

2024



CENTERS PLAN
FOR HEALTHY
LIVING



年度變更通知

Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO D-SNP)

語言協助服務通知

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 1-833-274-5627 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.
Albanian	Ne kemi në dispozicion shërbime përkthimi për t'ju përgjigjur çdo pyetjeje që mund të keni lidhur me shëndetin tuaj apo me planin tuaj të mjekimit. Për të siguruar një përkthyes/e, na telefononi në 1-833-274-5627 (TTY: 711). Dikush që flet shqip mund t'ju ndihmojë. Ky është një shërbim pa pagesë.
Arabic	لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك بشأن خطتنا للصحة أو الأدوية. للحصول على مترجم فوري، اتصل بنا فحسب على الرقم 1-833-274-5627 (لمستخدمي الهاتف النصي: 711). يمكن لشخص يتحدث العربية مساعدتك. هذه خدمة مجانية.
Bengali	আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধ পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। দোভাষী পেতে হলে, আমাদের কেবল 1-833-274-5627 (TTY: 711) -এ কল করে যোগাযোগ করুন। বাংলাভাষী কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। এটি বিনামূল্যে প্রাপ্ত পরিষেবা।
Chinese	我們可提供免費口譯服務，回答您在健康或藥物計劃方面的任何問題。如需翻譯服務，只需致電我們的電話：1-833-274-5627（TTY：711）。漢語說英語的工作人員可為您提供幫助。這是一項免費服務。
French	Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pouvez avoir sur notre régime d'assurance-maladie ou d'assurance-médicaments. Pour obtenir un interprète, il suffit de nous appeler au 1-833-274-5627 (TTY : 711). Une personne qui parle français peut vous aider. Il s'agit d'un service gratuit.

French Creole	Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen konsènan plan sante ak medikaman nou an. Pou w jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-833-274-5627 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ka ede w. Sèvis sa a gratis.
German	Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetscherdienst, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Für einen Dolmetscher, rufen Sie uns einfach unter der Rufnummer 1-833-274-5627 (TTY: 711) an. Eine Person, die Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist ein kostenloser Dienst.
Greek	Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσουμε σε τυχόν ερωτήσεις μπορεί να έχετε σχετικά με το πλάνο ιατρικής ή φαρμακευτικής περίθαλψής μας. Για να επικοινωνήσετε με διερμηνέα, απλώς καλέστε μας στο 1-833-274-5627 (TTY: 711). Κάποιος που μιλάει Ελληνικά μπορεί να σας βοηθήσει. Αυτή είναι μια δωρεάν υπηρεσία.
Hindi	हमारे स्वास्थ्य या ड्रग योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं हैं। दुभाषिया की सेवा प्राप्त करने के लिए, हमें 1-833-274-5627 (TTY: 711) पर कॉल करें। हिंदीअंग्रेजी जानने वाला कोई व्यक्ति आपकी सहायता कर सकता है। यह निशुल्क सेवा है।
Italian	Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per eventuali domande sul nostro piano di assistenza sanitaria e farmaceutica. Per ricevere il supporto di un interprete, chiamare il numero 1-833-274-5627 (TTY: 711). Sarà disponibile qualcuno che parli italiano. Il servizio è gratuito.

Japanese	<p>弊社の健康および薬品に対するプランについて、お客様がお尋ねになりたいすべてのご質問にお答えするため弊社は無料通訳サービスを用意しております。通訳サービスを受けるには、弊社までお電話ください： 1-833-274-5627 (TTY: 711)。日本語が話せる方がお手伝いします。こうしたサービスは無料です。</p>
Korean	<p>귀하의 건강 또는 약품 플랜에 대한 질문에 답변해드리는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사를 구하려면 1-833-274-5627 (TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 한국어를 할 줄 아는 사람이 도와줄 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.</p>
Polish	<p>Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który odpowie na wszelkie pytania dotyczące naszego planu zdrowotnego lub planu przyjmowania leków. Aby uzyskać pomoc tłumacza, wystarczy zadzwonić pod numer 1-833-274-5627 (TTY: 711). Pomocy udzieli osoba mówiąca po Polskie. Usługa jest bezpłatna.</p>
Portuguese	<p>Contamos com serviços gratuitos de interpretação para sanar suas dúvidas sobre o plano de saúde ou medicamentos. Para conseguir um intérprete, entre em contato conosco pelo 1-833-274-5627 (TTY: 711). Alguém que fala português irá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.</p>
Russian	<p>Мы предоставляем бесплатные услуги переводчика, чтобы ответить на любые ваши вопросы о нашем плане медицинского обслуживания или программе лекарственных препаратов. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по телефону 1-833-274-5627 (TTY: 711). Вам может помочь русскоязычный человек. Это бесплатная услуга.</p>

