

***Stanford Health Care Advantage Gold (HMO)***  
**由 Stanford Health Care Advantage 提供**

## 2019 年度更改通知

您目前已註冊為 *Stanford Health Care Advantage Gold* 的會員。明年的計劃費用和福利將會有一些變化。本手冊將介紹這些變化。

- 您可以在 10 月 15 日到 12 月 7 日期間更改您明年的 Medicare 保險。
- 

### 現在應該做什麼

#### 1. 問：哪些更改適用於您

- 檢查我們的福利與費用的變化以便瞭解是否會對您造成影響。
  - 所以請您務必立即審核您的保險，以確保該保險能在明年滿足您的需求。
  - 這些變化會影響您使用的服務嗎？
  - 有關我們計劃中福利和費用變化的更多資訊，請查看第 1.1 節和第 1.5 節。
- 檢查手冊中處方藥保險的變化以便瞭解是否會對您造成影響。
  - 您使用的藥物是否受保？
  - 您的藥物是否被劃分為不同等級，且擁有不同的分攤費用？
  - 您的任何藥物是否有新限制，比如在配取處方藥前需要取得我們的批准？
  - 您能否繼續使用相同的藥房？使用此藥房的費用是否發生變化？
  - 請查閱 2019 年藥物清單並查看第 1.6 節瞭解關於我們藥物保險變化的資訊。
  - 您的藥物費用自去年以來可能有所增加。諮詢您的醫生是否有較低費用的備選藥物適合您，這樣可能為您節省全年的年度自付費用。如需瞭解有關藥物價格的其他資訊，請瀏覽 <https://go.medicare.gov/drugprices>。這些公告板重點指出了哪些製造商提高了藥物價格，同時也提供了其他各年份的藥物價格資訊。請記住，您的計劃福利將決定您的藥物費用具體有何變化。

查看這些資訊以便瞭解您的醫生或其他提供者是否明年仍屬於我們的網絡。

- 您的醫生是否屬於我們的網絡？
- 您使用的醫院或其他提供者呢？
- 請參見第 1.3 節瞭解關於我們的醫療服務提供者目錄的資訊。

考慮您的醫療保健總體費用。

- 您需要為自己定期使用的服務和處方藥支出多少自付費用？
- 您需要支出多少保費和自付額？
- 與其他 Medicare 保險計劃相比，您需支付的總計劃費用如何？

思考您是否滿意我們的計劃。

## 2. 對比：瞭解其他計劃選項

檢查您所在區域的計劃承保範圍和費用。

- 使用 <https://www.medicare.gov> 網站上的 Medicare 計劃搜尋器的個人化搜尋功能。按一下「Find health & drug plans」（查找保健及藥物計劃）。
- 請查閱「Medicare 與您」手冊背面的清單。
- 請參見第 3.2 節瞭解關於您的可選方案的更多資訊。

當您將可選方案縮小至一項首選計劃時，請在該計劃網站上確認您的費用和承保範圍。

## 3. 選擇：確定是否要更改您的計劃

- 如果您想保留 *Stanford Health Care Advantage Gold* 的會員資格，您無需採取任何措施。您將留在 *Stanford Health Care Advantage Gold*。
- 若要更改為可能更符合您需求的另一項計劃，您可以在 10 月 15 日到 12 月 7 日之間更改計劃。

## 4. 參保：若要更改計劃，只需在 2018 年 10 月 15 日到 12 月 7 日之間加入一項計劃即可

- 若您未在 2018 年 12 月 7 日之前加入另一項計劃，您將留在 *Stanford Health Care Advantage Gold*。
- 如果您在 2018 年 12 月 7 日前加入另一項計劃，您的新保險將於 2019 年 1 月 1 日開始。

## 附加資源

- 本文件免費提供西班牙文和中文版本。
- 如需更多資訊，請致電我們的會員服務部，電話號碼是 1-855-996-8422。（聽障人士可致電：711）。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日期間（感恩節及聖誕節除外），每週七天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日期間（節假日除外），週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
- ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-996-8422 (TTY: 711).
- ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-996-8422 (TTY: 711).
- 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-996-8422 (TTY：711)。
- 本文件可提供大字印刷等其他格式。如需其他資訊，請撥打 1-855-996-8422 致電 Stanford Health Care Advantage 會員服務部，聽障人士可致電 711。
- 本計劃的承保範圍滿足合格醫療保險 (QHC) 的要求，並達到《患者保護與可負擔醫療法案》(ACA) 的個人分擔責任要求。請瀏覽國稅局 (IRS) 網站：<https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>，瞭解詳細資訊。

