2021
年度更改通知

Stanford Health Care Advantage Santa Clara Gold (HMO)

在加州的 Santa Clara 县提供服务

Stanford
HEALTH CARE ADVANTAGE

Stanford Health Care Advantage Santa Clara - Gold (HMO) 由 Stanford Health Care Advantage 提供

2021 年度更改通知

您目前已注册为 **Stanford Health Care Advantage Santa Clara - Gold** 的会员。明年的计划费用和福利将会有一些更改。*本手册介绍了这些更改。*

- **您必须在 10 月 15 日至 12 月 7 日期间更改您来年的 Medicare 保险。**

现在应该做什么

1. 询问：哪些更改适用于您

☐ 检查我们的福利与费用的变化，以便了解是否会对您造成影响。

- 所以请您务必立即审核您的保险，以确保该保险能在明年满足您的需求。
- 这些更改会影响您使用的服务吗？
- 有关我们计划的福利和费用变化的更多信息，请查看第 1.5 节和第 1.6 节。

☐ 检查我们的处方药保险手册的更改，以便了解是否会对您造成影响。

- 您使用的药物是否受保？
- 您的药物是否被划分为不同等级，且拥有不同的分摊费用？
- 您的药物是否有新限制，比如在配取处方药之前需要取得我们的批准？
- 您能否继续使用同一家药房？使用此药房的费用是否发生变化？
- 请查阅 2021 年药物清单并在第 1.6 节中查看有关药物保险更改的信息。
- 您的药物费用自去年以来可能有所增加。咨询您的医生是否有较低费用的备选药物适合您，这样可能为您节省全年的年度自付费用。如需了解有关药物价格的更多信息，请访问 Go.Medicare.gov/DrugPrices。这些公告板重点指出了哪些药厂提高了药物价格，同时也提供了其他各年份的药物价格信息。请记住，您的计划福利将决定您的药物费用具体有何变化。

☐ 查看这些信息以便了解您的医生或其他提供者明年是否仍在我们的网络内。

- 您的医生（包括您定期去看的专科医生）是否在我们的网络内？
- 您使用的医院或其他提供者呢？
- 请参见第 1.3 节了解我们“医疗服务提供者/药房目录”的信息。

☐ 考虑您的医疗保健总体费用。

- 您需要为自己定期使用的服务和处方药支出多少自付费用？
- 您需要支出多少保费和自付额？
- 与其他 Medicare 保险相比，您需支付的总计划费用如何？

☐ 想想您是否对我们的计划感到满意。

2. 对比：了解其他可选计划

☐ 检查您所在区域的保险和计划费用。

- 使用 Medicare.gov/plan-compare 网站上的 Medicare Plan Finder 的个性化搜索功能。
- 请查阅“Medicare 与您”手册背面的清单。
- 请参见第 2 节了解关于您的可选方案的详情。

☐ 当您将可选计划缩小至一项首选计划时，请在该计划网站上确认您的费用和承保范围。

3. 选择：确定是否更改您的计划

- 如果您在 2020 年 12 月 7 日之前没有加入其他计划，您将参保 **Stanford Health Care Advantage Santa Clara - Gold**。
- 如果要更改为可能更符合您需求的**另一项计划**，您可以在 10 月 15 日至 12 月 7 日期间更改计划。

4. 参保：如果要更改计划，只需在 **2020 年 10 月 15 日**至 **12 月 7 日**期间加入一项计划即可

- 如果您未在 **2020 年 12 月 7 日**之前加入另一项计划，您将参保 **Stanford Health Care Advantage Santa Clara - Gold**。
- 如果您在 **2020 年 12 月 7 日**之前加入另一项计划，您的新保险将于 **2021 年 1 月 1 日**开始生效。您将自动退出您当前的计划。

其他资源

- 本文件免费提供西班牙语和中文版本。
- 请致电 1-855-996-8422 联系客户服务部了解更多信息。（听障人士应致电 711）。服务时间为一周七天，上午 8 点至晚上 8 点。如果您在节假日或 4 月 1 日至 9 月 30 日的周末期间致电，可转入留言服务。请留言，工作人员将在下一个工作日给您回电。
- ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-996-8422 (TTY: 711).

