



## 由 SCAN Health Plan 提供的 SCAN Affirm partnered with Included LGBTQ+ Health (HMO)

### 2025 年度更改通知

您目前已參保為 SCAN Affirm 與 Included LGBTQ+ Health 聯盟的會員。明年的計劃費用和福利將會有變化。請參見第 5 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](http://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）的變更。
  - 查看我們藥物保險的變化，包括承保範圍限制和分攤費用。
  - 考慮一下您將在保費、自付額和分攤費用上花費多少。
  - 檢查 2025 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。
  - 比較 2024 年和 2025 年的計劃資訊，檢查所用藥物中是否有任何藥物在 2025 年移至其他分攤費用等級或受到不同限制，例如事先授權、階段療法或數量限制。
- 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。
- 檢查您是否有資格獲得支付處方藥費方面的幫助。收入有限的人士可能有資格獲得 Medicare 的「額外補助」。
- 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。使用 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) 網站上的 Medicare 計劃搜尋器或查閱《2025 年 Medicare 與您》(Medicare & You 2025) 手冊背面的清單。如需更多支援，請聯絡您的州健康保險援助計劃 (SHIP)，與受過專業訓練的顧問交談。
- 在您將自己的選擇範圍縮小到一項首選計劃後，請在該計劃的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

- 如果您沒有在 2024 年 12 月 7 日之前加入另一項計劃，則您將留在 SCAN Affirm 與 Included LGBTQ+ Health 聯盟。
- 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 **2025 年 1 月 1 日** 開始生效。這將終止您對 SCAN Affirm 與 Included LGBTQ+ Health 聯盟的參保。
- 如果您最近搬入或目前居住在某個機構（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）。如果您最近搬出某個機構，則有機會在您搬出機構當月之後的整整兩個月內更換計劃或轉至 Original Medicare。

## 其他資源

- 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 1-800-559-3500。（TTY 使用者可致電 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：[www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)，瞭解詳細資訊。

**SCAN Affirm 與 Included LGBTQ+ Health 簡介**

- SCAN Affirm 與 Included LGBTQ+ Health (HMO) 聯盟是一項簽有 Medicare 合約的 HMO 計劃。能否參保 SCAN Health Plan 視合約續簽情況而定。
- 當本文件出現「我們」或「我們的」時，是指 SCAN Health Plan。出現「計劃」或「我們的計劃」時，是指 SCAN Affirm 與 Included LGBTQ+ Health 聯盟。

H5425-107

Y0057\_SCAN\_21261\_2025\_M

## 2025 年度更改通知 目錄

- 2025 年重要費用摘要..... 5**
- 第 1 節 明年的福利與費用變化..... 8**
  - 第 1.1 節 - 月繳保費的變化..... 8
  - 第 1.2 節 - 您的最高自付費用金額的變化..... 8
  - 第 1.3 節 - 醫療服務提供者與藥房網絡的變化 ..... 9
  - 第 1.4 節 - 醫療服務福利和費用的變化 ..... 9
  - 第 1.5 節 - D 部分處方藥保險的變化 ..... 11
- 第 2 節 管理變化..... 15**
- 第 3 節 決定選擇哪項計劃..... 16**
  - 第 3.1 節 - 如果您希望繼續留在 SCAN Affirm 與 Included LGBTQ+ Health 聯盟計劃中 ..... 16
  - 第 3.2 節 - 如果您希望更改計劃 ..... 16
- 第 4 節 變更計劃的截止日期..... 17**
- 第 5 節 提供 Medicare 免費諮詢的計劃 ..... 17**
- 第 6 節 幫助支付處方藥費用的計劃..... 18**
- 第 7 節 有任何疑問? ..... 19**
  - 第 7.1 節 - 從 SCAN Affirm 與 Included LGBTQ+ Health 聯盟獲取幫助 ..... 19
  - 第 7.2 節 - 從 Medicare 獲取幫助 ..... 19

## 2025 年重要費用摘要

下表在幾個重要方面對 SCAN Affirm 與 Included LGBTQ+ Health 聯盟的 2024 年費用和 2025 年費用進行比較。請注意，這只是費用的摘要。

