



Santa Clara Family  
Health Plan™

# CAL MEDICCONNECT PLAN

(Medicare-Medicaid 划)

## 年年度变更通知 2020

客户服务部: **1-877-723-4795**

TTY: **1-800-735-2929** 或 **711**

周一至周五早上 8:00 至晚上 8:00 这是免费电话。

[www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)

H7890\_15000C Accepted

本页有意留空

**Santa Clara Family Health Plan 提供的 Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid 计划)**

**2020 年年度变更通知**

---

**简介**

您目前是 Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid 计划) 的会员。明年，该计划的福利、承保范围、规则和费用将有一些变更。本《年度变更通知》旨在说明变更相关的信息以及何处查找变更相关的更多信息。关键词及其定义按字母顺序排列，请参阅《会员手册》最后一章。

**目录**

A. 免责声明 .....	3
B. 查看 Medicare 和 Medi-Cal 明年的承保范围 .....	3
B1. 其他资源 .....	3
B2. Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan 简介 .....	6
B3. 当务之急： .....	6
C. 网络提供者和药房的变更 .....	7
D. 明年的福利和费用变更 .....	7
D1. 医疗服务的福利变更 .....	7
D2. 处方药承保变更 .....	8
D3. 阶段 1：“初始承保阶段” .....	10
D4. 阶段 2：“重病承保阶段” .....	11
E. 管理变更 .....	12
F. 如何选择计划 .....	12
F1. 如何保留会籍 .....	12
F2. 如何更改计划 .....	12
G. 如何获取帮助 .....	14



如有任何疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。

此电话免费。如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

G1. 从 SCFHP Cal MediConnect 获得帮助.....	14
G2. 从州的注册代理获得帮助.....	15
G3. 从 Cal MediConnect Ombuds Program 获得帮助.....	15
G4. 从健康保险咨询和宣传计划获得帮助.....	15
G5. 从 Medicare 获得帮助.....	15
G6. 从加利福尼亚州健保管理局 (California Department of Managed Health Care) 获得帮助.....	16
H. 非歧视公告.....	17

---

如有任何疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。此电话免费。如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



---

## A. 免责声明

- Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid 计划) 是与 Medicare 及 Medi-Cal 签约的一项健康计划, 旨在让会员同时享受到两项计划的福利。

---

## B. 查看 Medicare 和 Medi-Cal 明年的承保范围

现在, 您需要审查明年的承保范围, 确保依然符合您明年的需求。如果无法满足您的需求, 您可以退出计划。有关更多信息, 请参见 G2 部分。

如果您选择退出 SCFHP Cal MediConnect, 您的会籍将在您申请当月的最后一天终止。

如果您退出了我们的计划, 只要您符合条件, 您将依然是 Medicare 与 Medi-Cal 计划的会员。

- 您可以选择获取 Medicare 福利的方式 (转至第 12 页, 了解您的选择)。
- 除非您选择其他仅限 Medi-Cal 的计划, 否则您仍将享有 SCFHP 会籍, 以继续领取 Medi-Cal 福利 (转至第 14 页, 了解更多信息)。

### B1. 其他资源

- **ATTENTION:** If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Customer Service at 1-877-723-4795, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. TTY users should call 1-800-735-2929 or 711. The call is free.

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita.

**CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795, từ thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Những người sử dụng TTY gọi đến số 1-800-735-2929 hoặc 711. Cuộc gọi được miễn phí.

注意: 如果您说中文, 将为您提供免费的语言服务。请致电 1-877-723-4795 联系客户服务部, 工作时间是周一至周五早上 8:00 至晚上 8:00。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。这是免费电话。

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Serbisyo para sa Customer sa 1-877-723-4795, Lunes hanggang Biyernes, mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Dapat tumawag ang mga TTY user sa 1-800-735-2929 o 711. Libre ang tawag.



如有任何疑问, 请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。此电话免费。如需了解更多信息, 请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

주의:한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 8시 사이에 1-877-723-4795 번으로 고객 서비스 부서에 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-735-2929 번 또는 711 번으로 전화해 주시면 됩니다.통화료는 무료입니다.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա լեզվական օգնության ծառայությունները Ձեզ կտրամադրվեն անվճար: Զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն 1-877-723-4795 հեռախոսահամարով՝ երկուշաբթիից ուրբաթ՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-735-2929 կամ 711: Զանգն անվճար է:

ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика. Звоните в службу поддержки клиентов по номеру 1-877-723-4795 с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Лица, пользующиеся телетайпом / телекоммуникационными устройствами для глухих (TTY), могут связаться по номерам 1-800-735-2929 или 711. Звонки бесплатные.