- 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-996-8422 (TTY: 711)。
- 本文件可能会提供其他格式，如盲文、大字体或其他替代格式。
- **本计划的承保范围满足 Qualifying Health Coverage (QHC)** 的要求，并达到《患者保护与可负担医疗法案》(ACA) 的个人分摊责任要求。请访问国税局 (IRS) 网站 IRS.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 了解更多信息。

Stanford Health Care Advantage Santa Clara - Gold 须知

- Stanford Health Care Advantage is an HMO plan with a Medicare contract. Enrollment in Stanford Health Care Advantage depends on contract renewal.
- Stanford Health Care Advantage es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Stanford Health Care Advantage depende de la renovación del contrato.
- Stanford Health Care Advantage 是一項簽有 Medicare 合約的 HMO 計劃。能否在 Stanford Health Care Advantage 註冊參保視合約續簽情況而定。
- 当本手册中出现“我们”或“我们的”时，是指 Stanford Health Care Advantage。出现“计划”或“我们的计划”时，是指 Stanford Health Care Advantage Santa Clara - Gold。

2021 年重要费用概述

下表从几个重要方面出发，比较了 Stanford Health Care Advantage Santa Clara - Gold 的 2020 年费用和 2021 年费用。**请注意，这只是对更改的概述。**在我们的网站 StanfordHealthCareAdvantage.org 上可找到*承保范围说明书*。欢迎致电会员服务部，要求我们邮寄一份*承保范围说明书*给您。

费用	2020（今年）	2021（明年）
月缴计划保费* * 您的保费可能高于或低于此金额。请参见第 1.1 节了解详情。	$69	$69
最高自付费用金额 这是指您为承保的 A 部分和 B 部分服务支付的最高自付费用。（请参见第 1.2 节了解详情。）	$5,900 仅 Medicare 承保的福利适用于您的最高参保人自付费用。	$6,500 所有 Medicare 承保的和特选的非 Medicare 承保的福利均适用于您的最高参保人自付费用。有关更多信息，请参阅您的 *2021 年承保范围说明书* (EOC)。
医生诊室就诊	主治医生就诊： 每次就诊 $10 专科医生就诊： 每次就诊 $30	主治医生就诊： 每次就诊 $10 专科医生就诊： 每次就诊 $30
住院 包括急性住院护理、住院康复、长期护理医院及其他类型的住院服务。住院治疗从您听从医生要求正式住院的那天开始算起。出院的前一天是您住院的最后一天。	每次住院/每天 $275 的共付额：第 1-7 天 每次住院/每天 $0 的共付额：第 8 天及之后 共付额适用于基于 Original Medicare 的福利期。	每次住院/每天 $275 的共付额：第 1-7 天 每次住院/每天 $0 的共付额：第 8 天及之后 共付额适用于每次住院。

费用	2020（今年）	2021（明年）
D 部分处方药保险 （请参见第 1.6 节了解详情。）	自付额：$250 （适用于第 3、第 4 和第 5 级药物。） 初始承保阶段的共付额/共同保险： **标准费用分摊药房供应 30 天的份量** • 第 1 级药物：$5 的共付额 • 第 2 级药物：$15 的共付额 • 第 3 级药物：$47 的共付额 • 第 4 级药物：$100 的共付额 • 第 5 级药物：28% 的共同保险 • 第 6 级药物：$2 的共付额	自付额：$250 （适用于第 3、第 4 和第 5 级药物。） 初始承保阶段的共付额/共同保险： **标准费用分摊药房供应 30 天的份量** • 第 1 级药物：$5 的共付额 • 第 2 级药物：$15 的共付额 • 第 3 级药物：$47 的共付额 • 第 4 级药物：$100 的共付额 • 第 5 级药物：28% 的共同保险 • 第 6 级药物：$2 的共付额