Spanish	<p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para recibir la ayuda de un intérprete, llámenos al 1-833-274-5627 (TTY: 711). Alguien que hable español puede ayudarle. Éste es un servicio gratuito.</p>
Tagalog	<p>Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng pag-interpret upang sagutin ang mga katanungan mo tungkol sa kalusugan o plano sa paggagamot. Para makakuha ng taga-interpret, tawagan kami sa 1-833-274-5627 (TTY: 711). Taong nagsasalita ng tagalog ang makakatulong sa iyo. Ito ay libreng serbisyo.</p>
Urdu	<p>ہمارے ہیلتھ یا ڈرگ پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت ترجمان کی خدمات ہیں۔ ترجمان حاصل کرنے کے لیے، ہمیں 1-833-274-5627 (TTY: 711) پر کال کریں۔ کوئی اردو بولنے والا آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ مفت خدمت ہے۔</p>
Vietnamese	<p>Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời mọi câu hỏi về chương trình bảo hiểm y tế hoặc thuốc của chúng tôi. Để yêu cầu người thông dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-833-274-5627 (TTY: 711). Ai đó nói tiếng Việt có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.</p>
Yiddish	<p>מיר האבן אומזיסטע איבערזעצונג סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט האבן וועגן אייער געזונטהייט אדער דראג פלאן. צו באקומען אן איבערזעצער, רופט אונז ביי 1-833-274-5627 (TTY: 711). איינער וואס רעדט אידיש קען אייך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.</p>

關於無歧視的通告

歧視行為違反法律

Centers Plan for Healthy Living, LLC遵守適用的聯邦民權法律，沒有種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別方面的歧視。

Centers Plan for Healthy Living, LLC不以種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別為由排斥任何人士或對他們進行區別對待。

Centers Plan for Healthy Living, LLC提供：

- 針對殘障人士的免費援助和服務，以便和我們有效溝通，例如：
 - 合格的手語翻譯
 - 其他格式的書面資訊（大號字型、音訊、可存取電子格式、其他格式）
- 向主要語言不是英語的人士提供免費語言服務，例如：
 - 合格的翻譯
 - 用其他語言編寫的資訊

如果您需要這些服務，請聯絡會員/參與者服務部：1-833-274-5627（聽力障礙電傳使用者請致電711）。

如果您認為Centers Plan for Healthy Living, LLC未能提供這些服務，或以種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別為由實施歧視，您可以向我們的申訴和上訴部門提出申訴：

寄信至： Centers Plan for Healthy Living, LLC
Attn: G&A Department
75 Vanderbilt Avenue, 7th Floor
Staten Island, NY 10304- 2604

電話： 1-833-274-5627（聽力障礙電傳使用者請致電711）

傳真： 1-347-505-7089

電子郵件： GandA@centersplan.com

您可以親自登門或透過郵件、傳真或電子郵件提出申訴。如果您在提交申訴中需要，會員/參與者服務部可提供幫助，時間為每週7天，早8點至晚8點。

您也可以採用電子方式，透過民權辦公室投訴入口網站 (<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>)向美國衛生與大眾服務部民權辦公室提出投訴，或者透過郵件或電話提出投訴，投訴地址和投訴電話是：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019， 800-537-7697 (TTY)

投訴表格可在下列網址獲得：

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Centers Plan For Healthy Living, LLC 提供的 Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO D-SNP)

《2024 年度變動通知》

您現已成為 Centers Plan for Medicaid Advantage Plus 的會員。我們對明年該計劃的費用和福利作出了變更。請參閱第 5 頁的「重要費用簡介」，包括保費。

本文件旨在說明您的計劃的變更內容。更多關於費用、福利或規則的資訊，請參閱我們網站上的《承保福利說明》：

www.centersplan.com/map。您也可致電會員服務部，要求我們郵寄一份紙本《承保福利說明》給您。

現在該怎麼辦

1. 詢問：哪些變更適用於您

- 檢視我們的福利和費用變更，瞭解其是否對您造成影響。
 - 查看醫療保健費用的變更（醫生、醫院）。
 - 查看我們的藥品保險的變更，包括授權要求和費用。
 - 考慮您需要支付多少保險費、自負額和費用分攤。

- 查看 2024 年《藥品清單》的變更，確保您目前服用的藥品仍在保險範圍內。
- 查看您的初級護理提供者、專科醫師、醫院及其他醫生（包括藥房）明年是否仍在我們的網絡內。
- 思考您是否滿意我們的計劃。

2. 對比：瞭解其他可選的計劃

- 查看在您所在地區的保險與費用。使用 www.medicare.gov/plan-compare 網站的 Medicare Plan Finder（Medicare 計劃搜尋器）或查看您的《*Medicare 與您 2024*》手冊背面的清單。
- 您將選擇範圍縮小至首選的計劃之後，在該計劃的網站上確認您的費用與保險範圍。

