**[D-SNP model]**  
**[2024 ANOC model]**

*[Plans may modify the language in the ANOC, as applicable, to address Medicaid benefits and cost sharing for its dual eligible population.]*

*[PPO plans may modify the model as needed to describe the plan’s rules and benefits.]*

*[Plans must revise references to Medicaid to use the state-specific name for the program throughout the ANOC. If the state-specific name does not include the word Medicaid, plans should add (Medicaid) after the name. Plans may use the general Medicaid terminology in instances where it is a multi-state Medicaid plan.]*

*[Where the model uses medical care, medical services, or health care services, plans may revise and/or add to include references to long-term services and supports (LTSS) and/or home and community-based services as applicable.]*

***由 [insert MAO name***] ***[insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required MAO names]*** ***提供的*** ***[Insert 2024 plan name***] ([***insert plan type***])

# 2024 年度更改通知

*[****Optional:*** *insert member name*]  
*[****Optional:*** *insert member addres*s]

您目前已參保為 *[insert 2023 plan name*] 的會員。明年的計劃費用和福利將會有變更。***請參見第 5 頁的重要費用概述，包括保費。***

本文件將介紹對您的計劃所做的變更。要獲取有關費用、福利或規則的更多資訊，請查看我們的網站 *[insert URL]* [*Insert as applicable*: 上的*承保範圍說明書*。您也可查看我們隨附 OR 附帶 OR 單獨郵寄的*承保範圍說明書*，瞭解其他福利或費用變化對您是否有影響。]歡迎致電會員服務部，要求我們為您郵寄一份*承保範圍說明書*。

現在應該做什麼

1. **詢問：**哪些更改適用於您

* 檢查我們的福利與費用的變化以便瞭解是否會對您造成影響。
* 檢閱醫療護理費用的變化（醫生、醫院）。
* *[Insert if offering Part D*]查看我們的藥物承保範圍的變化，包括授權要求和費用。
* 想一想您將在保費、自付扣除金和分攤費用上花多少錢
* 查看 2024 年「藥物清單」中的變更，以確保您目前使用的藥物仍在承保範圍內。
* 查看您的主治醫生、專科醫生、醫院和其他醫療服務提供者（包括藥房）明年是否還在我們的網絡內。
* 思考您是否滿意我們的計劃。

1. **對比：**瞭解其他計劃選項

* 檢查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 計劃搜尋器或查看「*2024 年 Medicare 與您*」手冊背面的清單。
* 當您將可選方案縮小至一項首選計劃時，請在該計劃網站上確認您的費用和承保範圍。

1. **選擇：**確定是否要更改您的計劃

* 如果您未在 2023 年 12 月 7 日之前加入其他計劃，您將留在 *[insert plan name*] 中*。*
* 若要**更改為另一項計劃**，您可以在 10 月 15 日到 12 月 7 日之間更改計劃。您的新保險將於 **2024 年 1 月 1 日開始。**這將結束您的 *[insert plan name*] 參保。
* 請查看第 *[insert section number*] 節（第 *[insert page number*] 頁）*[plans may insert additional reference, as applicable]* 瞭解關於您的可選方案的更多資訊。
* 如果您最近搬入、目前居住在或剛搬出某個機構（如專業護理機構或長期護理醫院），您可以隨時轉換計劃或轉換為 Original Medicare（包含或不包含單獨的 Medicare 處方藥計劃）。

其他資源

* [*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:*本文件免費提供 *[insert languages that meet the 5% threshold* 版本*]*。]
* 如需更多資訊，請致電會員服務部，電話號碼是 *[insert member services phone number*]。（聽障人士可致電 *[insert TTY number*]。）服務時間為 *[insert days and hours of operation*]。此電話是免費的。
* *[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., braille, large print, audio) as applicable*.]
* **本計劃的承保範圍滿足 Qualifying Health Coverage (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。

關於 *[insert 2024 plan name*]

* *[Insert Federal contracting statement*.] [*Insert if applicable:* 該計劃還與 *[insert state]* Medicaid 計劃簽有書面合約以協調您的 Medicaid 福利。]
* 當本文件中出現「我們」或「我們的」時，是指 *[insert MAO name*] [*[insert Plan/Part D sponsor in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document*]。出現「計劃」或「我們的計劃」時，是指 *[insert 2024 plan name*]。

*[Insert Material ID: (H, R, S, or Y) number\_description of choice (M or C)]*

**2024 *年度更改通知***  
**目錄**

*[Update table below after completing edits.]*

2024 年重要費用概述 5

第 1 節 我們正在更改計劃的名稱 10

第 1 節 除非您選擇其他計劃，否則您將在 2024 年自動加入   
 [insert 2024 plan name] 10

第 2 節 明年的福利與費用變化 11

第 2.1 節 – 月繳保費的變化 11

第 2.2 節 – 您的最高自付費用金額的變化 11

第 2.3 節 – 醫療服務提供者和藥房網絡的變更 13

第 2.4 節 – 醫療服務福利和費用的變化 13

第 2.5 節 – D 部分處方藥保險的變化 16

第 3 節 管理變更 24

第 4 節 決定選擇哪個計劃 25

第 4.1 節 – 如果您希望繼續留在 *[insert 2024 plan name*] 計劃中 25

第 4.2 節 – 如果您希望更改計劃 25

第 5 節 更改計劃 26

第 6 節 提供 Medicare 和 Medicaid 免費諮詢的計劃 27

第 7 節 幫助支付處方藥費用的計劃 28

第 8 節 您有問題嗎？ 29

第 8.1 節 – 從 *[insert 2024 plan name*] 獲取幫助 29

第 8.2 節 – 從 Medicare 獲取幫助 30

第 8.3 節 – 從 Medicaid 獲取幫助 30

2024 年重要費用概述

下表在幾個重要方面對 *[insert 2024 plan name]* 的 2023 年費用和 2024 年費用進行比較。**請注意，這只是費用摘要。**[*Plans may add the following language in this paragraph rather than including it in each applicable row:* 如果您有資格享受 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助，則您需支付的自付扣除金、醫生診室就診費和住院費為 $0**。**]

