局聯絡。使用此申訴程序將不會使您喪失任何潛在法定權利或您可能可使用的救濟措施。如果您需要協助處理涉及緊急狀況的申訴、您的健保計劃未針對您的申訴提出令您滿意的解決方案，或者申訴超過 30 天仍未獲得解決，您可致電聯絡管理局尋求協助。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) 的資格，獨立醫療審查 (IMR) 流程將會針對健保計劃對下列事宜所作的醫療決定進行公正的審查：建議之服務或治療的醫療必要性、實驗性或研究性治療的承保決定，以及急診或緊急醫療服務的給付爭議。管理局也有免付費電話 (1-888-466-2219) 以及供聽障和語障人士使用的 TDD 專線 (1-877-688-9891)。管理局網站 www.dmhc.ca.gov 有投訴表、IMR 申請表和線上說明。

行政管理與預算局 (OMB) 批准編號 0938-1444 (到期日期：2026 年 6 月 30 日)



如果您有疑問，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需進一步資訊，請前往 www.iehp.org。