

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

2025 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、規則，和費用將會有一些變更。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。

其他資源

- 本文件免費提供西班牙文、中文和越南文版本。
- 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。
- 如欲提出長期要求，以您偏好的語言或其他格式收到資料，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。

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347 or 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). These services are free of charge.



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），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。如需更多資訊，請造訪網站 www.iehp.org。

العربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم
1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). تتوفر أيضًا
المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة
برايل والخط الكبير. اتصل على الرقم 1-877-273-IEHP (4347)
(TTY: 1-800-718-4347). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր
լեզվով, զանգահարեք 1-877-273-IEHP (4347)
հեռախոսահամարով (TTY՝ 1-800-718-4347): Կան նաև
օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ
հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝
Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր:
Զանգահարեք 1-877-273-IEHP (4347) հեռախոսահամարով
(TTY՝ 1-800-718-4347): Այդ ծառայություններն անվճար են:

中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电
1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)。另外还提供
针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，
也是方便取用的。请致电 1-877-273-IEHP (4347)
(TTY: 1-800-718-4347)。这些服务都是免费的。



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)，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。如需更多資訊，請造訪網站 www.iehps.org。

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ
1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ
ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-877-273-IEHP (4347)
(TTY: 1-800-718-4347) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता
है तो 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) पर
कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं,
जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं।
1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) पर कॉल
करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

Lus Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus
hu rau 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347).
Puav leej muaj cov khoom pab thiab kev pab cuam rau cov
neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm
ua tus ntawv loj. Hu rau 1-877-273-IEHP (4347)
(TTY: 1-800-718-4347). Cov kev pab cuam no yog pab
dawb xwb.



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），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。如需更多資訊，請造訪網站 www.iehps.org。

日本語 (Japanese)

注意：日本語での対応が必要な場合は

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 (Korean)

유의 사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다.

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໃບທາບີ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ:

ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມ. ໃຫຍ່ ໃຫ້ໃບທາບີ

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.



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)，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。如需更多資訊，請造訪網站 www.iehps.org。

Mien

CAU FIM JANGX LONGX OC: Beiv hnavgv meih qiemx zuqc longc mienh tengx faan benx meih haih gorngv haaix fingx waac wuov, mborqv finx lorz taux 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Mv daan mbuoqc naaiv oc ninh mbuo corc haih tengx da'nyeic deix gong bun taux waaic fangx nyei mienh beiv taux zoux benx nzangc-pokc bun hluo aengx caux zoux benx domh zeiv bun longc. Daaix luic mborqv finx lorz taux 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Wangv henvh tengx naaiv deix gong mv ndortv nyaanh cingv oc.

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

(Farsi) فارسی

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شوند.



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)，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。如需更多資訊，請造訪網站 www.iehp.org。

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-877-273-IEHP (4347) (линия TTY: 1-800-718-4347). Также предоставляются средства и услуги для людей с инвалидностью, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-877-273-IEHP (4347) (линия TTY: 1-800-718-4347). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Libre ang mga serbisyong ito.



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)，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。如需更多資訊，請造訪網站 www.ieh.org。

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Люди з інвалідністю також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Ці послуги надаються безкоштовно.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Các dịch vụ này đều miễn phí.



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)，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。如需更多資訊，請造訪網站 www.iehps.org。

目錄

A. 免責聲明.....	9
B. 查閱您明年的 Medicare 和 Medi-Cal 承保範圍.....	9
B1. 有關 IEHP DualChoice 的資訊.....	9
B2. 必須完成的重要事項.....	9
C. 我們網絡醫療服務提供者和藥房的變更.....	10
D. 明年的福利變更.....	10
D1. 醫療服務的福利變更.....	10
D2. 處方藥承保範圍的變更.....	12
E. 選擇計劃.....	14
E1. 繼續使用本計劃.....	14
E2. 變更計劃.....	14
F. 獲取幫助.....	18
F1. 本計劃.....	18
F2. 健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP).....	18
F3. 監察員計劃.....	18
F4. Medicare.....	18
F5. 加州醫療保健計劃管理局.....	19



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)，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。如需更多資訊，請造訪網站 www.iehp.org。

A. 免責聲明

- ❖ IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 是簽有 Medicare 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 的承保是合格健康承保，稱為「最低基本承保」。此計劃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，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. 查閱您明年的 Medicare 和 Medi-Cal 承保範圍

