

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

2023 年年度變更通知

簡介

您目前是以本計劃的會員身份參加註冊。明年本計劃的福利、承保、規定，和費用將會有部份變更。本年度變更通知告訴您變更內容以及如何獲得關於變更的更多資訊。欲取得更多有關費用、福利或規則的資訊，請參閱我們網站上的 *會員手冊*，網址：www.iehp.org。重要用語和其定義按英文字母順序列於 *會員手冊* 的最後一章。

目錄

A. 免責聲明	2
B. 查閱您明年的 Medicare 和 Medi-Cal 承保範圍	2
B1. 其他資源	3
B2. 關於本計畫的資訊	3
B3. 必須完成的重要事項	4
C. 我們網絡內醫療服務提供者和藥房的變更	5
D. 明年的福利和費用變更	5
D2. 處方藥承保範圍的變更	6
E. 選擇計畫	9
E1. 繼續使用本計畫	9
E2. 改變投保計畫	9
F. 獲取幫助	12
F1. 本計畫	12
F2. 健康保險諮詢與倡導方案 (HICAP)	12
F3. 監察員程序	12
F4. Medicare	12
F5. 加州健康照顧計畫管理局 (DMHC)	13



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，每天上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。TTY 專線使用者請致電 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) 是一項簽有 Medicare 合約的 HMO 計畫。參保 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 需視合約續約情況而定。
- ❖ IEHP DualChoice 的承保是合格健康承保，稱為「最低基本承保」。承保符合病患保護與平價醫療法案 (Affordable Care Act, ACA) 的個人責任分攤規定。請瀏覽國稅局 (Internal Revenue Service, IRS) 網站 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families，查詢更多有關個人責任分攤規定的資訊。
- ❖ 福利和 / 或定額手續費將可能在每年 1 月 1 日變更。

B. 查閱您明年的 Medicare 和 Medi-Cal 承保範圍

當本「年度變更通知」提及「我們」、「我們的」或「本計畫」時，它指的是本 Medicare Medi-Cal 協調計畫。

請務必現在查閱您的承保範圍，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，您可以退出本計畫。相關詳細資訊，請參閱第 E 節。

如果您選擇退出本計畫，您的會員資格將在您提出請求當月的最後一天終止。只要您符合條件，您仍將受保於 Medicare 和 Medi-Cal 計畫。

如果您退出本計畫，您可以獲得以下資訊：

- Medicare 選項位於第 E2 節 (變更計畫)。
- Medi-Cal 服務位於第 E2 節 (變更計畫)。



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

B1. 其他資源

- ATTENTION: If you speak other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. 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)，上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。
- 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.
- 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.
- 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)，上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。
- 如慾提出長期要求，以您偏好的語言或其他格式接收材料，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)，上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。

B2. 關於本計畫的資訊

- IEHP DualChoice 是與 Medicare 和 Medi-Cal 簽有合約的健保計劃，為計劃參加者提供兩種方案的福利。
- IEHP DualChoice 的承保是合格健康承保，稱為「最低基本承保」。它可滿足《病患保護與平價醫療法案》(ACA) 的個人分擔責任要求。請造訪美國國稅局 (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。



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

B3. 必須完成的重要事項

- 檢查您的福利和費用是否有任何變更會影響到您。
 - 是否有任何變更會影響您所使用的服務？
 - 請檢視福利和費用變更，以確保下個計劃年度這些福利和費用仍然適合您。
 - 請參閱**第 D1 節**有關本計劃福利和費用變更的資訊。
- 請查看我們的處方藥承保範圍是否有任何可能會影響到您的變更。
 - 您的藥物是否會屬於承保範圍？這些藥物是否會列到不同的層次？您是否能使用相同的藥房？
 - 請查閱這些變更以確保我們的藥物承保範圍在明年對您仍有效。
 - 有關我們的藥物承保範圍變更的資訊，請參閱**第 D2 節**。
 - 自去年以來，您的用藥費用可能已經上漲。
 - 請與您的醫生討論可能為您提供的低費用替代藥物；這可以為您節省全年的年度自付費用。
 - 請記住，您的計畫福利決定了您自己的用藥費用到底會有多大的變化。
- 請查看您的醫療服務提供者和藥房明年是否會加入我們的網路。
 - 您的醫生（包括您的專科醫師）在我們的網路中嗎？您的藥房呢？您使用的醫院或其他服務提供者呢？
 - 有關我們的《醫療服務提供者與藥房名錄》的資訊，請參閱**第 C 節**。
- 請考慮您在計畫中的總體費用。
 - 與其他承保選項相比，總費用如何？
- 請想一想，您是否對本計畫感到滿意。

