



SCAN Heart First (HMO C-SNP) offered by SCANHealthPlan

2024 年度更改通知

您目前已參保為 SCAN Heart First 的會員。明年的計劃費用和福利將會有變化。
請參見第 4 頁，瞭解重要費用的摘要，包括保費。

本文件將介紹您的計劃福利的變化。如需瞭解有關費用、福利或規則的更多資訊，請查閱
承保範圍說明書，本說明書可在我們的網站 www.scanhealthplan.com 上獲取。您也可致電會員服
務部，要求我們為您郵寄一份*承保範圍說明書*。

- 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

- 檢查我們的福利和費用的更改以查看是否會影響您。
 - 查看醫療護理費用（醫生、醫院）的更改。
 - 查看我們藥物承保範圍的更改，包括授權要求和費用。
 - 考慮一下您將在保費、自付額和分攤費用上花費多少。
- 檢查 2024 年「藥物清單」的更改以確保您當前使用的藥物仍在承保範圍內。
- 查看您的主治醫生、專科醫生、醫院和其他服務提供者（包括藥房）明年是否會在我們的網絡內。
- 考慮一下您是否對我們的計劃感到滿意。

2. 比較：瞭解其他計劃選項

- 查看您所在區域的計劃承保範圍和費用。請瀏覽 www.medicare.gov/plan-compare 網站，使用 Medicare 計劃搜尋器 (Medicare Plan Finder) 或查閱 2024 年 Medicare 與您 (*Medicare & You 2024*) 手冊背面的清單。
- 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

- 如果您不在 2023 年 12 月 7 日之前加入另一項計劃，您將留在 SCAN Heart First。
- 若要更改為**其他計劃**，您可以在 10 月 15 日至 12 月 7 日之間更換計劃。您的新承保範圍將於 **2024 年 1 月 1 日** 開始生效。這也對終止您對 SCAN Heart First 的參保。
- 如果您最近搬入、目前居住在或剛搬出某個機構（如專業護理機構或長期護理醫院），您可以隨時更換計劃或轉至 Original Medicare（包含或不包含單獨的 Medicare 處方藥計劃）。

其他資源

- 本文件免費提供西班牙文版本。
- 如需更多資訊，請致電我們的會員服務部，電話號碼是 1-800-559-3500。（聽障人士可致電 711。）10 月 1 日至 3 月 31 日期間的服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。4 月 1 日至 9 月 30 日期間的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。我們在大多數聯邦節假日休息。當我們休息時，您可以選擇留下語音訊息。在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。此為免費電話。
- 我們也可以大號字體印刷版、盲文、錄音或您需要的其他可選形式免費為您提供資訊。
- **本計劃的承保範圍滿足 Qualifying Health Coverage (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：www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families，瞭解詳細資訊。

關於 SCAN Heart First

- SCAN Balance (HMO C-SNP) 是一項簽有 Medicare 合約的 HMO 計劃。能否參保 SCANHealthPlan 視合約續簽情況而定。
- 當本文件出現「我們」或「我們的」時，是指 SCANHealthPlan。出現「計劃」或「我們的計劃」時，是指 SCAN Heart First。

H5425-077

Y0057_SCAN_20667_2024_M

2024 年度更改通知 目錄

2024 年重要費用摘要	4
第 1 節 明年的福利與費用變化.....	6
第 1.1 節 - 月繳保費的變化.....	6
第 1.2 節 - 您的最高自付費用金額的變化.....	7
第 1.3 節 - 醫療服務提供者與藥房網絡的變化.....	7
第 1.4 節 - 醫療服務福利和費用的變化.....	8
第 1.5 節 - D 部分處方藥保險的變化.....	9
第 2 節 管理變更	12
第 3 節 決定選擇哪項計劃	12
第 3.1 節 - 如果您希望繼續留在 SCAN Heart First 計劃中	12
第 3.2 節 - 如果您希望更改計劃.....	12
第 4 節 更改計劃的截止日期.....	13
第 5 節 提供 Medicare 免費諮詢的計劃	13
第 6 節 幫助支付處方藥費用的計劃	13
第 7 節 您有任何疑問？	14
第 7.1 節 - 從 SCAN Heart First 獲取幫助	14
第 7.2 節 - 從 Medicare 獲取幫助.....	15

