

Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 由 Elderplan Inc. 提供

2024 年度變更通知

您目前已參保成為 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP) 的會員。明年的計劃費用和福利將會有一些變更。**請查看第 7 頁的重要費用概述（包括保費）。**

您可透過本文件瞭解計劃的變更。如需詳細瞭解費用、福利或規則，請查看我們的網站 www.elderplan.org 上的「承保範圍說明書」。您也可以致電會員服務部要求我們為您郵寄一份「承保範圍說明書」。

現在應該採取的行動

1. 問： 哪些變更對您有影響

- ☐ 檢查我們的福利與費用的變更以便瞭解是否會對您造成影響。
 - 查看醫療護理費用（醫生、醫院）的變更。
 - 查看我們的藥物承保範圍的變更，包括授權要求和費用。
 - 想一想您將在保費、自付額和費用分攤上花多少錢。
- ☐ 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。
- 想想您是否滿意我們的計劃。

2. 對比：瞭解其他計劃選擇

- 查看您所在地區的計劃承保範圍和費用。使用 www.medicare.gov/plan-compare 網站上的 Medicare 聯邦醫療保險計劃搜尋器或檢閱「2024 年 Medicare 聯邦醫療保險與您」手冊背面的清單。
- 在您將自己的選擇範圍縮小到首選計劃後，請在該計劃的網站上確認您的費用和承保範圍。

3. 選擇：決定您是否要變更計劃

- 如果您在 2023 年 12 月 7 日之前沒有加入其他計劃，您將繼續留在 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)。
- 如果您想變更為其他計劃，則您可以在 10 月 15 日至 12 月 7 日期間轉換計劃。您的新保險將在 2024 年 1 月 1 日開始生效。此時您將從 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 退保。
- 請查看第 3.2 節（第 58 頁）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（如專業護理設施或長期護理醫院），您可以隨時轉換計劃或轉換為傳統的聯邦醫療保險（包含或不包含單獨的 Medicare 聯邦醫療保險處方藥計劃）。

其他資源

- 本文件免費提供西班牙文和中文版本。
- 如需更多資訊，請致電會員服務部，電話號碼：1-800-353-3765。（聽障人士可致電 711。）服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。
- 本資訊提供其他格式的版本，包括盲文和其他可選形式。若您需要其他格式或語言的計劃資訊，請撥打上述號碼致電會員服務部。
- 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》(Patient Protection and Affordable Care Act, 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 瞭解更多資訊。

關於 **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)**

- Elderplan（長老計劃）是一項具有 Medicare 聯邦醫療保險和 Medicaid 醫療補助合同的 HMO 計劃。能否參保 Elderplan（長老計劃）視合同續簽情況而定。任何符合 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分資格的人士均可申請。已參保的會員仍須繼續支付其 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分保費（若未透過 Medicaid 醫療補助支付）。

- Elderplan（長老計劃）已受美國國家品質保障委員會 (National Committee for Quality Assurance, NCQA) 核准，作為一種特殊需求計劃 (SNP) 運作，直到 2026 年止。NCQA 的核准依據是一份對 Elderplan（長老計劃）護理模式的審查報告。
 - 當本文件中出現「我們」或「我們的」時，是指 Elderplan Inc。出現「本計劃」或「我們的計劃」時，是指 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)。
-

H3347_EPC17454_M

**2024 年度變更通知
目錄**

2024 年重要費用概述.....	7
第 1 節 我們將變更計劃名稱	18
第 2 節 明年的福利與費用變更.....	19
第 2.1 節 — 每月保費的變更	19
第 2.2 節 — 您的最高自付費用金額變更	19
第 2.3 節 — 醫療服務提供者網絡與藥房網絡的變更	21
第 2.4 節 — 醫療服務福利和費用的變更	21
第 2.5 節 — D 部分處方藥承保的變更.....	44
第 3 節 決定選擇哪個計劃	51
第 3.1 節 — 如果您希望繼續留在 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)	51
第 3.2 節 — 如果您希望變更計劃	52
第 4 節 變更計劃.....	53
第 5 節 提供 Medicare 聯邦醫療保險和 Medicaid 醫療補助免費諮詢的計劃	55
第 6 節 幫助支付處方藥費用的計劃.....	56

Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024 年度變更通知

6

第 7 節	您有任何疑問？	57
第 7.1 節	— 從 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 獲取幫助	57
第 7.2 節	— 從 Medicare 聯邦醫療保險獲取幫助	58
第 7.3 節	— 從 Medicaid 醫療補助獲取幫助	59

2024 年重要費用概述

下表在幾個重要方面對 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 的 2023 年和 2024 年費用進行比較。請注意，這只是對變更的概述。如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則您需支付的自付額、醫生診所就診費和住院費為 \$0。

費用	2023（今年）	2024（明年）
計劃每月保費* * 您的保費可能高於或低於此金額。請查看第 2.1 節瞭解詳情。	對於 D 部分保費， \$0 或 \$38.90	對於 D 部分保費， \$0 或 \$33.90

費用	2023（今年）	2024（明年）
B 部分自付額	B 部分自付額為 \$226。 如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則您需支付的 B 部分自付額為 \$0。	B 部分自付額為 \$240。 如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則您需支付的 B 部分自付額為 \$0。
醫生診所就診	網絡內： 主治醫生就診：每次就診您需支付 0% 或 20% 的共同保險。 如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則每次就診您需支付 \$0。	網絡內： 主治醫生就診：每次就診您需支付 0% 或 20% 的共同保險。 如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則每次就診您需支付 \$0。

費用	2023（今年）	2024（明年）
醫生診所就診 （續）	網絡內： 專科醫生處就診： 每次就診您需支付 0% 或 20% 的共同 保險。 如果您符合 Medicaid 醫療補助 下的 Medicare 聯邦 醫療保險費用分攤 補助資格，則每次 就診您需支付 \$0。 網絡外： 專科醫生處就診不 獲承保。	網絡內和網絡外： 專科醫生處就診： 每次就診您需支付 0% 或 20% 的共同 保險。 如果您符合 Medicaid 醫療補助 下的 Medicare 聯邦 醫療保險費用分攤 補助資格，則每次 就診您需支付 \$0。