## *Stanford Health Care Advantage Gold* 的相關資訊

- Stanford Health Care Advantage 是一項簽有 Medicare 合約的 HMO 計劃。能否在 Stanford Health Care Advantage 註冊參保視合約續簽情況而定。
- 當本手冊中出現「我們」或「我們的」時，是指 Stanford Health Care Advantage。提述「計劃」或「我們的計劃」時，是指 *Stanford Health Care Advantage Gold*。

H2986\_PD19021AC\_C\_NS\_CN

## 2019 年重要費用概述

下表在幾個重要方面對 *Stanford Health Care Advantage Gold* 的 2018 年費用和 2019 年費用進行比較。請注意，這只是對變化的概述。務必閱讀這份年度更改通知的剩餘部份，並查閱單獨提供的承保範圍說明書，瞭解其他福利或費用變化是否會影響您。

費用	2018 (今年)	2019 (明年)
<b>月繳計劃保費*</b> *您的保費可能高於或低於此金額。請參見第 1.1 節瞭解詳情。	\$79.00	\$69.00
<b>最高自付費用金額</b> 這是指您為承保的 A 部份和 B 部份服務支付的最高自付費用。 (請參見第 1.2 節瞭解詳情。)	\$5,900	\$5,900
<b>醫生診室就診</b>	主治醫生就診：每次就診 \$10 的共付額  專科醫生就診：每次就診 \$30 的共付額	主治醫生就診：每次就診 \$10 的共付額  專科醫生就診：每次就診 \$30 的共付額
<b>住院</b> 包括急性住院護理、住院康復、長期護理醫院及其他類型的住院服務。住院治療從您聽從醫生要求正式住院的那天開始算起。出院的前一天是您住院的最後一天。	第 1 至 7 天，您支付 \$275 的共付額；  (其餘住院期間，您支付 \$0 的共付額)	第 1 至 7 天，您支付 \$275 的共付額；  (其餘住院期間，您支付 \$0 的共付額)

費用	2018 (今年)	2019 (明年)
<p><b>D 部份處方藥保險</b> (請參見第 1.6 節瞭解詳情。)</p>	<p>自付額：第 3 級、第 4 級和第 5 級藥物，\$250</p> <p>初始承保階段的共付額/共同保險：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 第 1 級藥物： 一個月的份量，您支付 \$5/三個月的份量，您支付 \$15</li> <li>• 第 2 級藥物： 一個月的份量，您支付 \$15/三個月的份量，您支付 \$45</li> <li>• 第 3 級藥物： 一個月的份量，您支付 \$47/三個月的份量，您支付 \$141</li> <li>• 第 4 級藥物： 一個月的份量，您支付 \$100/三個月的份量，您支付 \$300</li> <li>• 第 5 級藥物： 一個月的份量，您支付 28% 的費用</li> <li>• 第 6 級藥物： 一個月的份量，您支付 \$2/三個月的份量，您支付 \$6</li> </ul>	<p>自付額：第 3 級、第 4 級和第 5 級藥物，\$250</p> <p>初始承保階段的共付額/共同保險：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 第 1 級藥物： 一個月的份量，您支付 \$5/三個月的份量，您支付 \$15</li> <li>• 第 2 級藥物： 一個月的份量，您支付 \$15/三個月的份量，您支付 \$45</li> <li>• 第 3 級藥物： 一個月的份量，您支付 \$47/三個月的份量，您支付 \$141</li> <li>• 第 4 級藥物： 一個月的份量，您支付 \$100/三個月的份量，您支付 \$300</li> <li>• 第 5 級藥物： 一個月的份量，您支付 28% 的費用</li> <li>• 第 6 級藥物： 一個月的份量，您支付 \$2/三個月的份量，您支付 \$6</li> </ul>

