

由 MetroPlus Health Plan, Inc. 提供的 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)

《2024 年度變動通知》

您現已成為 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) 會員。我們對明年該計劃的費用和福利作出了變動。請參閱第 4 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動內容。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》：metroplusmedicare.org。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：哪些變動適用於您

- 查看我們的福利與費用變動是否會對您造成影響。
 - 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《藥物清單》的變更，確保您目前服用的藥品仍在保險範圍內。
- 查看您的主治醫生、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. 比較：瞭解其他可選的計劃

- 檢視在您所在地區的保險與費用。使用 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偏好的計劃之後，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 日之前沒有參保新計劃，您將繼續參保 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)。

- 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。這將使您從 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) 退保。
- 請參閱第 12 頁第 4 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文和中文版本。
- 其他資訊，請聯絡我們的會員服務部，電話：866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。該電話免費。
- ATENCIÓN: si habla español, cuenta con servicios de asistencia lingüística sin cargo disponibles para usted. Llame al 866.986.0356 (TTY: 711).
- 我們還可以應請求為您提供盲文、大號印刷體或其他格式的資訊。
- 本計劃中的保險已被認證為合格健康保險(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：irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families。

關於 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)

- 「MetroPlus Health Plan, Inc.」是與 Medicare 簽訂合約並與紐約州衛生廳簽訂福利協調協議的 HMO D-SNP 計劃。參加 MetroPlus Health Plan 依照續約情況而定。
- 在本文件中，「我們」或「我們的」指代 MetroPlus Health Plan, Inc.，而「計劃」或「我們的計劃」指代 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)。

H0423_MKT24_2223c_M Accepted 09052023

《2024 年度變動通知》 目錄

2024 年重要費用簡介	4
第 1 部分 明年福利和費用變動	7
第 1.1 節 - 每月保費變動	7
第 1.2 節 - 您的最高自付金額變動	7
第 1.3 節 - 醫生和藥房網絡變動	8
第 1.4 節 - 醫療服務的福利和費用變動	8
第 1.5 節 - D 部分處方藥保險變動	12
第 2 部分 行政變動	15
第 3 部分 決定要選擇哪種計劃	15
第 3.1 節 - 如果您希望續保 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)	15
第 3.2 節 - 如果您希望變更計劃	15
第 4 部分 變更計劃	16
第 5 部分 提供 Medicare 和 Medicaid 免費諮詢的計劃	17
第 6 部分 幫助支付處方藥費用的計劃	17
第 7 部分 有疑問嗎？	18
第 7.1 節 - 從 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) 獲得幫助	18
第 7.2 節 - 獲得 Medicare 幫助	18
第 7.3 節 - 獲得 Medicaid 幫助	19

2024 年重要費用簡介

下表對比了 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) 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，您的自負額、醫生診所就診和住院費用為\$0。

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
每月計劃保費* * 您的保費可能高於或低於此金額。詳情見第 1.1 節。	具體情況取決於您的「Extra Help」層級： \$0 或最高\$38.90	具體情況取決於您的「Extra Help」層級： \$0 或最高\$48.70
自負額	\$226 如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您不需要支付任何自付費用。	\$240 透過耐用醫療設備提供胰島素的情況除外。 如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您不需要支付任何自付費用。
醫生診所就診	初級保健醫生就診：每次就診\$0 或 20%。 專科醫師就診：每次就診\$0 或 20%。 如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您每次就診不需要支付任何自付費用。	初級保健醫生就診：每次就診\$0 或 20%。 專科醫師就診：每次就診\$0 或 20%。 如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您每次就診不需要支付任何自付費用。
住院期間	每個福利期：\$0 或 • \$1,600 自負額 • 第1-60天：每天的自付費用為\$0	每個福利期：\$0 或 • \$1,632 自負額 • 第1-60天：每天的自付費用為\$0