如果您決定繼續留在 IEHP DualChoice:

如果您想明年繼續使用本計畫，那麼就很簡單了 - 您無需做任何事情。如果您沒有做任何變更，您就會自動繼續參加註冊 IEHP DualChoice。

如果您決定改變投保計畫:

如果您認為其他承保可以更好地滿足您的需求，您可以更換計畫（請參閱**第 E2 節**瞭解更多資訊）。如果您加入新計畫或更改為 Original Medicare，您的新承保將在下個月的第一天啟動。



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

C. 我們網絡內醫療服務提供者和藥房的變更

我們的網絡醫療服務提供者和藥房在 2023 年有變更。

我們強烈鼓勵您**瀏覽我們最新的醫療服務提供者和藥房名錄**，以瞭解您的醫療服務提供者和藥房是否仍在我們的網絡內。您可上網 www.iehp.org 查看更新過的**醫療服務提供者和藥房名錄**。您也可以致電本頁下方的電話號碼與會員服務部聯絡，以取得新的醫療服務提供者信息或者要求我們將**醫療服務提供者和藥房名錄**郵寄給您。

您需知道我們也許在年內也會更新我們的網絡，這點很重要。如果您的醫療服務提供者離開了我們的計畫，您將享有一定的權力和保護。請參考《會員手冊》的**第 3 章**以瞭解更多的信息。

D. 明年的福利和費用變更

D1. 醫療服務福利和費用的變更

明年我們將會變更某些醫療服務的承保範圍。下表說明相關變更。

	2022 (今年)	2023 年 (明年)
視力護理	<p>您支付定額手續費 \$0。請參閱下列內容，瞭解額外承保資訊。</p> <p>我們會支付下列服務的費用： 每年一次例行眼睛檢查；及 每兩年最多為眼鏡 (鏡框和鏡片) 支付 \$150，或最多為隱形眼鏡支付 \$150。</p>	<p>您支付定額手續費 \$0。請參閱下列內容，瞭解額外承保資訊。</p> <p>我們會支付下列服務的費用： 每年一次例行眼睛檢查；及 每年最多為眼鏡 (鏡框和鏡片) 支付 \$350，或最多為隱形眼鏡支付 \$350。</p>
公用事業帳單補貼	<p>公用事業帳單補貼不屬於承保範圍。</p>	<p>公用事業帳單補貼每月提供 \$40 的福利，可用於支付煤氣或電費等公用事業帳單。</p> <p>上述公用事業帳單補貼福利是針對慢性病人的特殊補充計劃的一部分。並非所有成員都符合資格。請參閱您的承保證書查詢更多資訊。</p>



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

	2022 (今年)	2023 年 (明年)
保健和健康護理規劃 (Wellness and Health Care Planning, WHP): 進階照護規劃 (Advanced Care Planning, ACP)	保健和健康護理規劃: 進階照護規劃不屬於承保範圍。	<p>您符合使用保健和健康護理規劃服務的資格, 其中包括進階照護規劃 (ACP)。如果您不能對您的護理做出決定, ACP 將制定一個完整的醫療護理計劃, 如事前醫療指示或其他正式檔案。</p> <p>參加任何包括保健和健康護理規劃或進階照護規劃的計劃均為自願, 您可以在任何時候拒絕這些服務。</p> <p>Medicare 批准 IEHP DualChoice 提供這些福利, 以納入價值型保險設計方案中。這種方案可讓聯邦醫療保險 (Medicare, 俗稱「紅藍卡」) 嘗試新的方法來改進 Medicare Advantage 計劃。</p>

D2. 處方藥承保範圍的變更

我們藥物清單的變更

我們的網站 www.iehp.org 可以找到最新的承保藥物清單。您也可以撥打頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部, 以獲取更新的藥物資訊或要求我們向您郵寄《承保藥物清單》。