3. 選擇：確認是否需要變更您的計劃

- 如果您在 2023 年 12 月 7 日前不參保新計劃，則您將繼續參保 Centers Plan for Medicaid Advantage Plus。
- 要變更為其他計劃，您可在 10 月 15 日至 12 月 7 日之間變更計劃。您的新保險將於 **2024 年 1 月 1 日**起生效。您將因此從 Centers Plan for Medicaid Advantage Plus 退保。
- 請參閱第 24 頁第 2.2 節，詳細瞭解您的選擇。
- 如果您近期搬入、目前住在或最近已搬出設施（例如專業護理機構或長期護理醫院），您可隨時變更計劃或更換為 **Original Medicare** 計劃（無論是否含有單獨的 Medicare 處方藥計劃）。

其他資源

- 本文件免費提供西班牙語版本。
- 欲獲得其他資訊，請聯絡我們的會員服務部，電話：1-833-274-5627。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為每週七天，早 8 點至晚 8 點。該電話免費。
- 該資訊將以不同的格式提供，其中包括：盲文和大號印刷體。如果您需要其他格式或語言的計劃資訊，請致電以上號碼聯絡會員服務部。
- 本計劃中的保險已被認證為 **Qualifying Health Coverage (QHC)**，並滿足《病患保護與平價醫療法案》(ACA)中的個人分攤責任要求。如需瞭解更多資訊，請瀏覽國稅局(IRS)網站：www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families。

關於 Centers Plan for Medicaid Advantage Plus

- Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO D-SNP)是一項與 Medicare 和 Medicaid 簽有合約的 HMO。是否能夠註冊參加 Centers Plan for Medicaid Advantage Plus 取決於合約的續約。本計劃也與紐約州 Medicaid 簽訂了書面協議，以協調您的 Medicaid 福利。
- 本文件中的「我們」或「我們的」指代 Centers Plan for Healthy Living, LLC。其中的「計劃」或「我們的計劃」指代 Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO D-SNP)。

**2024 年《年度變動通知》
目錄**

2024 年重要費用簡介..... 5

第 1 部分 明年福利和費用變更 8

第 1.1 節 - 每月保費變更 8

第 1.2 節 - 您的最高自付金額變更 9

第 1.3 節 - 服務提供者和藥房網絡變更 10

第 1.4 節 - 醫療服務的福利和費用變更..... 10

第 1.5 節 - D 部分處方藥保險變更..... 18

第 2 部分 決定要選擇哪種計劃 21

第 2.1 節 - 如果您希望續保 Centers Plan for Medicaid Advantage Plus 21

第 2.2 節 - 如果您希望變更計劃 21

第 3 節 變更計劃 23

第 4 部分 提供 Medicare 和 Medicaid 免費諮詢的計劃 24

第 5 部分 協助支付處方藥費用的計劃..... 25

第 6 部分 問題? 26

第 6.1 節 - 獲得 Centers Plan for Medicaid Advantage Plus 幫助..... 26

第 6.2 節 - 獲得 Medicare 協助..... 27

第 6.3 節 - 獲得 Medicaid 協助 28

2024 年重要費用簡介

下表對比了 Centers Plan for Medicaid Advantage Plus 數個重要領域 2023 年與 2024 年的費用。請注意：該表格僅為費用概觀。如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您可獲得免費的自負額、醫生診所訪診和住院。

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
每月計劃保費* * 您的保費可能高於此金額。詳情見第 1.1 節。	\$0	\$0
自負額	\$0	\$0
醫生診所就診	初級保健醫生就診：每次就診\$0 專科醫師就診：每次就診\$0	初級保健醫生就診：每次就診\$0 專科醫師就診：每次就診\$0
住院期間	無共同保險、自付費用或自負額。	無共同保險、自付費用或自負額。

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
<p>住院期間 (續)</p>	<p>我們的計劃承保一次最多 90 天的住院時間。</p> <p>計劃還承保 60 天終生額外天數。這是我們涵蓋的「額外」時間，無需支付自付費用。如果您的住院時間超過 90 天，您可使用額外天數；如果您已使用完額外的 60 天時間，您的承保住院時間將被限制在 90 天。</p> <p>如果您在緊急狀況穩定後從網絡外的醫院獲得住院護理授權，您要支付的費用是您在網絡內醫</p>	<p>我們的計劃承保一次最多 90 天的住院時間。</p> <p>計劃還承保 60 天終生額外天數。這是我們涵蓋的「額外」時間，無需支付自付費用。如果您的住院時間超過 90 天，您可使用額外天數；如果您已使用完額外的 60 天時間，您的承保住院時間將被限制在 90 天。</p> <p>如果您在緊急狀況穩定後從網絡外的醫院獲得住院護理授權，您要支付的費用是您在網絡內醫</p>