2024 年重要費用摘要

下表在幾個重要方面對 SCAN Heart First 的 2023 年費用和 2024 年費用進行比較。請注意，這只是費用的摘要。

費用	2023 (今年)	2024 (明年)
月繳計劃保費* * 您的保費可能高於此金額。見第 1.1 節瞭解詳情。	\$0	\$0
最高自付費用金額 這是指您為承保的 A 部分和 B 部分服務支付的最高自付費用。(見第 1.2 節瞭解詳情。)	\$4,000	\$2,800
醫生診室就診	主治醫生就診： 每次就診 \$0 的共付額。 專科醫生就診： 每次就診 \$10 的共付額。	主治醫生就診： 每次就診 \$0 的共付額。 專科醫生就診： 每次就診 \$0 的共付額。
住院	第 1 至 6 天，每天支付 \$250 的共付額，及 第 7 天及以後，每天支付 \$0 的共付額。	第 1 至 7 天，每天支付 \$150 的共付額，及 第 8 天及以後，每天支付 \$0 的共付額
D 部分處方藥保險 (見第 1.5 節瞭解詳情。)	自付額：\$0 初始承保階段的共付額/共同保險： <ul style="list-style-type: none"> 第 1 級藥物： 每份處方 \$5 (標準分攤費用 30 天的份量) 每份處方 \$0 (首選分攤費用 30 天的份量) 第 2 級藥物： 每份處方 \$10 (標準分攤費用 30 天的份量) 每份處方 \$0 (首選分攤費用 30 天的份量) 	自付額：\$0 初始承保階段的共付額/共同保險： <ul style="list-style-type: none"> 第 1 級藥物： 每份處方 \$5 (標準分攤費用 30 天的份量) 每份處方 \$0 (首選分攤費用 30 天的份量) 第 2 級藥物： 每份處方 \$10 (標準分攤費用 30 天的份量) 每份處方 \$0 (首選分攤費用 30 天的份量)

費用	2023 (今年)	2024 (明年)
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="686 296 1036 443">• 第 3 級藥物： 對於其他藥物，每份處方 \$47 (標準分攤費用 30 天的份量) <li data-bbox="732 464 1036 646">對於此等級的每種承保胰島素產品的每月份量，您需支付 \$35。 (標準分攤費用 30 天的份量) <li data-bbox="732 667 1036 772">對於其他藥物，每份處方 \$40 (首選分攤費用 30 天的份量) <li data-bbox="732 793 1036 976">對於此等級的每種承保胰島素產品的每月份量，您需支付 \$25。 (首選分攤費用 30 天的份量) <li data-bbox="686 1018 1036 1201">• 第 4 級藥物： 每份處方 \$100 (標準分攤費用 30 天的份量) 每份處方 \$90 (首選分攤費用 30 天的份量) <li data-bbox="686 1243 1036 1446">• 第 5 級藥物： 總費用的 33% (標準分攤費用 30 天的份量) 總費用的 33% (首選分攤費用 30 天的份量) <li data-bbox="686 1488 1036 1551">• 第 6 級藥物： 不適用 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1075 296 1424 443">• 第 3 級藥物： 對於其他藥物，每份處方 \$47 (標準分攤費用 30 天的份量) <li data-bbox="1120 464 1424 646">對於此等級的每種承保胰島素產品的每月份量，您需支付 \$35。 (標準分攤費用 30 天的份量) <li data-bbox="1120 667 1424 772">對於其他藥物，每份處方 \$40 (首選分攤費用 30 天的份量) <li data-bbox="1120 793 1424 976">對於此等級的每種承保胰島素產品的每月份量，您需支付 \$25。 (首選分攤費用 30 天的份量) <li data-bbox="1075 1018 1424 1201">• 第 4 級藥物： 每份處方 \$100 (標準分攤費用 30 天的份量) 每份處方 \$90 (首選分攤費用 30 天的份量) <li data-bbox="1075 1243 1424 1446">• 第 5 級藥物： 總費用的 33% (標準分攤費用 30 天的份量) 總費用的 33% (首選分攤費用 30 天的份量) <li data-bbox="1075 1488 1424 1671">• 第 6 級藥物： 每份處方 \$0 (標準分攤費用 30 天的份量) 每份處方 \$0 (首選分攤費用 30 天的份量)