[*If using Medicare FFS amounts (e.g. Inpatient and SNF cost sharing) the plan must insert the 2023 Medicare amounts and must insert:* 此為 2023 年的分攤費用，可能會在 2024 年有所調整。*[Insert plan name]* 將在變更發佈後提供更新的費用資訊。*Member cost-sharing amounts may not be left blank.*]

| 費用 | 2023（今年） | 2024（明年） |
| --- | --- | --- |
| 月繳計劃保費\*  \* 您的保費可能高於 [*Plans with $0 premium should not include:*或低於] 此金額。請參見第 *[edit section number as needed*]  2.1 節瞭解詳情。 | *[Insert 2023 premium amount]* | *[Insert 2024 premium amount]* |
| *[Plans with no deductible may delete this row*.]  自付扣除金 | *[Insert 2023 deductible amount*]  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* 如果您有資格享受 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助，您需支付 $0。] | *[Insert 2024 deductible amount] [If an amount other than $0, add:* 透過耐用醫療設備提供胰島素的情況除外。*]*  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* 如果您有資格享受 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助，您需支付 $0。] |
| 醫生診室就診 | 主治醫生就診：每次就診 *[insert 2023 cost sharing for PCPs]*  專科醫生就診：每次就診 *[insert 2023 cost sharing for specialists]*  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* 如果您有資格享受 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助，每次就診您需支付 $0。] | 主治醫生就診：每次就診 *[insert 2024 cost sharing for PCPs]*  專科醫生就診：每次就診: *[insert 2024 cost sharing for specialists]*  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* 如果您有資格享受 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助，每次就診您需支付 $0。] |
| 住院 | *[Insert 2023 cost sharing*]  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B servicecost sharing insert:*如果您有資格享受 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助，您需支付 $0。] | *[Insert 2024 cost sharing*]  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B servicecost sharing insert:*如果您有資格享受 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助，您需支付 $0。] |
| D 部分處方藥保險  （請參見第 *[edit section number as needed]*2.5 節瞭解詳情。） | 自付扣除金：*[Insert 2023 deductible amount] [If an amount other than $0,* *add:*承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗除外*。]*  初始承保階段的 *[Copayment/Coinsurance as applicable*]：   * 第 1 級藥物：*[Insert 2023 cost sharing]*   *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier*: 您需為該等級上的每種承保胰島素產品支付每月 $[xx] 的費用。*]*   * *[Repeat for all drug tiers.*]   重大傷病承保：   * 在此付款階段期間，本計劃將為您支付大部分的承保藥物費用。 * *[When applicable, plans must insert a brief explanation of what the member pays during this stage. For example:* 對於每份處方藥，您需支付以下金額中的較高者：相當於藥物費用的 5%（這稱為**共同保險**）或定額手續費（副廠藥或視同為副廠藥的藥物為 $4.15，所有其他藥物為 $10.35。）*]。* | 自付扣除金：*[Insert 2024 deductible amount]*  *[If an amount other than $0, add:*承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗除外*。]*  初始承保階段的 *[Copayment/Coinsurance as applicable*]：   * 第 1 級藥物：*[Insert 2024 cost sharing]*   *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:* 您需為該等級上的每種承保胰島素產品支付每月 $[xx] 的費用。*]*   * *[Repeat for all drug tiers.]*   重大傷病承保：   * *[Plans that do not cover excluded drugs under an enhanced benefit, OR plans that do cover excluded drugs under an enhanced benefit but with the same cost sharing as covered Part D drugs in this stage, insert the* *following*: 在此付款階段期間，本計劃將為您的 D 部分承保藥物支付全部費用。您無須支付任何費用。*]* * *[Plans that cover excluded drugs under an enhanced benefit with cost sharing in this stage, insert the following 2 bullets:* * 在此付款階段期間，本計劃將為您的 D 部分承保藥物支付全部費用。 * 對於我們增強型福利下承保的藥物，您可能有分攤費用。*]* |
| 最高自付費用金額  這是您最多需要支付的費用  自付費用適用於您為承保的  [*insert if applicable:* A 部分和 B 部分] 服務支付任何自付費用。  （請參見第 *[edit section number as needed]* 2.2 節瞭解詳情。） | *[Insert 2023 MOOP amount]*  [*Plans that only include members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* 對於承保的 A 部分和 B 部分服務，您無需負責支付任何計入最高自付費用的自付費用。]  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* 如果您有資格享受 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助，則對於承保的 A 部分和 B 部分服務，您無需負責支付任何計入最高自付費用的自付費用。] | *[Insert 2024 MOOP amount*]  [*Plans that only include members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* 對於承保的 A 部分和 B 部分服務，您無需負責支付任何計入最高自付費用的自付費用。]  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* 如果您有資格享受 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助，則對於承保的 A 部分和 B 部分服務，您無需負責支付任何計入最高自付費用的自付費用。] |

*[If Section 1 does not apply, plans should omit it and renumber remaining sections as needed*.]

第 1 節 我們正在更改計劃的名稱

[*Plans that are changing the plan name, as approved by CMS, include Section 1, using the section title above and the following text:*

2024 年 1 月 1 日，我們的計劃名稱將從 *[insert 2023 plan name]* 更改為 *[insert 2024 plan name*]。

*[Insert language to inform members if they will receive new ID cards and how, as well as if the name change will impact any other member communication*.]]