請務必現在查閱您的承保範圍，以確保明年此承保仍能滿足您的需求。如果此承保不能滿足您的需求，您可以退出本計劃。請參閱**第 D 節**，瞭解有關明年您福利變更的更多資訊。

如果您選擇退出本計劃，您的會籍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 計劃。

如果您退出本計劃，您可以獲得以下資訊：

- **第 E2 節 (變更計劃, 第 14 頁)** 表格中的 Medicare 選項。
- **第 E2 節 (變更計劃, 第 14 頁)** 中的 Medi-Cal 選項和服務。

B1. 有關 IEHP DualChoice 的資訊

- 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」。此計劃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，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」或「本計劃」時，指的是 Medicare Medi-Cal 計劃。

B2. 必須完成的重要事項

- 請查看我們的福利是否有任何可能會影響到您的變更。
 - 是否有任何變更會影響您所使用的服務？
 - 請檢視福利變更，以確保下個計劃年度這些福利仍然適合您。
 - 請參閱**第 D1 節**有關本計劃福利變更的資訊。
- 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。



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)，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。如需更多資訊，請造訪網站 www.iehps.org。

- 您的藥物是否會屬於承保範圍？您是否能使用相同的藥房？是否會有任何變更，例如事先授權、階段療法或數量限制？
- 請查閱這些變更以確保明年我們的藥物承保範圍仍適合您。
- 有關我們的藥物承保範圍變更的資訊，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會在我們的網絡中。**
 - 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？
 - 有關我們**醫療服務提供者和藥房名錄**的資訊，請參閱**第 C 節**。
- **請考慮您在計劃中的總體費用。**
 - 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，很簡單 – 您不必採取任何行動。如果您沒有做任何變更，您就會自動繼續參保 IEHP DualChoice。

如果您決定變更計劃：

如果您決定其他承保更能滿足您的需求，您可以轉換計劃 (請參閱**第 E2 節**瞭解更多資訊)。如果您參保新計劃或變更為 Original Medicare，您的新承保將在下個月一號開始。

C. 我們網絡醫療服務提供者和藥房的變更

我們的 2025 年醫療服務提供者和藥房網絡已有變更。

請查看 **2025 年醫療服務提供者和藥房名錄**，瞭解您的醫療服務提供者或藥房是否在我們的網絡中。我們的網站 www.iehp.org 可以找到最新的**醫療服務提供者和藥房名錄**。您也可以撥打頁面底部的電話號碼致電與會員服務部聯絡，詢問更新的醫療服務提供者資訊，或要求我們郵寄給您**醫療服務提供者和藥房名錄**。

重要的是，請您瞭解，我們也可能會在年度當中對我們的網絡進行變更。如果您的醫療服務提供者退出我們的計劃，您將享有某些權利和保障。如需更多資訊，請參閱您的**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範圍。下表說明相關變更。



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)，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。如需更多資訊，請造訪網站 www.iehp.org。

	2024 (今年)	2025 (明年)
慢性病患的健康餐食	2024 年不承保此福利。	符合資格的會員支付 \$0。 此福利承保計劃年度中上限 365 天，每天最多 2 餐。 您必須同時患有糖尿病和心血管疾病，並符合其他標準才符合資格。不會僅根據您的病症即保證可獲得此福利的資格。在提供福利之前，必須滿足所有適用的資格要求。 請參閱您的會員手冊以瞭解更多資訊。 Medicare 批准 IEHP DualChoice 可提供此福利，納入價值基準保險設計方案中。此方案可讓 Medicare 嘗試新的方法來改進 Medicare Advantage 計劃。
Vibrant Health 卡	Vibrant Health 卡每月提供 \$65 津貼，可用於支付瓦斯或電費等公用事業帳單。 此 Vibrant Health 卡福利是屬於為慢性病患提供的特殊補充計劃。並非所有會員都符合資格。 請參閱您的承保證明查詢更多資訊。	Vibrant Health 卡每月提供 \$65 津貼，可用於支付瓦斯或電費等公用事業帳單。 您必須患有至少一種慢性病 (例如心血管疾病、慢性和殘疾心理健康病症、慢性肺部疾病、糖尿病和神經系統疾病)，並達到其他標準，才能符合資格。可能有其他符合資格的慢性病未列出。有關其他符合資格的慢性病的資訊，請參閱您的會員手冊。不會僅根據您的病症即保證可獲得此福利的資格。在提供福利之前，必須滿足所有適用的資格要求。 請參閱您的會員手冊以瞭解更多資訊。 Medicare 批准 IEHP DualChoice 可提供此福利，