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
住院期間 （續）	院需支付的分攤費用。 需要授權。	院需支付的分攤費用。 需要授權。
D 部分處方藥保險 （詳情見第 1.5 節。）	自負額：\$0 自付費用/ 初始保險階段共同保險費*： <ul style="list-style-type: none"> ● <u>學名藥</u>： 您支付\$0 ● <u>所有其他藥品</u>： 您支付\$0 *分攤費用取決於您的「Extra Help」等級	自負額：\$0 自付費用/ 初始保險階段共同保險費： <ul style="list-style-type: none"> ● <u>學名藥</u>： 您支付\$0 ● <u>所有其他藥品</u>： 您支付\$0

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
最高自付金額 這是您投保的服務將支付的 最高自付金額 。 （詳情見第 1.2 節。）	\$7,550 您不需要為承保的 A 部分和 B 部分服務進行任何計入最高自付金額的自付金額支付。	\$8,850 您不需要為承保的 A 部分和 B 部分服務進行任何計入最高自付金額的自付金額支付。

第 1 部分 明年福利和費用變更

第 1.1 節 - 每月保費變更

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
每月保費 （您也必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費，除非 Medicaid 為您支付了該部分費用。）	\$0	\$0

第 1.2 節 - 您的最高自付金額變更

Medicare 要求所有醫療保險都必須限制您當年需支付的「自付金額」。該限制稱作「最高自付金額」。在您達到此金額後，您當年餘下時間一般不再需要為服務付費。

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
<p>最高自付金額</p> <p>因為我們的會員也從 Medicaid 獲得協助，因此只有極少數的會員會達到此最高自付金額。</p> <p>您不需要為承保的 A 部分和 B 部分服務進行任何計入最高自付金額的自付金額支付。</p> <p>您的投保醫療服務費用（例如自付費用）以您的最高自付金額為限。</p> <p>您的處方藥費用不以最高自付金額為限。</p>	<p>\$7,550</p> <p>在您為服務支付了 \$7,550 的自付金額後，您在當日歷年的剩餘時間內不必再為參保的服務付費。</p>	<p>\$8,850</p> <p>在您為服務支付了 \$8,850 自付金額後，您在當日歷年的剩餘時間內不必再為參保的服務付費。</p>

第 1.3 節 - 服務提供者和藥房網絡變更

請瀏覽我們的網站查看更新的名錄：www.centersplan.com/map。您也可以致電會員服務部瞭解更新的醫生和/或藥房資訊，或要求我們郵寄一份名錄給您（我們將在三個工作日內寄出）。

以下是我們對明年的服務提供者網絡作出的變更。請參閱《2024 年服務提供者名錄》，瞭解您使用的服務提供者（初級護理提供者、專科醫生、醫院等）是否已納入我們的網絡。

以下是我們對明年的藥房網絡作出的變更。請參閱《2024 年藥房名錄》，瞭解哪些藥房已納入我們的網絡。

請您務必瞭解，我們可能對您當年保險計劃中涉及的醫院、醫生和專科醫師（醫療服務提供者）和藥房作出變更。如果年中我們的醫生的變更影響到您，請與會員服務部聯絡，以便我們提供協助。

第 1.4 節 - 醫療服務的福利和費用變更

請注意，《年度變動通知》僅介紹有關您的 Medicare 和 Medicaid 福利和費用的變更。

明年我們將對某些醫療服務的費用和福利作出變更。以下資訊介紹了這些變更。

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
針灸（治療慢性腰部疼痛）	<p>您每次就診的自付費用為\$0。</p> <p>對於慢性腰部疼痛，Medicare 受益人可在 90 天內享受最多 12 次就診。</p> <p>將為表現出症狀改善的 Medicare 受益人承保額外八個療程。</p> <p>每年針灸治療不超過 20 次。</p> <p>需要授權。</p>	<p>您每次就診的自付費用為\$0。</p> <p>對於慢性腰部疼痛，Medicare 受益人可在 90 天內享受最多 12 次就診。</p> <p>將為表現出症狀改善的 Medicare 受益人承保額外八個療程。</p> <p>每年針灸治療不超過 20 次。</p> <p>第 1-12 次訪診無需授權。</p> <p>第 13-20 次訪診需要授權。</p>