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
<b>月繳計劃保費*</b> * 您的保費可能高於此金額。請參見第 1.1 節以瞭解詳情。	\$29	\$0
<b>最高自付費用金額</b> 這是您為 A 部分和 B 部分承保服務支付的最高自付費用。(請參見第 1.2 節以瞭解詳情。)	\$3,200	\$2,600
<b>醫生診室就診</b>	<b>主治醫生就診：</b> 每次就診 \$0 的共付額。  <b>專科醫生就診：</b> 每次就診 \$0 的共付額。	<b>主治醫生就診：</b> 每次就診 \$0 的共付額。  <b>專科醫生就診：</b> 每次就診 \$0 的共付額。
<b>住院</b>	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。	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。

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
<p><b>D 部分處方藥保險</b> (請參見第 1.5 節以瞭解詳情。)</p>	<p>自付額：\$0</p> <p>初始承保階段的共付額/ 共同保險：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>第 1 級藥物：</b> 每份處方 \$10 (30 天藥量的 標準分攤費用)</li> <li>每份處方 \$0 (30 天藥量的 首選分攤費用)</li> <li>• <b>第 2 級藥物：</b> 每份處方 \$12 (30 天藥量的 標準分攤費用)</li> <li>每份處方 \$0 (30 天藥量的 首選分攤費用)</li> <li>• <b>第 3 級藥物：</b> 對於其他藥物，每份 處方 \$47 (30 天藥量 的標準分攤費用)</li> <li>在此等級上，對於一 個月藥量的每種承保 胰島素產品，您支付 \$35。(30 天藥量的 標準分攤費用)</li> <li>對於其他藥物，每份 處方 \$35 (30 天藥量 的首選分攤費用)</li> <li>在此等級上，對於一 個月藥量的每種承保 胰島素產品，您支付 \$25。(30 天藥量的 首選分攤費用)</li> </ul>	<p>自付額：\$0</p> <p>初始承保階段的共付額/ 共同保險：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>第 1 級藥物：</b> 每份處方 \$10 (30 天藥量的 標準分攤費用)</li> <li>每份處方 \$0 (30 天 藥量的首選分攤 費用)</li> <li>• <b>第 2 級藥物：</b> 每份處方 \$12 (30 天藥量的 標準分攤費用)</li> <li>每份處方 \$0 (30 天藥量的 首選分攤費用)</li> <li>• <b>第 3 級藥物：</b> 對於其他藥物，每份 處方 \$47 (30 天藥量 的標準分攤費用)</li> <li>在此等級上，對於一 個月藥量的每種承保 胰島素產品，您支付 \$35。(30 天藥量的 標準分攤費用)</li> <li>對於其他藥物，每份 處方 \$42 (30 天藥量 的首選分攤費用)</li> <li>在此等級上，對於一 個月藥量的每種承保 胰島素產品，您支付 \$35。(30 天藥量的 首選分攤費用)</li> </ul>

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
D 部分處方藥保險 (續)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>第 4 級藥物：</b> 每份處方 \$100 (30 天藥量的標準分攤費用)</li> <li>每份處方 \$95 (30 天藥量的首選分攤費用)</li> <li>• <b>第 5 級藥物：</b> 25% 的總費用 (30 天藥量的標準分攤費用)</li> <li>25% 的總費用 (30 天藥量的首選分攤費用)</li> <li>• <b>第 6 級藥物：</b> 每份處方 \$11 (30 天藥量的標準分攤費用)</li> <li>每份處方 \$11 (30 天藥量的首選分攤費用)</li> </ul> <p>重大傷病承保：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 在此付款階段，計劃將為您支付 D 部分承保藥物以及我們增強型福利承保的除外藥物的全部費用。您無需支付任何費用。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>第 4 級藥物：</b> 50% 的總費用 (30 天藥量的標準分攤費用)</li> <li>50% 的總費用 (30 天藥量的首選分攤費用)</li> <li>• <b>第 5 級藥物：</b> 25% 的總費用 (30 天藥量的標準分攤費用)</li> <li>25% 的總費用 (30 天藥量的首選分攤費用)</li> <li>• <b>第 6 級藥物：</b> 不適用</li> </ul> <p>重大傷病承保：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 在此付款階段，您無需為承保的 D 部分藥物和我們增強型福利承保的除外藥物支付任何費用。</li> </ul>

## 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	2024 (今年)	2025 (明年)
月繳保費 (您還必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費。)	\$29	\$0
月繳可選補充計劃保費	Basic 牙科計劃： \$6  Enhanced 牙科計劃： \$16	Essential 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 要求所有保健計劃限制您在本年度支付的自付費用。此限制稱為最高自付費用金額。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	2024 (今年)	2025 (明年)
最高自付費用金額  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。	\$3,200	\$2,600  如果您已為承保的 A 部分和 B 部分服務支付了 \$2,600 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

