

2026



年度變更通知

CalOptima Health OneCare Flex Plus (H5433-003)
(HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan



CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 是由 CalOptima Health 提供的

2026 年度變更通知

引言

您目前已參保成為本計劃的會員。明年，本計劃的各項福利、承保範圍、規定及費用將有一些變更。此年度變更通知將會為您說明這些變更以及可從何處取得更多相關資訊。若要取得更多與費用、福利或規定相關的資訊，請檢閱會員手冊，您可在我們的網站上找到會員手冊，網址為www.caloptima.org/OneCare。請撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部，透過郵件取得副本。重要術語及其定義列於會員手冊的最後一章，依照英文字母順序排列。

其他資源

- 本文件有西班牙文、越南文、波斯文、韓文、中文、阿拉伯文及俄文等版本可供免費索取。
- 您可免費取得本年度變更通知的其他格式，例如大字版、盲文版、或語音版。請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 與客戶服務部聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。此為免費電話。
- 您也可以提出長期申請，以取得以其他使用語言和/或其他格式提供的資料。
 - 如需長期申請主要語言或其他格式版本的資料，請撥打頁面底部的客戶服務電話，或造訪我們安全的線上會員入口網站：<https://member.caloptima.org/#/user/login>。
 - 您的長期申請將會保留在我們的系統中，以供將來所有郵件往來和通訊使用。
 - 如需取消或更改您的長期申請，請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 與客戶服務部聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。此為免費電話。



如果您有疑問，請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 與 CalOptima Health OneCare Flex Plus 聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽 www.caloptima.org/OneCare。

OMB 批准 0938-1444 (有效期限至：2026 年 6 月 30 日)

語言協助服務及輔助輔助工具及服務

English

ATTENTION: If you need help in your language, call **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-877-412-2734 (TTY 711)**. These services are free of charge.

(Arabic) العربية

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-877-412-2734 (TTY 711)**. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير اتصل بـ **1-877-412-2734 (TTY 711)**. هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-877-412-2734 (TTY 711)**: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք **1-877-412-2734 (TTY 711)**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-877-412-2734 (TTY 711)** ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជា ឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-877-412-2734 (TTY 711)** ។ សេវាកម្ម ទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។



如果您有疑問，請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 與CalOptima Health OneCare Flex Plus聯絡，服務時間為每週7天，每天24小時。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽 www.caloptima.org/OneCare。

简体中文 (Simplified Chinese)

请注意:如果您需要以您的母语提供帮助,请致电 **1-877-412-2734 (TTY 711)**。我们另外还提供针对残疾人士的帮助和服务,例如盲文和大字体阅读,提供您方便取用。请致电 **1-877-412-2734 (TTY 711)**。这些服务都是免费的。

繁體中文 (Traditional Chinese)

注意:如果您需要以您的語言獲得幫助,請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)**。為殘障人士也提供幫助和服務,例如盲文和大字體的文件。致電**1-877-412-2734 (TTY 711)**。這些服務是免費的。

(Farsi) فارسی

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید, با
1-877-412-2734 (TTY 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد
دارای معلولیت, مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ, نیز موجود است. با
1-877-412-2734 (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

ગુજરાતી (Gujarati)

ધ્યાન આપો: જો તમને તમારી ભાષામાં મદદની જરૂર હોય તો આ નંબર પર કોલ કરો:
1-877-412-2734 (TTY 711). વિકલાંગ લોકો માટે સહાય અને સેવાઓ, જેમ કે
બ્રેઇલ અને મોટી પ્રિન્ટમાં પણ દસ્તાવેજો ઉપલબ્ધ છે. કોલ કરો:
1-877-412-2734 (TTY 711). આ સેવા વિનામૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो
1-877-412-2734 (TTY 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता
और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-877-412-2734**
(TTY 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।



如果您有疑問,請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 與CalOptima Health
OneCare Flex Plus聯絡,服務時間為每週7天,每天24小時。此為免費電話。如需更多
資訊,請瀏覽 www.caloptima.org/OneCare。

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-877-412-2734** (TTY **711**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-877-412-2734** (TTY **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-877-412-2734** (TTY **711**) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。**1-877-412-2734** (TTY **711**) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-877-412-2734** (TTY **711**) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-412-2734** (TTY **711**). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-412-2734** (TTY **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.