## 2019 年度更改通知 目錄

<b>2019 年重要費用概述 .....</b>	<b>1</b>
<b>第 1 節 明年的福利與費用變化.....</b>	<b>4</b>
第 1.1 節 — 月繳保費的變化.....	4
第 1.2 節 — 您的最高自付費用金額變化.....	4
第 1.3 節 — 提供者網絡的變化.....	5
第 1.4 節 — 藥房網絡的變化.....	6
第 1.5 節 — 醫療服務福利和費用的變化.....	6
第 1.6 節 — D 部份處方藥保險的變化.....	8
<b>第 2 節 管理變更.....</b>	<b>11</b>
<b>第 3 節 決定選擇哪個計劃.....</b>	<b>12</b>
第 3.1 節 — 如果您希望繼續留在 <i>Stanford Health Care Advantage Gold</i> 中.....	12
第 3.2 節 — 如果您希望更改計劃.....	12
<b>第 4 節 更改計劃的截止日期 .....</b>	<b>13</b>
<b>第 5 節 提供 Medicare 免費諮詢的計劃.....</b>	<b>14</b>
<b>第 6 節 幫助支付處方藥費用的計劃 .....</b>	<b>14</b>
<b>第 7 節 您有任何問題？ .....</b>	<b>15</b>
第 7.1 節 — 從 <i>Stanford Health Care Advantage Gold</i> 獲取幫助.....	15
第 7.2 節 — 從 Medicare 獲取幫助 .....	15

## 第 1 節 明年的福利與費用變化

### 第 1.1 節 — 月繳保費的變化

費用	2018 (今年)	2019 (明年)
月繳保費 (您還必須繼續支付您的 Medicare B 部份保費。)	\$79.00	\$69.00
可選補充福利保費 (牙科與視力福利)	不適用	\$20.00

- 如果您因為未參保至少與 Medicare 藥物保險（亦稱為「有信譽度保險」）相若的其他藥物保險時間達 63 天或以上而需支付終身 D 部份逾期參保罰金，您的月繳計劃保費將會 *增加*。
- 如果您的收入較高，則您每月需直接向政府繳納額外的 Medicare 處方藥保險費用。
- 如果您獲得處方藥費用的「額外補助」，則您的月繳保費會 *減少*。

### 第 1.2 節 — 您的最高自付費用金額變化

為了保護您，Medicare 要求所有保健計劃對您在一年中支付的「自付費用」金額進行限制。該限制稱為「最高自付費用金額」。如果達到此金額，一般您就不需要為該年剩餘時間內的 A 部份和 B 部份承保服務支付任何費用。

費用	2018 (今年)	2019 (明年)
最高自付費用金額	\$5,900	\$5,900
您的承保醫療服務費用（例如共付額）計入您的最高自付費用金額。您的計劃保費和處方藥費用不計入您的最高自付費用金額。		如果您已為承保的 A 部份和 B 部份服務支付了 \$5,900 的自付費用，則無需支付日曆年度剩餘時間的承保 A 部份和 B 部份服務的費用。

### 第 1.3 節 — 提供者網絡的變化

2019 年，我們的網絡變動會多於往常。在我們的網站 [www.StanfordHealthCareAdvantage.org](http://www.StanfordHealthCareAdvantage.org) 上可找到最新的醫療服務提供者目錄。您也可致電會員服務部諮詢更新的醫療服務提供者資訊，或要求我們為您郵寄一份醫療服務提供者目錄。我們強烈建議您查閱我們最新的「醫療服務提供者目錄」，瞭解您的醫療服務提供者（主治醫生、專科醫生、醫院等）是否仍在我們的網絡中。

您務必要瞭解，我們可能會在一年當中對您計劃內的醫院、醫生和專科醫生（醫療服務提供者）進行更改。提供者離開計劃的原因有很多，但如果您的醫生或專科醫生離開了您的計劃，您擁有以下權利並受到以下保護：