我們對藥物清單進行了更改, 包括更改我們承保的藥物以及適用於我們承保的某些藥物的限制。

請查閱藥物清單以**確保您的藥物將在明年得到承保**, 並瞭解是否有任何限制。

如果您受到藥物承保變化的影響, 我們鼓勵您:

- 與您的醫生 (或其他開藥者) 一起尋找我們承保的不同藥物。
 - 您可以撥打頁面下方的會員服務部電話, 或聯絡您的護理協調員, 要求提供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。
- 配合您的醫生 (或其他開藥者), 並要求我們破例承保該藥物。



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

- 您可以在明年之前提出例外申請，我們將在收到您的請求（或您的處方師的支持聲明）後 72 小時內給您答覆。
- 要瞭解申請例外必須做什麼，請參閱您的《會員手冊》第 9 章或撥打頁面底部的號碼聯繫會員服務部。
- 如果您需要幫助要求例外處理，請聯絡會員服務部或您的護理協調人。請參閱您的《會員手冊》第 2 章和第 3 章以瞭解有關如何聯繫您的護理協調員的更多資訊。
- 要求我們支付臨時供應的藥物。
 - 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。
 - 最多提供 30 天的暫時藥量。（要瞭解更多關於何時可以獲得以及如何索取臨時供應的資訊，請參閱《會員手冊》第 5 章。）
 - 當您獲得臨時藥物供應時，請與您的醫生討論當您的臨時供應用完時該怎麼辦。您可以改用本計畫承保的其他藥物，也可以要求我們為您破例承保您當前的藥物。

如果 IEHP DualChoice 批准了處方集的例外，只要您能繼續成為 IEHP DualChoice 的成員，IEHP DualChoice 可能不會要求您在下一年申請批准補充藥物或新的處方。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

2023 年您為處方藥支付的金額沒有變更。請閱讀下文，瞭解有關您的處方藥承保範圍的更多資訊。

下表顯示您在我們第一層級藥物中的藥品費用。



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

	2022 (今年)	2023 年 (明年)
<p>第一層級藥物 (學名藥)</p> <p>您在網絡藥房購買一個月第一層級藥物藥量的費用：</p>	<p>一個月 (31 天) 用量的定額手續費是每張處方 \$0。</p>	<p>一個月 (31 天) 用量的定額手續費是每張處方 \$0。</p> <p>您所有的 Medicare 處方藥都將在同一個藥物層次下獲得承保。請檢閱藥物清單以瞭解其他資訊。</p> <p>因為您接受「額外幫助」(Extra Help)，所以您獲得了 \$0 的定額手續費。請參閱您的承保證書查詢更多資訊。</p> <p>Medicare 批准 IEHP DualChoice 提供更低的定額手續費，以納入價值型保險設計方案中。這種方案可讓聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 嘗試新的方法來改進 Medicare Advantage 計劃。</p>
<p>第二層級藥物 (原廠藥)</p> <p>您在網絡藥房購買一個月第二層級藥物藥量的費用：</p>	<p>一個月 (31 天) 用量的定額手續費是每張處方 \$0。</p>	<p>一個月 (31 天) 用量的定額手續費是每張處方 \$0。</p> <p>您所有的 Medicare 處方藥都將在同一個藥物層次下獲得承保。請檢閱藥物清單以瞭解其他資訊。</p>
<p>第三層級藥物 (非 Medicare/非處方藥物 (OTC))</p> <p>您在網絡藥房購買一個月第三層級藥物藥量的費用：</p>	<p>\$0</p>	<p>非 Medicare/非處方藥物現在是透過按服務收費 (FFS) Medi-Cal Rx 方案進行管理。Medi-Cal Rx 電話 800-977-2273 (聽語障專線 800-977-2273，接通後按 5，或 711)。</p>



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

關於疫苗費用的重要資訊 – 我們的計畫承保大多數 Part D 部分的疫苗，您無需付費。請與會員服務部聯係以瞭解更多資訊。

E. 選擇計畫

E1. 繼續使用本計畫

我們希望讓你能保持計畫會員身份。您無需做任何事情即可留在本計畫中。如果您不換至其他 Medicare 計畫或換至 Original Medicare，您將自動保持為我們 2023 年計畫的投保會員。

E2. 改變投保計畫

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，您可以在以下每個**特殊投保時段**終止您在本計畫中的會員資格或轉換到不同的計畫：