費用	2023（今年）	2024（明年）
住院	網絡內： 2023 年，每個受益期的金額為 \$0* 或：\$1,600 的自付額。 第 1 至 60 天：每天的共付費為 \$0。 第 61 至 90 天：每天的共付費為 \$400。 91 天及以上：每個受益期的第 90 天後，所動用的每個「終身儲備日」的共付費為 \$800（終身最多 60 天）。	網絡內： 2024 年，每個受益期的金額為 \$0* 或：\$1,632 的自付額。 第 1 至 60 天：每天的共付費為 \$0。 第 61 至 90 天：每天的共付費為 \$408。 91 天及以上：每個受益期的第 90 天後，所動用的每個「終身儲備日」的共付費為 \$816（終身最多 60 天）。

費用	2023（今年）	2024（明年）
住院 （續）	超出終身儲備日後：您支付所有費用。 需要授權。 如果您在緊急狀況穩定後從網絡外醫院接受經授權的住院治療，您應支付的費用為您在網絡內醫院應支付的分攤費用。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。	超出終身儲備日後：您支付所有費用。 需要授權。 如果您在緊急狀況穩定後從網絡外醫院接受經授權的住院治療，您應支付的費用為您在網絡內醫院應支付的分攤費用。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

費用	2023（今年）	2024（明年）
D 部分處方藥承保 （請查看第 2.5 節瞭解詳情。）	自付額：D 部分自付額為 \$505，不包括承保的胰島素產品及大多數成人 D 部分疫苗。 初始承保階段： 標準零售費用分攤（網絡內）（最多 90 天份量的供藥） * † Ω 在提供標準費用分攤的網絡內藥房配取一個月藥物份量的費用： 第 1 級： 根據您的「額外補助」等級，您需要支付以下費用：	自付額：D 部分自付額為 \$545，不包括承保的胰島素產品及大多數成人 D 部分疫苗。 初始承保階段： 標準零售費用分攤（網絡內）（最多 90 天份量的供藥） * † Ω 在提供標準費用分攤的網絡內藥房配取一個月藥物份量的費用： 第 1 級： 根據您的「額外補助」等級，您需要支付以下費用：

費用	2023（今年）	2024（明年）
D 部分處方藥承保 （請查看第 2.5 節瞭解詳情。） （續）	副廠藥 （包括被視為副廠藥的原廠藥）： \$0 的共付費，或 \$1.45 的共付費 \$4.15 的共付費，或 15% 的費用或 25% 的費用。 所有其他藥物： \$0 的共付費，或 \$4.30 的共付費，或 \$10.35 的共付費， 或 15% 的費用或 25% 的費用。 *標準零售也可提供 60 天份量的供藥。	副廠藥 （包括被視為副廠藥的原廠藥）： \$0 的共付費，或 \$1.55 的共付費 \$4.50 的共付費，或 25% 的費用。 所有其他藥物： \$0 的共付費，或 \$4.60 的共付費，或 \$11.20 的共付費， 或 25% 的費用。 *標準零售也可提供 60 天份量的供藥。

費用	2023（今年）	2024（明年）
D 部分處方藥承保 （請查看第 2.5 節瞭解詳情。） （續）	初始承保階段的郵購費用分攤（最多 90 天份量的供藥）† Ω： 第 1 級：根據您的「額外補助」等級，您需要支付以下費用： 副廠藥（包括被視為副廠藥的原廠藥）： \$0 的共付費，或 \$1.45 的共付費，或 \$4.15 的共付費，或 15% 的費用或 25% 的費用。	初始承保階段的郵購費用分攤（最多 90 天份量的供藥）† Ω： 第 1 級：根據您的「額外補助」等級，您需要支付以下費用： 副廠藥（包括被視為副廠藥的原廠藥）： \$0 的共付費，或 \$1.55 的共付費，或 \$4.50 的共付費，或 25% 的費用。

費用	2023（今年）	2024（明年）
D 部分處方藥承保 （請查看第 2.5 節瞭解詳情。） （續）	所有其他藥物： \$0 的共付費，或 \$4.30 的共付費，或 \$10.35 的共付費， 或 15% 的費用或 25% 的費用。 †NDS — 非延長天數供藥。某些特殊藥物每次配藥最多提供 30 天份量的供藥。 Ω — 無論 B 部分和 D 部分藥物的費用分攤如何，即使您尚未支付自付額，我們計劃承保的每種胰島素產品的一個月份量供藥的費用也不會超過 \$35。	所有其他藥物： \$0 的共付費，或 \$4.60 的共付費，或 \$11.35 的共付費， 或 25% 的費用。 †NDS — 非延長天數供藥。某些特殊藥物每次配藥最多提供 30 天份量的供藥。 Ω — 無論 B 部分和 D 部分藥物的費用分攤如何，即使您尚未支付自付額，我們計劃承保的每種胰島素產品的一個月份量供藥的費用也不會超過 \$35。

費用	2023（今年）	2024（明年）
D 部分處方藥承保 （請查看第 2.5 節瞭解詳情。） （續）	重大傷病承保： - 在此付款階段，本計劃會支付您的承保藥物的大部分費用。 - 您需要為每份處方支付以下費用（以較高者為準）：共同保險（相當於 5% 的藥費）或共付費（原廠藥或被視作原廠藥的藥物為 \$4.15，所有其他藥物則為 \$10.35）。	重大傷病承保： 在此付款階段，本計劃會支付您的 D 部分承保藥物的全部費用。您無需支付任何費用。

費用	2023（今年）	2024（明年）
最高自付費用金額	網絡內	網絡內與網絡外合計
這是指您需為網絡內和網絡外承保的 A 部分和 B 部分服務合計支付的最高費用。 （請查看第 2.2 節瞭解詳情。）	\$8,300 如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，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。	\$8,850 如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，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。

第 1 節 我們將變更計劃名稱

2024 年 1 月 1 日，我們的計劃名稱將從 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP) 變更為 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)。

