



該資料是關於您中心健保聯邦健康保險計劃內容變更的重要資訊。

關於您2023年的年度變更通知，福利說明書及福利摘要的變更內容：

在2023年的材料中所變更的內容：	原有的資訊：	訂正後的資訊：	對您有什麼影響？
年度變更通知-福利及費用變更 — 聯邦醫療保險B部分處方藥福利	不承保	2022: 您需支付20%的共同保險  2023: 您最多需要支付20%的共同保險  部分可退費的藥物享有更少的共同保險費用。B部分胰島素的每月費用不超過\$35。	您最多需要為B部分藥物支付20%的共同保險，及每月不超過\$35的B部分胰島素費用。
福利說明書-第四章，2.1節，身為計劃會員時，您享有的福利及需要支付的費用 — 聯邦醫療保險B部分處方藥	您需支付20%的共同保險	您最多需要支付20%的共同保險。 部分可退費的藥物享有更少的共同保險費用。B部分胰島素的每月費用不超過\$35。	您最多需要為B部分藥物支付20%的共同保險，及每月不超過\$35的B部分胰島素費用。
福利摘要 - 聯邦醫療保險B部分藥物： • 化療藥物 • 其他B部分藥物	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% 共同保險</li> <li>• 20% 共同保險</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 最多20%共同保險</li> <li>• 最多需要20%的共同保險。B部分胰島素的每月費用不超過\$35。</li> </ul>	您最多需要為B部分藥物支付20%的共同保險，及每月不超過\$35的B部分胰島素費用。

您不需要對該文件進行任何操作，但是我們建議您保留此文件作日後參考之用。

如果您有任何疑問，請聯係我們1-866-314-2427, TTY 711. 會員服務專員將於每周七天，上午8點至晚上8點為您服務。

中心健保聯邦健康保險是一個與聯邦醫療保險簽約的計劃。參加計劃的資格取決於合約的續簽與否。



中 心 健 保  
聯 邦 健 康 保 險 計 劃

# 福利摘要

中心健保聯邦紅藍卡計劃  
中心健保悅享計劃

加利福尼亞

洛杉磯縣

橙縣

河濱縣

聖伯納迪諾縣

# 2023 年福利摘要

中心健保聯邦紅藍卡計劃 (HMO) H5649-001

中心健保悅享計劃 (HMO) H5649-019

2023 年 1 月 1 日 - 2023 年 12 月 31 日。

中心健保聯邦醫療保險計劃是簽訂 Medicare 合約的 HMO 計劃。投保中心健保聯邦醫療保險計劃取決於續約情況。

所提供的福利資訊並未列出我們給付的每項服務，或是並未列出所有限制或排除項目。若要取得我們給付的服務完整清單，請前往 [www.centralhealthplan.com](http://www.centralhealthplan.com) 存取「承保證明」。

如要加入 **中心健保聯邦紅藍卡計劃(HMO)**、**中心健保悅享計劃(HMO)**，您也必須有資格享有 Medicare Part A、已投保 Medicare Part B，並居住在我們的服務區域內。我們的服務區域包含 加利福尼亞 的下列郡：洛杉磯縣、橙縣、河濱縣 及 聖伯納迪諾縣。

除非是緊急情況，否則若您使用不在我們網絡內的提供者，我們可能不會支付這些服務的費用。

關於 Original Medicare 的承保範圍和費用，請參閱您目前的「**Medicare 與您**」手冊。請造訪 [Medicare.gov](http://Medicare.gov) 線上檢視該手冊，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取手冊副本，服務時間全年無休（含某些聯邦假日）。TTY/TDD 使用者應撥打 1-877-486-2048。

本文件提供其他格式，例如點字、大字體或音訊版本。

**有任何問題嗎？**請致電 中心健保聯邦醫療保險計劃 保戶服務部門，電話：1-866-314-2427，TTY：711，服務時間為 上午 8:00 到晚上 8:00 (PT)，每週 7 天，或造訪我們的網站：[www.centralhealthplan.com](http://www.centralhealthplan.com)。