- 儘管我們的提供者網絡可能會在一年當中發生變更，但 Medicare 要求我們必須讓您不間斷地獲得由合格的醫生和專科醫生提供的服務。
- 我們將盡力至少提前 30 天把您的提供者要離開計劃的消息告訴您，以便您有時間選擇新的提供者。
- 我們將協助您選擇新的合格提供者以繼續管理您的醫療保健需求。
- 如果您正在接受治療，您有權要求您正在接受的具有醫療必需性的治療不中斷，我們也會幫助您確保治療不中斷。
- 如果您認為我們沒有向您提供合格的提供者以取代您之前的提供者，或者認為您的護理沒有獲得恰當管理，您有權對我們的決定提出上訴。
- 如果您發現您的醫生或專科醫生打算離開計劃，請與我們聯絡，以便我們協助您找到新的提供者和管理您的護理。



## 第 1.4 節 – 藥房網絡的變化

您為處方藥支付的金額取決於您所使用的藥房。Medicare 藥物計劃擁有一個藥房網絡。在大多數情況下，您的處方藥僅在我們的網絡內藥房配取時才獲承保。

我們明年的藥房網絡會有變化。在我們的網站 [www.StanfordHealthCareAdvantage.org](http://www.StanfordHealthCareAdvantage.org) 上可找到最新的藥房目錄。您也可致電會員服務部，諮詢最新的醫療服務提供者資訊或要求我們為您郵寄一份「藥房目錄」。請查閱 2019 年「藥房目錄」，瞭解哪些藥房在我們的網絡內。

## 第 1.5 節 – 醫療服務福利和費用的變化

我們明年對某些醫療服務的承保將會發生變化。以下資訊將介紹這些變化。有關這些服務的承保範圍和費用的詳細資訊，請參見您的 2019 年「承保範圍說明書」的第 4 章「醫療福利表（承保範圍與支付費用）」。

費用	2018（今年）	2019（明年）
Medicare 不承保的牙科服務	不承保。	<p>不承保，除非您參保了需支付額外保費的可選補充福利組合。</p> <p>Delta Dental 健康維護組織 (DHHMO) 提供網絡內和緊急牙科服務的承保。</p> <p>對於診斷性和預防性服務，您支付 \$0 - \$5 的共付額。</p> <p>對於修復服務，您支付 \$8 - \$395 的共付額。</p> <p>對於牙髓治療、牙周病治療、假牙修復以及口腔與上頷面手術，您支付 \$5 到 \$445 的共付額。</p> <p>如需瞭解福利詳情，請參閱承保範圍說明書的第 4 章第 2.2 節以及 <i>Stanford Health Care Advantage Delta Dental</i> 福利附錄。</p>

費用	2018 (今年)	2019 (明年)
放射線診斷服務	門診放射線診斷測試：磁共振成像 (MRI)、電腦斷層掃描 (CT) 和正子發射電腦斷層掃描 (PET)：\$200 的共付額。	門診放射線診斷測試：磁共振成像 (MRI)、電腦斷層掃描 (CT) 和正子發射電腦斷層掃描 (PET)：\$210 的共付額。
居家輔助用餐 (對於出院後患者和慢性病患者) *需要預先授權	對於出院後患者，每年最多 28 天，每天兩餐（根據需要，最多共 56 餐），\$0 的共付額。對於慢性疾病患者，最多 14 天（兩週），\$0 的共付額。	膳食福利不獲承保。
視力服務 的牙科服務	不承保。	不承保，除非您參保了需支付額外保費的可選補充福利組合。  您需為眼科檢查（每年一次）支付 \$25 的共付額。  您可獲得 \$150 至 \$175 的處方鏡框和標準鏡片補貼（每隔一年一次）。  您需為鏡片增強型服務（每隔一年一次）支付 \$55 至 \$175 的共付額。  對於隱形眼鏡評估和驗配，您最多支付 \$60，並可獲得 \$150 的補貼（每隔一年一次）。  由 VSP 醫療服務提供者提供的雷射視力矯正享有折扣。  如需瞭解福利詳情，請參閱承保範圍說明書的第 4 章第 2.2 節以及隨附的 VSP 福利摘要。

---

## 第 1.6 節 – D 部份處方藥保險的變化

---

### 我們藥物清單的變化

我們的承保藥物清單稱為處方藥一覽表或「藥物清單」。藥物清單的副本將在 [www.StanfordHealthCareAdvantage.org](http://www.StanfordHealthCareAdvantage.org) 上以電子形式提供。