我們將為您郵寄一張新的 Elderplan（長老計劃）會員身份卡。如果您有疑問，或如果您的 Elderplan（長老計劃）會員身份卡損壞、丟失或被盜，請立即致電會員服務部，電話：1-800-353-3765（聽障人士可致電 711），我們會給您郵寄新卡。

在今後的通訊中，我們在提及本計劃名稱時將使用新的計劃名稱。

第 2 節 明年的福利與費用變更

第 2.1 節 — 每月保費的變更

費用	2023（今年）	2024（明年）
每月保費 （您還必須繼續繳納您的 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分保費，由 Medicaid 醫療補助為您支付的情況除外。）	對於 D 部分保費，\$0 或 \$38.90 您必須繼續支付您的 B 部分保費（除非您的 B 部分保費由 Medicaid 醫療補助或其他第三方為您支付）。	對於 D 部分保費，\$0 或 \$33.90 您必須繼續支付您的 B 部分保費（除非您的 B 部分保費由 Medicaid 醫療補助或其他第三方為您支付）。

第 2.2 節 — 您的最高自付費用金額變更

Medicare 聯邦醫療保險要求所有健康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承保 A 部分和 B 部分服務支付任何費用。

費用	2023（今年）	2024（明年）
最高自付費用金額 由於我們的會員也從 Medicaid 醫療補助獲得援助，因此極少有會員曾達到此最高自付費用金額。 如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 A 部分和 B 部分共付費和自付額資格，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（例如共付費和自付額）計入您的最高自付費用金額。您的計劃保費和處方藥費用不計入您的最高自付費用金額。	網絡內 \$8,300 如果您已為承保的 A 部分和 B 部分服務支付了 \$8,300 的自付費用，則無需支付曆年剩餘時間內的承保 A 部分和 B 部分服務的費用。	網絡內與網絡外合計 \$8,850 如果您已為網絡內和網絡外承保的 A 部分和 B 部分服務合計支付了 \$8,850 的自付費用，則無需支付曆年剩餘時間內的承保 A 部分和 B 部分服務的費用。

第 2.3 節 — 醫療服務提供者網絡與藥房網絡的變更

您可透過我們的網站 www.elderplan.org 查閱最新的醫療服務提供者與藥房目錄。您也可以致電會員服務部瞭解最新的醫療服務提供者和/或藥房資訊或要求我們為您郵寄一份目錄，我們將在三個工作日內郵寄。

我們明年的醫療服務提供者網絡和藥房網絡會有變更。請查看 **2024 年醫療服務提供者與藥房目錄**，瞭解您的提供者（主治醫生、專科醫生、醫院等）和藥房是否處於我們的網絡中。

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）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更對您造成了影響，請聯絡會員服務部，以便我們給您提供幫助。

第 2.4 節 — 醫療服務福利和費用的變更

請注意，此年度變更通知描述了您的 Medicare 聯邦醫療保險福利和費用變更。

我們將對明年的某些醫療服務的費用和福利進行變更。以下資訊將介紹這些變更。

費用	2023（今年）	2024（明年）
針灸服務 （非 Medicare 聯邦醫療保險 承保）	網絡內 每次就診您無需支 付共同保險或共付 費。僅對於針灸服 務，您每年最多可 獲得 20 次就診。	網絡內 每次就診您無需支 付共同保險或共付 費。對於以下服 務，您每年最多可 獲得 20 次就診： • 針灸 • 拔罐/艾灸 • 針壓 • 推拿 • 刮痧 • 反射療法 • 紅外線療法

費用	2023（今年）	2024（明年）
牙科服務： 補充性 預防 牙科服務	補充性預防牙科服務 網絡內 補充性預防牙科服務的承保限於下列類別中的指定服務代碼。 下列補充性預防牙科服務的共付費為 \$0： ● 有限口腔檢查：每月 1 次 ● 口腔檢查：每 6 個月 1 次 ● 洗牙（預防治療）：每 6 個月 1 次 ● 牙科 X 光檢查：每 6 個月 1 次	補充性預防牙科服務 網絡內與網絡外合計 補充性預防牙科服務的承保限於下列類別中的指定服務代碼。 對於以下補充性預防牙科服務，您需支付 \$0 的共付費： ● 有限口腔檢查：每月 1 次 ● 口腔檢查：每 6 個月 1 次 ● 洗牙（預防治療）：每 6 個月 1 次 ● 牙科 X 光檢查：每 6 個月 1 次

費用	2023（今年）	2024（明年）
牙科服務： 補充性 預防 牙科服務 （續）	● 全口系列牙科 X 光檢查：每 36 個月 1 次 ● 口腔全景攝片與頭部測量攝片：每 36 個月 1 次 ● 口腔/面部攝影影像：每 6 個月 2 次	● 全口系列牙科 X 光檢查：每 36 個月 1 次 ● 口腔全景攝片與頭部測量攝片：每 36 個月 1 次 ● 口腔/面部攝影影像：每 6 個月 2 次
	網絡外 補充性預防牙科服務不獲承保。	如需詳細瞭解哪些服務受保，請聯絡會員服務部。

費用	2023（今年）	2024（明年）
牙科服務 — 綜合牙科服務	補充性綜合牙科服務： 網絡內 補充性綜合牙科服務的承保範圍限於下列類別中的指定服務代碼，並且每年的補貼為 \$1500。預防牙科服務費用不計入年度最高金額。 每年的 \$1,500 福利限額用完之後，會員將承擔全部費用。	補充性綜合牙科服務： 網絡內與網絡外合計 補充性綜合牙科服務的承保範圍限於下列類別中的指定服務代碼，並且每年的網絡內和網絡外合計補貼為 \$1,500。預防性牙科不計入網絡內和網絡外合計年度最高金額。 每年的網絡內和網絡外合計福利限額 \$1,500 用完之後，會員將承擔全部費用。