2021 *年度更改通知*
目录

2021 年重要费用概述 1

第 1 节 明年的福利与费用变化 4

第 1.1 节 — 月缴保费的变化 4

第 1.2 节 — 您最高自付费用金额的更改 4

第 1.3 节 — 医疗服务提供者网络的更改 5

第 1.4 节 — 药房网络更改 6

第 1.5 节 — 医疗服务福利和费用更改 6

第 1.6 节 — D 部分处方药保险的更改 10

第 2 节 决定选择哪个计划 14

第 2.1 节 — 如果您希望继续留在 Stanford Health Care Advantage Santa Clara - Gold 中 14

第 2.2 节 — 如果您希望更改计划 14

第 3 节 更改计划的截止期限 15

第 4 节 提供 Medicare 免费咨询的计划 15

第 5 节 帮助支付处方药费用的计划 15

第 6 节 您有疑问吗？ 16

第 6.1 节 — 从 Stanford Health Care Advantage Santa Clara - Gold 获得帮助 16

第 6.2 节 — 从 Medicare 获取帮助 17

第 1 节 明年的福利与费用变化

第 1.1 节 — 月缴保费的变化

费用	2020（今年）	2021（明年）
月缴计划保费 （您必须继续支付您的 Medicare B 部分保费。）	$69	$69
选择性补充福利的月缴保费 如需更多信息，请参阅 *2021 年承保范围说明书中的第 4 章第 2.2 节额外的“选择性补充”福利*。	$20	$20

- 如果您因未参保至少与 Medicare 药物保险（亦称为“有信誉度保险”）相似的其他药物保险时间达 63 天或以上而需支付终身 D 部分逾期参保罚金，您的月缴计划保费将会*增加*。
- 如果您的收入较高，则您每月可能需要直接向政府支付额外的 Medicare 处方药保险费用。
- 如果您获得处方药费用的“额外补助”，则您的月缴保费会*减少*。关于 Medicare 提供的“额外补助”，请参阅第 7 节。

第 1.2 节 — 您最高自付费用金额的更改

为了保护您，Medicare 要求所有保健计划对您在一年中支付的“自付费用”金额进行限制。该限制称为“最高自付费用金额”。如果达到此金额，一般而言，您无需为该年剩余时间内的承保 A 部分和 B 部分服务支付任何费用。

费用	2020（今年）	2021（明年）
最高自付费用金额 您的承保医疗服务费用（例如共付额）计入您的最高自付费用金额。您的计划保费和处方药费用不计入您的最高自付费用。	$5,900 仅 Medicare 承保的福利适用于您的最高参保人自付费用。	$6,500 如果您已为承保的 A 部分和 B 部分服务支付了 $6,500 的自付费用，则无需支付日历年度剩余时间内的承保 A 部分和 B 部分服务的费用。 所有 Medicare 承保的和特选的非 Medicare 承保的福利均适用于您的最高参保人自付费用。有关更多信息，请参阅您的 *2021 年承保范围说明书* (EOC)。

第 1.3 节 — 医疗服务提供者网络的更改

我们明年的医疗服务提供者网络会有所更改。在我们的网站 StanfordHealthCareAdvantage.org 上可找到最新的医疗服务提供者/药房目录。您也可致电会员服务部咨询最新的医疗服务提供者信息或要求我们为您邮寄一份“医疗服务提供者/药房目录”。**请查阅 2021 年“医疗服务提供者与药房目录”，了解您的医疗服务提供者（主治医生、专科医生、医院等）是否处于我们的网络中。**

您务必要了解，我们可能会在一年当中对您计划内的医院、医生和专科医生（医疗服务提供者）进行更改。提供者离开计划的原因有很多，但如果您的医生或专科医生离开了您的计划，您拥有下述权利并受到以下保护：

- 虽然我们的提供者网络可能会在一年当中发生变化，但我们必须让您不间断地获得由合格的医生和专科医生提供的服务。
- 我们将尽力提前至少 30 天把您的提供者要离开计划的消息告诉您，以便您有时间选择新的提供者。
- 我们将协助您选择新的合格提供者以继续管理您的医疗保健需求。
- 如果您正在接受医学治疗，您有权要求且我们将与您合作以确保您正在接受的医学必需治疗治疗不被中断。
- 如果您认为我们没有向您提供一位合格的提供者以取代您之前的提供者，或者认为您的护理没有得到恰当管理，您有权对我们的决定提出上诉。

- 如果您发现您的医生或专科医生打算离开计划，请与我们联系，以便我们协助您找到新的提供者和管理您的护理。

第 1.4 节 — 药房网络更改

您为处方药支付的金额视您所使用的药房而定。Medicare 药物计划拥有一个药房网络。在大多数情况下，您的处方药*仅*在我们的网络内药房配取时才获承保。

我们明年的药房网络会有所更改。在我们的网站 StanfordHealthCareAdvantage.org 上可找到最新的医疗服务提供者/药房目录。您也可致电会员服务部咨询最新的医疗服务提供者信息或要求我们为您邮寄一份“医疗服务提供者/药房目录”。**请查阅 2021 年“医疗服务提供者/药房目录”，了解哪些药房处于我们的网络中。**

