**[MA-only PPO models]  
[2019 ANOC model]**

***[insert MAO name] 的 [Insert 2019 plan name] ([insert plan type])***

# 2019 年度更改通知

*[****Optional:*** *insert beneficiary name]  
[****Optional:*** *insert beneficiary address]*

您目前已註冊為 *[insert 2018 plan name]* 的會員。明年的計劃費用和福利將會有一些變化。*本手冊將介紹這些變化。*

* **您必須在 10 月 15 日至 12 月 7 日期間更改您來年的 Medicare 保險。**

現在應該做什麼

1. **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。
* 所以請您務必立即審核您的保險，以確保該保險能在明年滿足您的需求。
* 這些變化會影響您使用的服務嗎？
* 有關我們計劃中福利和費用變化的更多資訊，請查看第 *[insert section number]* 節和第 *[insert section number]*。
* 查看這些資訊以便瞭解您的醫生或其他提供者是否明年仍屬於我們的網絡。
* 您的醫生是否屬於我們的網絡？
* 您使用的醫院或其他提供者呢？
* 請參見第 *[insert section number]* 節瞭解關於我們醫療服務提供者目錄的資訊。
* 考慮您的醫療保健總體費用。
* 您需要為自己定期使用的服務和處方藥支出多少自付費用？
* 您需要支出多少保費和自付扣除金？
* 與其他 Medicare 保險計劃相比，您需支付的總計劃費用如何？
* 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 https://www.medicare.gov 網站上的 Medicare 計劃搜尋器的個人化搜尋功能。按一下「Find health & drug plans」（查找保健及藥物計劃）。
* 請查閱「Medicare 與您」手冊背面的清單。
* 請參見第 *[edit section number as needed]* 4.2 節瞭解關於您的可選方案的更多資訊。
* 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

* 如果您想**保留** *[insert plan name]* 的會員資格，您無需採取任何措施。您將留在*[insert plan name]*。
* 若要更改為可能更符合您需求的**另一項計劃**，您可以在 10 月 15 日到 12 月 7 日之間更改計劃。

1. **參保：**若要更改計劃，只需在 **2018 年 10 月 15 日**到 **12 月 7 日**之間加入一項計劃即可

* 若**未在 2018 年 12 月 7 日之前加入另一項計劃**，您將留在 *[insert 2018 plan name]*。[*If the plan is being crosswalked, replace previous sentence with:* 若**未在 2018 年 12 月   
  7 日之前加入另一項計劃**，您將參保 *[insert 2019 plan name]。*]
* 如果您在 2018 年 12 月 7 日之前加入另一項計劃，您的新保險將在 2019 年 1 月   
  1 日開始。

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 phone number]*。（聽障和語障人士可致電 *[insert TTY number]*。）服務時間：*[insert days and hours of operation]*。]
* *[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., Braille, large print, audio tapes) 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：https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families，瞭解詳細資訊。

關於 *[insert 2019 plan name]*

* *[Insert Federal contracting statement.]*
* 當本手冊中出現「我們」或「我們的」時，是指 *[insert MAO name]*。出現「計劃」或「我們的計劃」時，是指 *[insert 2019 plan name]*。

[*Insert as applicable: [insert Material ID]* CMS Approved[MMDDYYYY]  *OR [insert Material ID]* File & Use[MMDDYYYY]]

2019 年重要費用概述

下表在幾個重要方面對 *[insert 2019 plan name]* 的 2018 年費用和 2019 年費用進行比較。**請注意，這只是對變化的概述。務必閱讀這份*年度更改通知***的剩餘部分，並查閱 [*insert as applicable:* 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是否會影響您。