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
	<ul style="list-style-type: none"> • 第61-90天：每天的自付費用為\$400 • 60天終生額外天數：每天的自付費用為\$800 <p>如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您不需要支付任何自付費用。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 第61-90天：每天的自付費用為\$408 • 60天終生額外天數：每天的自付費用為\$816 <p>如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您不需要支付任何自付費用。</p>
<p>D 部分處方藥保險 (詳情見第 1.5 節。)</p>	<p>根據您的「Extra Help」層級，您需要支付下列分攤費用：</p> <p>自負額：\$0 或 \$104（除承保的胰島素產品和大多數成人D部分疫苗外）</p> <p>初始保險階段適用的自付費用/共同保險費：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： <ul style="list-style-type: none"> ○ 自付費用為\$0，或者 ○ 自付費用為\$0，或者 ○ 自付費用為\$0，或最高達 ○ 0%共同保險 • 所有其他藥物： <ul style="list-style-type: none"> ○ 自付費用為\$0，或者 ○ 自付費用為\$4.30，或者 ○ 自付費用為\$10.35，或最高達 ○ 15%共同保險 <p>重病保險：</p>	<p>根據您的「Extra Help」層級，您需要支付下列分攤費用：</p> <p>自負額：\$0</p> <p>初始保險階段適用的自付費用/共同保險費：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： <ul style="list-style-type: none"> ○ 自付費用為\$0，或者 ○ 自付費用為\$0，或者 ○ 自付費用為\$0 • 所有其他藥物： <ul style="list-style-type: none"> ○ 自付費用為\$0，或者 ○ 自付費用為\$4.60，或者 ○ 自付費用為\$11.20 <p>重病保險：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 在此支付階段，該計劃將為您的已承保 D

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
	<ul style="list-style-type: none"> 在此支付階段，該計劃將為您的已承保 D 部分藥品支付大部分藥費。 對於每一份處方，您的支付以金額較高者為準：支付藥品費用的 5%（即共同保險），或支付自付費用（為學名藥或視為學名藥的藥品支付 \$4.15，為其他所有藥品支付 \$10.35）。 	<p>部分藥品支付所有藥費。您不必支付。</p>
<p>最高自付金額 這是您投保的 A 部分和 B 部分服務將支付的最高自付金額。（詳情見第 1.2 節。）</p>	<p>\$8,300</p> <p>若您適用於 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤補助，您不需要為 A 部分與 B 部分保險服務進行任何計入最大自付金額支付總數的自付金額支付。</p>	<p>\$8,850</p> <p>若您適用於 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤補助，您不需要為 A 部分與 B 部分保險服務進行任何計入最大自付金額支付總數的自付金額支付。</p>

第 1 部分 明年福利和費用變動

第 1.1 節 - 每月保費變動

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。）	具體情況取決於您的「Extra Help」層級： \$0 或最高\$38.90	具體情況取決於您的「Extra Help」層級： \$0 或最高\$48.70

第 1.2 節 - 您的最高自付金額變動

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 A 部分和 B 部分的服务付費。

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
最高自付金額 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。如果您有資格獲得 A 部分和 B 部分自付費用和自負額方面的 Medicaid 援助，您無需為承保的 A 部分和 B 部分服務支付任何計入最高自付費用金額的自付費用。 您的投保醫療服務費用（例如自付費用和自負額）以您的最高自付金額為限。您的計劃保費和處方藥費用不以最高自付金額為限。	\$8,300	\$8,850 在您為承保的 A 部分和 B 部分服務支付了 \$8,850 自付金額後，您在當公曆年的剩餘時間內不必再為承保的 A 部分和 B 部分服務付費。

第 1.3 節 - 醫生和藥房網絡變動

請瀏覽我們的網站查看更新的名錄 metroplusmedicare.org。您也可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醫生網路作出的變動。請查閱 2024 年《醫生名錄》，瞭解您使用的服務提供者（主治醫生、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動。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動影響到您，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動

請注意，《年度變更通知》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動。以下資訊介紹了這些變動。

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
Flex 卡	<p>您需支付\$0的自付費用。</p> <p>會員每年都將收到一張金額\$400的 Flex 卡，您可以使用該卡購買家庭和浴室安全裝置與改裝、電話設備、服務以及公用事業費用。</p>	<p>您需支付\$0的自付費用。</p> <p>會員每月都將收到一張金額\$155的 Flex 卡，您可以使用該卡購買非處方(OTC)項目、購買食品雜貨、支付家庭公用事業費用（水費、燃氣費、電費、網路費）、配備個人緊急反應系統(PERS)和浴室安全裝置。這項服務將成為新的綜合補充福利包的一部分。未使用的 Flex 卡餘額將在月底到期。</p>