第 1.5 节 — 医疗服务福利和费用更改

我们将在明年更改我们对某些医疗服务的承保。下文将介绍这些变化。有关这些服务的承保范围和费用的详情，请参见您的 *2021 年承保范围说明书*的第 4 章 *“医疗福利表（承保范围与支付费用）”*。

费用	**2020**（今年）	**2021**（明年）
治疗慢性腰背痛的针灸	对于 Medicare 承保的针灸服务，您支付 $10 的共付额。	对于 Medicare 承保的针灸服务，您支付 $30 的共付额。
牙科服务 —（Medicare 承保）	对于 Medicare 承保的牙科服务，您支付 $20 的共付额。	对于 Medicare 承保的牙科服务，您支付 $20 的共付额。 我们更改了向 Medicare 报告这些福利的方式。但是，您的 Medicare 承保的牙科护理福利并没有改变。

费用	2020（今年）	2021（明年）
糖尿病用品	对于糖尿病用品，您支付总费用的 0%。	对于糖尿病用品，您支付总费用的 0%。 如果在药房购买了仪器和试纸，则适用范围仅限于特定的 Abbott/LifeScan 产品。
耐用医疗设备 (DME) 和相关用品	对于耐用医疗设备和相关用品，您支付总费用的 20%。 您的计划包括首选耐用医疗设备供应商/制造商。	对于耐用医疗设备和相关用品，您支付总费用的 20%。 可以从任何网络提供者处以相同的费用分摊获得耐用的医疗设备。
住院治疗	第 1-7 天，您每天支付 $275 的共付额。 第 8 天及之后，您每天支付 $0 的共付额。 共付额适用于基于 Original Medicare 的福利期。	住院的第 1-7 天，您每天支付 $275 的共付额。 住院的第 8 天及之后，您每天支付 $0 的共付额。 共付额适用于每次住院。
住院病人精神健康护理	第 1-6 天，您每天支付 $270 的共付额。 第 7-90 天，您支付 $0 的共付额。 共付额适用于基于 Original Medicare 的福利期。	住院的第 1-6 天，您每天支付 $270 的共付额。 住院的第 7 天及之后，您每天支付 $0 的共付额。 共付额适用于每次住院。
门诊血液服务	Original Medicare 福利（三品脱自付额）适用。	免收三品脱自付额。

费用	2020（今年）	2021（明年）
门诊诊断检查与治疗服务和用品	对于 Medicare 承保的诊断程序及检查，您支付 $45 的共付额。 对于 Medicare 承保的放射线诊断服务，您支付 $210 的共付额。	对于 Medicare 承保的结肠镜诊断检查，您支付 $0 的共付额。 对于 Medicare 承保的所有其他诊断程序及检查，您支付 $45 的共付额。 对于 Medicare 承保的乳房 X 光摄影诊断，您支付 $0 的共付额。 对于 Medicare 承保的放射线诊断服务，您支付 $210 的共付额。
门诊病人药物滥用相关服务	无需从您的 PCP 处转诊。 无需事先授权。	可能需要从您的 PCP 处转诊。 需要事先授权。
医师/执业医护人员服务，包括医生诊所就诊	对于每次与其他医疗保健专业人员进行的 Medicare 承保的就诊，您支付 $10 的共付额。	对于每次与其他医疗保健专业人员进行的 Medicare 承保的就诊，您支付 $30 的共付额。 我们更改了向 Medicare 报告远程医疗福利的方式。但是，除了上面列出的共付额之外，这项福利没有改变。
治疗肾病的服务	对于 Medicare 承保的肾透析治疗，您支付 10% 共同保险。	对于 Medicare 承保的透析治疗，您支付 20% 共同保险。

费用	2020（今年）	2021（明年）
专业护理机构 (SNF) 护理	第 1-20 天，您每天支付 $0 的共付额。 第 21-100 天，您支付 $150 的共付额。 共付额适用于基于 Original Medicare 的福利期。	住院的第 1-20 天，您每天支付 $0 的共付额。 住院的第 21-100 天，您每天支付 $150 的共付额。 共付额适用于每次住院。
急症治疗服务（在美国境内）	您支付 $35 共付额。 如果在 24 小时内因相同情况入院，则无需支付共付额。	您支付 $35 共付额。 如果在 24 小时之内因相同情况入院，则无需支付共付额。
视力护理（Medicare 承保）	对于由您的主治医生进行的 Medicare 承保的眼科检查，您支付 $10 的共付额。 对于由专科医生进行的 Medicare 承保的眼科检查，您支付 $30 的共付额。	对于由您的主治医生进行的 Medicare 承保的眼科检查，您支付 $10 的共付额。 您需为 Medicare 承保的由专科医生进行的眼科检查支付 $30 共付额。 我们更改了向 Medicare 报告此福利的方式。但是，这种由 Medicare 承保的眼科检查福利并没有改变。