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
助聽器	無需為助聽器支付共同保險、自付費用或自負額。我們每三(3)年為每只耳朵最多承保\$700。	無需為這項福利支付共同保險、自付費用或自負額。我們每三(3)年為每只耳朵最多承保 \$1,000 。
門診診斷檢驗以及治療用服務與用品	對於 Medicare 承保的診斷檢驗、實驗室、X 光及放射服務，您的自付費用為\$0。 診斷和治療性放射服務療需要授權。	對於 Medicare 承保的診斷檢驗、實驗室、X 光及放射服務，您的自付費用為\$0。 需要授權。
非處方(OTC)福利	計劃最高可承保透過 OTC 借記卡每個月購買 \$255 的特定 OTC 項目和食品項目（如符合資格）。 未使用的餘額 <u>不可</u> 累計至下月。	您每個月可使用您的 OTC 借記卡購買最多\$290 的合格 OTC 項目。 未使用的餘額不可累計至下月。

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
非處方(OTC)福利（續）	<p>請注意：每月\$255 的 OTC 福利是一項綜合（即 OTC 和 SSBCI 福利）月度津貼，可用於享受食品和農產品福利（如果您符合資格）。這意味著這兩種福利共用每月\$255 的津貼額度。如果您不符合享受食品和農產品福利的資格，則每月\$255 的津貼只能用於購買 OTC 項目。</p> <p>請瀏覽我們的網站 (www.centersplan.com)，或致電本手冊背面所列的電話號碼與會員服務部聯絡，瞭解承保項目清單。</p>	<p>請瀏覽網站 www.mybenefitscenter.com 來檢視我們承保的 OTC 項目清單。</p> <p><i>有關食品和農產品福利的更多資訊，請參閱針對慢性病患者特殊補充福利 (SSBCI)：</i></p> <p><i>本表中的食品、農產品和公用事業部分。</i></p>

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
針對慢性病病患的特殊補充福利 (SSBCI)：血壓儀	不承保血壓儀。	<p>符合資格的會員可獲得一台血壓儀，每年自付費用為\$0。</p> <p>要符合 SSBCI 福利資格，會員必須：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 目前是護理管理計劃的會員； • 有使用血壓監測儀的醫療必要性，且 • 經診斷患有以下一種或多種疾病：自體免疫疾病、癌症、心血管疾病、慢性酒精和其他藥物依賴、慢性和致殘性心理疾病、慢性心力衰竭、慢性腎病、慢性肝病、慢性肺病、慢性營養不良、失智症、糖尿病、末期肝病、末期腎病(ESRD)、HIV/AIDS、炎症性腸病

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
<p>針對慢性病病患的特殊補充福利 (SSBCI)：血壓儀（續）</p>		<p>、神經系統疾病、嚴重血液病、中風。</p> <p>本文件提及的血壓監測儀福利是慢性病特殊補充福利(SSBCI)，並非所有會員都符合資格。請立即聯絡您的 保健管理員： 1-833-274-5627（聽力障礙電傳使用者請致電711）瞭解更多資訊。</p>
<p>針對慢性病病患的特殊補充福利 (SSBCI)：食品、農產品和公用事業</p>	<p>計劃最高可承保透過 OTC 借記卡每個月購買 \$255 的食品，包括但不限於罐頭食品、冷凍食品 and 農產品，以及特定 OTC 項目。</p> <p>未使用的餘額<u>不可</u>累計至下月。</p>	<p>計劃最高可承保透過 OTC 借記卡每個月購買\$290的食品（包括但不限於罐頭食品、冷凍食品 and 農產品）、公用事業（電、氣、燃料油、水、固定電話和網路）以及特定 OTC 項目。未使用的餘額<u>不可</u>累計至下月。</p>

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
<p>針對慢性病病患的特殊補充福利 (SSBCI)：食品、農產品和公用事業 (續)</p>	<p>請注意：每月\$255 的食品和農產品福利（如果您符合資格）是一項綜合（即 OTC 和 SSBCI 福利）月度津貼，可用於享受 OTC 福利。這意味著這兩種福利共用每月 \$255 的津貼額度。如果您不符合享受食品和農產品福利的資格，則每月 \$255 的津貼只能用於購買 OTC 項目。</p> <p>如果您被診斷為患有下列指明的慢性病，且符合某些標準，則您可能有資格獲得針對慢性病病患的特殊補充福利 (SSBCI)。自體免疫疾病、癌症、心血管疾病、慢性酒精和其他藥物依賴、慢性和致殘性心理疾病、慢性心力衰竭、慢性腎病、</p>	<p>請注意：每月\$290 的食品和農產品福利津貼（如果您符合資格）是一項綜合（即 OTC 和 SSBCI 福利）月度津貼，可用於享受 OTC 福利。這意味著所有三種福利共享每月 \$290 的津貼額度。如果您不符合享受食品、農產品和公用事業福利資格，則每月 \$290 的津貼只能用於購買 OTC 項目。</p> <p>要符合 SSBCI 福利資格，會員必須：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 目前是護理管理計劃的會員；且 • 經診斷患有以下一種或多種疾病：自體免疫疾病、癌症、心血管疾病、慢性酒精和其他藥物依賴、