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، سرویس های دستیار زبان به صورت رایگان در دسترس هستند. از طریق شماره 1-877-723-4795 روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 عصر با می توانید از طریق شماره 1-800-735-800-1 یا 711 TTY سرویس مشتری تماس بگیرید. کاربران تماس بگیرند. این تماس رایگان است

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語サービスをご利用いただけます。月曜日から金曜日、午前8時～午後8時に対応のカスタマーサービス（1-877-723-4795）までご連絡ください。TTYご利用の方は、1-800-735-2929 または 711 に電話してください。通話料金は無料です。

LUS CEEV:Yog koj hais lus Hmoob, peb muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu Rau Lub Chaw Pab Cuam Neeg Qhua rau ntawm 1-877-723-4795, hnub Monday txog Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Tus xov tooj rau cov neeg TTY hu rau 1-800-735-2929 lossis 711. Yog tus xov tooj hu dawb.

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਤੋਂ ਰਾਤ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਤੇ, 1-877-723-4795 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਵਰਤਣ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ 1-800-735-2929 ਜਾਂ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਕਾਲ ਮੁਫਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً. اتصل بخدمة العملاء على الرقم 1-877-723-4795، من الإثنين إلى الجمعة، 8 ص إلى 8 م. مستخدمى الهاتف النصي/جهاز الاتصال لضعاف السمع يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-735-2929 أو 711. اتصل مجاناً

ध्यान दें: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएँ निःशुल्क उपलब्ध हैं। आप सोमवार से शुक़वार, सुबह 8 बजे से रात के 8 बजे तक ग्राहक सेवा को 1-877-723-4795 पर कॉल कर सकते हैं। TTY उपयोगकर्ताओं को 1-800-735-2929 या 711 पर कॉल करना चाहिए। कॉल निःशुल्क है।

如有任何疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。此电话免费。如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



เรียน: หากท่านพูดภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทรติดต่อฝ่ายบริการลูกค้าที่ 1-877-723-4795 ได้ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 น. ถึง 20.00 น. ผู้ใช้ TTY สามารถโทรติดต่อได้ที่ 1-800-735-2929 หรือ 711 โดยไม่มีค่าใช้จ่าย

ប្រមូលយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយផ្នែកភាសាមានជួលជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សេវាផ្នែកទំនាក់ទំនងអតិថិជនតាមលេខ 1 877 723 4795 អាចរកបាន ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរស័ព្ទមកលេខ 1 800 735 2929 ឬ 711 ។ ការហៅទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ។

ເຊີນລຸບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາຝ່າຍບໍລິການລູກຄ້າທີ່ເບີ 1-877-723-4795, ເຊິ່ງເປີດໃຫ້ບໍລິການ 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, ຕັ້ງແຕ່ 8 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ. ຜູ້ທີ່ໃຊ້ TTY ແມ່ນໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-735-2929 ຫຼື 711. ການໂທແມ່ນໂທຟຣີ.

- 您可以免费获取本《年度变更通知》的其他格式，例如大字版、盲文版或语音版。请于星期一至星期五早上 8:00 至晚上 8:00 致电 1-877-723-4795。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。此电话免费。
- 无论现在还是将来，您均可以持续索取除英语之外其他语种或其他格式的本文档。我们会将本信息存档，以供将来邮寄。您无需每次都单独提出请求。如需提出或变更请求：
- 请致电客户服务部或寄送书面请求至：

Attn: Customer Service Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158



如有任何疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。此电话免费。如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## B2. Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan 简介

- Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid 计划) 是与 Medicare 及 Medi-Cal 签约的一项健康计划, 旨在让会员同时享受到两项计划的福利。
- SCFHP Cal MediConnect 保险是名为“最低基本承保”的合格健康保险。这符合《患者保护与平价医疗法案》(Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) 中的个人分担责任要求。请访问美国国税局 (Internal Revenue Service, IRS) 网站 <https://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families>, 了解关于个人分担责任要求的更多信息。
- Cal MediConnect 计划由 Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) 提供。《年度变更通知》提及的“我们”或“我们的”均指 SCFHP。当提及“本计划”或“我们的计划”, 则指 SCFHP Cal MediConnect Plan。