如果您有疑問，請致電 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 與CalOptima Health OneCare Flex Plus聯絡，服務時間為每週7天，每天24小時。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽 www.caloptima.org/OneCare。

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-877-412-2734** (TTY **711**). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-877-412-2734** (TTY **711**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

Português (Portuguese)

ATENÇÃO: Se você precisar de ajuda no seu idioma, ligue para **1-877-412-2734** (TTY **711**). Serviços e auxílio para pessoas com incapacidades, como documentos em braile ou impressos com letras grandes, também estão disponíveis. Ligue para **1-877-412-2734** (TTY **711**). Esses serviços são gratuitos.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734** (TTY **711**). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ | ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734** (TTY **711**) ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ |

Română (Romanian)

ATENȚIE: În cazul în care aveți nevoie de ajutor în limba dvs., sunați la **1-877-412-2734** (TTY **711**). Sunt disponibile, de asemenea, ajutoare și servicii pentru persoanele cu dizabilități, precum documente în limbaj Braille și cu caractere mărite. Sunați la **1-877-412-2734** (TTY **711**). Aceste servicii sunt gratuite.



如果您有疑問，請致電 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 與 CalOptima Health OneCare Flex Plus 聯絡，服務時間為每週7天，每天24小時。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽 www.caloptima.org/OneCare。

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-877-412-2734** (линия TTY **711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-877-412-2734** (линия TTY **711**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-877-412-2734** (TTY **711**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-877-412-2734** (TTY **711**). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-877-412-2734** (TTY **711**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-877-412-2734** (TTY **711**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้



如果您有疑問，請致電 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 與CalOptima Health OneCare Flex Plus聯絡，服務時間為每週7天，每天24小時。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽 www.caloptima.org/OneCare。

Türkçe Etiket (Turkish)

DIKKAT: Kendi dilinizde yardıma ihtiyacınız varsa **1-877-412-2734 (TTY 711)** numaralı telefonu arayın. Braille alfabesi ve büyük harflerle yazılmış belgeler gibi engellilere yönelik yardım ve hizmetler de mevcuttur. Call: **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Bu hizmetler ücretsizdir.

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Ці послуги безкоштовні.

(Urdu) اردو ٹیگ لائن

توجہ: اگر آپ کو اپنی زبان میں مدد کی ضرورت ہے تو کال کریں **1-877-412-2734 (TTY 711)**۔ معذور افراد کے لئے امداد اور خدمات، جیسے بریل اور بڑے پرنٹ میں دستاویزات، بھی دستیاب ہیں۔ کال **1-877-412-2734 (TTY 711)**۔ یہ خدمات مفت ہیں۔

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.



如果您有疑問，請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 與 CalOptima Health OneCare Flex Plus 聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽 www.caloptima.org/OneCare。

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2026 年度變更通知

目錄

A. 免責聲明.....	9
B. 請檢閱您明年的Medicare和Medi-Cal保險.....	9
B1. CalOptima Health OneCare Flex Plus 相關資訊	9
B2. 需採取的重要行動	10
C. 本計劃名稱變更	11
D. 本計劃網絡醫療服務者及藥房的變更.....	11
E. 明年的福利和費用變更	11
E1. 醫療服務的福利變更	11
E2. 藥物承保的變更	13
E3. 第1階段：“初始承保階段”	14
E4. 第2階段：“重大傷病承保階段”	15
F. 行政變更.....	16
G. 選擇一項計劃	16
G1. 繼續留在本計劃	16
G2. 更換計劃	16
H. 取得協助.....	20
H1. 本計劃.....	20
H2. 醫療保險諮詢和推動計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).....	20
H3. 監察員計劃	20
H4. Medicare.....	21
H5. Medicare 處方藥支付計劃.....	21



如果您有疑問，請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 與CalOptima Health OneCare Flex Plus聯絡，服務時間為每週7天，每天24小時。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽 www.caloptima.org/OneCare。

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 2026 年度變更通知

A. 免責聲明

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, 是一個擁有 Medicare 和 Medi-Cal 合約的 Medicare Advantage 組織。CalOptima Health OneCare 的投保取決於合約的續簽。CalOptima Health OneCare 遵守適用的聯邦民權法，不因種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而歧視別人。請致電 CalOptima Health OneCare 客戶服務部免費電話 **1-877-412-2734** (TTY **711**)。服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。請瀏覽我們的網站 www.caloptima.org/OneCare。

這不是完整清單。此福利資訊僅為一份簡短摘要，而非完整的福利說明。如需更多資訊，請與計劃聯絡或參閱 CalOptima Health OneCare Flex Plus 會員手冊。

2026 年 CalOptima Health OneCare Flex Plus 食品和農產品福利是針對慢性病患者的特殊補充計劃的一部分。並非所有會員都符合資格。要享受食品和農產品福利，OneCare Flex Plus 會員必須患有一種或多種合併症和醫學上複雜的慢性疾病，這些疾病會危及生命或嚴重限制參保者的整體健康或功能。符合資格的疾病包括但不限於心血管疾病、糖尿病、慢性心臟衰竭、慢性肺病或末期腎病。即使會員患有慢性疾病，也不一定享有食品和農產品福利。能否享有食品和農產品福利取決於會員住院或其他不良健康後果的高風險以及是否需要密切的護理協調。OneCare Flex Plus 會員無法享受前往雜貨店的交通服務。