費用	2023 (今年)	2024 (明年)
	重大傷病承保： <ul style="list-style-type: none"> 在此付款階段，計劃將為您支付承保藥物的大部分費用。 對於每份處方，您需支付以下較大者：相當於藥物費用 5% 的付款（這稱為共同保險），或共付額（普通藥或被視為普通藥的藥物為 \$4.15，所有其他藥物為 \$10.35）。 	重大傷病承保： <ul style="list-style-type: none"> 在此付款階段，計劃將為您支付 D 部分承保藥物的全部費用。您無需支付任何費用。

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	2023 (今年)	2024 (明年)
月繳保費 （您還必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費。）	\$0	\$0
月繳可選補充計劃保費	基本牙科計劃：\$10	基本牙科計劃：\$10

- 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」）相當的其他藥物保險時間達 63 天或以上而需支付終身 D 部分逾期參保罰金，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 處方藥承保範圍費用。

第 1.2 節 - 您的最高自付費用金額的變化

Medicare 要求所有健康計劃限制您該年支付的自付費用金額。此限制稱為自付費用上限金額。一旦達到此金額，您通常無需為該年剩餘時間內的 A 部分和 B 部分承保服務支付任何費用。

費用	2023 (今年)	2024 (明年)
最高自付費用金額	\$4,000	\$2,800
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 部分和 B 部分服務支付了 \$2,800 的自付費用，則無需支付日曆年度剩餘時間內的承保 A 部分和 B 部分服務的費用。

第 1.3 節 - 醫療服務提供者與藥房網絡的變化

更新的目錄位於我們的網站 www.scanhealthplan.com。您也可以致電會員服務部諮詢最新的服務提供者和/或藥房資訊，或要求我們為您郵寄目錄；我們將在三個工作日內郵寄目錄。

我們明年的醫療服務提供者網絡會有變化。請查看 2024 年《服務提供者與藥房目錄》以瞭解您的服務提供者（初級保健服務提供者、專科醫生、醫院等）是否在我們的網絡中。

我們明年的藥房網絡會有變化。請查看 2024 年《服務提供者與藥房目錄》以瞭解哪些藥房在我們的網絡中。

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）和藥房進行更改。如果我們的醫療服務提供者在年中發生變更會對您造成影響，請聯絡會員服務部，以便我們提供協助。

第 1.4 節 - 醫療服務福利和費用的變化

我們將更改明年某些醫療服務的費用和福利。以下資訊描述了這些更改。

費用	2023 (今年)	2024 (明年)
針灸服務 (Medicare 承保)	每次就診，您需支付 \$10 的共付額。	每次就診，您需支付 \$0 的共付額。
行為遠程醫療	行為健康遠程醫療服務 <u>不</u> 受承保。	每次虛擬醫生就診，您需支付 \$0 的共付額。請參閱您的承保範圍說明書瞭解詳細資訊。
牙科服務 (Medicare 承保)	每次就診，您需支付 \$10 的共付額。	每次就診，您需支付 \$0 的共付額。
醫生診室就診 - 專科醫生	每次就診，您需支付 \$10 的共付額。	每次就診，您需支付 \$0 的共付額。
由 Google 提供技術支援的 Fitbit Care	由 Google 提供技術支援的 Fitbit Care <u>不</u> 受承保。	您需為由 Google 提供技術支援的 Fitbit Care 支付 \$0 共付額。請參閱您的承保範圍說明書瞭解詳細資訊。
住院治療	第 1 至 6 天，您每天需支付 \$250 的共付額；第 7 天及以後，您每天需支付 \$0 的共付額。	第 1 至 7 天，您每天需支付 \$150 的共付額；第 8 天及以後，您每天需支付 \$0 的共付額。
門診手術 - 門診醫院	每次門診醫院就診，您需支付 \$10-\$125 的共付額。	每次門診醫院就診，您需支付 \$0-\$125 的共付額。
B 部分處方藥	<p>從 2023 年 4 月 1 日開始，您需為 Medicare B 部分處方藥支付 Medicare 核准金額的 \$0 - 20%。</p> <p>從 2023 年 7 月 1 日開始，對於透過耐用醫療設備（例如醫療必需的胰島素泵）提供的 B 部分胰島素的一個月份量，您需支付的費用不超過 \$35。</p> <p>事先授權規則適用。</p> <p>請參閱您的承保範圍說明書瞭解詳細資訊。</p>	