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)，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。如需更多資訊，請造訪網站 www.iehp.org。

	2024 (今年)	2025 (明年)
		納入價值基準保險設計方案中。此方案可讓 Medicare 嘗試新的方法來改進 Medicare Advantage 計劃。
心理健康專業服務	無須事先授權。	必須事先授權
精神科服務	無須事先授權。	必須事先授權
Medicare B 部分胰島素藥物	無須事先授權。	必須事先授權
Medicare B 部分化療 / 放射藥物	無須事先授權。	必須事先授權
其他 Medicare B 部分藥物	無須事先授權。	必須事先授權
Medicare 牙科服務	無須事先授權。	必須事先授權
額外的遠距保健福利	2024 年不承保此福利。	Medicare 承保的福利可能還提供額外的遠距保健福利： ● 緊急需求服務 ● 基本保健醫生服務 ● 專科醫生服務 ● 心理健康專業服務的個人諮商 ● 精神科服務的團體諮商 ● 鴉片類藥物治療計劃服務 ● 洗腎服務 ● Medicare 承保的零元預防服務

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致電與會員服務部聯絡，詢問更新的藥物資訊，或要求我們郵寄給您承保藥物清單。



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)，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。如需更多資訊，請造訪網站 www.iehp.org。

我們變更了 *藥物清單*，可能包括移除或新增藥物、變更我們承保的藥物，以及變更適用於我們某些藥物承保的限制。

請查閱 *藥物清單*，確保您的藥物在明年將可得到承保，並瞭解是否有任何限制。

*藥物清單*中大部分的變化會在每年年初開始適用。不過，我們可能會在計劃年度中做出 **Medicare** 和 / 或州准許的其他變更，而這些變更將會影響到您。我們至少每月更新一次網上 *藥物清單*，以提供最新的藥物清單。如果我們所做的變更會影響您正在服用的藥物，我們將向您發送有關此變更的通知。

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，要求提供可治療相同病症的 *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（或其他處方師），並要求我們提供例外處理以承保該藥物。
 - 您可以在明年之前要求例外處理，我們將在收到您的要求（或您的處方師的佐證聲明）後 72 小時內給您答覆。
 - 若要瞭解您申請例外處理時必須採取的行動，請參閱您的 *會員手冊*第 9 章或撥打頁面底部的電話號碼致電與會員服務部聯絡。
 - 如果您需要協助要求例外處理，請與會員服務部或您的護理協調員聯絡。請參閱您的 *會員手冊*第 2 章和第 3 章，瞭解有關如何聯絡您的護理協調員的更多資訊。
- 要求我們承保藥物的暫時藥量。
 - 在某些情況下，我們會在曆年最初 90 天期間提供一次**暫時藥量**承保。
 - 最多提供 31 天的暫時藥量。（要瞭解有關何時可以獲得暫時藥量以及如何申請的更多資訊，請參閱您的 *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提供例外處理以承保您目前的藥物。

如果 IEHP DualChoice 批准處方集例外處理，只要您能繼續是 IEHP DualChoice 的會員，IEHP DualChoice 就可能不會要求您在下一年必須對續配藥物或新處方申請批准。如果您決定明年繼續留在本計劃，IEHP DualChoice 可能選擇在新的福利年度繼續提供承保。

目前，只要我們用新的普通藥版本替換品牌藥，並且其適用規則與其所取代的品牌藥相同或更少，我們就可以立即將品牌藥自 *藥物清單*移除。此外，在新增新的普通藥時，我們也可能決定將品牌藥保留在我們的 *藥物清單*中，但立即增加新規則。



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），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。如需更多資訊，請造訪網站 www.iehp.org。

自 2025 年起，我們可以立即用某些生物相似藥取代原生物製劑。意思是，舉例來說，如果您正在服用將被生物相似藥取代的原生物製劑，您可能不會在早於我們變更前 30 天便收到變更通知，也可能無法在網絡藥房獲得一個月的原生物製劑藥量。如果您在我們進行變更時正在服用原生物製劑，您仍然會收到有關這項特定變更的資訊，但有可能會在變更已發生後寄達。

其中一些藥物類型可能是您之前未使用過的類型。有關藥物類型的定義，請參閱您的會員手冊第 12 章。美國食品藥物管理局 (FDA) 也提供消費者藥物相關資訊。請查詢 FDA 網站：www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients。您也可以撥打頁面底部的電話號碼致電與會員服務部聯絡，或向您的醫療保健服務提供者、處方師或藥劑師詢問更多資訊。