第 1 節 除非您選擇其他計劃，否則您將在 2024 年自動加入 [insert 2024 plan name]

[*If the member is being enrolled into another plan due to a consolidation or due to a transition from a D-SNP look-alike plan under 42 CFR 422.514, include Section 1, using the section title above and the text below. It is additionally expected that, as applicable throughout the ANOC, every plan/sponsor that crosswalks a member from a non-renewed plan to a consolidated renewal plan or transitions a member from a D-SNP look-alike plan to a renewal plan meeting the criteria in 42 CFR 422.514(e) will compare benefits and costs, including cost sharing for drug tiers, from that member’s previous plan to the consolidated plan or renewal plan. Every plan/sponsor that transitions a member from a D-SNP look-alike plan to a renewal plan, as indicated above, is encouraged to include language about the transition in a cover letter that accompanies the ANOC.*]

2024 年 1 月 1 日，*[insert MAO name] [insert Plan/Part D sponsor in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document*] 將*[insert as applicable:*把 *[insert 2023 plan name]* 與我們的一個計劃 *[insert 2024 plan name*] 合併或將您從 *[insert 2023 D-SNP look-alike plan name*] 轉至 *[insert 2024 renewal plan name*]。本文件中的資訊介紹您目前在 *[insert 2023 plan name*] 下享有的福利與從 2024 年 1 月 1 日開始您作為 *[insert 2024 plan name*] 會員而享有的福利之間的差別。

**如果您在 2023 年未進行任何操作，我們會自動讓您參保我們的 *[insert 2024 plan name***]。這表示從 2024 年 1 月 1 日起，您將透過 *[insert 2024 plan name*] 獲取您的醫療和處方藥保險。如果您想更改計劃或轉到 Original Medicare 並透過處方藥計劃獲取處方藥保險，您必須在 10 月 15 日至 12 月 7 日之間進行此操作。更改將於 2024 年 1 月 1 日生效。

第 2 節 明年的福利與費用變化

### 第 2.1 節 – 月繳保費的變化

*[Plans offering the following premiums must list separately in the table below: (1) Plan premium; (2) optional supplemental benefit premiums (only plans offering optional supplemental benefits during one or both of the comparison years); and (3) Part B premium reduction (only plans with Part B premium reductions during one or both of the comparison years.]*

| 費用 | 2023（今年） | 2024（明年） |
| --- | --- | --- |
| 月繳保費  *[If there are no changes from year to year, plans may indicate in the column that there is no change for the upcoming benefit year. However, the premium must also be listed.]*  （您還必須繼續繳納您的 Medicare B 部分保費，由 Medicaid 為您支付的情況除外。） | *[Insert 2023 premium amount*] | *[Insert 2024 premium amount*] |

### 第 2.2 節 – 您的最高自付費用金額的變化

*[Plans that include the costs of supplemental benefits (e.g., POS benefits) in the MOOP limit may* *revise this information as needed.]*

Medicare 要求所有保健計劃對您在一年中支付的自付費用金額進行限制。該限制稱為最高自付費用金額。如果達到此金額，一般您就不需要為該年剩餘時間內的 [*insert if applicable:* A 部分和 B 部分] 承保服務支付任何費用。

| 費用 | 2023（今年） | 2024（明年） |
| --- | --- | --- |
| 最高自付費用金額  **由於我們的會員還從 Medicaid 獲得援助，因此極少有會員曾達到此最高自付費用金額。**[*Plans that only include members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* 對於承保的 A 部分和 B 部分服務，您無需負責支付任何計入最高自付費用的自付費用。]  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* 如果您有資格享受 Medicaid 下的 A 部分和 B 部分定額手續費[*insert if plan has a deductible:* 和自付扣除金]補助，則對於承保的 A 部分和 B 部分服務，您無需負責支付任何計入最高自付費用的自付費用。]  您的承保醫療服務費用（例如定額手續費 [[*insert if plan has a deductible:*和自付扣除金]）計入您的最高自付費用。*[Plans with no premium may modify the following sentence as needed.*]您的計劃保費和處方藥費用不計入您的最高自付費用。  *[If there are no changes from year to year, plans may indicate in the column that there is no change for the upcoming benefit year.]* | *[Insert 2023 MOOP amount]* | *[Insert 2024 MOOP amount]*  如果您已為承保的 [*insert if applicable:*A 部分和 B 部分]服務支付了*[insert 2024 MOOP amount]* 的自付費用，則無需支付日曆年剩餘時間內的承保 [[*insert if applicable:* A 部分和 B 部分]服務的費用。 |

### 第 2.3 節 – 醫療服務提供者和藥房網絡的變更

[*Insert if applicable:* 我們隨本文件附上了一份*醫療服務提供者和/或藥房目錄*。] *insert as applicable:* 在我們的網站 *[insert URL*] 上也可找到最新的目錄。您還可以致電會員服務部以獲取更新的醫療服務提供者和/或藥房資訊，或要求我們向您郵寄目錄，我們將在三個工作日內郵寄。

*[Insert applicable section: For a plan that does not have changes in its provider network*] 明年我們的醫療服務提供者網絡沒有變化。

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its provider network*] 明年我們的醫療服務提供者網絡會有變化。**請查看 2024 年*醫療服務提供者目錄*，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。**

*[Insert applicable section: For a plan that does not have changes in its pharmacy network*] 明年我們的藥房網絡沒有變化。

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its pharmacy network]* 明年我們的藥房網絡會有變化。**請查看 2024 年的*藥房目錄*，瞭解哪些藥房在我們的網絡中。**

*[All plans must insert the following*] 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）以及藥房進行變更。如果我們的醫療服務提供者在年中發生的變化對您有影響，請聯絡會員服務部，以便我們提供幫助。