我們對藥物清單進行了變更，包括對承保藥物的變更以及對特定藥物的承保適用的限制變更。請審核藥物清單以確定您的藥物在明年是否得到承保，同時查看是否有任何限制條件。

如果您因藥物承保範圍的變更而受到影響，您可以：

- 與您的醫生（或其他處方醫生）合作，要求計劃作出例外處理以承保該藥物。我們鼓勵現有會員於明年之前提出例外處理申請。
  - 有關如何提出例外處理請求的詳情，請參閱*承保範圍說明書*第 9 章（*遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴）*），或致電會員服務部。
- 諮詢您的醫生（或其他處方醫生）以找到我們承保的另一種藥物。您可以致電會員服務部，要求一份治療相同病況的承保藥物清單。

在某些情況下，我們必須在計劃年度的前 90 天或成為會員後的前 90 天內，承保一次非處方藥一覽表藥物的臨時性供藥，以避免治療中斷。如需瞭解何時可獲得臨時性供藥以及如何申請臨時性供藥，請參見*承保範圍說明書*的第 5 章第 5.2 節。在您取得臨時性供藥期間，您應和您的醫生討論，以決定當臨時性供藥用盡時該如何處理。您可以轉換至不同的計劃承保藥物，或要求計劃為您作出例外來承保您目前的藥物。

如果我們作出例外處理並為您今年的非處方藥一覽表內藥物提供承保，那麼來年對此藥的承保，則需您或您的醫生或處方醫生向我們提出新的例外申請。

大多數藥物清單變更發生在每年年初。不過，我們可能會在每年的其他時間根據 Medicare 的規定作出其他更改。

從 2019 年開始，若您正在使用藥物，而我們需要在全年的其他時間對藥物清單作出更改並需要提前通知您，我們將在更改生效之前的 30 天（而非 60 天）通知您相關更改。或者，我們將就該原廠藥給予您 34 天（而非 60 天）的網絡內藥房重新配藥。我們將提前通知，例如，在使用副牌藥取代藥物清單上的原廠藥之前，或者在根據 FDA 警告或 Medicare 認可的新臨床指引作出更改之前通知。

當我們在全年其他時間對藥物清單作出更改時，您可以諮詢您的醫生（或其他處方醫生），要求我們作出例外處理以承保該藥物。我們將繼續如期更新線上的藥物清單並提供其他必要的資訊，以反映藥物變更。（如需更多有關藥物清單變更的資訊，請參見承保範圍說明書第 5 章第 6 節。）

## 處方藥費用的變化

註：若您的計劃幫助您支付藥費（「額外補助」），則 **D 部份處方藥費用**的資訊可能對您不適用。我們會寄給您一份單獨的插頁來說明您的藥物費用，該插頁稱為「取得額外補助支付處方藥之人士的承保範圍說明書附則」（也稱為「低收入補貼附則」或「LIS 附則」）。如果您領取「額外補助」但在 9 月 30 日之前未收到此插頁，請致電會員服務部索取「LIS 附則」。會員服務部電話號碼列於本手冊的第 7.1 節。

有四個「藥物付款階段」。您要為 **D 部份藥物** 支付多少費用取決於您處於哪個藥物付款階段。（您可以參見「承保範圍說明書」第 6 章第 2 節瞭解有關各階段的更多資訊。）

以下資訊顯示了明年前兩個階段的變化 — 年度自付額階段和初始承保階段。（多數會員不會達到其他兩個階段 — 承保缺口階段或重大傷病承保階段。請參見單獨提供的承保範圍說明書的第 6 章第 6 節和第 7 節，瞭解有關這些階段的費用的資訊。）

### 自付額階段的變化

階段	2018（今年）	2019（明年）
<b>第 1 階段：年度自付額階段</b>	自付額為 \$250	自付額為 \$250。
在此階段，您需為第 3 級藥物、第 4 級藥物和第 5 級藥物支付全額藥費，直至您達到年度自付額（不適用於第 1 級藥物、第 2 級藥物和第 6 級藥物）。	在此階段，您需支付以下費用：第 1 級藥物，\$5.00 的分攤費用；第 2 級藥物，\$15.00 的分攤費用；第 6 級藥物，\$2.00 的分攤費用；第 3 級藥物、第 4 級藥物和第 5 級藥物，全額支付，直至您達到年度自付額。	在此階段，您需支付以下費用：第 1 級藥物，\$5.00 的分攤費用；第 2 級藥物，\$15.00 的分攤費用；第 6 級藥物，\$2.00 的分攤費用；第 3 級藥物、第 4 級藥物和第 5 級藥物，全額支付，直至您達到年度自付額。