您為處方藥支付的金額視乎您所使用的藥房而定。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予以承保。我們的網絡包括提供首選分攤費用的藥房，就某些藥物而言，它可提供比其他網絡內藥房提供的標準分攤費用更低的分攤費用。

更新的目錄位於我們的網站 [www.scanhealthplan.com](http://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 **2025 年《醫療服務提供者與藥房目錄》** ([www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com)) 以瞭解您的醫療服務提供者（主治醫生、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 **2025 年《醫療服務提供者與藥房目錄》** ([www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com)) 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	2024（今年）	2025（明年）
<b>Abridge</b>	您為獲取 Abridge 支付 \$0 的共付額。	Abridge 不受承保。
<b>針灸服務（常規/非 Medicare 承保）</b>	對於每年不限次數的常規針灸就診，您支付 \$5 的共付額。	對於每年不限次數的常規針灸就診，每次就診您支付 \$10 的共付額。
<b>脊椎推拿服務（常規/非 Medicare 承保）</b>	對於每年不限次數的常規脊椎推拿就診，每次就診您支付 \$5 的共付額。	對於每年不限次數的常規脊椎推拿就診，每次就診您支付 \$10 的共付額。
<b>牙科服務（可選補充計劃）</b>	Basic 和 Enhanced 牙科 HMO 計劃的費用分別為每月 \$6 和 \$16。	Essential 牙科 HMO 計劃的費用為每月 \$10。

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
牙科服務 (常規/非 Medicare 承保)	牙科服務 (常規/非 Medicare 承保) 不受承保。	您擁有牙科計劃 CAC44。請參閱您的 DeltaCare® USA 《承保範圍說明書》，瞭解更多資訊。
耐用醫療設備 (DME)	對於持續血糖監測儀 (CGM)，您支付 0%-20% 的總費用。	對於持續血糖監測儀 (CGM)，您支付 20% 的總費用。
聽力服務 (常規/非 Medicare 承保) - 助聽器	每 12 個月，您為每個 TruHearing Advanced 助聽器支付 \$450 的共付額，或為每個 TruHearing Premium 助聽器支付 \$750 的共付額。	每 12 個月，您為每個 TruHearing Advanced 助聽器支付 \$550 的共付額，或為每個 TruHearing Premium 助聽器支付 \$850 的共付額。
非處方 (OTC) 用品	透過郵購目錄購買非處方產品，您每季度最多可獲得 \$30 的承保。	非處方用品不受承保。
載送 (常規)	對於每年最多 24 次單程載送 (每次載送範圍限 75 英里)，您支付 \$0 的共付額。	對於每年最多 24 次單程載送 (每次載送範圍限 50 英里)，您支付 \$0 的共付額。
視力服務 (常規/非 Medicare 承保) - 眼鏡	每兩年為您承保最高 \$150 的常規眼鏡費用。	每兩年為您承保最高 \$300 的常規眼鏡費用。

## 第 1.5 節 – D 部分處方藥保險的變化

### 我們藥物清單的變化

我們的承保藥物清單被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。**

大多數藥物清單變更發生在每年年初。不過，我們也可能會在計劃年度期間根據 Medicare 的規定作出可能對您造成影響的其他更改。我們會至少每月更新一次我們的線上「藥物清單」，以提供最新的藥物清單。如果我們所做的更改將影響到您能否獲取正在服用的藥物，我們將向您發送相關更改的通知。

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瞭解您的選擇，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。

如果我們計劃以新普通藥取代某一品牌藥，且這種普通藥處於與被取代的品牌藥相同或更低的分攤費用等級上，並具有相同或更少的限制，我們可能會立即將該品牌藥從藥物清單上移除。另外，在加入新普通藥時，我們可能還會決定將該品牌藥保留在藥物清單上，但會立即將其移至不同的分攤費用等級或增設限制，或者同時作出這兩種變更。

從 2025 年開始，我們可能會立即用某些生物仿製藥取代原研生物製品。這意味著，例如，如果您正在使用的原研生物製品即將被生物仿製藥所取代，您可能不會在我們作出變更前 30 天收到變更通知，或無法再從網絡內藥房取得原研生物製品一個月的藥量。如果我們作出變更時您正在使用原研生物製品，您仍會收到有關我們所作變更的資訊，但變更通知可能會在我們作出變更之後送達。