### 第 2.4 節 – 醫療服務福利和費用的變化

請注意，*「年度更改通知」*將告訴您關於您的 Medicare [as applicable: 和 Medicaid] 福利和費用發生的變化。

[*Plans may also describe any changes to the member’s Medicaid benefits for the following contract year and refer the member to additional information about those benefits in the Summary of Benefits and/or Evidence of Coverage.*]

[*If there are no changes in benefits or in cost sharing, revise heading to “There are no changes to your benefits or amounts you pay for medical services” and replace the rest of this section with:*2024 年我們的福利和您為這些承保醫療服務支付的費用與 2023 年完全相同。]

明年我們某些醫療服務的費用和福利將會發生變化。以下資訊將介紹這些變化。

*[The table must include: (1) all new benefits that will be added or 2023 benefits that will end for 2024, including any new optional supplemental benefits (plans must indicate these optional supplemental benefits are available for an extra premium); (2) new/changing limitations or restrictions, including referrals, prior authorizations, and Step Therapy for Part B drugs for CY2024 Part C benefits; and (3) all changes in cost sharing for 2024 for covered medical services, including any changes to service category out-of-pocket maximums and cost sharing for optional supplemental benefits (plans must indicate these optional supplemental benefits are available for an extra premium). Note that beginning July 2023, cost-sharing for insulin furnished through an item of DME is subject to a coinsurance cap of $35 for one-month’s supply of insulin.]*

*[If using Medicare FFS amounts (e.g., Inpatient and SNF cost sharing) the plan must insert the 2023 Medicare amounts and must insert: These are 2023 cost-sharing amounts and may change for 2024. [Insert plan name] will provide updated rates as soon as they are released. Member cost-sharing amounts may not be left blank*.]

*[Instructions to plans offering VBID Model benefits: VBID Model participating plans should update this section to reflect coverage for any new VBID Model benefits that will be added for CY 2024 benefits, and/or for previous CY 2023 VBID Model benefits that will end for CY 2024. Specific to the VBID Model benefits, the table must include: (1) all new VBID Model benefits that will be added for 2024, except for the hospice benefit component (which has separate ANOC instructions to VBID participating plans and Part D cost-sharing reduction or elimination which should be listed in Section 2.5), including mandatory supplemental benefits such as the flexibility to Cover New and Existing Technologies or FDA approved Medical Devices or 2023 benefits that will end for 2024; and (2) all changes in cost sharing for all VBID Model benefits for 2024.]*

| 費用 | 2023（今年） | 2024（明年） |
| --- | --- | --- |
| *[Insert benefit name*] | [*For benefits that were not covered in 2023*  *[insert benefit name]* 不受承保。]  [*For benefits with a copayment insert:*  您需支付 $*[insert 2023 copayment amount*] 的定額手續費*[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., per office visit].*]  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:*如果您有資格享受 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助，您需支付的定額手續費為 $0。]  [*For benefits with a coinsurance insert:* 您支付總費用的 *[insert 2023 coinsurance percentage]*%  *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., for up to one visit per year].*][*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* 如果您有資格享受 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助，您需支付 0% 的總費用。] | [*For benefits that are not covered in 2024*  *[insert benefit name]* 不受承保。]  [*For benefits with a copayment insert:*  您需支付 $*[insert 2024 copayment amount*] 定額手續費*[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., per office visit].*]  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:*如果您有資格享受 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助，您需支付的定額手續費為 $0。]  [*For benefits with a coinsurance insert:* 您支付總費用的 *[insert 2024 coinsurance percentage]*%  *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., for up to one visit per year].*] [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* 如果您有資格享受 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助，您需支付 0% 的總費用。] |
| *[Insert benefit name]* | *[Insert 2023 cost/coverage, using format described above.]* | *[Insert 2024 cost/coverage, using format described above.]* |

### 第 2.5 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稱為處方藥一覽表或「藥物清單」。「藥物清單」[*insert:* 隨函] *OR* [*insert:* 以電子方式] 提供。[*If including an abridged formulary, add the following language:* 藥物清單包括我們將於明年承保的多種藥物（但並非全部藥物）。如果您在該清單中找不到您的藥物，該藥物仍可能獲承保。您可致電會員服務部（參見封底）或瀏覽我們的網站 (*[insert URL*]) **索取*完整*「藥物清單」**。]

[*Plans with no changes to covered drugs, tier assignment, or restrictions may replace the rest of this section with:* 我們尚未對下一年的「藥物清單」作任何變更。不過，我們可能會在每年的其他時間根據 Medicare 的規定作出其他更改。我們也会立即删除被 FDA 視為不安全的藥物，或由產品製造商撤出市場的药物。我們更新了我們的線上「藥物清單」，以提供最新的藥物清單。]

我們更改了「藥物清單」，其中包括移除或添加藥物、更改我們針對某些藥物承保的限制，或將其移至其他分攤費用等級。**請查閱「藥物清單」以確保您的藥物在明年獲得承保，並瞭解是否有任何限制，或您的藥物是否被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，我們可能會在每年的其他時間根據 Medicare 的規定作出其他更改。例如，我們可能會立即刪除 FDA 認為不安全的藥物或由產品製造商撤出市場的药物。我們更新了我們的線上「藥物清單」，以提供最新的藥物清單。

如果您在年初或年內受到藥物承保範圍變化的影響，請查看承保範圍說明書的第 9 章並諮詢醫生瞭解您的選擇，例如申請臨時性供藥、申請例外處理和/或努力尋找新藥。您也可以聯絡會員服務部獲取更多資訊。