B. 請檢閱您明年的 Medicare 和 Medi-Cal 保險

請務必檢閱您目前的保險，以確保該保險明年仍符合您的需求。若其無法滿足您的需求，您可能可以退出本計劃。請參閱 **E 節** 以了解與您福利明年度變更有關的更多資訊。

CalOptima Health OneCare Complete 新會員：在大多數情況下，您將在您申請加入 CalOptima Health OneCare Complete 後的一個月的第一天加入 CalOptima Health OneCare Complete，以獲得您的 Medicare 福利。您可再使用上一個 Medi-Cal 醫療計劃之服務一個月。之後您就會透過 CalOptima Health OneCare Complete 使用 Medi-Cal 服務。這樣一來，您的 Medi-Cal 保險就能無縫接軌。請撥打頁面底部的電話與我們聯絡。

如果您選擇退出本計劃，您的會員資格將會在您提出申請當月的最後一天終止。只要您符合資格條件，您將仍可留在 Medicare 和 Medi-Cal 計劃中。

如果您退出本計劃，可以取得以下相關資訊：

- **G2 節** 中表格內的 Medicare 選項。
- **G2 節** 中的 Medi-Cal 選項和服務。

B1. CalOptima Health OneCare Flex Plus 相關資訊

- CalOptima Health OneCare Flex Plus 是與 Medicare 和 Medi-Cal 均簽有合約的醫療計劃，旨在為會員提供這兩項計劃的福利。
- 若此年度變更通知提及「我們」、「我們的」或「本計劃」，其是指 Medicare Medi-Cal Plan。



如果您有疑問，請致電 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 與 CalOptima Health OneCare Flex Plus 聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽 www.caloptima.org/OneCare。

**CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2026 年度變更通知**

B2. 需採取的重要行動

- **查看本計劃是否有任何福利和費用變更可能會對您造成影響。**
 - 是否有任何變更會影響您所使用的服務？
 - 請檢閱福利變更，以確保該等福利明年仍適合您。
 - 請參閱**E1節**以了解有關本計劃和費用福利變更的資訊。
- **查看本計劃是否有任何藥物承保變更可能會對您造成影響。**
 - 您的藥物是否將會獲得承保？您能否使用同一家藥房？是否會有任何變化，例如事先核准、循序療法或數量限制？
 - 請檢閱變更內容，以確保我們的藥物承保明年仍適合您。
 - 請參閱**E2節**以了解有關本計劃藥物承保變更的資訊。
 - 您的藥費可能自去年以來有所上漲。
 - 與您的醫生討論可能適合您的低費用替代方案；這或許能為您節省全年的自付費用。
 - 請記住，您的計劃福利將準確決定您的藥費可能變化的幅度。
- **查看您的醫療服務者及藥房明年是否仍隸屬於我們的網絡。**
 - 您的醫生，包含專科醫生，是否隸屬於我們的網絡？您的藥房是否隸屬於我們的網絡？您使用的醫院或其他醫療服務者是否隸屬於我們的網絡？
 - 請參閱**D節**以了解有關本計劃醫療服務者和藥房目錄的資訊。
- **請考慮您計劃的整體費用。**
 - 您常用的服務與藥物自付額是多少？
 - 整體費用和其他保險選項相比如何？
- **請考慮您是否對我們的計劃感到滿意。**

如果您決定繼續參保 CalOptima Health OneCare Complete:	如果您決定更換計劃:
如果您想在明年繼續參保我們的計劃，則很簡單，您無需採取任何行動。如果您未更換計劃，您將會自動繼續參保CalOptima Health OneCare Complete。	如果您決定其他保險更符合您的需求，您可能可以更換計劃 (請參閱 G2節 以取得更多資訊)。如果您參保新計劃或更換為Original Medicare，則您的新保險將於下個月的第一天開始生效。



如果您有疑問，請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 與CalOptima Health OneCare Flex Plus聯絡，服務時間為每週7天，每天24小時。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽 www.caloptima.org/OneCare。

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 2026 年度變更通知

C. 本計劃名稱變更

自2026年1月1日起，我們的計劃名稱將從OneCare Flex Plus (HMO D-SNP) a Medicare Medi-Cal Plan 改為OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan.