費用	2023（今年）	2024（明年）
牙科服務 — 綜合牙科服務 （續）	根據 ADA 指引，福利頻次可能限於每顆牙/每一牙弓/每象限 1 次服務。 <u>修復服務</u> 指定的修復代碼，每顆牙共付費僅為 \$0/每 12 個月承保 1 次，或者每顆牙共付費僅為 \$0/每 60 個月承保 1 次。 指定的重大修復代碼，每顆牙共付費僅為 \$0/每 60 個月承保 1 次，或者每顆牙共付費僅為 \$0/終身承保 1 次。指定代碼共付費為 \$0，且無頻次限制。	根據 ADA 指引，福利頻次可能限於每顆牙/每一牙弓/每象限 1 次服務。 <u>修復服務</u> 指定的修復代碼，每顆牙共付費僅為 \$0/每 12 個月承保 1 次，或者每顆牙共付費僅為 \$0/每 60 個月承保 1 次。 指定的重大修復代碼，每顆牙共付費僅為 \$0/每 60 個月承保 1 次，或者每顆牙共付費僅為 \$0/終身承保 1 次。指定代碼共付費為 \$0，且無頻次限制。

費用	2023（今年）	2024（明年）
牙科服務 — 綜合牙科服務 （續）	<u>牙髓治療服務</u>	<u>牙髓治療服務</u>
	指定的根管治療代碼，每顆牙共付費僅為 \$0/終身承保 1 次。	指定的根管治療代碼，每顆牙共付費僅為 \$0/終身承保 1 次。
	<u>牙周病治療服務</u>	<u>牙周病治療服務</u>
	指定代碼，共付費僅為 \$0/每 36 個月承保 1 次，或者共付費僅為 \$0/每 60 個月承保 1 次。	指定代碼，共付費僅為 \$0/每 36 個月承保 1 次，或者共付費僅為 \$0/每 60 個月承保 1 次。
	<u>假牙修復服務</u>	<u>假牙修復服務</u>
	指定的局部固定義齒橋體代碼，每顆牙共付費僅為 \$0/每 60 個月承保 1 次。	指定的局部固定義齒橋體代碼，每顆牙共付費僅為 \$0/每 60 個月承保 1 次。

費用	2023（今年）	2024（明年）
牙科服務 — 綜合牙科服務 （續）	指定的局部固定義齒每一牙弓牙冠保持器代碼，每顆牙共付費僅為 \$0/每 60 個月承保 1 次。 <u>口腔和上頷面手術</u> 指定代碼，每顆牙共付費僅為 \$0/終身承保 1 次。 網絡外 補充性綜合牙科服務不獲承保。	指定的局部固定義齒每一牙弓牙冠保持器代碼，每顆牙共付費僅為 \$0/每 60 個月承保 1 次。 <u>口腔和上頷面手術</u> 指定代碼，每顆牙共付費僅為 \$0/終身承保 1 次。 如需詳細瞭解哪些服務受保，請聯絡會員服務部。

費用	2023（今年）	2024（明年）
緊急護理	對於每次 Medicare 聯邦醫療保險承保的急診室就診，您需支付 0% 或 20% 的共同保險（最多 \$90）。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則您需支付 \$0。	對於每次 Medicare 聯邦醫療保險承保的急診室就診，您需支付 0% 或 20% 的共同保險（最多 \$100）。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則您需支付 \$0。

費用	2023（今年）	2024（明年）
Flex 卡	2023 年 Flex 卡 <u>不</u> 獲承保。	不需要為 Flex 卡支付共同保險或共付費。 您會收到 \$500 的補貼，用於支付 2024 年牙科、視力、聽力和/或健身服務自付費用。 任何未使用的福利金將于曆年年底或您從本計劃退保時失效。
住院	網絡內 2023 年，每個受益期的金額為 \$0* 或：\$1,600 的自付額。 第 1 至 60 天：每天的共付費為 \$0。	網絡內 2024 年，每個受益期的金額為 \$0* 或：\$1,632 的自付額。 第 1 至 60 天：每天的共付費為 \$0。

費用	2023（今年）	2024（明年）
住院 （續）	第 61 至 90 天：每 天的共付費為 \$400。 91 天及以上：每個 受益期的第 90 天 後，所動用的每個 「終身儲備日」的 共付費為 \$800（終 身最多 60 天）。 超出終身儲備日 後：您支付所有 費用。 需要授權。 如果您在緊急狀況 穩定後從網絡外醫 院接受經授權的住 院治療，您應支付 的費用為您在網絡 內醫院應支付的分 攤費用。	第 61 至 90 天：每 天的共付費為 \$408。 91 天及以上：每個 受益期的第 90 天 後，所動用的每個 「終身儲備日」的 共付費為 \$816（終 身最多 60 天）。 超出終身儲備日 後：您支付所有 費用。 需要授權。 如果您在緊急狀況 穩定後從網絡外醫 院接受經授權的住 院治療，您應支付 的費用為您在網絡 內醫院應支付的分 攤費用。

費用	2023（今年）	2024（明年）
住院 （續）	*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。	*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。
精神病院住院服務 承保服務包括需要住院的精神健康護理服務。	網絡內 2023 年，每個受益期的金額為 \$0* 或：\$1,600 的自付額。 第 1 至 60 天：每天的共付費為 \$0。 第 61 至 90 天：每天的共付費為 \$400。	網絡內 2024 年，每個受益期的金額為 \$0* 或：\$1,632 的自付額。 第 1 至 60 天：每天的共付費為 \$0。 第 61 至 90 天：每天的共付費為 \$408。

費用	2023（今年）	2024（明年）
精神病院住院服務 （續）	91 天及以上：每個受益期的第 90 天後，所動用的每個「終身儲備日」的共付費為 \$800（終身最多 60 天）。 超出終身儲備日後：您支付所有費用。 作為住院患者，您需要為在住院期間從醫生和其他提供者處接受的精神健康服務支付 Medicare 聯邦醫療保險核准金額的 0% 或 20%。* 需要授權。	91 天及以上：每個受益期的第 90 天後，所動用的每個「終身儲備日」的共付費為 \$816（終身最多 60 天）。 超出終身儲備日後：您支付所有費用。 作為住院患者，您需要為在住院期間從醫生和其他提供者處接受的精神健康服務支付 Medicare 聯邦醫療保險核准金額的 0% 或 20%。* 需要授權。