保費與福利	中心健保聯邦紅藍卡計劃 HMO (01)	中心健保悅享計劃 HMO (19)
<b>每月計劃保費</b> 您必須繼續支付您的 Medicare Part B 保費。	\$0	\$0
<b>B部分退費</b>	每個月 \$0	每個月 \$125
<b>自付額</b>	無自付額	無自付額
<b>最高自付額責任</b> (不包括處方藥)	不超過每年 \$990	不超過每年 \$2,900
<b>住院*</b>	每次住院 \$0 90 天後不限額外天數共付額為 \$0	第 1-5 天的每日共付額為 \$150 第 6-90 天的每日共付額為 \$0 90 天後不限額外天數共付額為 \$0
<b>醫院門診*‡</b>	共付額 \$0	共付額 \$0 - \$225
<b>門診手術中心*</b>	共付額 \$0	共付額 \$0
<b>醫生門診</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 家庭醫師</li> <li>• 專科醫師*</li> </ul>	共付額 \$0 共付額 \$0	共付額 \$0 共付額 \$10
<b>預防性照護</b> 提供其他預防性服務。 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 流感疫苗、糖尿病篩檢等*</li> </ul>	共付額 \$0	共付額 \$0
<b>急診照護</b> 如果在 72 小時內住院或重新入院至 ER，則免付共付額	共付額 \$0 - \$50	共付額 \$0 - \$125

\* 服務可能需要授權。

‡ 請參閱《承保證明 (EOC)》，以瞭解特定服務的詳細資料。

保費與福利	中心健保聯邦紅藍卡計劃 HMO (01)	中心健保悅享計劃 HMO (19)
<b>緊急護理</b>	共付額 \$0	共付額 \$0
<b>診斷服務/化驗/成像*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 診斷性檢查和程序</li> <li>• 化驗服務</li> <li>• MRI、CAT 掃描</li> <li>• X 光</li> </ul>	共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0	共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 - \$75 共付額 \$0
<b>聽力服務*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 每年一次例行聽力檢查</li> <li>• 助聽器選配和評估 每年一次</li> <li>• 助聽器</li> </ul>	共付額 \$0 共付額 \$0  每年透過 NationsHearing 提供最高 \$2,000 的助聽器費用	共付額 \$0 共付額 \$0  每個基礎型號助聽器 \$699 您每年會獲得 2 個助聽器 每個高階型號助聽器 \$999
<b>牙科服務*†</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 預防性牙科 ( 例如口腔檢查、X 光、清潔 )</li> </ul> <b>綜合性牙科*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 診斷服務</li> <li>• 修復服務</li> <li>• 牙髓病學</li> <li>• 牙周病學</li> <li>• 拔牙</li> <li>• 牙科補綴、其他口腔/顎面手術、其他服務</li> </ul>	共付額 \$0  共付額 \$0 共付額 \$0 - \$295 共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 - \$295	共付額 \$0  共付額 \$0 共付額 \$0 - \$295 共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 - \$295
<b>視力服務*†</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 例行眼睛檢查</li> <li>• 視網膜成像</li> <li>• 眼鏡費用</li> </ul>	共付額 \$0 每年一次檢查 共付額 \$0 每年一次檢查 每年最高 \$300	共付額 \$0 每年一次檢查 共付額 \$0 每年一次檢查 每年最高 \$125

\* 服務可能需要授權。

† 可能有限制。請參閱 EOC 以瞭解詳細資料。

保費與福利	中心健保聯邦紅藍卡計劃 HMO (01)	中心健保悅享計劃 HMO (19)
<b>心理健康服務*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>門診個人治療</li> <li>門診團體治療</li> </ul>	<b>共付額 \$0</b> <b>共付額 \$0</b>	<b>共付額 \$40</b> <b>共付額 \$40</b>
<b>專業護理機構 (SNF)*</b>	第 1 至 20 天的每日共付額為 <b>\$0</b> 第 21 至 100 天的每日共付額 最高為 <b>\$200</b>	第 1 至 20 天的每日共付額為 <b>\$0</b> 第 21 至 100 天的每日共付額 最高為 <b>\$200</b>
<b>物理治療*</b>	<b>共付額 \$0</b>	<b>共付額 \$10</b>
<b>救護車 (地面) *</b>	<b>每次搭乘的共付額 \$0 - \$40</b>	<b>每次搭乘的共付額 \$0 - \$150</b>
<b>接送*</b>	<b>前往計劃核准地點的 48 次單 程接送 (上限 50 英里) 為 \$0</b>	<b>前往計劃核准地點的 48 次單 程接送 (上限 50 英里) 為 \$0</b>
<b>Medicare Part B 藥物*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>化療藥物</li> <li>其他 Part B 藥物</li> </ul>	<b>共同保險金 20%</b> <b>共同保險金 20%</b>	<b>共同保險金 20%</b> <b>共同保險金 20%</b>