费用	2020（今年）	2021（明年）
选择性补充福利（牙科服务和常规视力护理）*	牙科服务和视力护理在选择性补充福利计划中提供。有关更多详情，请参阅 *2020 年承保范围说明书(EOC)*。	牙科服务和视力护理在选择性补充福利计划中提供。有关更多详情，请参阅 *2021 年承保范围说明书(EOC)*。 我们更改了向 Medicare 报告这些福利的方式。但是，选择性补充福利计划没有更改。

***选择性补充福利需要支付额外保费。**有关选择性补充福利的更多信息，请参见*承保范围说明书*第 4 章第 2.2 节。

第 1.6 节 — D 部分处方药保险的更改

药物清单的更改

我们的承保药物清单称为处方药一览表或“药物清单”。我们将提供电子版的药物清单副本。**您可**致电会员服务部（参见封底）或访问我们的网站 StanfordHealthCareAdvantage.org **索取*完整的*药物清单**。

我们更改了药物清单，更改内容包括我们的承保药物以及适用于某些药物承保的限制条件。**请查阅药物清单以确定您的药物在明年是否得到承保，同时查看是否有任何限制条件。**

如果您因药物承保范围的更改而受到影响，您可以：

- **与您的医生（或其他处方医生）合作，要求计划作出例外处理**以承保该药物。**我们鼓励现有会员**于明年之前提出例外处理申请。
  - 有关如何提出例外处理请求的详情，请参阅*承保范围说明书*第 9 章*（遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围裁决、上诉、投诉））*，或致电客户服务部。
- **咨询您的医生（或其他处方医生）以找到我们承保的另一种药物。**您可以致电客户服务部索取一份治疗相同疾病的承保药物清单。

在某些情况下，我们必须在计划年度的前 90 天或成为会员后的前 90 天内，承保一次非处方药一览表药物的临时性供药，以避免治疗中断。（如需了解何时可获得临时性供药以及如何申请临时性供药，请参见*承保范围说明书*的第 5 章第 5.2 节。）在您取得临时性供药期间，您应和您的医生讨论，以决定当临时性供药用尽时该如何处理。您可以改用计划承保的不同药物，或要求计划为您作出例外处理来承保您的当前药物。

处方药一览表例外批准的有效期通常为 12 个月。

大多数药物清单变更发生在每年年初。不过，我们可能会于每年的其他时间根据 Medicare 的规定作出其他更改。

当我们在全年其他时间对药物清单作出更改时，您可以咨询您的医生（或其他处方医生），要求我们作出例外处理以承保该药物。我们将继续按时更新线上的药物清单并提供其他必要信息来反映药物更改。（如需更多有关药物清单更改的信息，请参见承保范围说明书第 5 章第 6 节。）

处方药费用的变化

*注意：*如果您的计划帮助您支付药费（“额外补助”），**则 D 部分处方药费用的信息可能对您不适用**。我们会寄给您一份单独的插页来说明您的药物费用，该插页称为“取得额外补助支付处方药之人士的承保范围说明书附则”（也称为“低收入补贴附则”或“LIS 附则”）。如果您获得“额外补助”，但在 2020 年 9 月 30 日之前未收到此插页，请致电会员服务部索取“LIS 附则”。

有四个“药物付款阶段”。您要为 D 部分药物支付多少费用取决于您处于哪个药物付款阶段。（您可以参见*承保范围说明书*第 6 章第 2 节了解有关各阶段的更多信息。）

以下信息显示了明年前两个阶段的变化 — 年度自付额阶段和初始承保阶段。（多数会员不会达到其他两个阶段 — 承保缺口阶段或重大伤病承保阶段。请前往我们的网站 StanfordHealthCareAdvantage.org 查阅*承保范围说明书*第 6 章第 6 节和第 7 节了解有关这些阶段费用的信息。您也可致电会员服务部，要求我们为您邮寄一份*承保范围说明书*。）

