



生效日期: 2023 日立年

承保範圍說明書 (Evidence of Coverage) 附加條款
適用於獲得處方藥費用額外幫助的民眾
(又名為低收入補貼附加條款或 LIS 附加條款)

請注意 - 這是 OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 的承保範圍說明書一部分。

我們的紀錄顯示您有資格獲得額外幫助，用於支付您的處方藥承保費用。這意味著您將獲得幫助來支付您的月保費和處方藥成本分攤。

身為我們計劃的一員，您會與為取得額外幫助的民眾獲得相同的承保費用。您在我們計劃中的會員資格並不會因獲得額外幫助而有所影響。這也代表您必須遵循承保範圍說明書中的所有規則和程序。

請參閱下表，以了解您的處方藥承保範圍：

您的月度計劃保費為	您的年度免賠額為	您的仿製藥/首選多來源藥物的成本分攤額不超過	您的所有其他藥物的成本分攤額不超過
\$0*	\$0	\$0 (每個處方藥)	\$10.35 (每個處方藥)

* 每月計劃保費不包括您可能仍需要支付的任何 Medicare B 部分保費。您支付的計劃保費是根據計劃的保費與您獲得的額外幫助金額所計算的。

請參考您的承保範圍說明書，以取得支付計劃保費的更多資訊。

我們提供一些輔助處方藥的承保，而這些藥物通常未承保在 Medicare 處方藥計劃。在您支付這些處方藥時，並不會獲得額外幫助。適用於這些藥物的自付額/共保額金額為下列所述：輔助藥物的自付額為 \$0。

此外，您在為這些非D部分藥物（補充藥物）開處方時支付的金額不計入您的總藥物成本或總自付支出（換句話說，您所支付的金額無法幫助您獲得福利或達到重大傷病承保）。請聯絡客戶服務以找出此計劃適用的藥物。我們的聯絡資訊列於此通知最下方。

一旦您和 Medicare 支付的金額（作為額外幫助）達到每年\$7,400，您的自付額將會下降至每個處方藥為\$0。

Medicare 或社會安全局將定期審核您的資格，以確保您仍有資格取得 Medicare 處方藥計劃費用方面的額外幫助。如果您的收入或資源發生變化、結婚或變為單身，或者失去 Medicaid，則您獲得額外幫助的資格可能會發生變化。

如果您對於本通知有任何疑問，請聯絡 OneCare 客戶服務部門為 **1-877-412-2734**（聽障人士使用者應該撥打 **711**）、服務時間為每週 7 天，每天 24 小時或請造訪 www.caloptima.org/OneCare。

OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 是與Medicare簽有合約的 Medicare Advantage組織。投保OneCare需要視合約的續約情況而定。OneCare遵守適用的聯邦民權法，不基於種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別進行歧視。請聯絡 OneCare客戶服務部，免費電話為**1-877-412-2734**（聽障人士專線：**711**），服務時間為每週7天，每天24小時。

附件：

- 反歧視聲明插頁（資料 ID 編號：H5433_23MM003_C）
- 多語言插入 IR23_MM002_H5433_H7501