[*Plan sponsors implementing for the first time in 2024 have the option to immediately replace brand name drugs with their new generic equivalents**, that otherwise meet the requirements, should insert the following:* 自 2024 年起，如果我們以分攤費用等級相同或較低、且具有相同或更少限制的副廠藥取代某一原廠藥，我們可能會立即從「藥物清單」上刪除該原廠藥。另外，在加入新副廠藥時，我們可能會決定將該原廠藥保留在「藥物清單」上，但會立即將其移至其他分攤費用等級或增設限制，或是同時移至其他分攤費用等級並增設限制。

換言之，若您正在使用的原廠藥被取代或被移至更高的分攤費用等級，計劃可能不會再在每次作出更改之前的 30 天通知您，或透過網絡內藥房為您提供該原廠藥一個月的藥量。若您正在使用該原廠藥，您仍將獲得有關具體更改的資訊，但可能會在更改生效之後才收到。]

#### 處方藥費用的變化

*[Plans that are VBID Model participants and offer $0 cost sharing for all Part D drugs across all phases for all levels of LIS may delete the following paragraph.]* 如果您接受了「額外補助」以支付您的 Medicare 處方藥，您可能有資格獲得 D 部分藥物分攤費用的減免。本節中所述的某些資訊可能不適用於您。*[Plans that enroll partial dual eligible beneficiaries should delete the following paragraph for QDWI beneficiaries.]* **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[*insert as applicable:* 可能 *OR* 並**] **不適用於您。***[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]* 我們 [*insert as appropriate:* 已隨附 *OR* 向您寄送] 一份單獨的插頁來說明您藥物費用，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」，[*if plan sends LIS Rider with ANOC, insert:* 但未在此資料包中找到此插頁，] [*if plan sends LIS Rider separately from the ANOC, insert:* 在 *[insert date*] 之前未收到此插頁，] 請致電會員服務部索取「LIS 附則」。

有四個**藥物付款階段**。以下資訊顯示了前兩個階段的變更 – 年度自付扣除金階段和初始承保階段。（多數會員不會達到其他兩個階段 – 承保缺口階段或重大傷病承保階段。）

自付扣除金階段的變化

| 階段 | 2023（今年） | 2024（明年） |
| --- | --- | --- |
| 第 1 階段：年度自付扣除金階段  在此階段期間，**您需支付**您的 [*insert as applicable:*D 部分 *OR* 原廠 *OR* *[tier name(s)]*] 藥物的**全部費用**，直至達到年度自付扣除金。自付扣除金不適用於承保的胰島素產品和大多數的成人 D 部分疫苗，包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗。  *[Plans with no deductible, omit text above*.*]* | 自付扣除金為 $*[insert 2023 deductible.*。  [*Plans with no deductible replace the text above with:*由於我們沒有自付扣除金，此付款階段不適用於您。]  *[Plans with tiers excluded from the deductible in 2023 and/or 2024 insert the following:]* 在此階段期間，您需支付*[insert name of tier(s) excluded from the deductible]*]藥物的*[insert cost-sharing amount that a member would pay in a tier(s) that is exempted from the deductible]*]分攤費用及*[insert name of tier(s) where copayments apply]*]藥物的全部費用，直至達到年度自付扣除金。  [*Plans enrolling members who are LIS level 4, replace text above with:* 您的自付扣除金為 $0 或 $*[insert 2023 parameter*]，視乎您獲得的「額外補助」級別而定。*[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]*（請查看單獨的插頁、「LIS 附則」瞭解您的自付扣除金金額。）] | 自付扣除金為 $*[insert 2024 deductible]*。  [*Plans with no deductible replace the text above with:*因我們沒有自付扣除金，此付款階段不適用於您。]  *[Plans with tiers excluded from the deductible in 2023 and/or 2024 insert the following:]* 在此階段期間，您需支付*[insert name of tier(s) excluded from the deductible*]藥物的 *[insert cost-sharing amount that a member would pay in a tier(s) that is exempted from the deductible]*] *分*攤費用及*[insert name of tier(s) where copayments apply*]藥物的全部費用，直到您達到年度自付扣除金。  [*Plans enrolling members who are LIS level 4, replace text above with:* 您的自付扣除金為 $0 或 $*[insert 2024 parameter]*,]，視乎您獲得的「額外補助」級別而定。*[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]*（請查看單獨的插頁、「LIS 附則」瞭解您的自付扣除金金額。）] |

初始承保階段的分攤費用變化

[*Plans that are changing the cost sharing from coinsurance to copayment or vice versa from 2023 to 2024* *insert:*對於 *[insert name of tier(s)]*, 藥物，您在初始承保階段的分攤費用從 [*insert whichever is appropriate* 定額手續費變更為共同保險 *OR* 共同保險變更為定額手續費。] 請參見下表以瞭解 2023 年到 2024 年的變化。]

*[Plans must list all drug tiers in the table below and show costs for a one-month supply filled at a network retail pharmacy. Plans that have pharmacies that provide preferred cost sharing must provide information on both standard and preferred cost sharing using the second alternate chart. Plans without drug tiers may revise the table as appropriate.*]