費用	2023（今年）	2024（明年）
精神病院住院服務 （續）	*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。	*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。
非處方 (OTC) 福利	每月您可購買最多 \$155 符合資格的 OTC 用品。OTC 卡內餘額不能結轉至下個月。 對於符合資格的會員，慢性病特殊補充福利 (SSBCI) 與 OTC 福利可以合計。 您的 OTC 福利承保指定藥房和/或零售店的 COVID 19 測試。	每月您可購買最多 \$210 符合資格的 OTC 用品。OTC 卡內餘額不能結轉至下個月。 對於符合資格的會員，慢性病特殊補充福利 (SSBCI) 與 OTC 福利可以合計。 您的 OTC 福利承保指定藥房和/或零售店的 COVID 19 測試和 Naloxone 鼻腔噴霧劑。

費用	2023（今年）	2024（明年）
門診精神健康護理	網絡內 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的精神健康專科服務個人就診和團體就診，您需支付 0% 或 20% 的共同保險。* 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的精神科服務個人就診和團體就診，您需支付 0% 或 20% 的共同保險。*	網絡內和網絡外 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的精神健康專科服務個人就診和團體就診，您需支付 0% 或 20% 的共同保險。* 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的精神科服務個人就診和團體就診，您需支付 0% 或 20% 的共同保險。*

費用	2023（今年）	2024（明年）
門診精神健康護理 （續）	*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。 網絡外 門診精神健康護理不獲承保。	*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。
門診復健服務	網絡內 對於職能治療、物理治療或言語/語言病理學服務，每次就診您需支付 0% 或 20% 的共同保險。* 需要授權。	網絡內和網絡外 對於職能治療、物理治療或言語/語言病理學服務，每次就診您需支付 0% 或 20% 的共同保險。* 需要授權。

費用	2023（今年）	2024（明年）
門診復健服務 （續）	*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。 網絡外 門診復健服務不獲承保。	*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。
醫生服務，包括醫生診所就診	網絡內 對於下列服務，您需為每次診所就診支付 0% 或 20% 的共同保險*： ● 主治醫生 (PCP) 服務。 ● 醫療服務提供者專科醫生服務。 ● 其他健康護理專業人員。	網絡內 對於下列服務，您需為每次診所就診支付 0% 或 20% 的共同保險*： ● 主治醫生 (PCP) 服務。

費用	2023（今年）	2024（明年）
醫生服務，包括醫生診所就診 （續）	只有直接由執業護士或醫生助理出具賬單的居家訪視需要授權。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。 網絡外 醫生服務（包括醫生診所就診）不獲承保。	網絡內和網絡外 對於下列服務，您需為每次診所就診支付 0% 或 20% 的共同保險*： • 醫療服務提供者專科醫生服務。 • 其他健康護理專業人員。 只有直接由執業護士或醫生助理出具賬單的居家訪視需要授權。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

費用	2023（今年）	2024（明年）
足病學服務 — Medicare 聯邦醫療保險承保的服務	網絡內 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的足病學服務，您需支付 0% 或 20% 的共同保險。* *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。 網絡外 Medicare 聯邦醫療保險承保的足病學服務<u>不</u>獲承保。	網絡內和網絡外 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的足病學服務，您需支付 0% 或 20% 的共同保險。* *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

費用	2023（今年）	2024（明年）
足病學服務 — 補充性足病學 服務	網絡內	網絡內
	不需要為補充性足病學服務支付共同保險或共付費。	不需要為補充性足病學服務支付共同保險或共付費。
	您每年最多可獲得 12 次常規足部護理就診。	您每年最多可獲得 12 次常規足部護理就診。
	網絡外	網絡外
	足病學服務不獲承保。	不需要為補充性足病學服務支付共同保險或共付費。
		您每年最多可獲得 12 次常規足部護理就診。

費用	2023（今年）	2024（明年）
專業護理設施 (SNF) 護理	網絡內 2023 年，在 Medicare 聯邦醫療保險承保住院至少 3 天后，每個受益期的金額為 \$0* 或： 第 1 - 20 天： 每天 \$0。 第 21 至 100 天： 每天的共付費為 \$200.00。 第 101 天及之後： 您支付所有費用。 需要授權。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。	網絡內 2024 年，在 Medicare 聯邦醫療保險承保住院至少 3 天后，每個受益期的金額為 \$0* 或： 第 1 - 20 天： 每天 \$0。 第 21 至 100 天： 每天的共付費為 \$204。 第 101 天及之後： 您支付所有費用。 需要授權。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

費用	2023（今年）	2024（明年）
慢性病特殊補充福利 (SSBCI)	不需要為慢性病特殊補充福利支付共同保險或共付費。 有資格享受慢性病特殊補充福利 (SSBCI) 的會員將獲得合併的 OTC 福利，可承保某些食品雜貨、送餐到家和某些公用事業費用，作為 OTC 每月補貼的一部分。 每月提供的非處方 (OTC) 保險金額高達 \$155。未使用的福利不會結轉至下一期。	不需要為慢性病特殊補充福利支付共同保險或共付費。 有資格享受慢性病特殊補充福利 (SSBCI) 的會員將獲得合併的非處方藥承保福利，可承保某些食品雜貨、送餐到家、某些公用事業費用以及租賃/抵押貸款補助，作為 OTC 每月津貼的一部分。 每月提供的 OTC 保險金額合計為 \$210。未使用的福利不會結轉至下一期。

費用	2023（今年）	2024（明年）
慢性病特殊補充福利 (SSBCI)（續）	如要獲取合資格用品的完整清單以及網絡內指定藥房和/或零售店的清單，請聯絡本計劃。	如要獲取合資格用品的完整清單以及網絡內指定藥房和/或零售店的清單，請聯絡本計劃。
急症治療服務	每次就診您需支付 0% 或 20% 的共同保險（最多 \$60）* 若您在 24 小時內因相同病症住院，則不需要支付共同保險。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。	每次就診您需支付 0% 或 20% 的共同保險（最多 \$55）* 若您在 24 小時內因相同病症住院，則不需要支付共同保險。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