處方藥費用的變更

您 2025 年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。

Medicare 批准 IEHP DualChoice 可提供更低的共付額，納入價值基準保險設計方案中。此方案可讓 Medicare 嘗試新的方法來改進 Medicare Advantage 計劃。

下表顯示您在我們一 (1) 個藥物層級中的藥物費用。

	2024 (今年)	2025 (明年)
層級 1 中的藥物 (普通藥、品牌藥、生物相似藥) 您在網絡藥房購買層級 1 藥物一個月藥量的費用	您一個月 (31 天) 藥量的共付額是 每份處方 \$0。	您一個月 (31 天) 藥量的共付額是 每份處方 \$0。

E. 選擇計劃

E1. 繼續使用本計劃

我們希望讓你能保持計劃會員身份。您無需採取任何行動即可留在本計劃中。如果您不變更至其他 Medicare 計劃或變更至 Original Medicare，您 2025 年將自動參保成為本計劃會員。

E2. 變更計劃

大多數擁有 Medicare 的人可以在一年中的特定時候終止其會籍。因為您有 Medi-Cal，所以您可以在一年中的任何月份終止您在本計劃的會籍。

而且，您還可以在以下期間終止您在本計劃中的會籍：

- **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，您在本計劃的會籍於 12 月 31 日結束，您在新計劃的會籍於 1 月 1 日開始。



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)，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。如需更多資訊，請造訪網站 www.ieh.org。

- **Medicare Advantage (MA) 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，新計劃的會籍將從下個月一號開始。

可能還有其他情況讓您有資格可變更您的參保。例如，當：

- 您搬離我們的服務區域，
- 您的 Medi-Cal 或額外補助資格發生改變，**或者**
- 您最近搬入機構或目前正在機構 (例如專業護理機構或長期護理醫院) 接受照護。如果您最近搬離機構，您可以在搬出當月後完整的兩個月內變更計劃或變更至 Original Medicare。

您的 Medicare 服務

您在年度中的任何月份可選擇透過以下所列的三種方式獲得 Medicare 服務。在年度中的特定時候，包括**年度參保期**和 **Medicare Advantage 開放參保期**或第 **E2 節**中說明的其他情況，您還有以下所列的額外選項。選擇這些選項之一，您就將自動終止您在本計劃中的會籍。

1. 您可以變更至： Medicare Medi-Cal 計劃 (Medi-Medi 計劃) 是一種 Medicare Advantage 計劃。這種計劃適用於同時擁有 Medicare 和 Medi-Cal 的人士，並將 Medicare 和 Medi-Cal 福利合併到一個計劃中。Medi-Medi 計劃協調兩種計劃的全部福利和服務，包括所有 Medicare 和 Medi-Cal 的承保服務。 備註： Medi-Medi 計劃一詞是加州的整合式雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP) 的名稱。	以下是您要採取的行動： 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。 有關老年人全方位護理 (PACE) 的查詢，請致電 1-855-921-PACE (7223)。 如您需要幫助或更多資訊： • 請致電健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)，電話 1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區當地的 HICAP 辦事處，請造訪網站 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。 或 參保新的 Medi-Medi 計劃。 當您新計劃的承保開始時，您將會自動從我們的計劃退保。您的 Medi-Cal 計劃將變更以符合您的 Medi-Medi 計劃。
--	---



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)，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。如需更多資訊，請造訪網站 www.iehph.org。

2. 您可以變更至： 含單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare	以下是您要採取的行動： 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。 如您需要幫助或更多資訊： 請致電健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)，電話 1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區當地的 HICAP 辦事處，請造訪網站 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。 或 參保新的 Medicare 處方藥計劃。 當您的 Original Medicare 承保開始時，您將自動自本計劃退保。 除非您要求變更，否則您的 Medi-Cal 計劃不會改變。
3. 您可以變更至： 不含單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 備註： 如果您轉換到 Original Medicare 並且沒有參保單獨的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可能會將您參保某個藥物計劃，除非您告訴 Medicare 您不想加入。 您應該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，才能放棄處方藥承保。如果您對您是否需要藥物承保有疑問，請致電健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)，電話 1-800-434-0222，服務時間週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如需	以下是您要採取的行動： 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。 如您需要幫助或更多資訊： 請致電健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)，電話 1-800-434-0222，服務時間週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區當地的 HICAP 辦事處，請造訪網站