## B3. 当务之急:

- 检查是否有任何福利和费用变更对您有影响。
  - 是否有任何变更影响您所使用的服务?
  - 请务必查看福利和费用变更, 确保您在明年依然享有相应福利。
  - 请查看第 7 页的 D 部分, 了解我们计划的福利和费用变更等信息。
- 检查是否有任何处方药承保的变更对您有影响。
  - 您的药物是否获得承保? 它们是否处于不同的费用分摊类别? 您能否继续使用相同的药房?
  - 请务必查看这些变更, 确保您在明年依然享有相应的药物承保范围。
  - 请查看第 7 页的 D 部分, 了解药物承保范围变更的相关信息。
  - 您的药物费用可能自去年起有所增加。
    - 请与您的医生讨论哪些更低廉的替代药物较为适合于您; 此举可为您节省全年的年度自付费用。
    - 如需有关药物价格的更多信息, 请访问 <https://go.medicare.gov/drugprices>。这些控制面板会高亮显示哪些制造商提高了价格, 同时显示其他同比药物价格信息。
    - 请记住, 您的计划福利将准确地确定您自付药物费用的变化幅度。
- 检查您的医疗服务提供者和药房明年是否纳入我们的网络。
  - 您的医生, 包括您定期看诊的专科医生, 是否属于我们的网络? 您的药房呢? 您所用的医院或其他提供者呢?

如有任何疑问, 请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。此电话免费。如需了解更多信息, 请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



- 请参阅第 7 页的 C 部分，了解我们的提供者及药房目录。
- 考虑您在计划中的总费用。
  - 您将为自己常用的服务和处方药支付多少自付费用？
  - 总费用与其他承保方案相比如何？
- 思考您是否满意我们的计划。

**如果您决定保留 SCFHP Cal MediConnect 会籍：**

如果您希望在明年保留会籍，则非常简单——您无需采取任何行动。只要不做变更，您便会自动续保我们的计划。

**如果您决定变更计划：**

如果您认定其他保险更能满足您的需求，您也许可以变换计划（参见 G2 部分，了解更多信息）。如果您参保新的计划，新的承保服务将从次月第一天开始生效。请查看第 F 页的 12 部分，详细了解您的选择。

---

## C. 网络提供者和药房的变更

我们明年的提供者和药房网络没有任何变动。

不过，请谨记，我们还可能在这一年中对我们的网络做出其他变更。如果您的提供者确实退出计划，您享有特定的权利和保障。欲了解更多信息，请参阅您的《会员手册》第 3 章。

---

## D. 明年的福利和费用变更

### D1. 医疗服务的福利变更

明年，我们对某些医疗服务的承保将有一些变更。下表描述了这些变更。

	2019 年（今年）	2020 年（明年）
针灸	我们在任何一个日历月内最多支付两次门诊针灸服务的费用。 可能需要事先授权。 您的共付额为 <b>0 美元</b> 。	我们在一个日历年内最多支付 26 次看诊费用。 可能需要事先授权。 您的共付额为 <b>0 美元</b> 。



如有任何疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。此电话免费。如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

	2019 年（今年）	2020 年（明年）
整脊治疗服务	我们承保脊椎矫正服务费用（但需提供文件证明存在半脱位）。 可能需要事先授权。 您的共付额为 <b>0 美元</b> 。	我们将支付下列服务的费用： <ul style="list-style-type: none"> <li>正确矫正脊椎（伴随文件证明的半脱位情况）</li> <li>我们在任何一个日历年内最多支付 <b>26 次</b> 门诊整脊治疗服务的费用，如具有医疗必要性，则可能增加次数。注意：如超过 <b>26 次</b> 服务，可能需要事先授权。</li> </ul> 您的共付额为 <b>0 美元</b> 。
阿片类药物治疗服务	阿片类药物治疗服务不属于承保福利。	阿片类药物治疗服务属于承保福利。 可能需要事先授权。 您的共付额为 <b>0 美元</b> 。
视力保健	我们将支付下列服务的费用： 每两年支付最高 <b>100 美元</b> 的眼镜（镜框和镜片）或最高 <b>100 美元</b> 的隐形眼镜费用。	我们将支付下列服务的费用： 每两年支付最高 <b>200 美元</b> 的眼镜（镜框和镜片）或最高 <b>200 美元</b> 的隐形眼镜费用。