費用	2023（今年）	2024（明年）
視力護理 — 其他承保服務	您需為以下服務支付 \$0 的共付費： 每個曆年一次的配鏡例行眼科檢查。 眼鏡，包括處方眼鏡或隱形眼鏡 — 每個曆年的年度最高金額限於 \$100。	您需為以下服務支付 \$0 的共付費： 每個曆年一次的配鏡例行眼科檢查。 眼鏡，包括處方眼鏡或隱形眼鏡 — 每個曆年的年度最高金額限於 \$350。

第 2.5 節 — D 部分處方藥承保的變更

我們「藥物清單」的變更

我們的承保藥物清單稱為處方藥一覽表或「藥物清單」。我們提供一份電子版「藥物清單」。

我們對「藥物清單」進行了變更，其中包括移除或新增藥物，變更對於某些藥物的承保適用的限制，或將其移至不同的費用分攤等級。請查看「藥物清單」以**確定您的藥物在明年是否得到承保**，同時查看是否有任何限制條件或您的藥物是否移至不同的費用分攤等級。

大多數「藥物清單」的變更發生在每年開始時。但是，在這一年中，我們可能會做出 Medicare 聯邦醫療保險規則允許的其他變更。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藥物。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更的影響，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。您還可以聯絡會員服務部瞭解詳細資訊。

處方藥費用的變更

如果您接受「額外補助」以支付您的 Medicare 聯邦醫療保險處方藥費用，則您可能會有資格減少或取消 D 部分藥物的費用分攤。本節所述的某些資訊可能對您不適用。

注意：如果您接受「額外補助」以支付您的 Medicare 聯邦醫療保險處方藥費用，則您可能會有資格減少或取消 D 部分藥物的費用分攤。本節所述的某些資訊可能對您不適用。

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可能對您不適用**。我們隨附了一份單獨的插頁來說明您的藥物費用，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）。如果您接受「額外補助」但未在此資料包中收到此插頁，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 — 年度自付額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。）

自付額階段的變更

階段	2023（今年）	2024（明年）
階段 1：年度自付額階段 在此階段期間，您支付您 D 部分藥物的全部費用，直至達到年度自付額。自付額不適用於承保的胰島素產品以及大多數成人 D 部分疫苗（包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗）。	自付額為 \$505。 如果您接受「額外補助」以支付您的處方藥費用，根據您所接受的「額外補助」等級，您的自付額將為 \$0 或 \$104。（請查看單獨插頁「LIS 附則」，瞭解您的自付額金額。）	自付額為 \$545。 如果您接受「額外補助」以支付您的處方藥費用，您的自付額將為 \$0。

初始承保階段費用分攤的變更

階段	2023（今年）	2024（明年）
階段 2：初始承保階段 您在支付年度自付額後，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。 您的大多數成人 D 部分疫苗獲免費承保。 此欄所列費用是您在提供標準費用分攤的網絡內藥房配取一個月（30 天）藥物份量的費用。 有關長期供藥或郵購處方藥費用的詳情，請查看「承保範圍說明書」第 6 章第 5 節。	標準零售費用分攤（網絡內） （最多 90 天份量的供藥）* † Ω 在提供標準費用分攤的網絡內藥房配取一個月藥物份量的費用： 第 1 級：根據您的「額外補助」等級，您需要支付以下費用： 副廠藥（包括被視為副廠藥的原廠藥）： \$0 的共付費，或 \$1.45 的共付費 \$4.15 的共付費，或 15% 的費用或 25% 的費用。	標準零售費用分攤（網絡內） （最多 90 天份量的供藥）* † Ω 在提供標準費用分攤的網絡內藥房配取一個月藥物份量的費用： 第 1 級：根據您的「額外補助」等級，您需要支付以下費用： 副廠藥（包括被視為副廠藥的原廠藥）： \$0 的共付費，或 \$1.55 的共付費 \$4.50 的共付費，或 25% 的費用。

階段	2023（今年）	2024（明年）
階段 2：初始承保 階段 （續）	所有其他藥物： \$0 的共付費，或 \$4.30 的共付費， 或 \$10.35 的共付 費，或 15% 的費用或 25% 的費用。 *標準零售也可 提供 60 天份量的 供藥。 初始承保階段的 郵購費用分攤 （最多 90 天份量的 供藥）† Ω： 第 1 級：根據您 的「額外補助」 等級，您需要支 付以下費用：	所有其他藥物： \$0 的共付費，或 \$4.60 的共付費， 或 \$11.20 的共付 費，或 25% 的費用。 *標準零售也可 提供 60 天份量的 供藥。 初始承保階段的 郵購費用分攤 （最多 90 天份量的 供藥）† Ω： 第 1 級：根據您 的「額外補助」 等級，您需要支 付以下費用：

階段	2023（今年）	2024（明年）
階段 2：初始承保 階段 （續）	副廠藥（包括被視為副廠藥的原廠藥）： \$0 的共付費，或 \$1.45 的共付費， 或 \$4.15 的共付費， 或 15% 的費用或 25% 的費用。 所有其他藥物： \$0 的共付費，或 \$4.30 的共付費， 或 \$10.35 的共付費，或 15% 的費用或 25% 的費用。	副廠藥（包括被視為副廠藥的原廠藥）： \$0 的共付費，或 \$1.55 的共付費， 或 \$4.50 的共付費， 或 25% 的費用。 所有其他藥物： \$0 的共付費，或 \$4.60 的共付費， 或 \$11.35 的共付費，或 25% 的費用。

階段	2023（今年）	2024（明年）
階段 2：初始承保 階段 （續）	†NDS — 非延長天數供藥。某些特殊藥物每次配藥最多提供 30 天份量的供藥。 Ω — 無論 B 部分和 D 部分藥物的費用分攤如何，即使您尚未支付自付額，我們計劃承保的每種胰島素產品的一個月份量供藥的費用也不會超過 \$35。 一旦您的總藥費達到 4,660，您將進入下一個階段（承保缺口階段）。	†NDS — 非延長天數供藥。某些特殊藥物每次配藥最多提供 30 天份量的供藥。 Ω — 無論 B 部分和 D 部分藥物的費用分攤如何，即使您尚未支付自付額，我們計劃承保的每種胰島素產品的一個月份量供藥的費用也不會超過 \$35。 一旦您的總藥費達到 \$5,030，您將進入下一個階段（承保缺口階段）。