| 階段 | 2023（今年） | 2024（明年） |
| --- | --- | --- |
| 第 2 階段：初始承保階段  *[Plans with no deductible delete the first sentence.]* 您在支付年度自付扣除金後，就將進入初始承保階段。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**。[*Plans that are changing the cost sharing from a copayment to coinsurance or vice versa from 2023 to 2024 insert for each applicable tier:*在 2023 年，您為*[[insert tier name]*]藥物支付了 [*insert as appropriate* a$[xx] 的定額手續費 *OR* [xx]% 的共同保險]。在 2024 年，您需為此等級藥物支付 [*insert as appropriate*$[xx] 的定額手續費 *OR* [xx]% 的共同保險。]  大多數成人 D 部分疫苗免費為您承保。 | 在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取一個月[*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2023 to 2024 insert*「（[*xx*] 天）」*而非*「一個月」] 藥物份量的費用：  ***[Insert name of Tier 1***]:  您需支付 [*insert as applicable:*$[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%。]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  您需支付 [*insert as applicable:*$[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%。]  *[Repeat for all tiers.]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取一個月 [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2023 to 2024 insert* 「（[*xx*] 天）」*而非*「一個月」] 藥物份量的費用：  ***[Insert name of Tier 1]*:**  您需支付 [*insert as applicable:*$[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%。]  *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:*您需為該等級上的每種承保胰島素產品支付每月 $[xx] 的費用。*]*  ***[Insert name of Tier 2]*:**  您需支付 [*insert as applicable:*$[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%。]  *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:*您需為該等級上的每種承保胰島素產品支付每月 $[xx] 的費用。*]*  *[Repeat for all tiers.]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 第 2 階段：初始承保階段（續）  此欄所列費用是您在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取一個月（*[insert number of days in a one-month supply]* 天）藥物份量的費用。[*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2023 to 2024 insert:*如表中所示，從 2023 年到 2024 年，一個月的供藥天數已經發生變化。]有關 [*insert as applicable:* 在提供首選分攤費用的網絡內藥房的長期供藥或郵購處方藥] 費用的詳情，請參見*承保範圍說明書*第 6 章第 5 節。  [*Insert if applicable:*我們更改了「藥物清單」中某些藥物的等級。若想瞭解您的藥物是否被劃分為其他等級，請查閱「藥物清單」。] | 一旦 [*insert as applicable*:您的總藥費達到 $*[insert 2023 initial coverage limit],*，您將進入下一個階段（承保缺口階段）。OR 如果您為 D 部分藥物已支付了 $*[insert 2023 out-of-pocket threshold]* 的自付費用，您將進入下一個階段（重大傷病承保階段）。] | 一旦 [*insert as applicable*:您的總藥費達到 $*[insert 2024 initial coverage limit],*，您將進入下一個階段（承保缺口階段）。OR 如果您為 D 部分藥物已支付了 $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]* 的自付費用，您將進入下一個階段（重大傷病承保階段）。] |

*[Plans with pharmacies that offer standard and preferred cost sharing may replace the chart above with the one below to provide both cost-sharing rates.]*

| 階段 | 2023（今年） | 2024（明年） |
| --- | --- | --- |
| 第 2 階段：初始承保階段  *[Plans with no deductible delete the first sentence.]*您在支付年度自付扣除金後，就將進入初始承保階段。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**。[*Plans that are changing the cost sharing from a copayment to coinsurance or vice versa from 2023 to 2024 insert for each applicable tier:*在 2023 年，您為*[insert tier name][insert as appropriate:*]藥物支付了 [$[*xx*] 的定額手續費*OR*[*xx*]% 的共同保險]。在 2024 年，您為*insert as appropriate:*此等級藥物支付 [$[*xx*] 定額手續費 *OR* [*xx*]% 的共同保險。]]  此欄所列費用是您在網絡內藥房配取一個月（*[*(*[insert number of days in a one-month supply]* 天）藥物份量的費用。[*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2023 to 2024 insert:*如表中所示，從 2023 年到 2024 年，一個月的供藥天數已經發生變化。]有關[*insert as applicable:*長期供藥或郵購處方藥]費用的詳情，請參見*承保範圍說明書*第 6 章第 5 節。  大多數成人 D 部分疫苗免費為您承保。  [*Insert if applicable:*我們更改了「藥物清單」中某些藥物的等級。若想瞭解您的藥物是否被劃分為其他等級，請查閱「藥物清單」。] | 網絡內藥房提供一個月[*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2023 to 2024 insert*「（[*xx*] 天）」*而非*「一個月」]藥物份量的費用：  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *標準分攤費用：*您需支付 [*insert as applicable:*$[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%。]  *首選分攤費用：*您需支付 [*insert as applicable:*$[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%。]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *標準分攤費用：*您需支付 [*insert as applicable:*$[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%。]  *首選分攤費用：*您需支付 [*insert as applicable:*$[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%。]  *[Repeat for all tiers.]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  一旦 [*insert as applicable*:您的總藥費達到 $*[insert 2023 initial coverage limit],*，您將進入下一個階段（承保缺口階段）。OR 如果您為 D 部分藥物已支付了 $*[insert 2023 out-of-pocket threshold]* 的自付費用，您將進入下一個階段（重大傷病承保階段）。] | 網絡內藥房提供一個月[*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2023 to 2024 insert*「（[*xx*] 天）」*而非*「一個月」]藥物份量的費用：  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *標準分攤費用：*您需支付 [*insert as applicable:*$[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%。]  *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:*您需為該等級上的每種承保胰島素產品支付每月 $[xx] 的費用。*]*  *首選分攤費用：*您需支付 [*insert as applicable:*$[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%。]  *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:*您需為該等級上的每種承保胰島素產品支付每月 $[xx] 的費用。*]*  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *標準分攤費用：*您需支付 [*insert as applicable:*$[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%。]  *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:*您需為該等級上的每種承保胰島素產品支付每月 $[xx] 的費用。*]*  *首選分攤費用：*您需支付 [*insert as applicable:*$[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%。]  [*Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier*:您需為該等級上的每種承保胰島素產品支付每月 $[xx] 的費用。]  *[Repeat for all tiers.]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  一旦 [*insert as applicable*:您的總藥費達到 $*[insert 2024 initial coverage limit],*，您將進入下一個階段（承保缺口階段）。OR 如果您為 D 部分藥物已支付了 $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]* 的自付費用，您將進入下一個階段（重大傷病承保階段）。] |