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)，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。如需更多資訊，請造訪網站 www.ieh.org。

瞭解更多資訊或查找您所在地區當地的 HICAP 辦事處，請造訪網站 www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/。	www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/。 當您的 Original Medicare 承保開始時，您將會自動從我們的計劃退保。 除非您要求變更，否則您的 Medi-Cal 計劃不會改變。
4. 您可以變更至： 任何 Medicare 健保計劃，可以在一年中的特定期變更，包括年度參保期和 Medicare Advantage 開放參保期或第 A 節中說明的其他情況。	以下是您要採取的行動： 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。 有關老年人全方位護理 (PACE) 的查詢，請致電 1-855-921-PACE (7223)。 如您需要幫助或更多資訊： 請致電健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)，電話 1-800-434-0222，服務時間週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區當地的 HICAP 辦事處，請造訪網站 www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/。 或 參保新的 Medicare 計劃。 當您新計劃的承保開始時，您將會自動從我們的 Medicare 計劃退保。 您的 Medi-Cal 計劃可能會有變更。

您的 Medi-Cal 服務

有關您在離開本計劃後如何選擇 Medi-Cal 計劃或取得 Medi-Cal 服務的問題，請與 Health Care Options 聯絡，電話 1-800-430-4263，服務時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00。TTY 使用



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)，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。如需更多資訊，請造訪網站 www.iehps.org。

者請致電 1-800-430-7077。請詢問加入另一項計劃或返回 Original Medicare 會如何影響您獲得 Medi-Cal 的承保。

F. 獲取幫助

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，撥打頁面底部的電話號碼致電與會員服務部聯絡。通話是免費的。

閱讀您的會員手冊

您的會員手冊對本計劃福利提供合法詳細的說明。其中有 2025 年福利的詳細資訊。手冊中解釋您的權利以及獲得我們所承保服務和處方藥時應遵循的規則。

2025 年會員手冊將自 10 月 15 日起開始提供。會員手冊的最新版公布於我們的網站 www.iehp.org。您也可以撥打頁面底部的電話號碼致電與會員服務部聯絡，要求我們郵寄 2025 年會員手冊給您。

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醫療服務提供者和藥房網絡（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）

您也可以致電州政府健康保險協助方案（SHIP）。在加州，SHIP 稱為健康保險諮詢與倡導計劃（HICAP）。HICAP 顧問可以幫助您瞭解您所選的計劃並回答有關轉換計劃的疑問。HICAP 與我們或任何保險公司或健保計劃均無關聯。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。如需瞭解更多資訊或要查找您所在地區當地的 HICAP 辦事處，請造訪網站 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。

F3. 監察員計劃

如果您有關於本計劃的問題，Medicare Medi-Cal 監察員計劃可以為您提供幫助。監察員的服務是免費的，並且可以提供所有語言服務。Medicare Medi-Cal 監察員計劃：

- 宗旨為擔任您的權益倡導人。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障以及如何解決您的疑慮相關的資訊。
- 與我們或任何保險公司或健保計劃均無關聯。Medicare Medi-Cal 監察員計劃的電話號碼是 1-855-501-3077。

F4. Medicare

如要直接自 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。



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），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。如需更多資訊，請造訪網站 www.iehp.org。

Medicare 網站

您可以造訪 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。如果您選擇自本計劃退保並加入另一個 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 計劃搜尋工具查找有關您所在地區可提供的 Medicare 計劃的資訊。(如需計劃相關資訊，請至 www.medicare.gov 並點擊「搜尋計劃」“Find Plans”。)

2025 年 Medicare & You

您可以閱讀 2025 年 *Medicare & You* 手冊。每年秋季，這本小冊子都會郵寄給擁有 Medicare 的人。其中摘要說明 Medicare 福利、權利和保障，並回答有關 Medicare 的最常見問題。該手冊也提供西班牙文、中文和越南文版本。

如果您沒有這本小冊子，您可以在 Medicare 網站下載 (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取，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負責管理醫療保健服務計劃。如果您對您的健保計劃有任何申訴，您首先應致電 **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 (IMR) 的資格。如果您符合 IMR 的資格，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支付爭議。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 有網上投訴表、IMR 申請表和說明。請參閱您的 *會員手冊* 第 9 章第 F4 節，瞭解更多資訊。



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)，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。如需更多資訊，請造訪網站 www.iehph.org。