承保缺口和重大傷病承保階段的變更

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。

自 2024 年開始，如果您達到重大傷病承保階段，您無需為承保的 D 部分藥物支付任何費用。

有關您在這些階段的費用的具體資訊，請查看「承保範圍說明書」第 6 章第 6 節和第 7 節。

第 3 節 決定選擇哪個計劃

第 3.1 節 — 如果您希望繼續留在 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

若要繼續留在我們的計劃內，您不需要採取任何措施。如果您在 12 月 7 日前沒有參保其他計劃或變更為傳統的聯邦醫療保險，您將自動參保我們的 Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)。

第 3.2 節 — 如果您希望變更計劃

我們希望您能在明年繼續保持會員身份，但如果您希望變更 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 聯邦醫療保險健康計劃，
- -- 或者-- 您可以轉至傳統的聯邦醫療保險。如果您變更為傳統的聯邦醫療保險，您需要決定是否加入 Medicare 聯邦醫療保險藥物計劃。

要瞭解關於傳統的聯邦醫療保險以及不同類型的 Medicare 聯邦醫療保險計劃的更多資訊，請使用 Medicare 聯邦醫療保險計劃搜尋器 (www.medicare.gov/plan-compare)，閱讀「2024 年 Medicare 聯邦醫療保險與您」手冊，致電您的州健康保險援助計劃（請查看第 5 節），或致電 Medicare 聯邦醫療保險（請查看第 7.2 節）。

我們想提醒您，Elderplan, Inc. 還提供其他 Medicare 聯邦醫療保險健康計劃。這裡所說的其他計劃可能具有不同的承保範圍、每月保費和費用分攤額。

第 2 步：變更您的保險

- 若要變更為其他 Medicare 聯邦醫療保險健康計劃，參保新的計劃。您將會自動從 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 退保。

- 若要變更為附帶處方藥計劃的傳統的聯邦醫療保險，參保新的藥物計劃。您將會自動從 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 退保。
- 若要變更為不帶處方藥計劃的傳統的聯邦醫療保險，您必須：
 - 向我們寄送書面退保請求。若您需要有關如何操作的更多資訊，請聯絡會員服務部。
 - 一 或者 一 您可致電 **Medicare 聯邦醫療保險**：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 要求退保，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

如果您轉至傳統的聯邦醫療保險且未參加單獨的 Medicare 聯邦醫療保險處方藥計劃，則 Medicare 聯邦醫療保險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 4 節 變更計劃

如果您想在下一年變更為其他計劃或傳統的聯邦醫療保險，您可以在 **10 月 15 日至 12 月 7 日期間**進行變更。變更將於 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，可能允許在藥物方面獲得「額外補助」、擁有或正在退出雇主保險以及搬離服務區域的 Medicaid 醫療補助受保人在一年中其他時間進行變更。

您享有 Medicaid 醫療補助，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籍，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 日生效的聯邦醫療保險優勢計劃，但不喜歡您的計劃選擇，您可以在 2024 年 1 月 1 日到 3 月 31 日期間轉到另一項 Medicare 聯邦醫療保險健康計劃（包含或不包含 Medicare 聯邦醫療保險處方藥承保），或轉到傳統的聯邦醫療保險（包含或不包含 Medicare 聯邦醫療保險處方藥承保）。

如果您最近搬入、目前居住在或剛搬出某個機構（如專業護理設施或長期護理醫院），您可以**隨時**變更您的 Medicare 聯邦醫療保險。您可以隨時變更為其他任何 Medicare 聯邦醫療保險健康計劃（包含或不包含 Medicare 聯邦醫療保險處方藥承保），或轉換為傳統的聯邦醫療保險（包含或不包含單獨的 Medicare 聯邦醫療保險處方藥計劃）。

第 5 節 提供 Medicare 聯邦醫療保險和 Medicaid 醫療補助免費諮詢的計劃

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。在紐約州，SHIP 被稱為老年人健康保險資訊、諮詢及援助計劃 (HIICAP) 辦公室。

它是一個由聯邦政府出資為 Medicare 聯邦醫療保險受保人提供本地**免費**健康保險諮詢的州計劃。HIICAP 顧問可以幫助您解決 Medicare 聯邦醫療保險方面的疑問或問題。他們可以幫助您瞭解您的 Medicare 聯邦醫療保險計劃選擇並回答有關轉換計劃的問題。您可以致電 HIICAP：(212) 602-4180（區內）或 1-800-701-0501（區外）。您可以透過瀏覽他們的網站 <https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance>，瞭解更多關於老年人健康保險資訊、諮詢及援助計劃 (HIICAP) 辦公室的資訊。

如對紐約州 Medicaid 醫療補助福利有任何疑問，請致電紐約州衛生署（社會服務部）HRA Medicaid 熱線 1-888-692-6116，聽障人士可致電 711，服務時間為週一至週五早上 8 點至下午 5 點。詢問加入其他計劃或轉回傳統的聯邦醫療保險對您獲取紐約州 Medicaid 醫療補助承保有哪些影響。

第 6 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。我們在下文列出了不同類型的補助：

- **Medicare 聯邦醫療保險提供的「額外補助」。**由於您擁有 Medicaid 醫療補助，因此您已加入「額外補助」（也稱為低收入補貼）。「額外補助」支付您的部分處方藥保費、每年的自付額以及共同保險。因為您符合資格，所以不必經歷承保缺口階段，也無需繳納逾期參保罰金。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，服務時間：每天 24 小時，每週 7 天；
 - 社會安全局辦事處代表，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 醫療補助辦公室（提出申請）。
- **從您的州醫藥援助計劃獲得幫助。**紐約州提供一項 Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC)，可根據人們的財務需求、年齡或醫療情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。

- **HIV/AIDS 患者的處方藥費用分攤補助。** AIDS Drug Assistance Program (AIDS 藥物補助計劃, 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 聯邦醫療保險 D 部分處方藥有資格透過紐約州 AIDS Drug Assistance Program (AIDS 藥物補助計劃, ADAP) 獲得處方藥費用分攤補助。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 1-800-542-2437。