## D2. 处方药承保变更

### 药物清单变更

更新版《承保药物清单》载于我们网站 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) 之上。您也可以于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 与客户服务部联系，以查看更新版药物信息，或要求我们向您寄送一份承保药物清单。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。

承保药物清单也称为“药物清单”。

我们对“药物清单”做出了变更，包括承保药物的变更，以及特定药物承保范围所受限制的变更。

请查看“药物清单”，确保您的药物列于明年的承保范围内，并了解是否存在任何限制。

如果受到药物承保范围变更的影响，您可以：

- 与您的医生（或其他开药者）合作，寻找我们承保的另一种药物。

如有任何疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。此电话免费。如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



- 您可以于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 与客户服务部联系，索取治疗相同病症的承保药物清单。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。
- 该清单能够帮助提供者找到可能对您有效的承保药物。
- 与您的医生（或其他开药者）一起请求计划进行例外处理，以承保相应药物。
  - 您可以在明年之前提出例外请求，我们将在收到您的请求（或您的开药者提供的支持性声明）后 72 小时内做出回应。
  - 如需了解如何提出例外请求，请参阅《2020 会员手册》第 9 章或于星期一至星期五早上 8:00 至晚上 8:00 致电 1-877-723-4795 与客户服务部联系。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。
  - 如需协助申请例外处理，您可以与客户服务部或您的个案管理员联系。请参阅《会员手册》第 2 章和第 3 章，了解关于联系您个案管理员的更多信息。
- 要求计划承保某药物的临时供药。
  - 某些情况下，我们会在日历年的最初 90 天内针对某药物承保临时供药。
  - 这种临时供药最多持续 31 天。（如需深入了解您何时能够获得临时供药以及如何申请，请参阅《会员手册》第 5 章。）
  - 在获得临时供药的情况下，您应与医生讨论，以决定临时供药结束之后该怎么办。您可以换用计划承保的另一种药物，或者要求计划例外处理，承保您目前所用的药物。

如果处方集变更对您有影响，我们将会承保一次性临时供药。您还会通过邮件收到一封信函，通知您临时供药情况，并且说明如何要求例外处理以使您的药物继续获得承保。

通常，获得当前处方集例外的会员需要在每个福利年提交一份新的申请。欲了解更多信息，请参阅《会员手册》第 5 章。



如有任何疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。此电话免费。如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## 处方药成本变更

在 SCFHP Cal MediConnect 下您的 Medicare D 部分处方药承保分为两个支付阶段。当您配药或续药时，您所支付的费用多少取决于您处于哪个阶段。以下是两个阶段：

阶段 1 初始承保阶段	阶段 2 重病承保阶段
<p>在此阶段中，计划会支付部分药物费用，而您则需支付由您自己承担的那部分费用。您的分摊费用称为共付额。</p> <p>您在某年第一次配药时，即进入此阶段。</p>	<p>在此阶段，计划会支付全部药物费用（2020 年 12 月 31 日截止）。</p> <p>当您支付一定数量的自付费用后，即进入此阶段。</p>

当您的处方药自付费用总额达到 **6,350 美元** 时，初始承保阶段即结束。此时您便进入重病承保阶段。届时到该年年底，计划将承保您的全部药物费用。请参阅《会员手册》第 6 章，了解您需要为处方药支付多少费用。

### D3. 阶段 1：“初始承保阶段”

在初始承保阶段，计划会支付您承保处方药的部分费用，而您则需支付由您自己承担的那部分费用。您的分摊费用称为共付额。共付额取决于药物的费用分摊类别以及您从何处获取药物。您每次配药都将支付共付额。如果您的承保药物费用低于共付额，您将支付较低的价格。

我们已将药物清单中的部分药物移至较低或较高的药物类别。如果您的药物类别有变动，这可能会影响您需支付的共付额。请查看药物清单，以了解您的药物是否移至其他类别。

下表显示我们所有四个药物类别中您的药物费用。这些费用金额仅适用于您的初始承保阶段。

如有任何疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。此电话免费。如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