[*If using Medicare FFS amounts (e.g. Inpatient and SNF cost sharing) the plan must insert the 2018 Medicare amounts and must insert:* 此為 2018 年分攤費用金額，此金額在 2019 年可能會變更。*[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 | 2018（今年） | 2019（明年） |
| --- | --- | --- |
| 月繳計劃保費  *[Plans with no optional supplemental benefits delete the following.]*（請參見第 *[edit section number as needed]* 2.1 節 瞭解詳細資訊。） | *[Insert 2018 premium amount]* | *[Insert 2019 premium amount]* |
| *[Plans with no deductible may delete this row.]*  自付扣除金 | *[Insert 2018 deductible amount]* | *[Insert 2019 deductible amount]* |
| 最高自付費用金額  這是指您為承保的 [*insert if applicable:* A 部分和 B 部分] 服務支付的最高自付費用。 （請參見第 *[edit section number as needed]* 2.2 節瞭解詳細 資訊。） | 從網絡內提供者處獲取服務的自付費用：*[insert 2018 in-network MOOP amount]*  從網絡內和網絡外提供者處獲取服務的合併自付費用：*[insert 2018 combined MOOP amount]* | 從網絡內提供者處獲取服務的自付費用：*[insert 2019 in-network MOOP amount]*  從網絡內和網絡外提供者處獲取服務的合併自付費用：*[insert 2019 combined MOOP amount]* |
|  |  |  |
| 醫生診室就診 | 主治醫生就診：每次 就診 *[insert 2018 cost-sharing for PCPs]* 的分攤費用  專科醫生就診：每次 就診 *[insert 2018 cost-sharing for PCPs]* 的分攤費用 | 主治醫生就診：每次 就診 *[insert 2019 cost-sharing for PCPs]* 的分攤費用  專科醫生就診：每次 就診 *[insert 2019 cost-sharing for PCPs]* 的分攤費用 |
| 住院  包括急性住院護理、住院康復、長期護理醫院及其他類型的住院服務。住院治療從您聽從醫生 要求正式住院的那天開始算起。出院的前一天是您住院的最後 一天。 | *[Insert 2018 cost-sharing]* | *[Insert 2019 cost-sharing]* |

**2019 *年度更改通知*  
目錄**

2019 年重要費用概述 1

第 1 節 我們正在更改計劃的名稱 4

第 1 節 除非您選擇其他計劃，否則您將在 2019 年自動加入   
*[insert 2019 plan name]* 4

第 2 節 明年的福利與費用變化 5

第 2.1 節 － 月繳保費的變化 5

第 2.2 節 － 您的最高自付費用金額變化 5

第 2.3 節 － 醫療服務提供者網絡的變化 6

第 2.4 節 － 醫療服務福利和費用的變化 7

第 3 節 管理變更 8

第 4 節 決定選擇哪個計劃 9

第 4.1 節 － 如果您希望繼續留在 *[insert 2019 plan name]* 中 9

第 4.2 節 － 如果您希望更改計劃 9

第 5 節 更改計劃的截止期限 10

第 6 節 提供 Medicare 免費諮詢的計劃 10

第 7 節 幫助支付處方藥費用的計劃 11

第 8 節 您有問題嗎？ 12

第 8.1 節 － 從 *[insert 2019 plan name]* 獲取幫助 12

第 8.2 節 － 從 Medicare 獲取幫助 12

*[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:*

2019 年 1 月 1 日，我們的計劃名稱將從 *[insert 2018 plan name]* 更改為 *[insert 2019 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 beneficiary communication.]*]

第 1 節 除非您選擇其他計劃，否則您將在 2019 年自動加入 *[insert 2019 plan name]*

[*[If the beneficiary is being enrolled into another plan due to a consolidation, 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 cross walks a member from a non-renewed plan to a consolidated renewal plan will compare benefits and costs from that member’s previous plan to the consolidated plan.]* 2019 年 1 月 1 日，*[insert MAO name]* 將把 *[insert 2018 plan name]* 與我們的一個計劃 *[insert 2019 plan name]* 進行合併。

**如果在 2018 年 12 月 7 日前，您未對您的 Medicare 保險作任何更改，我們會自動將您加入我們的 *[insert 2019 plan name]*。**這表示從 2019 年 1 月 1 日起，您將透過 *[insert 2019 plan name]* 獲取您的醫療保險。如果您想改選其他 Medicare 保健計劃，也可以。您還可以轉到 Original Medicare。如果您想要變更計劃，您必須在 10 月 15 日和 12 月 7 日期間變更。如果符合「額外補助」的資格，您也可以在其他時間進行變更。

本文件中的資訊介紹您目前在 *[insert 2018 plan name]* 下享有的福利與從 2019 年 1 月 1 日開始您作為 *[insert 2019 plan name]* 會員而享有的福利之間的差別。]

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 may add a row to this table to display changes in premiums for optional supplemental benefits.]*