自付额阶段更改

阶段	2020（今年）	2021（明年）
第 1 阶段：年度自付额阶段 在此阶段，您为第 3 至 5 级药物支付**全额费用**，直至您达到年度自付额。	自付额为 $250。 在此阶段，您需支付以下费用：第 1 级药物，$5.00 的分摊费用；第 2 级药物，$15.00 的分摊费用；第 6 级药物，$2.00 的分摊费用；第 3 至 5 级药物，全额支付，直至您达到年度自付额。	自付额为 $250。 在此阶段，您需支付以下费用：第 1 级药物，$5.00 的分摊费用；第 2 级药物，$15.00 的分摊费用；第 6 级药物，$2.00 的分摊费用；第 3 至 5 级药物，全额支付，直至您达到年度自付额。

初始承保阶段的分摊费用更改

如果要了解共付额和共同保险如何计算，请参阅您的*承保范围说明书*第 6 章第 1.2 节，*您为承保药物支付的自付费用类型*。

阶段	2020（今年）	2021（明年）
第 2 阶段：初始承保阶段 您在支付年度自付额后将进入初始承保阶段。在此阶段期间，本计划将支付其应承担的药物费用，而**您也将支付您应承担的费用**。 此栏所列费用是您在提供标准分摊费用的网络内药房配取一个月（30 天）药物份量的费用。有关长期供药或邮购处方药费用的详情，请参阅*承保范围说明书*第 6 章第 5 节。	在提供标准分摊费用的网络内药房配取一个月药物份量的费用： **首选副厂药：** *标准分摊费用：* 每份处方，您支付 $5。 **副厂药：** *标准分摊费用：* 每份处方，您支付 $15。 **首选原厂药：** *标准分摊费用：* 每份处方，您支付 $47。	在提供标准分摊费用的网络内药房配取一个月药物份量的费用： **首选副厂药：** *标准分摊费用：* 每份处方，您支付 $5。 **副厂药：** *标准分摊费用：* 每份处方，您支付 $15。 **首选原厂药：** *标准分摊费用：* 每份处方，您支付 $47。

阶段	2020（今年）	2021（明年）
第 2 阶段：初始承保阶段（续） 我们更改了药物清单中某些药物的等级。如果想了解您的药物是否被划分为其他等级，请查阅药物清单。	**非首选原厂药：** *标准分摊费用：* 每份处方，您支付 $100。 **特殊级药：** *标准分摊费用：* 您支付总费用的 28%。 **特选护理药物：** *标准分摊费用：* 每份处方，您支付 $2。 ——————— 一旦您的总药费达到 $4,020，您将进入下一个阶段（承保缺口阶段）。 在 2020 年，您使用网络外药房时可能已经支付了差价。	**非首选原厂药：** *标准分摊费用：* 每份处方，您支付 $100。 **特殊级药：** *标准分摊费用：* 您支付总费用的 28%。 **特选护理药物：** *标准分摊费用：* 每份处方，您支付 $2。 ——————— 一旦您的总药费达到 $4,130，您将进入下一个阶段（承保缺口阶段）。 在 2021 年，使用网络外药房不会产生成本差异。

承保缺口和重大伤病承保阶段的更改

其他两种药物承保阶段 — 承保缺口阶段和重大伤病承保阶段 — 适用于药费较高的人士。**多数会员不会达到承保缺口阶段或重大伤病承保阶段**。请参见您的*承保范围说明书*第 6 章第 6 节和第 7 节，了解有关这些阶段的费用信息。

第 2 节 决定选择哪个计划

第 2.1 节 — 如果您希望继续留在 Stanford Health Care Advantage Santa Clara - Gold 中

如果要继续留在我们的计划内，您不需要采取任何措施。如果您没有在 12 月 7 日之前签署其他计划或更改为 Original Medicare，您将自动加入我们的 Stanford Health Care Advantage Santa Clara - Gold。

第 2.2 节 — 如果您希望更改计划

我们希望您能在明年继续保持会员身份，但如果您希望更改 2021 年的计划，请遵循以下步骤：

第 1 步：了解和比较您的可选计划

- 您可以适时加入其他 Medicare 保健计划，
- *或者* — 您可以转至 Original Medicare。如果您更改为 Original Medicare，您需要决定是否加入 Medicare 药物计划。如果您不参保 Medicare 药物计划，请参阅第 2.1 节关于 D 部分逾期参保罚金的内容。