我們將在1月1日之前郵寄給您新的CalOptima Health OneCare Complete ID卡。您將在以後提及計劃名稱的通訊中看到新的計劃名稱。如果您對此變更有任何疑問，請撥打**1-877-412-2734 (TTY 711)** 聯絡客戶服務部，每週 7 天，每天 24 小時。

D. 本計劃網絡醫療服務者及藥房的變更

您支付的藥費取決於您使用的藥房。我們的計劃擁有藥房網絡。大多數情況下，只有在我們的網絡藥局取處方藥的才可獲得承保。

在2026年，我們的醫療服務者及藥房網絡已變更。

請檢閱**2026年的醫療服務者和藥房目錄**，以確認您的醫療服務者或藥房是否仍隸屬於我們的網絡。您可在我們的網站找到更新版的**醫療服務者和藥房目錄**，網址為 www.caloptima.org/OneCare。您也可致電頁面最下方所列的電話號碼與客戶服務部聯絡，以了解更新的醫療服務者資訊，或要求我們郵寄**醫療服務者和藥房目錄**給您。

請務必了解，我們也可能會在一年當中變更我們的網絡。如果您的醫療服務者退出本計劃，您享有特定權利和保障。如需更多資訊，請參閱**會員手冊**的**第3章**。

E. 明年的福利和費用變更

E1. 醫療服務的福利變更

我們將在明年變更特定醫療服務的承保範圍。下表會說明這些變更。

	2025年(今年)	2026年(明年)
視力保健	每年進行一次常規眼科檢查，每年眼鏡(鏡框和鏡片)或隱形眼鏡的費用最高可達 \$300補貼。	每年進行一次常規眼科檢查，每兩年眼鏡(鏡框和鏡片)或隱形眼鏡，維修費用最高可達 \$500 補貼。
助聽器	在 Medicaid \$1,510限額之外，有\$1,000助聽器硬件費用補貼。	在 Medi-Cal \$1,510的補貼之前，OneCare 將提供 \$500的助聽器補貼，總額最高 \$2,010。



如果您有疑問，請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 與CalOptima Health OneCare Flex Plus聯絡，服務時間為每週7天，每天24小時。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽 www.caloptima.org/OneCare。

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2026 年度變更通知

	2025年(今年)	2026年(明年)
非處方藥 (Over the Counter OTC) 和食品/農產品Flex卡	每季 \$245, 未使用金額不可結轉。金額可用於購買非處方藥、食品和農產品。 (食品和農產品。僅適用於患有某些慢性疾病的會員)	每季\$167, 未使用金額不可結轉(食品和農產品僅適用於患有某些慢性疾病的會員)
增強型藥物福利	勃起功能障礙藥物治療每月包括 4 片藥片(副廠藥)。	勃起功能障礙藥物治療涵蓋每月 6 片(副廠藥)。
居家支援服務 - 陪伴護理	居家支援服務 - 陪伴護理不在承保範圍內。	每年最多可享有九十 (90) 小時的服務。
足科服務	可能需要事先核准。	無需事先核准。
觀察服務	可能需要轉診。	無需轉診。
大腸癌篩檢	可能需要轉診。	無需轉診。
<u>牙科服務</u>		
診斷和預防牙科服務	可能需要事先核准。	不需要事先核准。
口腔檢查	可能需要事先核准。 可能需要轉診。	不需要事先核准。 不需要轉診。
假牙, 可拆除	不需要事先核准。 可能需要轉診。	可能需要事先核准。 不需要轉診。
假牙, 固定	可能需要轉診。	不需要轉診。
修復服務	可能需要轉診。	不需要轉診。



如果您有疑問, 請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 與CalOptima Health OneCare Flex Plus聯絡, 服務時間為每週7天, 每天24小時。此為免費電話。如需更多資訊, 請瀏覽 www.caloptima.org/OneCare.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2026 年度變更通知

	2025年(今年)	2026年(明年)
牙科輔助一般服務	不需要事先核准。 可能需要轉診。	可能需要事先核准。 不需要轉診。
牙科X光 其他牙科診斷服務 牙髓病學 牙周病學 口腔顎面外科	透過CalOptima Health OneCare 承保。	可能透過Medi-Cal Dental 承保。 如需查看Medi-Cal Dental計劃承保的服務完整列表，請致電 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922) 或瀏覽 www.SmileCalifornia.org .