## 初始承保階段分攤費用的變化

若要瞭解共付額和共同保險如何計算，請參閱您的*承保範圍說明書*中的第 6 章第 1.2 節，您為承保藥物支付的自付費用類型。

階段	2018 (今年)	2019 (明年)
<p><b>第 2 階段：初始承保階段</b></p> <p>在此階段期間，本計劃將支付其應承擔的藥物費用，而您也將支付您應承擔的費用。</p> <p>此欄所列費用是您在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取一個月（34 天）藥物份量的費用。有關長期供藥或郵購處方藥費用的詳情，請參閱承保範圍說明書第 6 章的第 5 節。</p> <p>我們更改了藥物清單中某些藥物的等級。若想瞭解您的藥物是否被劃分為其他等級，請查閱藥物清單。</p>	<p>在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取一個月藥物份量的費用：</p> <p><b>第 1 級：首選副牌藥：</b> 每份處方支付 \$5</p> <p><b>第 2 級：非首選副牌藥：</b> 每份處方支付 \$15</p> <p><b>第 3 級：首選原廠藥：</b> 每份處方支付 \$47。</p> <p><b>第 4 級：非首選原廠藥：</b> 每份處方支付 \$100。</p> <p><b>第 5 級：特殊級藥：</b> 支付總費用的 28%。</p> <p><b>第 6 級：選擇性護理藥物：</b> 每份處方支付 \$2。</p> <p>.....</p> <p>如果您為 D 部份藥物已支付了 \$5,000 的自付費用，您將進入下一個階段（重大傷病承保階段）。</p>	<p>在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取一個月藥物份量的費用：</p> <p><b>第 1 級：首選副牌藥：</b> 每份處方支付 \$5</p> <p><b>第 2 級：非首選副牌藥：</b> 每份處方支付 \$15</p> <p><b>第 3 級：首選原廠藥：</b> 每份處方支付 \$47。</p> <p><b>第 4 級：非首選原廠藥：</b> 每份處方支付 \$100。</p> <p><b>第 5 級：特殊級藥：</b> 支付總費用的 28%。</p> <p><b>第 6 級：選擇性護理藥物：</b> 每份處方支付 \$2。</p> <p>.....</p> <p>如果您為 D 部份藥物已支付了 \$5,100 的自付費用，您將進入下一個階段（重大傷病承保階段）。</p>

## 承保缺口和重大傷病承保階段的變化

其他兩種藥物承保階段 — 承保缺口階段和重大傷病承保階段 — 適用於藥費較高的人士。多數會員不會達到承保缺口階段或重大傷病承保階段。請參見您的「承保範圍說明書」第 6 章第 6 節和第 7 節，瞭解有關這些階段的費用的資訊。

### 第 2 節 管理變更

費用	2018 (今年)	2019 (明年)
2019 年的綜合性牙科服務將在可選補充福利組合（包括牙科和視力福利）中提供，每月需額外支付 \$20 保費。	不承保。	<p>我們為會員提供 <b>Delta Dental DHMO</b> 可選補充福利。您必須參保可選牙科和視力的可選補充福利組合才可獲得承保。如要享有這些額外的福利，您每月必須額外支付 \$20 的保費。</p> <p><b>Delta Dental 健康維護組織 (HMO)</b> 也稱為預付費計劃，要求您選擇一名牙醫或一個牙科機構來協調您所有的口腔保健需求。如有必要，您的主治牙醫會將您轉介給專科醫生。特殊護理需要事先授權。如需瞭解福利詳情，請參閱承保範圍說明書的第 4 章第 2.2 節以及 <i>Stanford Health Care Advantage Delta Dental 福利附錄</i>。</p>

費用	2018 (今年)	2019 (明年)
2019 年的視力服務將在可選補充福利組合（包括牙科和視力福利）中提供，每月需額外支付 \$20 保費。	不承保。	我們為會員提供 VSP 眼科檢查和眼鏡可選補充福利。您必須參保可選牙科和視力的可選補充福利組合才可獲得承保。如要享有這些額外的福利，您每月必須額外支付 \$20 的保費。如需瞭解視力福利詳情，請參閱承保範圍說明書的第 4 章第 2.2 節以及隨附的 VSP 福利摘要。