第 7 節 您有任何疑問？

第 7.1 節 — 從 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 獲取幫助

您有任何疑問？我們在此為您提供幫助。請致電會員服務部，電話：1-800-353-3765。（僅聽障人士可致電 711）。提供電話服務的時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。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）

本年度變更通知概述了您 2024 年的福利及費用發生的變更。詳情請參閱 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 承保範圍說明書。「承保範圍說明書」是關於您的計劃福利的詳細法律說明。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。可到我們的網站 www.elderplan.org 上查閱「承保範圍說明書」副本。您也可以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 www.elderplan.org。在此提醒您，我們的網站提供關於我們醫療服務提供者與藥房網絡（**醫療服務提供者與藥房目錄**）的最新資訊以及我們承保藥物的清單（處方藥一覽表/「藥物清單」）。

第 7.2 節 — 從 Medicare 聯邦醫療保險獲取幫助

要直接從 Medicare 聯邦醫療保險獲取資訊：

致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

瀏覽 Medicare 聯邦醫療保險網站

瀏覽 Medicare 聯邦醫療保險網站 (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地區各個 Medicare 聯邦醫療保險健康計劃。若要查看有關計劃的資訊，請瀏覽 www.medicare.gov/plan-compare。

閱讀「2024 年 Medicare 聯邦醫療保險與您」

您可以閱讀「2024 年 Medicare 聯邦醫療保險與您」手冊。每年秋季，該手冊均會寄給 Medicare 聯邦醫療保險受保人。它總結了 Medicare 聯邦醫療保險的福利、權利和保障，並且回答了關於 Medicare 聯邦醫療保險的最常見問題。如果未收到該文件的副本，可以透過以下方式獲取：瀏覽 Medicare 聯邦醫療保險網站

(<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

第 7.3 節 — 從 Medicaid 醫療補助獲取幫助

如需獲得 Medicaid 醫療補助的資訊，可致電紐約州衛生署（社會服務部）HRA Medicaid 熱線 1-888-692-6116。聽障人士可致電 711，服務時間為週一至週五，上午 9 點至下午 5 點。您還可瀏覽 https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm。

Elderplan, Inc.
Notice of Nondiscrimination – Discrimination is Against the Law

繁體中文 (Chinese)

Elderplan/HomeFirst 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。Elderplan/HomeFirst 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而排斥任何人或以不同的方式對待他們。

Elderplan/HomeFirst:

- 向殘障人士免費提供各種援助和服務，以幫助他們與我們進行有效溝通，如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 以其他格式提供的書面資訊（大號字體、音訊、無障礙電子格式、其他格式）
- 向母語非英語的人員免費提供各種語言服務，如：
 - 合格的翻譯員
 - 以其他語言書寫的資訊

如果您需要此類服務，請聯絡 Civil Rights Coordinator。如果您認為 Elderplan/HomeFirst 未能提供此類服務或者因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而透過其他方式歧視您，您可以親自提交投訴，或者以郵寄、傳真或電郵的方式提交投訴。如果您在提交投訴方面需要幫助 Civil Rights Coordinator 可以幫助您。

Elderplan, Inc.
ATTN Civil Rights Coordinator
55 Water Street
New York NY 10041

電話：1-877-326-9978，聽障專線 711
傳真：1-718-759-3643

您可親自或透過郵件、電話或傳真的方式提出申訴。如果您在提出申訴時需要幫助，民權協調員可以幫到您。

您還可以向 U.S. Department of Health and Human Services（美國衛生及公共服務部）的 Office for Civil Rights（民權辦公室）提交民權投訴，透過 Office for Civil Rights Complaint Portal 以電子方式投訴：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或者透過郵寄或電話的方式投訴：

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

登入 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 可獲得投訴表格。

Multi-language Interpreter Services

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 1-800-353-3765 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Simplified: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-353-3765 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Traditional: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-353-3765 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-353-3765 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-353-3765 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-353-3765 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-353-3765 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-353-3765 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-353-3765 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم بمساعدتك. هذه خدمة فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (1-800-353-3765 (TTY:711) .) سيقوم شخص ما يتحدث العربية مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-353-3765 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-353-3765 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-353-3765 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-353-3765 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-353-3765 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-353-3765 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Albanian: Ne ofrojmë shërbime interpretimi pa pagesë për t'ju përgjigjur çdo lloj pyetjeje që mund të keni rreth planit tonë të shëndetit ose të mjekimit. Për t'u lidhur me një interpret, telefononi në 1-800-353-3765 (TTY: 711). Një shqip folës mund t'ju ndihmojë. Ky shërbim është pa pagesë.

Bengali: আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধপত্র বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কিত আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। একজন দোভাষী পেতে, আমাদের কেবল 1-800-353-3765 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন। বাংলা বলতে পারেন এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারবেন। পরিষেবাটি বিনামূল্যে।

Greek: Διαθέτουμε υπηρεσία δωρεάν διερμηνείας προκειμένου να απαντούμε σε οποιοσδήποτε απορίες σας σχετικά με το πρόγραμμα υγείας ή φαρμάκων που προσφέρουμε. Προκειμένου να χρησιμοποιήσετε την υπηρεσία διερμηνείας, επικοινωνήστε μαζί μας καλώντας το 1-800-353-3765 (TTY: 711). Θα λάβετε βοήθεια από ένα άτομο που μιλά ελληνικά. Αυτή είναι μια υπηρεσία που παρέχεται δωρεάν.

Yiddish: מיר האבן אומזיסטע דאלמעטשער סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט מעגליך האבן וועגן אונזער העלט אדער דראג פלאן. צו באקומען א דאלמעטשער, רופט אונז אויף 1-800-353-3765 (TTY: 711). איינער וואס רעדט אידיש/שפראך קען אייך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.

Urdu: ہماری صحت یا دوا کے پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت مترجم کی خدمات موجود ہیں۔ مترجم حاصل کرنے کے لیے، ہمیں بس 1-800-353-3765 (TTY: 711) پر کال کریں۔ اردو بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت خدمت ہے۔