*[Insert section below if offering VBID Model Part D cost-sharing reduction or elimination and there are changes for CY2024.]*

**您的 VBID D 部分福利的更改**

*[VBID Model participating plans approved to offer Part D reduced or eliminated cost sharing should update this section to reflect coverage for any new VBID Model Part D cost-sharing reduction or elimination that will be added for CY 2024 benefits, and all Part D changes in cost-sharing reduction or elimination for all VBID Model benefits for 2024.]*

承保缺口和重大傷病承保階段的變化

其他兩種藥物承保階段 – 承保缺口階段和重大傷病承保階段 – 適用於藥費較高的人士。**多數會員不會達到承保缺口階段或重大傷病承保階段。**

[*Sponsors that are changing the cost sharing from coinsurance to copayment or vice versa from 2023 to 2024 insert the following sentence. If many changes are being made, the language may be repeated as necessary:*對於 Tiers [*xx*] *[insert tiers*] 藥物的承保缺口階段，您的分攤費用從 [*insert whichever is appropriate:* 定額手續費變更為共同保險*OR*共同保險變更為定額手續費]。]

*[Plans that do not cover excluded drugs under an enhanced benefit, OR plans that do cover excluded drugs under an enhanced benefit but with the same cost sharing as covered Part D drugs in this stage, insert the following:* **從 2024 年開始，如果您進入了重大傷病承保階段，您不需要為 D 部分承保藥物支付任何費用*。****]*

*[Plans that cover excluded drugs under an enhanced benefit with cost sharing in this stage, insert the following:* **從 2024 年開始，如果您進入了重大傷病承保階段，您不需要為 D 部分承保藥物支付任何費用*。*對於我們增強型福利下承保的被排除在外的藥物，您可能有分攤費用。***]*

請參見*承保範圍說明書*第 6 章第 6 和 7 節，瞭解有關這些階段的費用的具體資訊。

第 3 節 管理變更

*[Insert this section if applicable: Plans with administrative changes that impact members (e.g., a change in options for paying the monthly premium, change in contract or PBP number, change in appeals and grievance procedures) may insert this section and include an introductory sentence that explains the general nature of the administrative changes. Plans that choose to omit this section should renumber the remaining sections as needed.]*

| 說明 | 2023（今年） | 2024（明年） |
| --- | --- | --- |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2023 administrative description]* | *[Insert 2024 administrative description]* |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2023 administrative description]* | *[Insert 2024 administrative description]* |

第 4 節 決定選擇哪個計劃

### 第 4.1 節 – 如果您希望繼續留在 *[insert 2024 plan name*] 計劃中

**若要繼續留在我們的計劃內，您不需要採取任何措施。**如果您沒有在 12 月 7 日前參保其他計劃或更改為 Original Medicare，您會自動加入我們的 *[insert 2024 plan name]*。

### 第 4.2 節 – 如果您希望更改計劃

我們希望您能在明年繼續保持會員身份，但如果您希望更改 2024 年的計劃，請遵循以下步驟：

第 1 步：瞭解和比較您的可選方案

* 您可以加入其他 Medicare 保健計劃，
* -- *或者*-- 您可以轉至 Original Medicare。如果您更改為 Original Medicare，您需要決定是否加入 Medicare 藥物計劃。

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 ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare))、閱讀「*2024 年 Medicare 與您*」手冊、致電您的州健康保險援助計劃（請參見第 *[edit section number as needed]* 6 節）或致電 Medicare（請參見第 *[edit section number as needed*] 8.2 節）。

[*Plans may choose to insert if applicable:* 我們想提醒您，*[insert MAO name] [insert Plan/Part D sponsor in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document]*] 還提供其他 [*insert as applicable:* Medicare 保健計劃 *AND/OR* Medicare 處方藥計劃。這裡所說的其他計劃可能具有不同的承保範圍、月繳保費和分攤費用。]]

第 2 步：更改您的保險

* 若要**改為其他 Medicare 保健計劃**，請參保新的計劃。您將自動從 *[insert 2024 plan name]* 退保。
* 若要**改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 *[insert 2024 plan name*] 退保。
* 若要**改為不帶處方藥計劃的 Original Medicare**，您必須：
  + 向我們寄送書面退保請求[*insert if organization has complied with CMS guidelines for online disenrollment:* 或瀏覽我們的網站以在網上退保]。如果您需要有關如何操作的更多資訊，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。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

如果您轉至 Original Medicare 且**未**參加單獨的 Medicare 處方藥計劃，則 Medicare 可能會將您加入一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保。

第 5 節 更改計劃

如果您想在下一年變更為其他計劃或 Original Medicare，您可以在 **10 月 15 日至 12 月 7 日**期間進行變更。更改將於 2024 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，在藥物方面獲得「額外補助」、擁有或退出雇主保險以及搬離服務區域的 Medicaid 受保人。

您享有 [Insert name of Medicaid program]，因此在以下各個**特殊參保期**，您可能有權終止您在我們計劃的會員資格，或者轉至其他計劃：

* 1 月至 3 月
* 4 月至 6 月
* 7 月至 9 月

如果您參保了將於 2024 年 1 月 1 日生效的 Medicare Advantage 計劃，但不喜歡您的計劃選擇，您可以在 2024 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 處方藥保險）或 Original Medicare（包含或不包含 Medicare 處方藥保險）。

如果您最近搬入、目前居住在或剛搬出某個機構（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。您可以隨時更改為其他任何 Medicare 保健計劃（包含或不包含 Medicare 處方藥保險），或轉換為 Original Medicare（包含或不包含單獨的 Medicare 處方藥計劃）。