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
<p>針對慢性病病患的特殊補充福利 (SSBCI)：食品、農產品和公用事業 (續)</p>	<p>慢性肝病、慢性肺病、失智症、糖尿病、末期肝病、末期腎病 (ESRD)、HIV/AIDS、炎症性腸病、營養不良、神經系統疾病、嚴重血液病、中風、維生素 B12 缺乏性貧血</p>	<p>慢性和致殘性心理疾病、慢性心力衰竭、慢性腎病、慢性肝病、慢性肺病、慢性營養不良、失智症、糖尿病、末期肝病、末期腎病 (ESRD)、HIV/AIDS、炎症性腸病、神經系統疾病、嚴重血液病、中風。</p> <p>本文件提及的食品、農產品和公用事業福利是針對慢性病病患的特殊補充福利(SSBCI)，並非所有會員都符合資格。欲瞭解更多資訊，請致電您的保健管理員：1-833-274-5627（聽力障礙電傳使用者請致電 711）。</p>

第 1.5 節 - D 部分處方藥保險變更

《藥品清單》變更

我們的承保藥品清單稱作《處方一覽表》或《藥品清單》。《藥品清單》副本提供電子版本（地址：www.centersplan.com/map）。

我們對《藥品清單》作出了變更，包括增加或刪減藥品，變更某些藥品的適用限制，或將其移動到另一費用分攤層級。請查閱《藥品清單》，確保您的藥品明年屬於我們的承保範圍，並瞭解是否存在任何限制，或您的藥品是否移動到另一費用分攤層級。

《藥品清單》中的大多數變更在每年年初更新。但是，在參保當年，我們可能會根據 Medicare 規則進行其他變更。例如，我們可以立即移除 FDA 認為不安全的藥物或產品製造商下架的藥物。我們會更新線上《藥品清單》，以便於提供最新的藥品清單。

如果您在年初或年度內受到藥品保險範圍變更的影響，請閱讀《承保福利說明》第 9 章，並諮詢您的醫生，看看您有哪些選擇，例如要求臨時供應、申請特例處理和/或尋找新藥。您也可以聯絡會員服務部獲得更多資訊。

處方藥費用變更

如果您獲得「Extra Help」為您支付 Medicare 處方藥費，您可能有資格享受 D 部分藥品的費用分攤減免。本節中提供的一些資訊可能不適用於您。注：如果您參加了可協助您支付藥費的項目（「Extra Help」），有關 D 部分處方藥費用的資訊對您不適用。

我們規定了四個「藥品付款階段」。以下資訊顯示了前兩個階段的變更——年度自負額階段和初始保險階段。（大多數會員不會涉及其他兩個階段——甜甜圈孔階段或重病保險階段。）

自負額階段變更

階段	2023 年（今年）	2024 年（明年）
第 1 階段：年度自負額階段	由於我們沒有設定自負額，該費用支付階段對您不適用。	由於我們沒有設定自負額，該費用支付階段對您不適用。

初始保險階段分攤費用改動

請參閱下表，瞭解 2023 至 2024 年的改動。

階段	2023 年（今年）	2024 年（明年）
<p>第 2 階段：初始保險階段</p> <p>在該階段，計劃將支付其承擔的您的藥品費用份額，而您將支付您承擔的費用份額。</p> <p>本計劃承保大部分成人 D 部分疫苗，您無需支付費用。</p>	<p>您在推行標準費用分攤的網絡內藥房配一個月用量的藥品時須支付的費用：</p> <p>學名藥： 您支付：\$0</p> <p>所有其他藥品： 您支付：\$0</p>	<p>您在推行標準費用分攤的網絡內藥房配一個月用量的藥品時須支付的費用：</p> <p>學名藥： 您支付：\$0</p> <p>所有其他藥品： 您支付：\$0</p>
<p>第 2 階段：初始保險階段（續）</p> <p>當您在推行標準費用分攤的網絡內藥房配處方藥時，該行中的費用將支付一個月（30 天）的供給量。有關長期供給或郵購處方藥的費用資訊，請參閱您的《承保福利說明》的第 6 章第 5 部分。</p>	<p>當您的總藥品費用達到\$4,660時，您將進入下一個階段（甜甜圈孔階段）。</p>	<p>在您為 D 部分藥物支付\$5,030的自付金額後，您將進入下一個階段（重病保險階段）。</p>