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
健康食品券	<p>您需支付\$0的自付費用。</p> <p>符合資格的會員可獲得每季度最高\$100的食品券，用於從加盟供應商處購買新鮮健康食品。</p>	<p>不承保。食品雜貨是新的flex卡福利包的一部分。</p> <p>會員每月都將收到一張金額\$155的Flex卡，您可以使用該卡購買非處方(OTC)項目、購買食品雜貨、支付家庭公用事業費用（水費、燃氣費、電費、網路費）、配備個人緊急反應系統(PERS)和浴室安全裝置。未使用的Flex卡餘額將在月底到期。</p>
眼鏡	<p>您需支付\$0的自付費用。</p> <p>眼鏡承保金額最高為每年\$350，包括如下項目：隱形眼鏡、眼鏡、眼鏡鏡片、眼鏡鏡架和升級。</p>	<p>您需支付\$0的自付費用。</p> <p>眼鏡承保金額最高為每年\$450，包括如下項目：隱形眼鏡、眼鏡、眼鏡鏡片、眼鏡鏡架和升級。</p>
助聽器（所有類型）	<p>您需支付\$0的自付費用</p> <p>助聽器最高福利限制為雙耳每3年最高\$500。</p>	<p>您需支付\$0的自付費用</p> <p>助聽器最高福利限制為雙耳每年最高\$500。</p>
足科服務（常規足部護理）	<p>您需支付\$0的自付費用。</p> <p>會員將有資格享受每年最多4次就診。</p>	<p>您需支付\$0的自付費用。</p> <p>會員將有資格享受每年最多8次就診。</p>
就醫交通服務（常規/非急診）	<p>您需支付\$0的自付費用。</p> <p>會員將有資格享受每年十四(14)次前往計劃核准醫療地點的單程交通服務。</p>	<p>您需支付\$0的自付費用。</p> <p>會員將有資格享受每年四十八(48)次前往計劃核准醫療地點的單程交通服務。</p>

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
針灸補充福利	不承保。	會員將有資格享受每年最多二十(20)次針灸補充就診。
營養/飲食福利	不承保。	您需支付\$0的自付費用。 會員將有資格享受每年最多六(6)次就診（條件：個人和團體）。
出院送餐福利	您需支付\$0的自付費用。 會員將享受出院 5 日內最多十(10)次送餐上門。 如果會員滿足以下要求，則符合送餐到家的資格： - 因生病而有需要。 - 符合已確定的疾病治療方案。	您需支付\$0的自付費用。 會員將享受出院 5 日內最多二十(20)次送餐上門。 如果會員滿足以下要求，則符合送餐到家的資格： - 因生病而有需要。 - 符合已確定的疾病治療方案。
急診服務	您需支付 0%或 20%的共同保險（最多\$95）。 如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您不需要支付任何自付費用。	您需支付 0%或 20%的共同保險（最多\$100）。 如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您不需要支付任何自付費用。
緊急需要服務	您需支付\$0 或 20%的共同保險（最多\$60） 如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您不需要支付任何自付費用。	您需支付\$0 或 20%的共同保險（最多\$55） 如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您不需要支付任何自付費用。