部分此類藥物對您而言可能是全新的藥物。有關藥物類型的定義，請參見《承保範圍說明書》第 12 章。美國食品藥物管理局 (FDA) 也會提供有關藥物的消費者資訊。請參見 FDA 網站：<https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>。您也可以聯絡會員服務部或詢問您的醫療服務提供者、處方醫生或藥劑師瞭解更多資訊。

### 處方藥福利和費用的變化

**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來說明您藥物支出，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」）。如果您獲得「額外補助」，但在 2024 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」。

從 2025 年開始，將有三個**藥物付款階段**：年度自付額階段、初始承保階段和重大傷病承保階段。承保缺口階段和承保缺口折扣計劃將不再包含在 D 部分福利中。

承保缺口折扣計劃也將被製造商折扣計劃取代。根據製造商折扣計劃，在初始承保階段和重大傷病承保階段期間，藥物製造商將為承保的 D 部分品牌藥和生物製品支付計劃全額費用的一部分費用。製造商折扣計劃下由製造商支付的折扣不計入自付費用。

### 自付額階段的變化

階段	2024 (今年)	2025 (明年)
<b>第 1 階段：年度自付額階段</b>	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。

### 初始承保階段的分攤費用變化

對於第 4 級非首選藥物，您在初始承保階段的分攤費用將從共付額變為共同保險。請參閱下表以瞭解從 2024 年到 2025 年的變化。

階段	2024 (今年)	2025 (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>2024 年，您為第 4 級非首選藥物支付 \$100 的共付額（30 天藥量的標準分攤費用）和 \$95 的共付額（30 天藥量的首選分攤費用）。</p> <p>2025 年，您將為此等級的藥物支付 50% 的共同保險。</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>我們免費為您承保大多數成人 D 部分疫苗。</p>	<p>您為一個月藥量支付的費用為：</p> <p><b>第 1 級：首選普通藥：</b>                      標準分攤費用：                      您為每份處方支付 \$10。                      對於一個月藥量的郵購處方藥，您支付的費用為 \$10。</p> <p>首選分攤費用：                      您為每份處方支付 \$0。                      對於一個月藥量的郵購處方藥，您支付的費用為 \$0。</p>	<p>您為一個月藥量支付的費用為：</p> <p><b>第 1 級：首選普通藥：</b>                      標準分攤費用：                      您為每份處方支付 \$10。                      對於一個月藥量的郵購處方藥，您支付的費用為 \$10。</p> <p>首選分攤費用：                      您為每份處方支付 \$0。                      對於一個月藥量的郵購處方藥，您支付的費用為 \$0。</p>

階段	2024 (今年)	2025 (明年)
第 2 階段：初始承保階段 (續)	<p><b>第 2 級：普通藥：</b></p> <p><i>標準分攤費用：</i> 您為每份處方支付 \$12。 對於一個月藥量的郵購處方藥，您支付的費用為 \$12。</p> <p><i>首選分攤費用：</i> 您為每份處方支付 \$0。 對於一個月藥量的郵購處方藥，您支付的費用為 \$0。</p> <p><b>第 3 級：首選品牌藥：</b></p> <p><i>標準分攤費用：</i>對於其他藥物，您為每份處方支付 \$47。 在此等級上，對於一個月藥量的每種承保胰島素產品，您支付 \$35。 對於一個月藥量的郵購處方藥，您支付的費用為 \$47。</p> <p><i>首選分攤費用：</i>對於其他藥物，您為每份處方支付 \$35。 在此等級上，對於一個月藥量的每種承保胰島素產品，您支付 \$25。 對於一個月藥量的郵購處方藥，您支付的費用為 \$35。</p>	<p><b>第 2 級：普通藥：</b></p> <p><i>標準分攤費用：</i> 您為每份處方支付 \$12。 對於一個月藥量的郵購處方藥，您支付的費用為 \$12。</p> <p><i>首選分攤費用：</i> 您為每份處方支付 \$0。 對於一個月藥量的郵購處方藥，您支付的費用為 \$0。</p> <p><b>第 3 級：首選品牌藥：</b></p> <p><i>標準分攤費用：</i>對於其他藥物，您為每份處方支付 \$47。 在此等級上，對於一個月藥量的每種承保胰島素產品，您支付 \$35。 對於一個月藥量的郵購處方藥，您支付的費用為 \$47。</p> <p><i>首選分攤費用：</i>對於其他藥物，您為每份處方支付 \$42。 在此等級上，對於一個月藥量的每種承保胰島素產品，您支付 \$35。 對於一個月藥量的郵購處方藥，您支付的費用為 \$42。</p>