E2. 藥物承保的變更

藥物清單的變更

您可在我們的網站找到更新版的承保藥物清單，網址為www.caloptima.org/OneCare。您也可致電頁面最下方所列的電話號碼與客戶服務部聯絡，以了解更新的藥物資訊，或要求我們郵寄承保藥物清單給您。

承保藥物清單又稱為藥物清單。

我們已針對藥物清單進行變更，其中包括其中可能包括刪除或添加藥物，承保藥物的變更，更改我們承保的藥物以及更改適用於我們承保的某些藥物的限制。

請檢閱藥物清單，以確保您的藥物明年仍屬於承保範圍內並了解是否有任何限制。

藥品清單中的大部分變化都是每年年初的新變化。但是，我們可能會做出 Medicare 和/或州允許的其他更改，這些更改將在日曆年內影響到您。我們至少每月更新一次線上的藥物清單，以提供最新的藥物清單。如果我們所做的更改會影響您正在服用的藥物，我們將向您發送有關更改的通知。

如果您受到藥物承保變更的影響，我們鼓勵您：

- 與您的醫生（或其他開立處方的醫療服務者）一起尋找我們承保的其他藥物。
 - 您可致電頁面最下方所列的電話號碼與客戶服務部聯絡，或與您的個人護理協調員聯絡，以索取可治療相同病症的承保藥物清單。
 - 此清單可協助您的醫療服務者找到可能適用於您的承保藥物。
- 要求我們承保該藥物的臨時藥量。
 - 在某些情況下，我們會在日曆年度的前90天期間承保藥物的臨時藥量。
 - 此臨時藥量最多為30天。（如欲進一步了解您在什麼情況下可獲得臨時藥量以及如何申請臨時藥量，請參閱會員手冊的**第5章**。）



如果您有疑問，請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 與CalOptima Health OneCare Flex Plus聯絡，服務時間為每週7天，每天24小時。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽 www.caloptima.org/OneCare。

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 2026 年度變更通知

- 在您取得藥物的臨時藥量後，請向您的醫生諮詢在臨時藥量用完之後該怎么做。您可以改用本計劃承保的其他藥物，或是要求本計劃為您進行例外處理以承保您目前的藥物。

處方藥物集的例外處理核准期限為該日曆年度並於12月31日到期。如果您目前有接受處方藥物集的例外處理，您可能需在明年申請新的例外處理。如欲了解您是否需申請新的例外處理，請致電**1-877-412-2734 (TTY 711)** 與客戶服務部聯絡，服務時間為每週7天，每天24小時。

藥物費用的變更

本計劃的Medicare D部分處方藥保險有兩個付款階段。您需支付的費用取決於您在領取或續配處方藥時所處的付款階段。有以下兩個階段：

第1階段 初始承保階段	第2階段 重大傷病承保階段
在此階段期間，本計劃會支付您部分的藥物費用，而您則支付自己的成本分攤。您的成本分攤稱為共付額。 當您在該年度首次領取處方藥時，您便開始進入此階段。	在此階段期間，本計劃會支付您所有的藥物費用，直到2026年12月31日為止。 在您支付的自付費用達到特定金額後，您便開始進入此階段。

初始承保階段會在您的藥物自付費用總計達**\$2,100**時結束。這時，重大傷病承保階段即開始。本計劃將會承保您從那時起到年底為止的所有藥物費用。請參閱**會員手冊**的**第6章**，以了解您需為藥物支付多少費用的更多資訊。

根據製造商折扣計劃，藥品製造商在初始承保階段以及重大傷病承保階段為承保 D 部分品牌藥物和生物製劑支付本計劃全部費用的一部分。製造商根據製造商折扣計劃支付的折扣不計入自付費用。

E3. 第1階段：“初始承保階段”

在初始承保階段期間，本計劃會支付您承保藥物的成本分攤，而您則支付自己的成本分攤。您的成本分攤稱為共付額。共付額取決於藥物所屬的成本分攤等級以及您在何處領取藥物。您每次領取處方藥時皆需支付共付額。如果您的承保藥物費用低於共付額，則您將支付較低的費用。

下表顯示了您在網絡藥房購買一個月量的藥物費用，以及在兩個藥物等級裏每個藥物的標準共付額。這些金額僅適用於您處於初始承保階段的期間。

大多數成人 D 部分疫苗均免費承保。

有關疫苗費用的信息，或有關長期供應或郵購處方的信息，請參閱**會員手冊 第 6 章 D 節**。



如果您有疑問，請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 與CalOptima Health OneCare Flex Plus聯絡，服務時間為每週7天，每天24小時。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽 www.caloptima.org/OneCare。