*[Plans that include a Part B premium reduction benefit may insert a row to describe the change in the benefit.]*

| 費用 | 2018（今年） | 2019（明年） |
| --- | --- | --- |
| 月繳保費  *[Plans that include a Part B premium reduction benefit may modify this row to describe the change in the benefit. 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.]*  （您必須繼續繳納您的 Medicare  B 部分保費。） | *[Insert 2018 premium amount]* | *[Insert 2019 premium amount]* |

### 第 2.2 節 － 您的最高自付費用金額變化

*[Plans that include the costs of supplemental benefits in the MOOP limit may* *revise this information as needed.]*

為了保護您，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。這些限制稱為「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 [*insert if applicable:* A 部分和 B 部分] 服務支付任何費用。

| 費用 | 2018（今年） | 2019（明年） |
| --- | --- | --- |
| 網絡內最高自付費用金額  您從網絡內提供者處獲得承保醫療服務的費用（例如定額手續費 [*insert if plan has a deductible:* 和自付扣除金]）計入您的網絡內最高自付費用金額。*[Plans with no premium delete the following sentence.]* 您的計劃保費不計入您的最高自付費用金額。 | *[Insert 2018 in-network MOOP amount]* | *[Insert 2019 in-network MOOP amount]*  如果您已為從網絡內提供者處獲得的承保 [*insert if applicable:* A 部分和 B 部分] 服務支付了 *[insert 2019 in-network MOOP amount]* 的自付費用，則無需支付曆年剩餘時間內承保的 [*insert if applicable:* A 部分和 B 部分] 網絡內提供者服務的費用。 |
| 合併最高自付費用金額  您從網絡內和網絡外提供者處獲得承保醫療服務的費用（例如定額手續費 [*insert if plan has a deductible:* 和自付扣除金]）計入您的合併最高自付費用金額。*[Plans with no premium delete the following sentence.]* 您的計劃保費不計入您的最高自付費用金額。  *[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 2018 combined MOOP amount]* | *[Insert 2019 combined 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 2019 combined MOOP amount]* 的自付費用，則無需支付曆年剩餘時間內承保的 [*insert if applicable:* A 部分和 B 部分] 網絡內或網絡外提供者服務的費用。 |

### 第 2.3 節 － 醫療服務提供者網絡的變化

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its provider network]* 我們明年的醫療服務提供者網絡會有變化。[*Insert if applicable:* 我們隨本手冊附上一份提供者目錄。] 在我們的網站 *[insert URL]* 上可找到最新的提供者目錄。您也可以致電會員服務部瞭解最新的提供者資訊或要求我們為您郵寄一份醫療服務提供者目錄。**請查看 2019 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。**

*或*

[*For a plan that will have a higher than normal number of providers either leaving and/or joining its network]* 我們的網絡在 2019 年的變更比往年更多。[*Insert if applicable:* 我們隨本手冊附上一份提供者目錄。] 在我們的網站 *[insert URL]* 上可找到最新的提供者目錄。您也可以致電會員服務部瞭解最新的提供者資訊或要求我們為您郵寄一份醫療服務提供者目錄。**我們強烈建議您查閱我們的最新「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）是否仍在我們的網絡中。**

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）進行更改。提供者離開計劃的原因有很多，但如果您的醫生或專科醫生離開了您的計劃，您擁有下述權利並受到以下保護：

* 儘管我們的提供者網絡可能會在一年當中發生變更，但 Medicare 要求我們必須讓您不間斷地獲得由合格的醫生和專科醫生提供的服務。
* 我們將竭誠提前至少 30 天把您的提供者要離開計劃的消息告訴您，以便您有時間選擇新的提供者。
* 我們將協助您選擇新的合格提供者以繼續管理您的醫療保健需求。
* 如果您正在接受醫學治療，您有權要求且我們將與您合作以確保您正在接受的醫療必需治療不被中斷。
* 如果您認為我們沒有向您提供一位合格的提供者以取代您之前的提供者，或者認為您的護理沒有得到恰當管理，您有權對我們的決定提出上訴。
* 如果您發現您的醫生或專科醫生打算離開計劃，請與我們聯絡，以便我們協助您找到新的提供者和管理您的護理。