\* 服務可能需要授權。

門診處方藥

中心健保聯邦紅藍卡計劃  
HMO (01)

中心健保悅享計劃  
HMO (19)

Part D 自付額  
(第 2 級至第 5 級)

無自付額

無自付額

零售處方藥  
30 天藥量

郵購 90 天藥  
量

零售處方藥  
30 天藥量

郵購 90 天藥  
量

初始承保

在藥物費用 (年度至今) 達到 \$4,660 之前, 您會處於初始承保期

第 1 級 - 優先普通藥

共付額 \$0

共付額 \$0

共付額 \$0

共付額 \$0

第 2 級 - 普通藥

共付額 \$0

共付額 \$0

共付額 \$0

共付額 \$0

第 3 級 - 優先名牌藥

共付額 \$35

共付額 \$70

共付額 \$47

共付額 \$94

第 4 級 - 非優先名牌藥

共付額 \$75

共付額 \$150

共付額 \$100

共付額 \$200

第 5 級 - 特殊等級藥

費用的 33%

不提供

費用的 33%

不提供

第 6 級 - 選擇性護理藥

共付額 \$0

共付額 \$0

共付額 \$0

共付額 \$0

承保缺口

在年度至今「自付額費用」(您的付款)達到總計 \$7,400 之前, 您會處於此期

第 1 級 - 優先普通藥

共付額 \$0

共付額 \$0

共付額 \$0

共付額 \$0

第 2 級 - 普通藥

共付額 \$0

共付額 \$0

費用的 25%

費用的 25%

第 3 級 - 優先名牌藥

費用的 25%

費用的 25%

費用的 25%

費用的 25%

第 4 級 - 非優先名牌藥

費用的 25%

費用的 25%

費用的 25%

費用的 25%

第 5 級 - 特殊等級藥

費用的 25%

不提供

費用的 25%

不提供

第 6 級 - 選擇性護理藥

共付額 \$0

共付額 \$0

共付額 \$0

共付額 \$0

## 門診處方藥

### 中心健保聯邦紅藍卡計劃 HMO (01)

### 中心健保悅享計劃 HMO (19)

#### 重大傷病承保

在年度至今「自付額費用」(您的付款)達到總計\$7,400之後,您會處於此期

在此期期間,計劃會支付您當曆年度剩餘時間的大部分藥物費用(直到2023年12月31日)。

普通藥或首選多方來源藥物共付額\$4.15或5%(以費用較高者為準),所有其他藥物共付額\$10.35或5%(以費用較高者為準)。

在此期期間,計劃會支付您當曆年度剩餘時間的大部分藥物費用(直到2023年12月31日)。

普通藥或首選多方來源藥物共付額\$4.15或5%(以費用較高者為準),所有其他藥物共付額\$10.35或5%(以費用較高者為準)。

#### 關於您為疫苗支付費用的重要資訊

我們的計劃為您免費承保大多數的Part D疫苗,即使您沒有支付自付額亦然(若您有自付額)。請致電保戶服務部以取得更詳細的資訊。

#### 關於您為胰島素支付費用的重要資訊

針對我們計劃承保的每種胰島素產品一個月供應量,無論其屬於哪個分攤費用層級,您都不會支付超過\$35(或可能更低,取決於您的Extra Help等級或如果您的第3級共付額低於\$35),即使您未支付自付額亦然(若您有自付額)。