第 6 節 提供 Medicare 和 Medicaid 免費諮詢的計劃

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to use the generic name (State Health Insurance Assistance Program) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all SHIPs in your service area.]*

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 *[insert state*]，SHIP 稱為 *[insert state-specific SHIP name]*。

它是一個由聯邦政府出資為 Medicare 受保人提供本地**免費**健康保險諮詢的州計劃。*[Insert state-specific SHIP name*] 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 *[insert state-specific SHIP name]*，電話：*[insert SHIP phone number]* [*Plans may insert the following:*。您可瀏覽其網站 (*[insert SHIP website]*).]，瞭解 *[insert state-specific SHIP name]* 的更多相關資訊。

如對您的 *[insert state-specific name for Medicaid*] 福利有疑問，請聯絡 *[insert state-specific name of Medicaid program, toll-free number, TTY, and days and hours of operation]*. *[Insert any additional state-specific resources for assistance with questions about the member’s* *Medicaid benefits.]*詢問加入其他計劃或轉回 Original Medicare 對您獲取 *[insert state-specific name for**Medicaid]*承保有哪些影響。

第 7 節 幫助支付處方藥費用的計劃

您可能符合條件獲得支付處方藥費方面的幫助。*[Plans in states without both SPAPs and ADAPs, delete the next sentence.]*我們在下文列出了不同類型的補助：

* *[Plans with Qualified Working and Disabled Individual (QDWI) members should modify this section as needed.]***Medicare 提供的「額外補助」。**由於您擁有 Medicaid，因此您符合領取「額外補助」（也稱為「低收入補貼」）的資格。「額外補助」支付您的部分處方藥保費、每年的自付扣除金以及共同保險。因為您符合資格，所以沒有承保缺口或逾期參保罰金。若您對「額外補助」存有疑問，請致電：
  + 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士可致電 1-877-486-2048，每週七天，每天 24 小時提供服務；
  + 社會保障辦事處的代表，電話 1-800-772-1213，服務時間：早上 8 點至晚上 7 點，週一至週五。自動應答系統全天 24 小時提供服務。聽障人士可致電 1-800-325-0778；或
  + 您的州 Medicaid 辦公室（提出申請）。
* *[Plans without an SPAP in their state(s), should delete this bullet.] [Organizations offering plans in multiple states: Revise this bullet to use the generic name (State Pharmaceutical Assistance Program) when necessary, and include a list of names for all SPAPs in your service area.]* **從您的州政府醫藥補助計劃獲得幫助。***[Insert state name]* 提供一項名為 *[insert state-specific SPAP name*] 的計劃，可根據人們的財務需求、年齡或醫療狀況幫助其支付處方藥費用。有關該計劃的更多詳情，請諮詢您的州健康保險援助計劃。
* *[Plans with an ADAP in their state(s) that do NOT provide Insurance Assistance should delete this bullet.] [Plans with no Part D drug cost sharing should delete this section.]* **HIV/AIDS 患者的處方藥分攤費用補助。**AIDS 藥物協助計劃 (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。您必須滿足特定條件，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 *[insert State-specific ADAP name and information]* 獲得處方藥分攤費用援助。如需瞭解關於資格標準、承保藥物或如何參加該計劃的資訊，請致電 *[insert State-specific ADAP contact information]*。

第 8 節 您有問題嗎？

### 第 8.1 節 – 從 *[insert 2024 plan name*] 獲取幫助

有疑問？我們將隨時隨地為您提供幫助。請致電會員服務部，電話：*[insert member services phone number]*。（僅聽障人士可致電 *[insert TTY number*]。）提供電話服務的時間為 *[insert days and hours of operation]* [*Insert if applicable:*。撥打這些電話是免費的。]

閱讀您的 *2024 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 2024 年的福利及費用發生的變化。詳情請參見 *[insert 2024 plan name]* 的 *2024 年承保範圍說明書。*「*承保範圍說明書*」是關於您的計劃福利的合法詳細說明。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。在我們的網站 *[insert URL]* [*Insert as applicable*: 上可找到*承保範圍說明書*。您也可查看我們隨附 OR 附帶 OR 單獨郵寄的*承保範圍說明書*，瞭解其他福利或費用變化對您是否有影響。]歡迎致電會員服務部，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 *[insert URL*]。在此提醒您，我們的網站提供關於我們提供者網絡的最新資訊*（醫療服務提供者目錄）*以及我們*承保藥物的清單（處方藥一覽表/「藥物清單」）*。

### 第 8.2 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)（全天候服務）。聽障人士可致電   
1-877-486-2048。

瀏覽 Medicare 網站

瀏覽 Medicare 網站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/))。其中包含關於費用、承保範圍和品質星級評級的資訊，可以幫助您比較您所在區域各個 Medicare 保健計劃。要查看有關計劃的資訊，請瀏覽 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)。

閱讀「*2024 年 Medicare 與您*」

閱讀「*2024 年 Medicare 與您*」手冊。每年秋季，本文件均會郵寄給 Medicare 受保人。它總結了 Medicare 的福利、權利和保障，並且回答了關於 Medicare 的最常見問題。如果您沒有此文件的副本，您可以隨時瀏覽 Medicare 網站 (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，全天候服務。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

### 第 8.3 節 – 從 Medicaid 獲取幫助

*[Plans may edit this section to use the state-specific name for the Medicaid program or the Medicaid managed care plan.]*

如需從 [*insert:* Medicaid *OR* your Medicaid managed care plan] 獲取資訊，您可致電 *[insert state-specific Medicaid agency OR Medicaid managed care plan name*]，電話：*[insert Medicaid OR Medicaid managed care plan contact information*]。聽障人士可致電 *[insert Medicaid OR Medicaid managed care TTY number]*。