

2024



CENTERS PLAN
FOR HEALTHY
LIVING



年度變更通知

Centers Plan for Dual Coverage
Care (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 1-877-940-9330 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.
Albanian	Ne kemi në dispozicion shërbime përkthimi për t'ju përgjigjiur 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 1-877-940-9330 (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 1-877-940-9330 (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 1-877-940-9330 (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：1-877-940-9330 (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 1-877-940-9330 (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 1-877-940-9330 (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 1-877-940-9330 (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 1-877-940-9330 (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 1-877-940-9330 (TTY: 711) पर कॉल करें। हिंदीअंग्रेज़ी 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 1-877-940-9330 (TTY: 711). Sarà disponibile qualcuno che parli italiano. Il servizio è gratuito.
Japanese	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：1-877-940-9330（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。
Korean	귀하의 건강 또는 약품 플랜에 대한 질문에 답변해드리는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사를 구하려면 1-877-940-9330(TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 한국어를 할 줄 아는 사람이 도와줄 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.
Polish	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 1-877-940-9330 (TTY: 711). Pomocy udzieli osoba mówiąca po Polskie. Usługa jest bezpłatna.
Portuguese	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 1-877-940-9330 (TTY: 711). Alguém que fala português irá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

Russian	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 1-877-940-9330 (TTY: 711). Вам может помочь русскоязычный человек. Это бесплатная услуга.
Spanish	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 1-877-940-9330 (TTY: 711). Alguien que hable español puede ayudarle. Éste es un servicio gratuito.
Tagalog	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 1-877-940-9330 (TTY: 711). Taong nagsasalita ng tagalog ang makakatulong sa iyo. Ito ay libreng serbisyo.
Urdu	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 1-877-940-9330 (TTY: 711) پر کال کریں۔ کوئی اردو بولنے والا آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ مفت خدمت ہے۔
Vietnamese	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 1-877-940-9330 (TTY: 711). Ai đó nói tiếng Việt có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.
Yiddish	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 1-877-940-9330 (TTY: 711). איינער וואס רעדט אידיש קען אייך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.

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：1-877-940-9330（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：1-877-940-9330（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， 1-800-537-7697 (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 Dual Coverage Care (HMO D-SNP)

《2024 年度變動通知》

您現已成為 Centers Plan for Dual Coverage Care 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/dsnp。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 日前不參保新計劃，則您將繼續參保 Centers Plan for Dual Coverage Care。
- 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 Dual Coverage Care 退保。
- 請參閱第 19 頁第 2 部分，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：1-877-940-9330。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為每週七天，每天早 8 點至晚 8 點。該電話免費。
- 本資訊提供大字印刷和盲文。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 Dual Coverage Care

- Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP)是一項與 Medicare 和 Medicaid 簽有合約的 HMO 計劃。是否能夠註冊參加 Centers Plan for Dual Coverage Care 計劃取決於合約的續約。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（計劃/D 部分贊助商）。本手冊中的「計劃」或「我們的計劃」指代 Centers Plan for Dual Coverage Care。

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	10
第 1.1 節 - 每月保費變更	10
第 1.2 節 - 您的最高自付金額變更	10
第 1.3 節 - 醫生和藥房網絡變更	11
第 1.4 節 - 醫療服務的福利和費用變更	12
第 1.5 節 - D 部分處方藥保險變更	21
第 2 部分 決定要選擇哪種計劃	25
第 2.1 節 - 如果您希望續保 Centers Plan for Dual Coverage Care ...	25
第 2.2 節 - 如果您希望變更計劃	25
第 3 節分 變更計劃	27
第 4 部分 提供 Medicare 和 Medicaid 免費諮詢的計劃	28
第 5 部分 協助支付處方藥費用的計劃	29
第 6 部分 問題?	30
第 6.1 節 - 獲得 Centers Plan for Dual Coverage Care 協助	30
第 6.2 節 - 獲得 Medicare 協助	31
第 6.3 節 - 獲得 Medicaid 協助	32