### 第 2.4 節 － 醫療服務福利和費用的變化

[*If there are no changes in benefits or in cost-sharing, revise heading to:* “您的福利或您為醫療服務支付的費用沒有任何變化” *and replace the rest of this section with:* 2019 年我們的福利和您為這些承保醫療服務支付的費用與 2018 年完全相同。]

我們將在明年更改我們對某些醫療服務的承保。以下資訊將介紹這些變化。有關這些服務的承保範圍和費用的詳細資訊，請參見您的 *2019 年「承保範圍說明書」*的第 4 章*「醫療福利表（承保範圍與支付費用）」*。

*[The table must include: (1) all new benefits that will be added or 2018 benefits that will end for 2019, including any new optional supplemental benefits (plans must indicate these optional supplemental benefits are available for an extra premium); (2) new limitations or restrictions on Part C benefits for CY 2019; and (3) all changes in cost-sharing for 2019 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).]*

[*If using Medicare FFS amounts (e.g. Inpatient and SNF cost sharing) the plan must insert the 2018 Medicare amounts and must insert:* 此為 2018 年分攤費用金額，此金額在 2019 年可能會變更。*[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 | 2018（今年） | 2019（明年） |
| --- | --- | --- |
| *[Insert benefit name]* | [*For benefits that were not covered in 2018 insert:* 不承保 [Insert benefit name]。]  [*For benefits with a copayment insert:* 您支付 $*[insert 2018 copayment amount]* 的定額手續費 *[insert language as needed to accurately describe the benefit (e.g., “per office visit”)]。*]  [*For benefits with a coinsurance insert:* 您支付總費用的 *[insert 2018 coinsurance percentage]*% *[insert language as needed to accurately describe the benefit (e.g., “for up to one visit per year”)]。*] | [*For benefits that are not covered in 2019 insert:* 不承保 [Insert benefit name]。]  [*For benefits with a copayment insert:* 您支付 $*[insert 2019 copayment amount]* 的定額手續費 *[insert language as needed to accurately describe the benefit (e.g., “per office visit”)]。*]  [*For benefits with a coinsurance insert:* 您支付總費用的 *[insert 2019 coinsurance percentage]*% *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., “for up to one visit per year”]。*] |
| *[Insert benefit name]* | *[Insert 2018 cost/coverage, using format described above.]* | *[Insert 2019 cost/coverage, using format described above.]* |

第 3 節 管理變更

*[This section is optional.Plans with administrative changes that impact members (e.g., a change in options for paying the monthly premium, changes in prior authorization requirements, change in contract or PBP number) 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.]*

| 費用 | 2018（今年） | 2019（明年） |
| --- | --- | --- |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2018 administrative description]* | *[Insert 2019 administrative description]* |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2018 administrative description]* | *[Insert 2019 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 2019 plan name]* 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，您會在 2019 年自動繼續保留註冊為我們計劃的會員。

### 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 2019 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，請閱讀*「2019 年 Medicare 與您」*、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）。

您還可透過使用 Medicare 網站上的 Medicare 計劃搜尋器找到有關您所在區域提供的計劃的資訊。請瀏覽 https://www.medicare.gov 並按一下「Find health & drug plans」（查找保健及藥物計劃）。**您可以在這裡瞭解關於 Medicare 計劃的費用、承保範圍和品質評級的  
資訊。**

[*Plans may choose to insert if applicable:* 我們想提醒您，*[insert MAO name]* 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。您將自動退出 *[insert 2019 plan name]*。
  + 若要改為**附帶處方藥計劃的 Original Medicare**，請參保新的藥物計劃。您將自動退出 *[insert 2019 plan name]*。
* 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。如果您需要如何請求的詳細資訊，請聯絡會員服務部（電話號碼列於本手冊的第 *[edit section number as needed]*.8.1 節）。
  + *-- 或者 --* 您可隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare**，要求退保。聽障和語障人士可致電 1-877-486-2048。

第 5 節 更改計劃的截止期限

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 2019 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 受保人在一年中其他時間進行更改。請參見*「承保範圍說明書」*的第 8 章第 2.3 節瞭解更多資訊。

如果您參保了將於 2019 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 2019 年 1 月 1 日到 3 月 31 日期間轉到其他 Medicare 健康計劃（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）。請參見*「承保範圍說明書」*的第 8 章第 2.2 節瞭解更多資訊。