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2026 年度變更通知

	2025 年(今年)	2026 年(明年)
第1級藥物 (副廠藥) 在網絡藥房領取第1等級藥物 一個月藥量的費用	您的每個月 (30天) 藥量, 共付 額為 \$0, \$1.60, 或 \$4.90 。 您每種承保胰島素產品一個月 (30 天) 用量的共付額分別為 \$0, \$1.60, 或 \$4.90 。	您的每個月 (30 天) 藥量的, 您的 共付額為 \$0 。 您每種承保胰島素產品一個月 (30 天) 用量的共付額為 \$0 。 您三個月 (100 天) 郵購處方藥 共付額為 \$0 。
第2級藥物 (原廠藥) 在網絡藥房領取第2等級藥物 一個月藥量的費用	您的一個月 (30 天) 用量的共付 額用為 \$0, \$4.80, 或 \$12.15 。 您的每種承保胰島素產品一個 月 (30 天) 用量的共付額為 \$0, \$4.80, 或 \$12.15 。	您的一個月 (30 天) 用量的共付 額分別為 \$0, \$4.90, 或 \$12.65 。 您的每種承保胰島素產品一個 月 (30 天) 劑量的共付額分別為 \$0, \$4.90, 或 \$12.65 。 您的三個月 (100 天) 郵購處方 藥的共付額分別為 \$0, \$4.90, 或 \$12.65 。

當您的自付額總計達到**\$2,100**時, 初始承保階段即結束。屆時, 重大傷病承保階段即開始。本計劃將會承保您從那時起到年底為止的所有藥物費用。請參閱會員手冊的**第6章**, 以了解您需為藥物支付多少費用的更多資訊。

E4. 第2階段: “重大傷病承保階段”

當您達到處方藥自付額用上限**\$2,100**時, 重大傷病承保階段即開始, 并且您無需為承保藥物支付任何費用。您將會一直留在重大傷病承保階段, 直到該日曆年度結束為止。

有關重大傷病承保階段費用的更多信息, 請參閱**第 6 章**。



如果您有疑問, 請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 與CalOptima Health OneCare Flex Plus聯絡, 服務時間為每週7天, 每天24小時。此為免費電話。如需更多資訊, 請瀏覽 www.caloptima.org/OneCare。

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 2026 年度變更通知

F. 行政變更

CalOptima Health OneCare Flex Plus 將於 2026 年併入 CalOptima Health OneCare Complete。2025 年加入 OneCare Flex Plus 的會員將從 2026 年 1 月 1 日起自動轉入 OneCare Complete。

	2025年 (今年)	2026年 (明年)
更改計劃	您已加入 CalOptima Health OneCare Flex Plus。	您將轉入 CalOptima Health OneCare Complete。
Medicare 處方藥付款計劃	Medicare 處方藥付款計劃是一項於今年開始實施的付款方式，可協助您將本計劃承保藥品的自付費用分攤至全年（1 月至 12 月）。	如果您正在參與 Medicare 處方藥付款計劃，則您無需做任何事情即可繼續參與醫療保險處方藥支付計劃。

G. 選擇一項計劃

G1. 繼續留在本計劃

我們希望您繼續成為本計劃的會員。您無需採取任何行動即可繼續留在本計劃。除非您註冊其他 Medicare 計劃或更改為 Original Medicare，否則您將會自動續保成為本計劃 2026 年的會員。

G2. 更換計劃

大多數擁有 Medicare 的人士皆可在一年當中的特定時間終止其會員身分。

此外，您可以在以下期間終止我們計劃的會員資格：

- **開放投保期**為10月15日至12月7日。如果您在此期間選擇新計劃，您在本計劃的會員資格將會在12月31日終止，且您的新計劃會員資格將會從1月1日開始生效。
- **Medicare Advantage (MA) 開放投保期**為1月1日至3月31日。如果您在此期間選擇新計劃，您的新計劃會員資格將會從下個月的第一天開始生效。
- 因為您有 Medi-Cal，所以您可以在一年中的任何月份終止我們計劃的會員資格。

可能還有其他情況使您有資格針對您的參保進行變更。例如下列情況：

- 當您搬離本計劃的服務區域時；
- 當您的Medi-Cal或額外補助資格改變時；或
- 您最近搬入或目前正在某個機構（例如專業護理機構或長期護理醫院）接受護理。如果您最近搬離機構，您可以在搬出當月後的整個兩個月內更改計劃或改為 Original Medicare。



如果您有疑問，請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 與 CalOptima Health OneCare Flex Plus 聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽 www.caloptima.org/OneCare。

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2026 年度變更通知

您的Medicare服務

您可以透過三種方式選擇在一年中的任何月份獲得下面列出的 Medicare 服務。在一年中的某些時間，包括開放投保期和 **Medicare Advantage 開放投保期** 或 **G2 節** 中描述的其他情況，您還有下面列出的附加選項。選擇這些選項之一，您將自動終止您在我們計劃中的會員資格。

1. 您可更換至：

Medi-Medi 計劃 是 Medicare Advantage 計劃的一種。它適用於同時擁有 Medicare 和 Medi-Cal 的人士，並將 Medicare 和 Medi-Cal 福利合併到一個計劃中。Medi-Medi 計劃協調兩個計劃的所有福利和服務，包括所有 Medicare 和 Medi-Cal 承保服務或者如果您符合資格，可以參加老年人全方位護理計劃 (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)。