2024 年重要費用簡介

下表對比了 Centers Plan for Dual Coverage Care 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* * 您的保費可能高於或低於此金額。 （詳情見第 1.1 節。）	\$38.90 （D 部分保費）	\$48.70 （D 部分保費）
自負額	\$226	\$240 ， 透過耐用醫療設備提供胰島素的情況除外
醫生診所就診	初級保健醫生訪診：每次訪診\$0 或 20%的共同保險 專科醫師就診：每次訪診\$0 或 20%的共同保險	初級保健醫生訪診：每次訪診\$0 或 20%的共同保險 專科醫師就診：每次訪診\$0 或 20%的共同保險

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
住院期間	<p>每個福利期您支付的金額是：</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,600 自負額； • 第1–60天，每天 \$0； • 第61–90天，每天\$400； • 90天后，每個「終生額外天數」\$800（上限為終生天數後60天） • 超過終生額外天數，您需要支付所有費用 <p>福利期從您住進醫院 或專業護理機構</p>	<p>每個福利期您支付的金額是：</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,632 自負額； • 第1–60天，每天 \$0； • 第61–90天，每天\$408； • 90天后，每個「終生額外天數」\$816（上限為終生天數後60天） • 超過終生額外天數，您需要支付所有費用 <p>福利期從您住進醫院 或專業護理機構</p>

Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP)

2024 年度變動通知

7

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
住院費用（續）	<p>的當日開始計算。福利期將在您未在連續60天內得到任何住院護理服務（或SNF專業護理服務）後結束。如果您在福利期結束後再次住進醫院或專業護理機構，那麼一個新的福利期就開始了。福利期的次數沒有限制。需要授權。</p>	<p>的當日開始計算。福利期將在您未在連續60天內得到任何住院護理服務（或SNF專業護理服務）後終止。如果您在福利期結束後再次住進醫院或專業護理機構，那麼一個新的福利期就開始了。福利期的次數沒有限制。需要授權。</p>
D 部分處方藥保險 （詳情見第 1.5 節。）	<p>自負額： \$0、\$104 或\$505*， 除承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗外 初始保險階段 自付費用/ 共同保險費：</p>	<p>自負額： \$0 或\$545*， 除承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗外 初始保險階段 自付費用/ 共同保險費：</p>

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
<p>D 部分處方藥保險（續） （詳情見第 1.5 節。）</p>	<p><u>學名藥：</u> 每個處方需支付 \$0、\$1.45、\$4.15 的自付費用或不超過 25% 的共同保險*</p> <p><u>所有其他藥品：</u> 每個處方需支付 \$0、\$4.30、\$10.35 的自付費用或不超過 25% 的共同保險*</p> <p>重病保險： 在此支付階段，該計劃將為您支付大部分藥費。</p>	<p><u>學名藥：</u> 每個處方需支付 \$0、\$1.55、\$4.50 的自付費用或不超過 25% 的共同保險*</p> <p><u>所有其他藥品：</u> 每個處方需支付 \$0、\$4.60、\$11.20 的自付費用或不超過 25% 的共同保險*</p> <p>您為一個月用量的每一種承保胰島素產品支付不超過 \$35。</p> <p>重病保險： 在此支付階段，該計劃將為您的已承保 D 部分藥品 支付所有藥費。您不必支付。</p>

Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP)

2024 年度變動通知

9

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
D 部分處方藥保險（續） （詳情見第 1.5 節。）	*分攤費用取決於您的「Extra Help」等級。	*分攤費用取決於您的「Extra Help」等級。
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 如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助， 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付款。	\$8,850 如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助， 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付款。

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。）	\$38.90 （D 部分保費）	\$48.70 （D 部分保費）

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）
最高自付金額 因為我們的會員也從 Medicaid 獲得協助，因此只	\$7,550	\$8,850 在您為參保的服務支付了\$8,850 自付金額後，您

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
<p>有極少數的會員會達到此最高自付金額。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>		<p>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 - 醫生和藥房網絡變更