- 一月至三月
- 四月至六月
- 七月至九月

除了這三個特殊投保期外，您還可以在以下時段終止您在本計畫中的會員資格：

- **年度投保期**，從 10 月 15 日持續到 12 月 7 日。如果您在此期間選擇新計畫，您在本計畫中的會員資格將於 12 月 31 日結束，而您在新計畫中的會員資格將於 1 月 1 日開始。
- **Medicare Advantage 開放投保期**，從 1 月 1 日持續到 3 月 31 日。如果您在此期間選擇新計畫，新計畫的會員資格將從下個月的第一天開始。

當您有資格更改您的投保時，可能還有其他情況發生。例如：

- 您搬出了我們的服務地區、
- 您獲得 Medi-Cal 或額外補助的資格發生了變化，**或者**
- 如果您最近剛剛搬入、搬出療養院或長期護理醫院或目前正在其中接受護理。

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，您就將自動終止您在本計畫中的會員資格。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，每天上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。TTY 專線使用者請致電 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>1. 您可以換至：</p> <p>另一項 Medicare 健保計畫</p>	<p>您需要做的是：</p> <p>致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯繫 Medicare，營業時間為每週 7 天、全天 24 小時。聽語障服務專線 (TTY) 使用者應致電 1-877-486-2048。</p> <p>如需 PACE 查詢，請致電 1-855-921-PACE (7223)。</p> <p>如您需要幫助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none">請致電健康保險諮詢與倡導方案 (HICAP)，電話 1-800-434-0222，週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區的當地 HICAP 辦事處，請造訪 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。 <p>或者</p> <p>投保新的 Medicare 計畫。</p> <p>當您的新計畫開始承保時，您將會自動退出我們的 Medicare 計畫。</p> <p>您的 Medi-Cal 計畫可能會發生變化。</p>
<p>2. 您可以換至：</p> <p>含單獨的 Medicare 處方藥計畫的 Original Medicare</p>	<p>您需要做的是：</p> <p>致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯繫 Medicare，營業時間為每週 7 天、全天 24 小時。聽語障服務專線 (TTY) 使用者應致電 1-877-486-2048。</p> <p>如您需要幫助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none">請致電健康保險諮詢與倡導方案 (HICAP)，電話 1-800-434-0222，週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區的當地 HICAP 辦事處，請造訪



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，每天上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。TTY 專線使用者請致電 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>www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。</p> <p>或者</p> <p>投保新的 Medicare 處方藥計畫。</p> <p>當您的 Original Medicare 承保開始時，您將自動退出本計畫。</p> <p>您的 Medi-Cal 計畫不會發生變化。</p>
<p>3. 您可以換至：</p> <p>不含單獨的 Medicare 處方藥計畫的 Original Medicare</p> <p>注：如果您轉換到 Original Medicare 並且沒有投保單獨的 Medicare 處方藥計畫，Medicare 可能會為您投保某一藥物計畫，除非您告訴 Medicare 您不想加入。</p> <p>只有在您已從其他來源（例如僱主或工會）獲得藥物承保的情況下，您才應該放棄處方藥承保。如果您對是否需要藥物承保有疑問，請致電健康保險諮詢與倡導方案 (HICAP)，電話 1-800-434-0222，週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區的當地 HICAP 辦事處，請造訪 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。</p>	<p>您需要做的是：</p> <p>致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯繫 Medicare，營業時間為每週 7 天、全天 24 小時。聽語障服務專線 (TTY) 使用者應致電 1-877-486-2048。</p> <p>如您需要幫助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> 請致電健康保險諮詢與倡導方案 (HICAP)，電話 1-800-434-0222，週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區的當地 HICAP 辦事處，請造訪 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。 <p>當您的 Original Medicare 承保開始時，您將自動退出本計畫。</p> <p>您的 Medi-Cal 計畫不會發生變化。</p>

您的 Medi-Cal 服務

有關您如何在離開本計畫後獲取 Medi-Cal 服務的問題，請聯繫 Health Care Options，電話：1-844-580-7272，週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00，聽語障服務專線 (TTY) 使用者應致電 1-800-430-7077。請詢問加入另一項計畫或返回 Original Medicare 會如何影響您獲得 Medi-Cal 承保範圍。



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

F. 獲取幫助

F1. 本計畫

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，撥打頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部。通話是免費的。