對甜甜圈孔和重病保險階段的改動

其他兩個藥品保險階段——甜甜圈孔和重病保險階段，適於支付高額藥品費用的人。大多數會員不會涉及甜甜圈孔階段或重病保險階段。

從 2024 年開始，如果您進入重病保險階段，您無需為承保的 D 部分藥物付費。

第 2 部分 決定要選擇哪種計劃

第 2.1 節 – 如果您希望續保 Centers Plan for Medicaid Advantage Plus

要續保我們的計劃，您無需再做任何事。如果您在 12 月 7 日前沒有註冊其他計劃或變更為 Original Medicare，您將自動續保，成為我們 Centers Plan for Medicaid Advantage Plus 計劃的會員。

第 2.2 節 - 如果您希望變更計劃

我們希望您明年繼續成為我們的會員，但如果您想在 2024 年變更計劃，請遵循以下步驟完成：

步驟 1：瞭解並對比您的選擇

- 您可加入其他 Medicare 保健計劃，
- -- 或者--，您也可變更為 Original Medicare 計劃。若您變更為 Original Medicare 計劃，您需要決定是否加入一個 Medicare 藥品計劃。

要詳細瞭解有關 Original Medicare 計劃和不同類型的 Medicare 計劃，請使用 Medicare Plan Finder（Medicare 計劃搜尋器）

(www.medicare.gov/plan-compare)，閱讀《*Medicare 與您 2024*》手冊，致電 State Health Insurance Assistance Program（見第 4 部分），或致電 Medicare（見第 6.2 節）。

提示：Centers Plan for Healthy Living, LLC 提供其他 Medicare 保健計劃。這些計劃在保險範圍、每月保費和分攤費用金額上各有不同。

步驟 2：變更您的保險

- 要變更為其他 Medicare 保健計劃，請參保新計劃。您將自動退保 Centers Plan for Medicaid Advantage Plus。
- 要變更為帶處方藥計劃的 Original Medicare 計劃，請參保新藥品計劃。您將自動退保 Centers Plan for Medicaid Advantage Plus。
- 要變更為無處方藥計劃的 Original Medicare 計劃，您必須滿足以下任一條件：
 - 寄給我們書面退保申請。如果您對怎樣操作還有任何疑問，請聯絡會員服務部。

○ - 或 - 致電 **Medicare** : 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放，提出退保要求。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。

如果您希望轉換為 **Original Medicare**，並不想參加 **Medicare** 處方藥計劃，**Medicare** 可令您加入一項藥品計劃，除非您決定不參與自動參保。

第 3 節 變更計劃

如果您希望明年變更為不同的計劃或 **Original Medicare** 計劃，您可在 **10 月 15 日至 12 月 7 日** 期間完成此操作。變更將於 2024 年 1 月 1 日生效。

一年中還有其他哪些時間可變更計劃？

在某些情況下，一年中的其他時間也可進行變更。例如，參加 **Medicaid** 的人員，獲得「**Extra Help**」支付藥品費用的人員，享有或結束雇主提供的保險的人員，以及搬出服務區域的人員。

因為您已參保紐約州 **Medicaid**，您能夠終止您在我們計劃中的會員資格，或在以下每個**特別參保期**內一次改換一個新的計劃：

- 一月到三月
- 四月到六月
- 七月到九月

如果您參加了在 2024 年 1 月 1 日生效的 **Medicare Advantage** 計劃，但不滿意您選擇的計劃，您可在 2024 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期間變

更為其他 Medicare 醫療保險（承保或不承保 Medicare 處方藥），或變更為 Original Medicare（承保或不承保 Medicare 處方藥）。

如果您近期搬入、目前住在或最近已搬出設施（例如專業護理機構或長期護理醫院），您可隨時變更您的 Medicare 保險。您可隨時變更為其他任何 Medicare 保健計劃（含有或不含 Medicare 處方藥保險），或更換為 Original Medicare 計劃（含有或不含有單獨的 Medicare 處方藥計劃）。

第 4 部分 提供 Medicare 和 Medicaid 免費諮詢的計劃

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 是一項在每個州由經過訓練的諮詢師展開的獨立政府計劃。在紐約州，SHIP 稱為 Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP)。

這是由聯邦政府出資的州立計劃，旨在向參加 Medicare 的人員提供免費的當地健康保險諮詢。HIICAP 諮詢師可為您解答與 Medicare 計劃有關的問題或疑問。他們協助您瞭解各種 Medicare 計劃選擇，並回答有關更換計劃的問題。您可致電 1-800-701-0501 聯絡 HIICAP。您也可透過瀏覽 HIICAP 網站 <https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counselingand-assistance-program-hiicap> 瞭解更多資訊。

有關紐約州 Medicaid 福利的問題，請聯絡紐約州 Medicaid 計劃：1-888-692-6116（聽力障礙電傳使用者請致電：711），工作時間為週一至週五，上午 9 點至下午 5 點。詢問如何加入另一個計劃或返回 Original Medicare 對您獲得紐約州 Medicaid 計劃保險的方式有何影響。