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
住院期間	<p>在每個福利期，您需要支付：\$0或</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,600自負額 • 第1-60天：每天的自付費用為\$0 • 第61-90天：每天的自付費用為\$400 • 60天終生額外天數：每天的自付費用為\$800 <p>如果您有資格獲得Medicaid下的Medicare費用分攤援助，您不需要支付任何自付費用。</p>	<p>在每個福利期，您需要支付：\$0或• \$1,632自負額</p> <ul style="list-style-type: none"> • 第1-60天：每天的自付費用為\$0 • 第61-90天：每天自付費用為\$408 • 60天終生額外天數：每天的自付費用為\$816 <p>如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您不需要支付任何自付費用。</p>
住院病患心理健康護理	<p>在每個福利期，您需要支付：\$0或</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,600自負額 • 第1-60天：每天的自付費用為\$0 • 第61-90天：每天的自付費用為\$400 • 60天終生額外天數：每天的自付費用為\$800 <p>如果您有資格獲得Medicaid下的Medicare費用分攤援助，您不需要支付任何自付費用。</p>	<p>在每個福利期，您需要支付：\$0或</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,632自負額 • 第1-60天：每天的自付費用為\$0 • 第61-90天：每天自付費用為\$408 • 60天終生額外天數：每天的自付費用為\$816 <p>如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您不需要支付任何自付費用。</p>

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
專業護理機構	<p>在每個福利期，您需要支付：\$0或</p> <ul style="list-style-type: none"> • 第1天至第20天：每天的自付費用為\$0 • 第21天至第100天：每天的自付費用為\$200 <p>如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您不需要支付任何自付費用。</p>	<p>在每個福利期，您需要支付：\$0 或</p> <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 天至第 20 天：每天的自付費用為\$0 • 第 21 天至第 100 天：每天的自付費用為\$204 <p>如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您不需要支付任何自付費用。</p>

第 1.5 節 - D 部分處方藥保險變動

《藥物清單》變更

我們的承保藥物清單稱作「處方一覽表」或「藥物清單」。我們提供電子版本的《藥物清單》。

我們對《藥物清單》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《藥物清單》，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。

《藥物清單》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《藥物清單》，以便於提供最新的藥物清單。

如果您在年初或年度內受到藥品保險範圍變化的影響，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。

處方藥費用變動

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。

注意：如果您參加了可幫助您支付藥費的計劃（「Extra Help」），有關 D 部分處方藥費用的資訊可能對您不適用。我們給您寄送了稱作「獲得處方藥付款 Extra Help 者《承保福利說明》附加條款」（也稱作「低收入輔助水準附加條款」或「低收入補助(LIS)附加條款」）的單獨附加頁，透過該附加頁告知您有關處方藥費用的資訊。如果您獲得「Extra Help」，但在 **2023 年 9 月 30 日** 前尚未收到這張附加頁，請致電會員服務部索取該「低收入補助(LIS)附加條款」。

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動——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。）

年度自負額階段變更

階段	2023 年（今年）	2024 年（明年）
<p>第 1 階段：年度自負額階段</p> <p>在該階段，您將為品牌藥品付全款，直至您達到年度自負額。自負額不適用於承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗，包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗。</p>	<p>自負額為\$505。</p> <p>您的自負額以您獲得的「Extra Help」程度而定，為\$0 或\$104。（請參閱單獨插頁「低收入補助(LIS)附加條款」，瞭解您的自負額。）</p>	<p>自負額為\$545。</p> <p>在該階段，您將支付學名藥的\$0 自付費用（包括被視為學名藥的品牌藥品），以及所有其他藥品的全額費用，直至您達到年度自負額。</p>

初始保險階段分攤費用變動

階段	2023 年（今年）	2024 年（明年）
<p>第 2 階段：初始保險階段</p> <p>在您支付年度自負額之前，您將進入初始保險階段。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>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《承保福利說明》的第 6 章第 5 部分。</p>	<p>具體情況取決於您的「Extra Help」層級，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（包括作為學名藥的品牌藥）：</p> <p>您支付</p> <ul style="list-style-type: none"> • 自付費用為\$0，或者 • 自付費用為\$0，或者 • 自付費用為\$0，或最高達 • 0%共同保險 <p>所有其他藥物：</p> <p>您支付</p> <ul style="list-style-type: none"> • 自付費用為\$0，或者 • 自付費用為\$4.30，或者 • 自付費用為\$10.35，或最高達 • 15%共同保險 <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>具體情況取決於您的「Extra Help」層級，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（包括作為學名藥的品牌藥）：</p> <p>您支付</p> <ul style="list-style-type: none"> • 自付費用為\$0，或者 • 自付費用為\$0，或者 • 自付費用為\$0 <p>所有其他藥物：</p> <p>您支付</p> <ul style="list-style-type: none"> • 自付費用為\$0，或者 • 自付費用為\$4.60，或者 • 自付費用為\$11.20 <p>當您的總藥品費用達到\$5,030時，您將進入下一個階段（甜甜圈孔階段）。</p>