### 第 3 節 決定選擇哪個計劃

#### 第 3.1 節 – 如果您希望繼續留在 *Stanford Health Care Advantage Gold* 中

若要繼續留在我們的計劃內，您不需要採取任何措施。如果您沒有在 12 月 7 日前參保其他計劃或更改為 Original Medicare，您會在 2019 年自動繼續保留註冊為我們計劃的會員。

#### 第 3.2 節 – 如果您希望更改計劃

我們希望您能在明年繼續保持會員身份，但如果您希望更改 2019 年的計劃，請遵循以下步驟：

##### 第 1 步：瞭解和比較您的可選方案

- 您可以加入其他 Medicare 保健計劃，
- – 或者 – 您可以轉至 Original Medicare。如果您更改為 Original Medicare，您需要決定是否加入 Medicare 藥物計劃。

要瞭解關於 Original Medicare 以及不同類型的 Medicare 計劃的更多資訊，請閱讀「2019 年 Medicare 與您」、致電您的州健康保險援助計劃 (SHIP)（請參見第 5 節）或致電 Medicare（請參見第 7.2 節）。

您還可透過使用 Medicare 網站上的 Medicare Plan Finder 找到有關您所在區域提供的計劃的資訊。請前往 <https://www.medicare.gov>，然後按一下「Review and Compare Your Coverage Options」（檢閱並比較您的保險選項）。您可以在這裡瞭解關於 Medicare 計劃的費用、承保範圍和品質評級的資訊。

我們想提醒您，*Stanford Health Care Advantage* 還提供其他 Medicare 保健計劃。這裡所說的其他計劃可能具有不同的承保範圍、月繳保費和分攤費用額。

## 第 2 步：更改您的保險

- 若要改為其他 Medicare 保健計劃，請參保新的計劃。您將自動從 *Stanford Health Care Advantage Gold* 退保。
- 若要改為附帶處方藥計劃的 Original Medicare，請參保新的藥物計劃。您將自動從 *Stanford Health Care Advantage Gold* 退保。
- 若要改為不附帶處方藥計劃的 Original Medicare，您必須：
  - 向我們寄送書面退保請求。如果您需要如何請求的詳細資訊，請聯絡會員服務部（電話號碼列於本手冊的第 7.1 節）。
  - — 或者 — 您可隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，要求退保。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

## 第 4 節 更改計劃的截止日期

如果您希望明年改為其他計劃或 Original Medicare，您可以在 10 月 15 日到 12 月 7 日期間更改計劃。更改將於 2019 年 1 月 1 日生效。

### 一年中是否有其他時間可以進行更改？

在某些情況下，也會允許在一年中其他時間進行更改。例如，可能允許 Medicaid 受保人、獲得「額外補助」以支付藥費的人、擁有或正在退出雇主保險以及搬離服務區域的人在一年中其他時間進行更改。請參見「承保範圍說明書」的第 10 章第 2.3 節瞭解更多資訊。

如果您參保了將於 2019 年 1 月 1 日生效的 Medicare Advantage 計劃，但不喜歡您的計劃選擇，您可以在 2019 年 1 月 1 日到 3 月 31 日期間轉到其他 Medicare 健康計劃（包含或不包含 Medicare 處方藥保險）或 Original Medicare（包含或不包含 Medicare 處方藥保險）。請參見「承保範圍說明書」的第 10 章第 2.2 節瞭解更多資訊。



## 第 5 節 提供 Medicare 免費諮詢的計劃

州健康保險援助計劃 (SHIP) 是一項政府計劃，在每個州都有受過專業訓練的顧問。在加州，SHIP 稱為「HICAP」，代表加州健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)。

HICAP 是獨立的計劃（它與任何保險公司或保健計劃都沒有關係）。它是一個由聯邦政府出資為 Medicare 受保人提供本地免費健康保險諮詢的州計劃。HICAP 顧問可以幫助您解決 Medicare 方面的疑問或問題。他們可以幫助您瞭解您的 Medicare 計劃選擇並回答有關轉換計劃的問題。您可致電 1-800-434-0222 聯絡 HICAP。您可瀏覽 HICAP 的網站 ([www.cahealthadvocates.org](http://www.cahealthadvocates.org))，瞭解更多相關資訊。