第 5 部分 協助支付處方藥費用的計劃

您可能有資格享受協助支付處方藥費用的計劃。以下我們列出了不同類型的協助：

- **Medicare 的「Extra Help」**。因為您享受 Medicaid，您已經參加「Extra Help」，又稱低收入津貼。Extra Help 將支付您的部分處方藥保費、年度自負額與共同保險。由於您具有資格，您並無保險缺口或延遲參保罰款。如果您對「Extra Help」有疑問，請致電：
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。
 - 週一至週五早 8 點至晚 7 點聯絡社會保障辦公室代表，電話：1-800-772-1213。我們可為您提供全天 24 小時的自動應答服務。聽力障礙電傳使用者應致電 1-800-325-0778；或
 - 您所在州的 Medicaid 辦公室（申請）。
- **您所在州的州藥品輔助計劃提供的協助**。
紐約州制訂了一項 Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC) 計劃，可根據長者的經濟需求、年齡或疾病情況來協助他們支付處方藥的費用。如需詳細瞭解該計劃，請聯絡您所在州的 State Health Insurance Assistance Program。
- **HIV/AIDS 病患處方藥費用分攤援助 AIDS Drug Assistance Program (ADAP)**協助患有 HIV/AIDS 的 ADAP 合格個體獲得

HIV 救命藥物。個人必須符合特定標準，包括州居住證明和 HIV 狀態證明、州規定的低收入證明以及未參保/不足額參保狀態證明。ADAP 承保的 Medicare D 部分處方藥參加紐約衛生局 ADAP 研究院，符合處方藥分攤費用援助資格。如需瞭解有關合格標準、承保藥品或參保方式的相關資訊，請致電：1-800-542-2437。

第 6 部分 問題？

第 6.1 節 - 獲得 Centers Plan for Medicaid Advantage Plus 幫助

有疑問嗎？我們隨時為您提供協助。請致電會員服務部：1-833-274-5627。（僅限聽力障礙電傳，請致電 711。）每週七天，早 8 點至晚 8 點，我們隨時接聽您的來電。您可免費致電這些電話號碼。

請閱讀您的 **2024 年《承保福利說明》**（該說明書詳細列出明年的福利和費用資訊）

本《年度變動通知》概述了 2024 年的福利和費用變更。有關詳情，請參閱《2024 年 Centers Plan for Medicaid Advantage Plus 承保福利說明》。《承保福利說明》是對您保險計劃福利的合法詳細說明。該說明書解釋了您的權利及為獲得保險服務和處方藥所需遵循的規則。您可在我們的網站 www.centersplan.com/map 上找到一份《承保福利說明》。您也可致電會員服務部，要求我們郵寄一份紙本《承保福利說明》給您。

瀏覽我們的網站

您也可瀏覽我們的網站：www.centersplan.com/map。提示：我們的網站上列出了有關服務提供者網絡（《醫生名錄》）的最新資訊，以及我們的《承保藥品清單》（《處方一覽表》/《藥品清單》）。

第 6.2 節 – 獲得 Medicare 協助

如需從 Medicare 直接獲得資訊：

請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。

瀏覽 Medicare 網站

瀏覽 Medicare 網站(www.medicare.gov)。該網站上提供了有關費用、保險範疇、品質星級評級等資訊，可協助您對所在區域的各種 Medicare 醫療保險進行比較。要瀏覽有關各計劃的資訊，請前往 www.medicare.gov/plan-compare。

閱讀《Medicare 與您 2024》

閱讀《*Medicare 與您 2024*》手冊。每年秋季，我們都會向參加 Medicare 計劃的會員郵寄該文件。該手冊總結了 Medicare 的福利，會員的權利和受到的保護，以及 Medicare 各種最常見問題的答案。如果您沒有獲得該文件的副本，可瀏覽 Medicare 網站獲得 (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>)，或致電 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227)索取詳細出院通知的樣本，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。

第 6.3 節 - 獲得 Medicaid 協助

要獲得 Medicaid 的資訊，您可以致電紐約州健保計劃市場（官方健康計劃市場）：1-855-355-5777（聽力障礙電傳使用者請致電：1-800-662-1220），紐約州 Medicaid 幫助熱線：1-800-541-2831，或紐約市人力資源管理局(HRA) Medicaid 幫助熱線：1-888-692-6116 或 1-718-557-1399。聽力障礙電傳使用者應致電 711。



如需獲得更多資訊或加入我們
請致電：1-833-274-5627 (免費)
聽力障礙電傳使用者請致電711
每週7天，早8點至晚8點
MemberServices@centersplan.com
www.centersplan.com/plans/map