	2019 年（今年）	2020 年（明年）
<b>类别 1 药物</b> （仿制药） 在网络药房配药的类别 1 药物一个月供药费用	您一个月（31 天）的供药共付额为每份处方 0 美元、1.25 美元或 3.40 美元。	您一个月（31 天）的供药共付额为每份处方 0 美元。
<b>类别 2 药物</b> （品牌药） 在网络药房配药的类别 2 药物一个月供药费用	您一个月（31 天）的供药共付额为每份处方 0 美元、3.80 美元或 8.50 美元。	您的一个月（31 天）供药共付额为每份处方 0 美元至 8.95 美元。
<b>类别 3 药物</b> （非 Medicare 处方药） 在网络药房配药的类别 3 药物一个月供药费用	您一个月（31 天）的供药共付额为每份处方 0 美元。	您一个月（31 天）的供药共付额为每份处方 0 美元。
<b>类别 4 药物</b> （非 Medicare 非处方药） 在网络药房配药的类别 4 药物一个月供药费用	您一个月（31 天）的供药共付额为每份处方 0 美元。	您一个月（31 天）的供药共付额为每份处方 0 美元。

当您的自付费用总额达到 **6,350 美元** 时，初始承保阶段即结束。此时您便进入重病承保阶段。届时到该年年底，计划将承保您的全部药物费用。请参阅《会员手册》第 6 章，了解您需要为处方药支付多少费用。

#### D4. 阶段 2：“重病承保阶段”

当您达到处方药自付费用限额 **6,350 美元** 时，即进入重病承保阶段。在该日历年结束前，您将一直处于重病承保阶段。



如有任何疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。此电话免费。如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## E. 管理变更

下表显示了明年的福利变更。请参阅 SCFHP Cal MediConnect 《会员手册》第 4 章，以获取承保福利的完整清单。

	2019 年（今年）	2020 年（明年）
初始承保阶段	当您的自付费用总额达到 5,100 美元时，初始承保阶段即结束。	当您的自付费用总额达到 6,350 美元时，初始承保阶段即结束。

## F. 如何选择计划

### F1. 如何保留会籍

我们希望您在明年依然是我们的会员。

您无需采取任何行动，即可保留健康计划会籍。如未注册其他 Cal MediConnect 计划，也没有变更到 Medicare Advantage 计划或 Original Medicare，您将在 2020 年自动保留我们计划的会籍。

### F2. 如何更改计划

您可以通过注册加入其他 Medicare Advantage 计划、注册加入其他 Cal MediConnect 计划或变更至 Original Medicare，即可在一年内随时终止您的会员身份。

#### 如何获取 Medicare 服务

您可通过三种选择来获取 Medicare 服务。选择其中一个选项后，您的 Cal MediConnect 计划会籍将自动终止：

如有任何疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。此电话免费。如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



<p>1. 您可以变更到：</p> <p><b>Medicare Advantage 计划等 Medicare 健康计划，或全包式老年人健康护理计划 (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) (如果您符合资格要求且居住在服务区内)</b></p>	<p>操作方法是：</p> <p>每周 7 天、全天 24 小时致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 Medicare 联系。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。</p> <p>如需针对 PACE 进行查询，请致电 1-855-921-PACE (7223)。</p> <p>如需帮助或更多信息：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 请于星期一至星期五早上 8 点至下午 5 点致电 1-800-434-0222 与加利福尼亚州健康保险咨询和宣传计划 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 联系。如需更多信息或欲查找您所在地区的 HICAP 办公室，请访问 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>。</li> </ul> <p>新计划的保险开始时，您将自动从 SCFHP Cal MediConnect 退保。</p>
<p>2. 您可以变更到：</p> <p><b>Original Medicare，包含单独的 Medicare 处方药计划</b></p>	<p>操作方法是：</p> <p>每周 7 天、全天 24 小时致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 Medicare 联系。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。</p> <p>如需帮助或更多信息：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 请于星期一至星期五早上 8 点至下午 5 点致电 1-800-434-0222 与加利福尼亚州健康保险咨询和宣传计划 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 联系。如需更多信息或欲查找您所在地区的 HICAP 办公室，请访问 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>。</li> </ul> <p>Original Medicare 保险开始时，您将自动从 SCFHP Cal MediConnect 退保。</p>



如有任何疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。此电话免费。如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