對甜甜圈孔和重病保險階段的變動

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

要獲得有關這些階段的具體費用資訊，請參閱《承保福利說明》第 6 章的第 6 和第 7 部分。

第 2 部分 行政變動

說明	2023 年（今年）	2024 年（明年）
非處方(OTC)供應商	您的非處方(OTC)福利由 CVS 管理。	您的非處方(OTC)福利由 NationsBenefits 管理。

第 3 部分 決定要選擇哪種計劃

第 3.1 節 – 如果您希望續保 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)

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對 Original Medicare 進行改變，您將自動續保，成為我們 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)的會員。

第 3.2 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 醫療保險，
- -- 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 藥物計劃。

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）([medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare))，閱讀《Medicare 與您 2024》手冊，致電 State Health Insurance Assistance Program（見第 6 部分），或致電 Medicare（見第 7.2 節）。提示：MetroPlus Health Plan, Inc.提供其他 Medicare 醫療保險。這些計劃在保險範疇、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 醫療保險，請參保新計劃。您將自動退保 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)。

- 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 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)。
- 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。
 - – 或者 – 請致電 **Medicare**：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)來要求退保，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。

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 4 部分 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 **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** 醫療保險（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 5 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，SHIP 被稱為 Health Insurance Information, Counseling, and Assistance Program (HIICAP)。

這是由 Federal Government 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。他們幫助您瞭解各種 Medicare 計劃選擇，並回答有關更換計劃的問題。您可致電 800.701.0501 聯絡 HIICAP。您也可透過瀏覽 HIICAP 網站(nyconnects.ny.gov/services/health-insurance-information-counseling-assistance-program-hiicap-791)瞭解更多資訊。

有關您的紐約州 Medicaid 福利的問題，請致電紐約州衛生廳 Medicaid 計劃：888.692.6116 或 718.557.1399，工作時間為週一至週五，早 8 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 的方式有何影響。

第 6 部分 幫助支付處方藥費用的計劃

您可能資格享受幫助支付處方藥費用的計劃。以下我們列出了不同類型的幫助：

- **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請致電 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 Social Security 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請致電 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幫助**。紐約制訂了一項 Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC)，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)幫助患有 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。同時由 ADAP 承保的 Medicare D 部分處方藥參加 HIV Uninsured Care Program，ADAP，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 800.542.2437，工作時間為週一至週五，早 8 點至下午 5 點。

第 7 部分 有疑問嗎？

第 7.1 節 – 從 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) 獲得幫助

有疑問嗎？我們隨時為您提供協助。請致電會員服務部，電話：866.986.0356（僅限聽力障礙電傳使用者可致電 711）。每週 7 天，每天 24 小時，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》概觀了 2024 年的福利和費用變更。有關詳情，請參閱《2024 年承保福利說明》，瞭解 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)。《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 metroplusmedicare.org 上看到一份《承保福利說明》。您也可以致電會員服務部，要求我們郵寄一份紙本《承保福利說明》給您。

可瀏覽我們的網站

您也可瀏覽我們的網站：metroplusmedicare.org。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《承保藥物清單》（《處方一覽表》/《藥物清單》）。

第 7.2 節 – 獲得 Medicare 幫助

如需從 Medicare 直接獲得資訊：

請致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

您可致電 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(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 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。如果您沒有拿到該文件的副本，可瀏覽 Medicare 網站 (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>)或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)獲得文件，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 7.3 節 - 獲得 Medicaid 幫助

欲獲得有關 Medicaid 的資訊，請致電紐約州衛生廳 Medicaid 計劃：888.692.6116 或 718.557.1399，工作時間為週一至週五，早 8 點至下午 5 點。聽力障礙電傳使用者應致電：711。