## 第 6 節 幫助支付處方藥費用的計劃

您可能符合條件獲得支付處方藥費方面的幫助。我們在下文列出了不同類型的補助：

- **Medicare 提供的「額外補助」。**收入有限的人士可能符合條件獲得處方藥費「額外補助」。如果您符合資格，Medicare 可以為您支付高達 75% 或以上的藥費，包括每月的處方藥保費、每年的自付額以及共同保險。另外，符合資格的人士不必經歷承保缺口階段，也無需繳納逾期參保罰金。許多人符合條件，但他們自己並不知道。要瞭解自己是否符合條件，請致電：
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士可致電 1-877-486-2048，全天候服務；
  - 社會保障辦事處，電話 1-800-772-1213，服務時間：早上 7 點至晚上 7 點，週一至週五。聽障人士可致電 1-800-325-0778（提出申請）；或
  - 您的州 Medicaid 辦公室（提出申請）。
- **HIV/AIDS 患者的處方藥分攤費用補助。**AIDS 藥物協助計劃 (ADAP) 可以幫助確保符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 患者獲取挽救生命的 HIV 藥物。您必須滿足特定條件，包括能夠提供所在州的居住證明和 HIV 患病狀況證明、符合州規定的低收入標準的證明，以及未獲承保/承保不足的證明。同樣受 ADAP 承保的 Medicare D 部份處方藥有資格透過 AIDS 辦公室 <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAadap.aspx>，獲得處方藥分攤費用補助。有關資格條件、承保藥物或如何加入計劃的資訊，請致電 ADAP 客服中心，電話：(844) 421-7050。

## 第 7 節 您有任何問題？

### 第 7.1 節 – 從 *Stanford Health Care Advantage Gold* 獲取幫助

您有任何問題？我們可隨時提供幫助。請撥打 1-855-996-8422 聯絡會員服務部。（聽障專線：711），服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日期間（感恩節及聖誕節除外），每週七天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日期間（節假日除外），週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。

閱讀您的 2019 年「承保範圍說明書」（其中包含關於明年的福利及費用的詳情）

本年度更改通知概述了您 2019 年的福利及費用發生的變化。詳情請參閱 2019 年 *Stanford Health Care Advantage Gold* 的承保範圍說明書。「承保範圍說明書」是關於您的計劃福利的合法詳細說明。它說明了您的權利以及為獲得承保服務與處方藥需要遵循的規則。承保範圍說明書副本會單獨提供。

#### 瀏覽我們的網站

您還可以瀏覽我們的網站 [www.StanfordHealthCareAdvantage.org](http://www.StanfordHealthCareAdvantage.org)。在此提醒您，我們的網站提供關於我們提供者網絡的最新資訊（醫療服務提供者目錄）以及我們承保藥物的清單（處方藥一覽表/藥物清單）。

### 第 7.2 節 – 從 Medicare 獲取幫助

要直接從 Medicare 獲取資訊：

#### 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（全天候服務）。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

#### 瀏覽 Medicare 網站

您可瀏覽 Medicare 網站 (<https://www.medicare.gov>)。其中包含關於費用、承保範圍和品質評級的資訊，可以幫助您比較各個 Medicare 保健計劃。您可透過使用 Medicare 網站上的 Medicare Plan Finder 找到有關您所在區域提供的計劃的資訊。（要查看有關計劃的資訊，請瀏覽 <https://www.medicare.gov>，然後按一下「Find health & drug plans」（查找保健及藥物計劃）。）

## 閱讀「2019 年 Medicare 與您」

您可以查看「2019 年 *Medicare* 與您」手冊。每年秋季，該手冊均會寄給 Medicare 受保人。它總結了 Medicare 的福利、權益和保障，並且回答了關於 Medicare 的最常見問題。如果未收到該手冊，可以隨時瀏覽 Medicare 網站 (<https://www.medicare.gov>) 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 來獲取。聽障人士可致電 1-877-486-2048。