階段	2024 (今年)	2025 (明年)
第 2 階段：初始承保階段 (續)	<p><b>第 4 級：非首選藥物：</b>  <i>標準分攤費用：</i>您為每份處方支付 \$100。            對於一個月藥量的郵購處方藥，您支付的費用為 \$100。  <i>首選分攤費用：</i>您為每份處方支付 \$95。            對於一個月藥量的郵購處方藥，您支付的費用為 \$95。</p>	<p><b>第 4 級：非首選藥物：</b>  <i>標準分攤費用：</i>您支付 50% 的總費用。            對於一個月藥量的郵購處方藥，您支付 50% 的總費用。  <i>首選分攤費用：</i>您支付 50% 的總費用。            對於一個月藥量的郵購處方藥，您支付 50% 的總費用。</p>
	<p><b>第 5 級：特殊級藥物：</b>  <i>標準分攤費用：</i>您支付 25% 的總費用。            對於一個月藥量的郵購處方藥，您支付 25% 的總費用。  <i>首選分攤費用：</i>您支付 25% 的總費用。            對於一個月藥量的郵購處方藥，您支付 25% 的總費用。</p>	<p><b>第 5 級：特殊級藥物：</b>  <i>標準分攤費用：</i>您支付 25% 的總費用。            對於一個月藥量的郵購處方藥，您支付 25% 的總費用。  <i>首選分攤費用：</i>您支付 25% 的總費用。            對於一個月藥量的郵購處方藥，您支付 25% 的總費用。</p>
	<p><b>第 6 級：選擇性護理藥物：</b>  <i>標準分攤費用：</i>您為每份處方支付 \$11。  <i>首選分攤費用：</i>您為每份處方支付 \$11</p> <hr/> <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>	<p><b>第 6 級：選擇性護理藥物：</b>            不適用。</p> <hr/> <p>一旦您為 D 部分藥物支付了 \$2,000 的自付費用，您將進入下一個階段 (重大傷病承保階段)。</p>

### 重大傷病承保階段的變化

重大傷病承保階段是第三個階段，也是最後一個階段。從 2025 年開始，在重大傷病承保階段期間，藥物製造商將為承保的 D 部分品牌藥和生物製品支付計劃全額費用的一部分費用。製造商折扣計劃下由製造商支付的折扣不計入自付費用。

有關您在重大傷病承保階段的費用的具體資訊，請參見《承保範圍說明書》第 6 章第 6 節。

## 第 2 節 管理變化

下表對比了明年的管理措施變化：

描述	2024 (今年)	2025 (明年)
<b>Medicare 處方藥付款計劃</b>	不適用	Medicare 處方藥付款計劃是一個新的付款選項，可與您當前的藥物保險配合使用。它透過將您的藥物費用分攤到全年 (1 月 - 12 月) 每月金額不等的付款中，從而幫助您管理藥物費用。若要瞭解有關此付款方式的更多資訊，請致電 1-866-845-1803 與我們聯絡或瀏覽 <a href="https://www.Medicare.gov">Medicare.gov</a> 。
<b>慢性病特殊補充福利 (SSBCI) 資格要求</b>	符合慢性病特殊補充福利資格的病症包括癌症、心血管疾病、慢性心臟衰竭、失智症、糖尿病、晚期腎病以及帕金森病。	除心血管疾病、慢性心臟衰竭、糖尿病、癌症和慢性肺病外，符合慢性病特殊補充福利資格的病症還包括一份擴大範圍的慢性病清單。請參閱您的《承保範圍說明書》，獲取完整清單並瞭解適用資格要求的變化。

## 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 Affirm 與 Included LGBTQ+ Health 聯盟計劃中

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 Affirm 與 Included LGBTQ+ Health 聯盟。

### 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 2025 年的計劃，請遵循以下步驟：

#### 第 1 步：瞭解和比較您的選擇

- 您可以加入其他 Medicare 保健計劃
- – 或者 – 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。

若要瞭解關於 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](http://www.medicare.gov/plan-compare))，查閱《2025 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：變更您的保險

- 若要變更為其他 Medicare 保健計劃，請參保新的計劃。您將自動從 SCAN Affirm 與 Included LGBTQ+ Health 聯盟中退保。
- 若要變更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 Affirm 與 Included LGBTQ+ Health 聯盟中退保。
- 若要變更為不合處方藥計劃的 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 使用者可致電 1-877-486-2048。