注意：Medi-Medi 計劃是加州綜合雙重資格特殊需求計劃 (dual eligible special needs plans, D-SNP) 的名稱。

應採取的行動如下：

致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
與Medicare聯絡，TTY使用者請致電
1-877-486-2048。

若有老年人全方位護理計劃 ((Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) 相關問題，請致電 1-855-921-PACE (7223)。

如果您需要協助或更多資訊：

- 請致電1-800-434-0222與加州醫療保險諮詢和推動計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 聯絡，服務時間為週一至週五，上午8點至下午5點。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的HICAP當地辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。

或

投保一個新的Medi-Medi計劃。

在您的新計劃承保開始生效之後，您將會自動退出本計劃。您的Medi-Cal將變更以符合您的Medi-Medi 計劃。



如果您有疑問，請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 與CalOptima Health OneCare Flex Plus聯絡，服務時間為每週7天，每天24小時。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽 www.caloptima.org/OneCare。

**CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2026 年度變更通知**

2. 您可更換至： 附帶獨立Medicare藥物計劃的Original Medicare	應採取的行動如下： 致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與Medicare聯絡，TTY使用者請致電 1-877-486-2048。 如果您需要協助或更多資訊： 請致電1-800-434-0222與加州醫療保險諮詢和推動計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 聯絡，服務時間為週一至週五，上午8點至下午5點。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的HICAP當地辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。 或 投保新的Medicare處方藥計劃。 在您的Original Medicare承保開始生效之後，您將會自動退出本計劃。 您的Medi-Cal計劃將不會變更，除非您要求更改。
3. 您可更換至： 未附帶獨立Medicare藥物計劃的Original Medicare 注意：如果您更換至Original Medicare，而且未入保獨立的Medicare藥物計劃，Medicare可能會為您參保一項藥物計劃，除非您告訴Medicare您不想加入。 僅有在您透過如雇主或工會等其他來源取得藥物保險時，您才應放棄藥物保險。如果您對自己是否需要藥物保險有疑問，請致電1-800-434-0222與加州醫療保險諮詢和推動計劃 (HICAP) 聯絡，服務時間為週一至週五，上午8點至下午5點。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的HICAP當地辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。	應採取的行動如下： 致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare聯絡，服務時間為每週7天，每天24小時。TTY使用者請致電 1-877-486-2048。 如果您需要協助或更多資訊： 請致電1-800-434-0222與加州醫療保險諮詢和推動計劃 (HICAP) 聯絡，服務時間為週一至週五，上午8點至下午5點。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的HICAP當地辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。 在您的Original Medicare承保開始生效之後，您將會自動退出本計劃。 您的Medi-Cal計劃將不會變更，除非您要求更改。



如果您有疑問，請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 與CalOptima Health OneCare Flex Plus聯絡，服務時間為每週7天，每天24小時。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽 www.caloptima.org/OneCare。

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2026 年度變更通知

4. 您可更換至： 可在一年中特定時間的加入任何 Medicare 保健計劃，包括開放投保期和 Medicare Advantage 開放投保期或 A 節中描述的其他情況。	應採取的行動如下： 致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與Medicare聯絡，TTY使用者請致電 1-877-486-2048。 有關老年人全方位護理計劃 (PACE) 的諮詢，請致電 1-855-921-PACE (7223)。 如果您需要協助或更多資訊： ● 請致電1-800-434-0222與加州醫療保險諮詢和推動計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 聯絡，服務時間為週一至週五，上午8點至下午5點。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的HICAP當地辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。 或 投保新的Medicare計劃。 當您的新計劃承保開始時，您將自動退出我們的 Medicare 計劃。 您的 Medi-Cal 計劃可能會改變。
---	---

您的Medi-Cal服務

若對退出本計劃後如何選擇Medi-Cal計劃或如何取得Medi-Cal服務有疑問，請致電 1-800-430-4263與醫療保健選擇服務 (Health Care Options) 聯絡，服務時間為週一至週五，上午8點至晚上6點。TTY使用者請致電1-800-430-7077。詢問加入其他計劃或回到Original Medicare會如何影響您取得Medi-Cal保險。



如果您有疑問，請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 與CalOptima Health OneCare Flex Plus聯絡，服務時間為每週7天，每天24小時。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽 www.caloptima.org/OneCare。

H. 取得協助

H1. 本計劃

如果您有任何疑問，我們可隨時提供協助。請在所列的營業時間內致電頁面最下方的電話號碼與客戶服務部聯絡。這些皆為免費電話。

閱讀您的會員手冊

會員手冊是一份具有法律效力的文件，詳細說明本計劃的福利。該手冊也詳述了2026年的福利和費用。該手冊會說明您的權利以及在取得承保服務和藥物時應遵守的規定。

2026年的會員手冊將在10月15日推出。您可在本計劃網站取得最新版的會員手冊，網址為 www.caloptima.org/OneCare。您也可致電頁面最下方所列的電話號碼與客戶服務部聯絡，以要求我們郵寄2026年的會員手冊給您。