要了解关于 Original Medicare 以及不同类型的 Medicare 计划的更多信息，请阅读 *"2021 年 Medicare 与您"*、致电您的州健康保险援助计划（请参见第 4 节）或致电 Medicare（请参见第 6.1 节）。

您还可通过使用 Medicare 网站上的 Medicare Plan Finder 找到有关您所在区域提供的计划信息。转到 www.Medicare.gov/Plan-Compare。**您可以在这里了解关于 Medicare 计划的费用、承保范围和质量评级的信息。**

在此提醒您，Stanford Health Care Advantage Santa Clara - Gold 提供其他 Medicare 健康计划和 Medicare 处方药计划。其他这些计划可能具有不同的承保范围、月缴保费和分摊费用额。

第 2 步：更改您的保险

- 如果要**改为其他 Medicare 保健计划**，请参保新的计划。您将自动从 Stanford Health Care Advantage Santa Clara - Gold 退保。
- 如果要**改为附带处方药计划的 Original Medicare**，请参保新的药物计划。您将自动从 Stanford Health Care Advantage Santa Clara - Gold 退保。

- 如果要**改为不附带处方药计划的 Original Medicare**，您必须：
  - 向我们寄送书面退保请求。如果您需要如何申请的详情，请联系客户服务部（电话号码列于本手册的第 6.1 节）。
  - — *或者* — 致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 **Medicare** 要求退保（全天候服务）。听障人士可致电 1-877-486-2048。

第 3 节 更改计划的截止期限

如果您希望明年改为其他计划或 Original Medicare，您可以在 **10 月 15 日到 12 月 7 日**期间更改计划。更改将于 2021 年 1 月 1 日生效。

本年内是否有其他时间允许更改计划？

在某些情况下，也可以在本年内的其他时间更改计划。例如，可能允许在药物方面获得“额外补助”、拥有或正在退出雇主保险以及搬离服务区域的 Medicaid 受保人在一年中其他时间进行更改。请参见*承保范围说明书*的第 10 章第 2.3 节了解更多信息。

如果您参保了将于 2021 年 1 月 1 日生效的 Medicare Advantage 计划，但不喜欢您的计划选择，您可以在 2021 年 1 月 1 日到 3 月 31 日期间转到其他 Medicare 保健计划（包含或不包含 Medicare 处方药保险）或 Original Medicare（包含或不包含 Medicare 处方药保险）。请参见*承保范围说明书*的第 10 章第 2.2 节了解更多信息。

第 4 节 提供 Medicare 免费咨询的计划

州健康保险援助计划 (SHIP) 是一项政府计划，在每个州都有受过专业训练的顾问。在加州，SHIP 称为“HICAP”，即加州健康保险咨询和宣传计划。

HICAP 是独立的计划（它与任何保险公司或保健计划都没有关系）。它是一个由联邦政府出资为 Medicare 受保人提供本地**免费**健康保险咨询的州计划。HICAP 顾问可以帮助您解决 Medicare 方面的疑问或问题。他们可以帮助您了解您的 Medicare 计划选择并回答有关转换计划的问题。您可致电 1-800-434-0222 联系 HICAP。欢迎访问 HICAP 的网站 (https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/)了解更多相关信息。

第 5 节 帮助支付处方药费用的计划

您可能符合条件获得支付处方药费方面的帮助。我们在下文列出了不同类型的补助：

- **Medicare 提供的“额外补助”。**收入有限的人员可能有资格享有处方药费的额外补助。如果您符合资格，Medicare 可以为您支付高达 75% 或以上的药费，包括每月的处方药保费、每年的自付额以及共同保险。另外，符合资格的人士不必经历承

保缺口阶段，也无需支付逾期参保罚金。许多人符合条件，但他们自己并不知情。要了解自己是否符合条件，请致电：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。听障人士可致电 1-877-486-2048（全天候服务）；
- 社会保障办事处，电话 1-800-772-1213，服务时间：早上 7 点至晚上 7 点，周一至周五。听障人士可致电 1-800-325-0778（提出申请）；或
- 联系您的州 Medicaid 办公室（提出申请）。