## 第 4 節 變更計劃的截止日期

如果您希望明年變更為其他計劃或 Original Medicare，您可以在 **10 月 15 日至 12 月 7 日期間**更改計劃。變更將於 2025 年 1 月 1 日生效。

### 本年內是否有其他時間允許變更計劃？

在某些情況下，也可以在本年內的其他時間變更計劃。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 2025 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 2025 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）。

如果您最近搬入或目前居住在某個機構（如專業護理機構或長期護理醫院），您可以**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）。如果您最近搬出某個機構，則有機會在您搬出機構當月之後的整整兩個月內更換計劃或轉至 Original Medicare。

## 第 5 節 提供 Medicare 免費諮詢的計劃

州健康保險援助計劃 (SHIP) 是一項獨立的政府計劃，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/](https://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

您可能有資格獲得支付處方藥費方面的補助。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)。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時；
  - 社會安全局辦事處代表，電話 1-800-772-1213，服務時間為早上 8 點至晚上 7 點，週一至週五。每天 24 小時都有自動留言服務。TTY 使用者可致電 1-800-325-0778；或
  - 您的州 Medicaid 辦公室。
- **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。
- **HIV/AIDS 患者的處方藥分攤費用補助。**AIDS 藥物補助計劃 (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。要符合您所在州營運的 ADAP 的資格，個人必須滿足特定條件，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。如需瞭解有關資格標準、承保藥物、如何參保計劃或者您目前已經參保，該如何獲得援助的資訊，請致電 1-844-421-7050。請務必在致電時告知您的 Medicare D 部分計劃名稱或保單號碼。
- **Medicare 處方藥付款計劃。**從 2025 年開始，Medicare 處方藥付款計劃是一個新增的付款選項，可幫助您管理藥物自付費用。這個新增的付款選項可與您當前的藥物保險配合使用。它透過將您的藥物費用分攤到全年（1 月 – 12 月）每月金額不等的付款中，從而幫助您管理藥物費用。此付款選項可能有助於您管理費用，但它不能為您節省或降低藥費。

對於符合資格的人士，Medicare 的「額外補助」和來自 SPAP 和 ADAP 的補助比參與 Medicare 處方藥付款計劃更為有利。所有會員均有資格參與此付款計劃，無論收入水平如何，所有附帶藥物保險的 Medicare 藥物計劃及 Medicare 保健計劃必須提供此付款選項。若要瞭解有關此付款方式的更多資訊，請致電 1-866-845-1803 與我們聯絡或瀏覽 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)。

## 第 7 節 有任何疑問？

### 第 7.1 節 – 從 SCAN Affirm 與 Included LGBTQ+ Health 聯盟獲取幫助

您有任何問題？我們在此為您提供幫助。請撥打會員服務部號碼 1-800-559-3500。（僅 TTY 使用者可致電 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 2025 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 2025 年的福利及費用發生的變化。詳情請參閱 SCAN Affirm 與 Included LGBTQ+ Health 聯盟的 2025 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](http://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](http://www.scanhealthplan.com)。在此提醒您，我們的網站提供關於我們的醫療服務提供者網絡的最新資訊（*醫療服務提供者與藥房目錄*）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)，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。

#### 瀏覽 Medicare 網站

瀏覽 Medicare 網站 ([www.medicare.gov](http://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](http://www.medicare.gov/plan-compare)。

**查閱《2025 年 Medicare 與您》**

查閱《2025 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，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。

SCAN Health Plan 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 為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，例如合格的手語翻譯員，以及其他格式（大號字體、音訊、無障礙電子格式、其他格式）的書面資訊。SCAN Health Plan 為母語非英語的人士提供免費語言服務，例如合格的口譯員和用其他語言編寫的資訊。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 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 會員服務部  
電話：1-800-559-3500  
傳真：1-562-989-0958  
TTY：711

或者在我們的網站上填寫「提交申訴」表：

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

如果您在提出申訴時需要協助，SCAN 會員服務部可向您提供協助。

您還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 (TTY: 1-800-537-7697)

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

您也可透過電話、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）。
- 以書面形式：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得：[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)。
- 以電子方式：請傳送電子郵件至 [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto: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 سوالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروهای ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای آن که مترجم دریافت کنید فقط کافیست 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 بخطةنا 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:**

យើងខ្ញុំមានសេវាកម្មបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចាំឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព 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 pab lub phiaj xwm kho mob thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu pab 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

**Laot:** ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາພາສາ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງ ພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-559-3500. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການພາສາ.

**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 pab 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 pab 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.

此頁有意留白。