分攤費用可能會因您選擇的藥房以及您進入Part D福利新期的時間而有不同。



額外給付*	中心健保聯邦紅藍卡計劃 HMO (01)	中心健保悅享計劃 HMO (19)
<b>隨心卡 (Flex Card)</b>	每三個月 \$300 隨心卡 (Flex Card) 基金可用於我們草藥目錄中的非處方 (OTC) 項目、健身費用和健康與保健項目	每三個月 \$275 隨心卡 (Flex Card) 基金可用於我們草藥目錄中的非處方 (OTC) 項目、健身費用和健康與保健項目
<b>健康食品津貼‡</b> 這些是慢性疾病的特殊附加福利。保戶必須符合特定條件才能享有這些福利。	符合資格之患有慢性病症的保戶，每個月最多可享 \$25 的健康食品	不在承保範圍內
<b>餐點和營養諮詢 (Made Easy Meals) ‡</b>	一天獲得 2 次餐點，適用於手術或住院後的 14 天，或是適用於必須待在家中一段時間的醫療病症或潛在醫療病症。每年最多可使用 4 次。	不在承保範圍內
<b>針灸*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicare 承保的針灸</li> <li>例行針灸 - 每年無限的就診。</li> </ul>	共付額 \$0 共付額 \$0	共付額 \$0 共付額 \$0
<b>整脊服務*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicare 給付的整脊照護</li> </ul>	共付額 \$0	共付額 \$0
<b>磅秤</b> 這些是慢性疾病的特殊附加福利。保戶必須符合特定條件才能享有這些福利。	共付額 \$0	共付額 \$0
<b>草藥目錄</b>	目錄中的產品透過 中心健保隨心卡 (Flex Card) 獲得承保，保戶可於線上訂購。如需詳細資訊，請致電保戶服務部。	目錄中的產品透過 中心健保隨心卡 (Flex Card) 獲得承保，保戶可於線上訂購。如需詳細資訊，請致電保戶服務部。
<b>健身房會員資格</b>	共付額 \$0	共付額 \$0

‡ 請參閱承保證明 (EOC) 以瞭解特定服務的詳細資訊。

額外給付*	中心健保聯邦紅藍卡計劃 HMO (01)	中心健保悅享計劃 HMO (19)
全年無休遠程醫療	共付額 \$0	共付額 \$0
個人緊急應變系統 (PERS)	共付額 \$0	共付額 \$0
耐用醫療設備 (DME)*	共同保險金 \$0 - 20%	共同保險金 \$0 - 20%
<b>全球急診照護</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 緊急護理</li> <li>• 急診室</li> <li>• 緊急情況運送</li> </ul>	共付額 \$25 承保範圍最高至 \$100,000	共付額 \$95 承保範圍最高至 \$50,000

## 反歧視聲明

中心健保聯邦醫療保險計劃 遵守適用的聯邦民權法，不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別而提供差別待遇。中心健保聯邦醫療保險計劃不會因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而排除人們或進行差別對待。

中心健保聯邦醫療保險計劃

- 為殘疾人提供免費的幫助和服務，以便與我們有效溝通，如：
  - 合格的手語翻譯
  - 其他格式的書面資訊 ( 大型字體、語音版、無障礙電子格式、其他格式 )
- 為主要語言不是英語的人提供免費語言服務，例如：
  - 合格的口譯員
  - 其他語言的書面資訊

如果您需要這些服務，請聯絡保護服務部：1-866-314-2427 (TTY 711)。服務時間為：上午 8:00 到晚上 8:00 (PT)，每週 7 天。

如果您認為 中心健保聯邦醫療保險計劃 無法提供這些服務，或在其他方面有基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別的歧視。您可以致電我們的客戶服務部，或寫信提出申訴，信件請寄至：

中心健保聯邦醫療保險計劃  
收件人：Member Services  
PO Box 14244  
Orange, CA 92863  
電話：1-866-314-2427 · TTY：711  
傳真：1-626-388-2361  
電子郵件：memberservices@centralhealthplan.com

如果您在提出申訴時需要幫助，中心健保聯邦醫療保險計劃保戶服務部可為您提供幫助。

您也可以透過民權辦公室投訴入口網站：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，以電子方式向美國健康與人類服務部，民權辦公室提出民事投訴，或者寄送郵件或撥電話至：

U.S.Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C.20201  
電話：1-800-368-1019 · TDD：1-800-537-7697  
投訴表格可以在此處 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 取得

多語言插頁  
多語言口譯服務

英文：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 1-866-314-2427. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

西班牙文：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 1-866-314-2427. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

中文華語：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 1-866-314-2427。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

中文廣東話：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 1-866-314-2427。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。

塔加拉文：Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-314-2427. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

法文：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 1-866-314-2427. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

越南文：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 1-866-314-2427 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

德文：Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-314-2427. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

韓文：당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-314-2427 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

俄文：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 1-866-314-2427. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

阿拉伯文：

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-314-2427. سيقوم شخص ما بتدث العربية مساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**印度文 :**

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 1-866-314-2427 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**義大利文 :** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-314-2427. Un nostro incaricato che parla Italiano vi 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 1-866-314-2427. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**法式克里奧文 :** 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 1-866-314-2427. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**波蘭文 :** 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 1-866-314-2427. Ta usługa jest bezpłatna.

**日文 :** 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、1-866-314-2427 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。