- **HIV/AIDS 患者的处方药分摊费用补助。**AIDS 药物协助计划 (ADAP) 可以帮助确保符合 ADAP 资格的 HIV/AIDS 患者获取挽救生命的 HIV 药物。您必须满足特定条件，包括能够提供所在州的居住证明和 HIV 患病状况证明、符合州规定的低收入标准的证明，以及未获承保/承保不足的证明。同样受 ADAP 承保的 Medicare D 部分处方药有资格获得处方药分摊费用补助，详情请咨询加州 AIDS 办事处。有关资格标准信息，涵盖药品，或如何注册该计划，请联系加州 AIDS 办事处：California Department of Public Health 网站：https://www.cdph.ca.gov，或致电 1-844-421-7050。

第 6 节 您有疑问吗？

第 6.1 节 — 从 Stanford Health Care Advantage Santa Clara - Gold 获得帮助

有疑问？我们将随时随地为您提供帮助。请拨打 1-855-996-8422 联系客户服务部。（仅听障人士可致电 711）。我们的电话服务时间为：每周七天，上午 8 点至晚上 8 点。如果您在节假日或 4 月 1 日至 9 月 30 日的周末期间致电，可转入留言服务。请留言，工作人员将在下一个工作日给您回电。拨打这些电话是免费的。

阅读您的 2021 年*承保范围说明书*（其中包含关于明年的福利及费用的详情）

本*年度更改通知*概述了您 2021 年的福利及费用发生的变化。详情请参阅 2021 年 Stanford Health Care Advantage Santa Clara - Gold 的*承保范围说明书*。*承保范围说明书*是关于您的计划福利的合法详细说明。它说明了您的权利以及为获得承保服务与处方药需要遵循的规则。在我们的网站 StanfordHealthCareAdvantage.org 上可找到*承保范围说明书*。欢迎致电会员服务部，要求我们邮寄一份*承保范围说明书*给您。

访问我们的网站

您还可以访问我们的网站 www.StanfordHealthCareAdvantage.org。在此提醒您，我们的网站提供关于我们提供者网络的最新信息（医疗服务提供者/药房目录）以及我们承保药物的清单（处方药一览表/药物清单）。

第 6.2 节 — 从 Medicare 获取帮助

要直接从 Medicare 获取信息：

致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

您可致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（全天候服务）。听障人士可致电 1-877-486-2048。

访问 Medicare 网站

您可访问 Medicare 网站 (Medicare.gov)。其中包含关于费用、承保范围和质量评级的信息，可以帮助您比较各个 Medicare 保健计划。您可通过使用 Medicare 网站上的 Medicare Plan Finder 找到有关您所在区域提供的计划信息。（要查看有关计划的信息，请访问 Medicare.gov/Plan-Compare）。

阅读 *“2021 年 Medicare 与您”*

您可以阅读 *“2021 年 Medicare 与您”* 手册。每年秋季，该手册均会寄给 Medicare 受保人。它总结了 Medicare 的福利、权益和保障，并且回答了关于 Medicare 的最常见问题。如果您未收到该手册，可以访问 Medicare 网站 (Medicare.gov) 或致电 1-800-MEDICARE (1800-633-4227) 获取，服务时间为每周七天，每天 24 小时。听障人士应致电 1-877-486-2048。

Stanford
HEALTH CARE ADVANTAGE

Member.StanfordHealthCareAdvantage.org

客户服务部

请拨打免费电话 1-855-996-8422

我们的电话服务时间为：每周七天，上午 8 点至晚上 8 点。如果您在节假日或 4 月 1 日至 9 月 30 日的周末期间致电，可转入留言服务。请留言，工作人员将在下一个工作日给您回电。客户服务部还为不说英语的人士提供免费的语言翻译服务。

听障专线 711

拨打此号码要求使用专用电话设备，并且仅面向听力或语言有障碍的人士。拨打此号码是免费的。我们的电话服务时间为：每周七天，上午 8 点至晚上 8 点。如果您在节假日或 4 月 1 日至 9 月 30 日的周末期间致电，可转入留言服务。请留言，工作人员将在下一个工作日给您回电。

致函 P.O. Box 5904 | Troy, MI 48007-7080

传真 1-833-407-0025

Stanford Health Care Advantage 是一项签有 Medicare 合约的 HMO 计划。能否在 Stanford Health Care Advantage 参保视续约情况而定。请拨打 1-855-996-8422（听障专线：711）了解更多信息。Stanford Health Care Advantage 遵守适用联邦民权法，不会因种族、肤色、原国籍、年龄、残疾或性别而歧视任何人。

H2986_21-064_M