費用	2023 (今年)	2024 (明年)
足療服務 (Medicare 承保)	每次就診，您需支付 \$10 的共付額。	每次就診，您需支付 \$0 的共付額。
足療服務 (定期/非 Medicare 承保)	每次就診您需支付 \$0 共付額，每年最多 6 次就診。	定期 (非 Medicare 承保) 足療服務 <u>不受</u> 承保。
建立人際關係專屬方案 - Headspace - 專注/冥想應用程式	使用 Headspace 應用程式，您需支付 \$0。	Headspace <u>不受</u> 承保。
急症治療服務	每次就診，您需支付 \$10 的共付額。	每次就診，您需支付 \$0 的共付額。
急症治療服務 - 全球範圍承保	每次就診，您需支付 \$10 的共付額。	每次就診，您需支付 \$0 的共付額。

第 1.5 節 - D 部分處方藥保險的變化

我們的「藥物清單」更改

我們的承保藥物清單稱為處方藥一覽表或「藥物清單」。我們的「藥物清單」副本以電子形式提供。

我們對「藥物清單」進行了更改，其中可能包括刪除或添加藥物、更改適用於某些藥物承保範圍的限制或將其移至其他分攤費用等級。**請查看「藥物清單」以確保您的藥物在明年得到承保，並查看是否有任何限制條件，或您的藥物是否已移至其他分攤費用等級。**

「藥物清單」中的大多數更改都是每年年初的新更改。但是，在該年中，我們可能會進行 Medicare 規則允許的其他更改。例如，我們可以立即刪除 FDA 認為不安全或產品製造商下架的藥物。我們會更新網上的「藥物清單」以提供最新的藥物清單。

如果您在年初或年內受到藥物承保更改的影響，請查看您的承保範圍說明書第 9 章，並與您的醫生交談以了解您的選擇，例如要求臨時供應、申請尋求例外處理和/或尋找新藥。您也可以聯絡會員服務部以瞭解更多資訊。

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 部分處方藥費用的資訊可能對您不適用。我們已寄給您一份單獨的插頁，稱為「取得額外補助支付處方藥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」），該插頁會告訴您藥物費用。如果您接受「額外補助」，但在 2023 年 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。

藥物付款分為四個階段。以下資訊顯示前兩個階段的變化 - 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。）

自付額階段的變化

階段	2023 (今年)	2024 (明年)
第 1 階段：年度自付額階段	因我們沒有自付額，此付款階段不適用於您。	因我們沒有自付額，此付款階段不適用於您。

初始承保階段分攤費用更改

階段	2023 (今年)	2024 (明年)
<p>第 2 階段：初始承保階段</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>此列的金額為您在網絡內藥房配取一個月（30 天）藥物份量的費用。</p> <p>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」上某些藥物的等級。如要瞭解您的藥物是否將屬於其他等級，請在「藥物清單」中搜尋。</p> <p>大多數成人 D 部分疫苗獲免費承保</p>	<p>在網絡內藥房配取一個月藥物份量的費用：</p> <p>第 1 級：首選普通藥： 標準分攤費用：每份處方支付 \$5。 首選分攤費用：每份處方支付 \$0。</p> <p>第 2 級：普通藥： 標準分攤費用：每份處方支付 \$10。 首選分攤費用：每份處方支付 \$0。</p> <p>第 3 級：首選品牌藥： 標準分攤費用：對於其他藥物，您需為每份處方支付 \$47。 對於此等級的每種承保胰島素產品的每月份量，您需支付 \$35。 首選分攤費用：對於其他藥物，您需為每份處方支付 \$40。 對於此等級的每種承保胰島素產品的每月份量，您需支付 \$25。</p>	<p>在網絡內藥房配取一個月藥物份量的費用：</p> <p>第 1 級：首選普通藥： 標準分攤費用：每份處方支付 \$5。 首選分攤費用：每份處方支付 \$0。</p> <p>第 2 級：普通藥： 標準分攤費用：每份處方支付 \$10。 首選分攤費用：每份處方支付 \$0。</p> <p>第 3 級：首選品牌藥： 標準分攤費用：對於其他藥物，您需為每份處方支付 \$47。 對於此等級的每種承保胰島素產品的每月份量，您需支付 \$35。 首選分攤費用：對於其他藥物，您需為每份處方支付 \$40。 對於此等級的每種承保胰島素產品的每月份量，您需支付 \$25。</p>