<p><b>3. 您可以变更到：</b></p> <p><b>Original Medicare，不含单独的 Medicare 处方药计划</b></p> <p><b>注意：</b>如果更换为 Original Medicare 而不参保单独的 Medicare 处方药计划，Medicare 可能会为您参保一项药物计划，除非您告知 Medicare 不想参保。</p> <p>只有当您从雇主或工会等其他来源获取药物承保时，才应该退出处方药保险。如对是否需要药物保险存有疑问，请于星期一至星期五早上 8:00 至下午 5:00 致电 1-800-434-0222 与加利福尼亚州健康保险咨询和宣传计划 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 联系。如需更多信息或欲查找您所在地区的 HICAP 办公室，请访问 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>。</p>	<p><b>操作方法是：</b></p> <p>每周 7 天、全天 24 小时致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 Medicare 联系。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。</p> <p>如需帮助或更多信息：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 请于星期一至星期五早上 8 点至下午 5 点致电 1-800-434-0222 与加利福尼亚州健康保险咨询和宣传计划 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 联系。如需更多信息或欲查找您所在地区的 HICAP 办公室，请访问 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>。</li> </ul> <p>Original Medicare 保险开始时，您将自动从 SCFHP Cal MediConnect 退保。</p>
---	--

### 如何获取 Medi-Cal 服务

如果您退出 Cal MediConnect 计划，您可通过 SCFHP 继续获取 Medi-Cal 服务，除非您选择了其他计划来提供 Medi-Cal 服务。Medi-Cal 服务包含大部分长期服务、支持和行为健康护理。

如果希望选择不同的 Medi-Cal 服务计划，您需要告诉 Health Care Options。您可以于星期一至星期五早上 8 点至下午 6 点致电 1-844-580-7272 与 Health Care Options 联系。TTY 用户请致电 1-800-430-7077。

## G. 如何获取帮助

### G1. 从 SCFHP Cal MediConnect 获得帮助

心存疑问？我们可以随时提供帮助。请致电 1-877-723-4795 与客户服务部联系（TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711）。请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电我们。拨打这些号码免费。

#### 您的 2020 年《会员手册》

2020 年《会员手册》是详细描述您计划福利的法律文件，其中包含关于明年福利和费用的详细信息。同时，亦解释了您的权利以及获取承保服务和处方药所需遵守的规则。

如有任何疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。此电话免费。如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



2020 年《会员手册》将于 10 月 15 日前提供。您也可随时访问我们的网站 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)，以获取 2020 年《会员手册》的最新版。您还可以致电 1-877-723-4795 与客户服务部联系，要求我们向您寄送一份 2020 年《会员手册》。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。

### 我们的网站

您也可以访问我们的网站 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。在此提醒您，网站载有关于我们的提供者和药房网络（提供者及药房目录）以及药物清单（承保药物清单）的最新信息。

### G2. 从州的注册代理获得帮助

如有关于 Cal MediConnect 计划选择或其他注册事宜的相关问题，Medi-Cal Health Care Options 很乐意为您排忧解难。您可以于星期一至星期五早上 8 点到下午 6 点致电 1-844-580-7272 与 Health Care Options 联系。TTY 用户请致电 1-800-430-7077。

### G3. 从 Cal MediConnect Ombuds Program 获得帮助

如果您有关于 SCFHP Cal MediConnect 的问题，Cal MediConnect Ombuds Program 将向您提供帮助。监察专员的服务免费。Cal MediConnect 监察员计划：

- 担任您的申权代表。他们可以回答您的问题或投诉，并帮助您了解需要做些什么。
- 确保您已了解个人权利和保障，以及您该如何解决相关顾虑。
- 与我们或者任何保险公司或健康计划没有关联。Cal MediConnect 监察员计划的电话是 1-855-501-3077。

### G4. 从健康保险咨询和宣传计划获得帮助

您也可以致电州健康保险协助计划 (Health Insurance Assistance Program, SHIP)。在加利福尼亚州，SHIP 也称为健康保险咨询和宣传计划 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)。HICAP 顾问可协助您理解您的 Cal MediConnect 计划选择，并回答计划变更的相关问题。HICAP 与我们或保险公司或健康计划没有任何联系。HICAP 在每个郡都拥有受过培训的顾问，可免费提供服务。HICAP 的电话号码为 1-800-434-0222。如需更多信息，或欲查找您所在地区的 HICAP 办公室，请访问 <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>。

### G5. 从 Medicare 获得帮助

如需直接从 Medicare 获得信息，您可以致电全年全天候电话 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。