我們的網站

您可瀏覽我們的網站，網址為 www.caloptima.org/OneCare。謹此提醒您，我們的網站有提供關於醫療服務者和藥房網絡（醫療服務者和藥房目錄）及本計劃藥物清單（承保藥物清單）的最新資訊。

H2. 醫療保險諮詢和推動計劃

(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

您也可致電州政府醫療保險援助計劃 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)。在加州，SHIP稱為醫療保險諮詢和推動計劃 (HICAP)。HICAP顧問可協助您了解您的計劃選項，並回答有關轉換計劃的問題。HICAP與我們、任何保險公司或醫療計劃均無關聯。HICAP在每個縣均有受過訓練的顧問，而且服務是免費的。HICAP的電話號碼為1-800-434-0222。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的HICAP當地辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。

H3. 監察員計劃

如果您與本計劃之間發生問題，Medicare Medi-Cal監察員計劃可協助您。監察員的服務為免費，且可使用所有語言提供服務。Medicare Medi-Cal監察員計劃：

- 如果您遇到問題或需要投訴，他們能夠回答問題，並可協助您了解該怎麼做。
- 確保您擁有相關資訊以了解自己的權利和保障以及您可如何解決您的疑慮。
- 與我們、任何保險公司或醫療計劃均無關聯。Medicare Medi-Cal監察員計劃的電話號碼為1-855-501-3077。



如果您有疑問，請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 與CalOptima Health OneCare Flex Plus聯絡，服務時間為每週7天，每天24小時。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽 www.caloptima.org/OneCare。

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 2026 年度變更通知

H4. Medicare

若要直接透過Medicare取得資訊：

- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用戶請撥 1-877-486-2048。
- 線上聊天：www.Medicare.gov/talk-to-someone
- 寫信至 Medicare，地址：PO Box 1270, Lawrence, KS 66044。

Medicare 的網站

您可瀏覽Medicare網站 (www.medicare.gov)。如果您選擇退出本計劃並參保其他Medicare計劃，Medicare網站有關於費用、承保範圍和品質評比的資訊，以協助您比較不同計劃。

您可以使用Medicare網站上的Medicare Plan Finder (Medicare計劃查詢工具)，以搜尋在您所在地區提供的Medicare計劃相關資訊。(如需計劃相關資訊，請瀏覽www.medicare.gov並點擊「Find plans」(尋找計劃)。

2026年Medicare與您

您可閱讀2026年Medicare與您手冊。每年秋季，我們均會郵寄該手冊給加入Medicare的人士。該手冊會概述Medicare的福利、權利及保障，並回答與Medicare有關的最常見問題。該手冊也有提供西班牙文、中文和越南文版本。

如果您未收到該手冊，您可在Medicare網站

(www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) 取得或致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

H5. Medicare 處方藥支付計劃

Medicare處方藥支付計劃是一種支付方式，它可以幫助您管理本計劃承保藥品的自付費用，方法是將自付費用分攤到全年(1月至12月)的每月付款中。該計劃不會為您省錢或降低您的藥費。

對於符合資格的人來說，Medicare「額外補助」以及您所在州的藥品援助計劃 (state's pharmaceutical assistance program, SPAP) 和愛滋病藥物援助計劃(AIDS Drug Assistance Program, ADAP)的援助比單獨參加Medicare 處方藥支付計劃更有利。所有受保者，無論收入水平如何，都有資格參加該計劃。如需了解更多關於該計劃的信息，請撥打本頁面底部的電話號碼與我們聯繫，或瀏覽 www.medicare.gov。



如果您有疑問，請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 與CalOptima Health OneCare Flex Plus聯絡，服務時間為每週7天，每天24小時。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽 www.caloptima.org/OneCare。



CalOptima Health, A Public Agency
505 City Parkway West, Orange, CA 92868
caloptima.org/OneCare

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, 是一個有 Medicare 和 Medi-Cal 合約的 Medicare Advantage 的組織。CalOptima Health OneCare 的投保取決於合約的續簽。CalOptima Health OneCare 遵守適用的聯邦民權法，不因種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別而歧視別人。請致電 CalOptima Health OneCare 客戶服務部門免費電話 **1-877-412-2734** (TTY **711**)，服務時間為 每週 7 天，每天 24 小時。請瀏覽我們的網站 **www.caloptima.org/OneCare**。

擺拍照片。由模特擺拍。