階段	2023 (今年)	2024 (明年)
	<p>第 4 級：非首選藥物： 標準分攤費用：每份處方支付 \$100。 首選分攤費用：您需為每份處方支付 \$90。</p>	<p>第 4 級：非首選藥物： 標準分攤費用：每份處方支付 \$100。 首選分攤費用：您需為每份處方支付 \$90。</p>
	<p>第 5 級：特殊級藥物： 標準分攤費用：支付總費用的 33%。 首選分攤費用：支付總費用的 33%。</p>	<p>第 5 級：特殊級藥物： 標準分攤費用：支付總費用的 33%。 首選分攤費用：支付總費用的 33%。</p>
	<p>第 6 級：選擇性護理藥物： 不適用</p>	<p>第 6 級：選擇性護理藥物： 標準分攤費用：每份處方支付 \$0。 首選分攤費用：每份處方支付 \$0。</p>
	<p>一旦您的總藥費達到 \$4,660，您將進入下一個階段（承保缺口階段）。</p>	<p>一旦您的總藥費達到 \$5,030，您將進入下一個階段（承保缺口階段）。</p>

承保缺口和重大傷病承保階段的更改

另外兩個藥物承保階段 - 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。大多數會員不會達到承保缺口階段或重大傷病承保階段。

從 2024 年開始，如果您達到重大傷病承保階段，則無需為 D 部分承保藥物支付任何費用。

有關這些階段的費用的具體資訊，請參閱您的承保範圍說明書第 6 章第 6 節及第 7 節。

第 2 節 管理變更

下表對比了明年的管理措施變化：

描述	2023（今年）	2024（明年）
健康俱樂部會籍服務提供者	健康俱樂部會籍由 SilverSneakers 提供。	健康俱樂部會籍由 OnePass 提供。

第 3 節 決定選擇哪項計劃

第 3.1 節 - 如果您希望繼續留在 SCAN Heart First 計劃中

若要繼續留在我們的計劃內，您無需採取任何措施。如果您沒有在 12 月 7 日之前參保其他計劃或更改為 Original Medicare，您將自動參保我們的 SCAN Heart First。

第 3.2 節 - 如果您希望更改計劃

我們希望明年您能繼續成為我們的會員，但如果您想更改 2024 年的計劃，請進行下步驟：

第 1 步：瞭解和比較您的選擇

- 您可以加入其他 Medicare 保健計劃，
- 或- 您可以更改為 Original Medicare。如果您更改為 Original Medicare，您需要決定是否加入 Medicare 藥物計劃。如果您不參保 Medicare 藥物計劃，請參閱第 1.1 節關於可能的 D 部分逾期參保罰金的內容。

要瞭解關於 Original Medicare 以及不同類型的 Medicare 計劃的更多資訊，請使用 Medicare 計劃搜尋器 (Medicare Plan Finder) (www.medicare.gov/plan-compare)，查閱《2024 年 Medicare 與您》手冊，致電您的州健康保險援助計劃（請參見第 5 節）或致電 Medicare（請參見第 7.2 節）。

第 2 步：更改您的承保範圍

- 若要改為其他 Medicare 保健計劃，請參保新的計劃。您將自動從 SCAN Heart First 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 SCAN Heart First 退保。
- 若要改為不含處方藥計劃的 Original Medicare，您必須：
 - 向我們寄送書面退保申請，或瀏覽我們的網站以線上退保。如果您需要有關如何操作的詳細資訊，請聯絡會員服務部。
 - - 或者 - 您可隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，要求退保。TTY 使用者請撥打 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 日至 12 月 7 日期間更改計劃。更改將於 2024 年 1 月 1 日生效。

一年中的其他時間可以進行更改嗎？

在某些情況下也可在一年中的其他時間進行更改。例如：享有 Medicaid 的人士、獲得「額外補助」以支付藥費的人士、擁有或即將失去雇主保險以及搬離服務區域的人士。

如果您參保了將於 2024 年 1 月 1 日生效的 Medicare Advantage 計劃，但對您選擇的計劃不滿意，您可以在 2024 年 1 月 1 日到 3 月 31 日期間轉到其他 Medicare 保健計劃（包含或不包含 Medicare 處方藥承保範圍）或 Original Medicare（包含或不包含 Medicare 處方藥承保範圍）。