### Medicare 网站

您可以访问 Medicare 网站 (<http://www.medicare.gov>)。如果您选择退出 Cal MediConnect 计划并参保 Medicare Advantage 计划，Medicare 网站包含关于费用、承保范围和质量评估的信息，可以帮助比较各种 Medicare Advantage 计划。



如有任何疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。此电话免费。如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

您可以通过 Medicare 网站上的 Medicare Plan Finder 查找关于所在地区可用的 Medicare Advantage 计划的信息（如需查看各种计划的相关信息，请访问 <http://www.medicare.gov>，并点击“查找健康计划和药物计划”(Find health & drug plans)）。

### **2020 年版 Medicare 与您**

您可以参阅《2020 年版 Medicare 与您手册》。每年秋季，我们都会将该手册寄给 Medicare 计划的会员。该手册概述 Medicare 的福利、权利和保障，并解答关于 Medicare 的最常见问题。如果未收到该手册，您可以访问 Medicare 网站 (<http://www.medicare.gov>) 或致电每天全天候服务电话 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 进行索取。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。

### **G6. 从加利福尼亚州健保管理局 (California Department of Managed Health Care) 获得帮助**

加利福尼亚州健保管理局负责监管健康护理服务计划。如果您想对健康计划提出申诉，应在与该部门联系之前首先致电 **1-877-723-4795** 联系您的健康计划，然后按照健康计划的申诉流程提出申诉。通过此申诉程序提出申诉，并不会妨碍您享有的任何潜在法律权利或可采取的纠正措施。

如需协助处理涉及紧急问题的申诉、针对健康计划处理结果不满意的申诉或者超过 30 天仍未获得解决的申诉，您可以致电管理局寻求协助。如遇紧急问题，在向您的健康计划提出申诉之前，您可以首先致电管理局。

您可能符合独立医疗审查 (Independent Medical Review, IMR) 的条件。如果您符合 IMR 的条件，则 IMR 程序将会就健康计划所做关于提议服务或治疗是否为医疗所需的医疗决定、是否承保实验性或研究性治疗的承保裁决以及有关急诊或紧急医疗服务的付款争议进行公正审查。

管理局也有免费电话 (**1-888-HMO-2219**) 及听障和语障人士 TTY 专线 (**1-877-688-9891**)。管理局的网站 <http://www.hmohelp.ca.gov> 提供投诉表格、IMR 申请表格和说明。

---

如有任何疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。此电话免费。如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



---

## H. 非歧视公告

### 歧视是违法行为

Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) 遵守适用的联邦公民权利法律，不因种族、肤色、原籍国籍、年龄、残疾或性别而歧视他人。SCFHP 不因种族、肤色、原籍国家、年龄、残疾或性别而排挤他人或区别对待。

#### SCFHP：

- 向残疾人士提供免费帮助和服务，协助其与我们展开有效沟通，例如：
  - 合格的手语翻译人员
  - 其他格式的书面信息（大字版、语音版、可使用的电子格式及其他格式）
- 向英语非第一语言的人士提供免费语言服务，例如：
  - 合格的口译人员
  - 以其他语言书写的信息

如需要此类服务，请于星期一至星期五早上 8:00 至晚上 8:00 致电 1-877-723-4795 与客户服务部联系。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。



如有任何疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。TTY 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。此电话免费。如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

如果您认为 SCFHP 未能提供上述服务或因种族、肤色、原籍国家、年龄、残疾或性别而歧视您，您可以提出申诉。

Attn:Grievance and Appeals Department  
Santa Clara Family Health Plan  
6201 San Ignacio Ave  
San Jose, CA 95119  
电话：1-877-723-4795  
TTY：1-800-735-2929 或 711  
传真：1-408-874-1962  
电子邮件：[CalMediConnectGrievances@scfhp.com](mailto:CalMediConnectGrievances@scfhp.com)

您可以亲自前往提交申诉，或选择通过信函、传真或电子邮件等方式提交申诉。如在申诉方面需要帮助，请向客户服务代表寻求帮助。

您也可以访问民权投诉门户网站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 或者通过电子邮件或电话等方式，向美国卫生及公共服务部 (U.S. Department of Health and Human Services) 的民权办公室 (Office for Civil Rights) 提出投诉：

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
电话：1-800-368-1019  
TDD 专线：1-800-537-7697

如需下载投诉表格，请访问 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。







本页有意留空



SH9203A

H7890\_15000C Accepted

© 2020, Santa Clara Family Health Plan. All rights reserved.