閱讀您的《會員手冊》

您的《會員手冊》是對本計畫所供福利的合法詳細描述。它涵蓋了關於 2023 年福利的詳細資訊，並解釋了您的權利以及獲得我們承保的服務和處方藥時應遵循的規則。

2023 年《會員手冊》將於 10 月 15 日發佈。《會員手冊》的最新副本可在我們的網站 www.iehp.org 上找到。您也可以撥打頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部，要求我們向您郵寄 2023 年《會員手冊》。

我們的網站

您可以造訪我們的網站，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（《醫療服務提供者與藥房名錄》）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方案 (HICAP)

您也可以致電州健康保險援助計畫 (SHIP)。在加州，SHIP 被稱為健康保險諮詢與倡導方案 (HICAP)。HICAP 顧問可以幫助您瞭解您所選的計畫並回答有關轉換計畫的問題。HICAP 與我們或任何保險公司或健保計畫無關。HICAP 在每個縣都設有訓練有素的輔導員，而且服務是免費的。HICAP 的電話號碼是 1-800-434-0222。[TTY phone number is optional.]如需瞭解更多資訊或查找您所在地區的當地 HICAP 辦事處，請造訪 www.aginq.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。

F3. 監察員程序

如果您對本計畫有任何疑問，健康消費者聯盟監察員程序可以為您提供幫助。監察員的服務是免費的，並且可以提供所有語言服務。健康消費者聯盟監察員程序：

- 作為您的代言人開展工作。如果您有問題或投訴，他們可以回答問題，並且可以幫助您瞭解該怎麼做。
- 確保您擁有與您的權利和保護以及如何解決您的疑慮相關的資訊。
- 該程序與我們或任何保險公司或健保計畫無關。健康消費者聯盟監察員計畫的電話號碼是 1-888-804-3536。

F4. Medicare

要直接從 Medicare 獲取資訊，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時開通。聽語障服務專線 (TTY) 使用者應致電 1-877-486-2048。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，每天上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。TTY 專線使用者請致電 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 網站

您可以造訪 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。如果您選擇退出本計畫並加入另一項 Medicare 計畫，Medicare 網站有關於費用、承保範圍和質量評級的資訊，可幫助您對不同計畫進行比較。

您可以使用 Medicare 網站上的 Medicare 計畫搜索器查找有關您所在地區可用的 Medicare 計畫的資訊。(計畫相關資訊，請參閱 www.medicare.gov 並按一下「Find Plans」。)

2023 年 Medicare & You

您可以閱讀 *2023 年 Medicare & You 手冊*。每年秋季，這本小冊子都會郵寄給擁有 Medicare 的人。它總結了 Medicare 福利、權利和保護，並回答了有關 Medicare 的最常見問題。該手冊還提供西班牙文、中文和越南文版本。

如果您沒有這本小冊子的副本，則可以在 Medicare 網站上獲取 (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時提供服務。聽語障服務專線 (TTY) 使用者應致電 1-877-486-2048。

F5. 加州健康照顧計畫管理局 (DMHC)

加州健康照顧計畫管理局(DMHC) 負責管理醫療保健服務計畫。DMHC 幫助中心可以幫您處理有關 Medi-Cal 服務的上訴和投訴。如果您對您的健保計畫有任何申訴，您應該首先致電您的健保計畫：1-877-273-IEHP (4347) 並在聯繫該部門之前使用您的健保計畫的申訴流程。利用此申訴程式並不會禁止您可能獲得的任何潛在合法權利或補救措施。如果您需要幫助解決涉及緊急情況的申訴、您的健保計畫未能圓滿解決的申訴或超過 30 天仍未解決的申訴，您可以致電該部門尋求幫助。您可能也有資格獲得獨立醫療審查 (IMR)。如果您有資格獲得 IMR，則該 IMR 流程將對健保計畫作出的醫療決定進行公正的審查，這些決定涉及擬議的服務或治療的醫療必要性、試驗或研究性治療的承保決定以及急診或緊急醫療服務的付款爭議。該部門還為聽力和語言障礙者提供了免費電話號碼 (1-888-466-2219) 和 TDD 專線 (1-877-688-9891)。該部門的互聯網網站 www.dmhc.ca.gov 提供線上投訴表、IMR 申請表和說明。



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