如果您最近搬入、目前居住在或剛搬離機構（如專業護理機構或長期護理醫院），您可隨時變更您的 Medicare 保險。您可以隨時更換至任何其他 Medicare 保健計劃（包含或不包含 Medicare 處方藥承保範圍）或轉至 Original Medicare（包含或不包含單獨的 Medicare 處方藥計劃）。

第 5 節 提供 Medicare 免費諮詢的計劃

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

這是一項由聯邦政府出資為 Medicare 受保人提供本地**免費**健康保險諮詢的州計劃。健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP) 的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。您可致電健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)，電話：1-800-434-0222。您可瀏覽健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP) 的網站 (aging.ca.gov/hicap/)，瞭解與其相關的更多資訊。

第 6 節 幫助支付處方藥費用的計劃

您可能資格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有資格獲得處方藥費「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。要瞭解自己是否符合資格，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，代表服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 7 點。每天 24 小時都有自動留言服務。聽障人士可致電 1-800-325-0778；或
 - 您的州 Medicaid 辦公室（提出申請）。

- **從您的州政府醫藥援助計劃獲得幫助。**加州提供一項「先天性殘障人士計劃」(GHPP)，可根據人們的財務需求、年齡或病症幫助其支付處方藥費用。要瞭解有關該計劃的更多資訊，請諮詢您的州健康保險援助計劃。
- **愛滋病毒/愛滋病患者的處方藥分攤費用補助。**愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 可以幫助確保符合 ADAP 資格的愛滋病毒/愛滋病患者獲取挽救生命的愛滋病毒藥物。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 部分處方藥有資格透過加州公共衛生局傳染病中心 AIDS 辦公室獲得處方藥分攤費用補助，地址：California Department of Public Health, MS7700, P.O. Box 997426, Sacramento, CA 95899-7426。如需瞭解關於資格標準、承保藥物或如何參加該計劃的資訊，請致電 1-844-421-7050。

第 7 節 您有任何疑問？

第 7.1 節 - 從 SCAN Heart First 獲取幫助

您有任何問題？我們可隨時隨地為您提供幫助。請撥打會員服務部號碼 1-800-559-3500。（僅聽障人士可致電 711。）10 月 1 日至 3 月 31 日期間，我們的服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。4 月 1 日至 9 月 30 日期間的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。我們在大多數聯邦節假日休息。當我們休息時，您可以選擇留下語音訊息。在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。撥打這些電話是免費的。

查閱您的 2024 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 2024 年的福利及費用發生的變化。詳情請參閱 SCAN Heart First 的 2024 年承保範圍說明書。承保範圍說明書是詳細說明您的計劃福利的法律文件。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。承保範圍說明書的副本可在我們的網站 www.scanhealthplan.com 上找到。您也可致電會員服務部，要求我們為您郵寄一份承保範圍說明書。

瀏覽我們的網站

您還可以瀏覽我們的網站 www.scanhealthplan.com。在此提醒您，我們的網站提供有關我們服務提供者網絡的最新資訊（《服務提供者與藥房目錄》）和我們的《承保藥物清單（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）。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

瀏覽 Medicare 網站

瀏覽 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。其中包含關於您所在地區的費用、承保範圍和品質星級評等的資訊，可幫助您比較您所在區域的 Medicare 保健計劃。如需檢視有關計劃的資訊，請瀏覽 www.medicare.gov/plan-compare。

查閱《2024 年 Medicare 與您》

查閱《2024 年 Medicare 與您》手冊。每年秋季，本文件都會郵寄給 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 的常見問題。如果您沒有此文件的副本，您可以在 Medicare 網站 (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 下載，或每週 7 天、每天 24 小時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

SCAN Health Plan、SCAN Desert Health Plan 與 SCAN Health Plan New Mexico 均遵守適用聯邦民權法，不會基於或因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而歧視、拒絕接納或區別對待任何人。SCAN Health Plan、SCAN Desert Health Plan 與 SCAN Health Plan New Mexico 均向殘障人士提供免費協助和服務，幫助他們與我們進行有效溝通，比如：合格的手語翻譯員，以及其他格式的書面資訊（大號字體、音訊、無障礙電子格式、其他格式）。SCAN Health Plan、SCAN Desert Health Plan 與 SCAN Health Plan New Mexico 均向母語非英語的人員免費提供語言服務，如合格的翻譯員和以其他語言書寫的資訊。如果您需要這些服務，請聯絡 SCAN 會員服務部。