第 6 節 提供 Medicare 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) 是一項政府計劃，在每個州都有受過專業訓練的顧問。在 *[insert state]*，SHIP 被稱為 *[insert state-specific SHIP name]*。

*[Insert state-specific SHIP name]* 是獨立的計劃（它與任何保險公司或保健計劃都沒有關係）。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。您可以致電 *[insert SHIP phone number]* 聯絡 *[insert state-specific SHIP name]*。[*Plans may insert the following:* 您可瀏覽 *[insert state-specific SHIP name]* 網站 (*[insert SHIP website]*) 以瞭解更多相關  
資訊。]

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 SPAPs, delete the next sentence.]* 我們在下文列出了不同類型的補助：

* **Medicare 提供的「額外補助」。**收入有限的人士可能符合條件獲得處方藥費「額外補助」。如果您符合資格，Medicare 可以為您支付高達 75% 或以上的藥費，包括每月的處方藥保費、每年的自付扣除金以及共同保險。另外，符合資格的人士不必經歷承保缺口階段，也無需繳納逾期參保罰金。許多人符合條件，但他們自己並不知道。要瞭解自己是否符合條件，請致電：
  + 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士可致電 1-877-486-2048，每天 24 小時，一週七天；
  + 社會保障辦事處，電話 1-800-772-1213，服務時間：早上 7 點至晚上 7 點，週一至週五。聽障和語障人士可致電 1-800-325-0778（提出申請）；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.]* **從您的州醫藥援助計劃獲得幫助。***[Insert state name]* 提供一項 *[insert state-specific SPAP name]*，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（該組織的名稱及電話號碼印在本手冊第 *[edit section number as needed]* 6 節）。
* *[Plans without an ADAP in their state(s), should delete this bullet.]* **如果您獲 AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 承保會怎樣？**AIDS 藥物協助計劃 (ADAP) 可以幫助符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 患者獲取挽救生命的 HIV 藥物。同樣受 ADAP 承保的 Medicare D 部分處方藥有資格獲得 *[insert State-specific ADAP information]* 處方藥分攤費用補助。註：如要符合參加所在州的 ADAP 的資格，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。
* 如果您現在正在參加 ADAP，則它可繼續就 ADAP 處方藥一覽表上的藥物為您提供 Medicare D 部分處方藥分攤費用補助。為確保您繼續獲得此項補助，如果您的 Medicare D 部分計劃名稱或保單編號發生任何變化，請通知您當地負責參保事宜的 ADAP 工作人員。*[Insert State-specific ADAP contact information.]*

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 2019 plan name]* 獲取幫助

有問題嗎？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]*。（聽障專線：*[insert TTY number]*。）提供電話服務的時間為 *[insert days and hours of operation]*。[*Insert if applicable:* 撥打這些號碼是免費的。]

閱讀您的 2019 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 2019 年的福利及費用發生的變化。詳情請參閱 2019 年 *[insert 2019 plan name]* *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。「承保範圍說明書」[*insert as applicable*: 已隨函附上 *OR* 將單獨郵寄給您]。

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（醫療服務提供者目錄）的最新資訊。

### 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）。聽障和語障人士可致電   
1-877-486-2048。

瀏覽 Medicare 網站

您可瀏覽 Medicare 網站 (https://www.medicare.gov)。其中包含關於費用、承保範圍和品質評級的資訊，可以幫助您比較各個 Medicare 保健計劃。您可透過使用 Medicare 網站上的 Medicare 計劃搜尋器找到有關您所在區域提供的計劃的資訊。（要查看有關計劃的資訊，請瀏覽 https://www.medicare.gov，然後按一下「Find health & drug plans」（查找保健及藥物計劃）。）

閱讀*「2019 年 Medicare 與您」*

您可以查看*「2019 年 Medicare 與您」*手冊。每年秋季，該手冊均會寄給 Medicare 受保人。它總結了 Medicare 的福利、權益和保障，並且回答了關於 Medicare 的最常見問題。如果未收到該手冊，您可以隨時瀏覽 Medicare 網站 (https://www.medicare.gov) 或致電   
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 來獲取。聽障和語障人士可致電 1-877-486-2048。