如果您認為 SCAN Health Plan、SCAN Desert Health Plan 或 SCAN Health Plan New Mexico 因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而未能提供這些服務或在其他方面存在歧視行為，您可透過打電話、致函或發傳真的方式向以下機構提出申訴：

SCAN Health Plan
Attention: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 22616
Long Beach, CA 90801-5616

SCAN Member Services
1-800-559-3500
傳真: 1-562-989-0958
聽障專線：711

或者透過在我們的網站上填寫「提出申訴」表提出申訴：

<https://www.scanhealthplan.com/contact-us/file-a-grievance>

如果您在提出申訴時需要幫助，SCAN 會員服務部可向您提供幫助。

您還可透過民權辦公室投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，以電子形式向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出民權投訴，或者透過郵件或電話進行此投訴：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019（聽障專線：1-800-537-7697）

投訴表格可在以下網址獲取：<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>。

您還可以透過電話、書面或電子方式向加州衛生保健服務部民權辦公室提出民權投訴：

- 透過電話：請致電 1-916-440-7370。如果您為聽障或語障人士，請致電 711（電信中繼服務）。
- 書面方式：填寫投訴表或寄信至：
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
投訴表格可在以下網址獲取 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。
- 電子方式：傳送電郵至 CivilRights@dhcs.ca.gov

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-559-3500. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

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, llame al 1-800-559-3500. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Cantonese (Traditional): 我們提供免費的口譯服務，以解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何問題。如需獲得口譯服務，請致電 1-800-559-3500 聯絡我們。我們有會說中文的工作人員可以為您提供幫助。這是一項免費服務。

Chinese Mandarin (Simplified): 我们提供免费的口译服务，以解答您对我们的健康或药物计划可能有的任何问题。如需获得口译服务，请致电 1-800-559-3500 联系我们。我们有会说中文的工作人员可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi quý vị có thể có về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Để được thông dịch, chỉ cần gọi theo số 1-800-559-3500. Người nói Tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Tagalog: Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter upang masagot ang anumang katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lamang kami sa 1-800-559-3500. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-559-3500 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Armenian: Առողջութեան կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ որևէ հարց առաջանալու դեպքում կարող եք օգտվել անվճար թարգմանչական ծառայությունից: Թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք 1-800-559-3500 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերենին տիրապետող մեր աշխատակիցը: Ծառայությունն անվճար է:

Persian: توجه: ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سؤالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروهای ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای آن که مترجم دریافت کنید فقط کافیسست با شماره 1-800-559-3500 تماس بگیرید. شخصی که به زبان فارسی صحبت می کند، می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно плана медицинского обслуживания или обеспечения лекарственными препаратами, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по номеру 1-800-559-3500. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит на русском языке. Данная услуга бесплатная.

Japanese: 当社の健康保険と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をご用意しています。通訳をご利用になるには、1-800-559-3500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。

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة لديك تتعلق بخططنا الصحية أو جدول الدواء. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-800-559-3500. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه الخدمة المجانية.

Punjabi: ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਕੋਈ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਬੱਸ ਸਾਨੂੰ 1-800-559-3500 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Mon-Khmer, Cambodian:

យើងខ្ញុំមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចាំឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬផែនការឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ គ្រាន់តែហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-800-559-3500។ មានគេដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb koj cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kho mob thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-800-559-3500. Muaj qee tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb.

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 1-800-559-3500 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Thai: เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบสนองข้อสงสัยต่าง ๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพและด้านเภสัชกรรมของเรา ขอความช่วยเหลือจากล่ามโดยโทรติดต่อเราที่หมายเลข 1-800-559-3500 เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

Lao: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງ ພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພວງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-559-3500. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

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 1-800-559-3500. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-559-3500. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per usufruire di un interprete, contattare il numero 1-800-559-3500. Un nostro incaricato che parla Italiano Le fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: 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 1-800-559-3500. Irá encontrar alguém que fale português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou yo. Pou w jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500. Ta usługa jest bezpłatna.

Hmong-Mien: Peb muaj kev pab cuam txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-800-559-3500. Muaj tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

Ukrainian: Ми надаємо безкоштовні послуги усного перекладача, який відповість на будь-які ваші запитання щодо нашого плану медичного обслуговування або лікарського забезпечення. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-559-3500. Вам може допомогти людина, яка володіє українською мовою. Ця послуга безкоштовна.