請瀏覽我們的網站查看更新的名錄：www.centersplan.com/dsnp。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 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）
<p>針灸 （治療慢性腰部疼痛）</p>	<p>對於慢性腰部疼痛，90 天內最多 12 次診療，您支付每次\$0 或 20% 共同保險。</p> <p>如果病情有改善，Medicare 將額外承保 8 次診療，每年的就診上限為 20 次。</p> <p>需要授權。</p>	<p>對於慢性腰部疼痛，90 天內最多 12 次診療，您支付每次\$0 或 20% 共同保險。</p> <p>如果病情有改善，Medicare 將額外承保 8 次診療，每年的就診上限為 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>
<p>助聽器</p>	<p>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\$700。</p>	<p>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。</p>

Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP)

2024 年度變動通知

14

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
Medicare B 部分處方藥和上門輸液藥物	<p>對於 Medicare 承保的 B 部分處方藥，您支付\$0 或 20%的共同保險。</p> <p>需要授權。</p>	<p>對於 Medicare 承保的 B 部分處方藥，您支付 0% 到 20%的共同保險。</p> <p>對於本計劃承保的一個月用量的每種 B 部分胰島素產品，您支付的金額將不超過\$35。</p> <p>需要授權。</p>
門診病人診斷化驗、程序和實驗室服務	<p>對於 Medicare 承保的診斷檢查和程序、Medicare 承保的放射診斷或治療服務和 Medicare 承保的 X 光服務，您支付\$0 或 20%的共同保險。</p> <p>門診 X 光檢查以及診斷和治療放射服務需要授權。</p>	<p>對於 Medicare 承保的診斷檢查和程序、Medicare 承保的放射診斷或治療服務和 Medicare 承保的 X 光服務，您支付\$0 或 20%的共同保險。</p> <p>需要授權。</p>

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
非處方 (OTC) 項目	<p>您每個月可使用您的 OTC 借記卡購買最多 \$150 的合格 OTC 項目。</p> <p>未使用的餘額不可累計至下月。</p> <p>請瀏覽站 www.centersplan.com/dsnp 檢視我們承保的 OTC 項目清單。</p>	<p>您每個月可使用您的 OTC 借記卡購買最多 \$190 的合格 OTC 項目。</p> <p>未使用的餘額不可累計至下月。</p> <p>請瀏覽網站 www.mybenefitcenter.com 來檢視我們承保的 OTC 項目清單。</p>
針對慢性病患者 的特殊補充福利 (SSBCI)：血壓儀	<p>符合資格的會員每年獲得一台血壓儀需支付的自付費用為 \$0。</p> <p>經診斷患有以下一種或多種疾病的會員，根據 SSBCI，可能有資格獲得一台血壓儀，以幫助控制</p>	<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

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
<p>針對慢性病患者 的特殊 補充福利 (SSBCI)：血 壓儀（續）</p>	<p>疾病：自體免疫疾病、心血管疾病、慢性心力衰竭、慢性腎臟疾病、慢性肺部疾病、糖尿病、末期腎病(ESRD)、高血壓、神經系統疾病、中風。 持續參與我們的護理管理計劃對於確保有效的護理協調至關重要，特別是對於這些慢性疾病。如果您已被確診患有上述一種或多種疾病，請與您的保健管理員討論這項福利。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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、神經系統疾病、嚴重血液病、中風。

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
<p>針對慢性病患者 的特殊補充福利 (SSBCI)：血 壓儀（續）</p>	<p>本文件提及的 血壓儀福利是針對慢性 病患者的特殊補充福利 (SSBCI)，並非所有會員 都符合資格。請立即聯絡 您的 保健管理員： 1-877-940-9330（聽力障 礙電傳使用者請致電： 711）以獲得更多資訊。</p>	<p>請注意：本福利屬於針對 慢性病患者的特殊補充福 利(SSBCI)，並非所有會 員都符合資格。</p> <p>請聯絡您的保健管理員， 和/或參閱《2024 年承保 福利說明》（可在 www.centersplan.com/dsnp 查看）獲得詳細資訊。</p>
<p>針對慢性病患者 的特殊補充福利 (SSBCI)：公 用事業福利</p>	<p>公用事業福利不在承保範 圍內。</p>	<p>符合條件的會員可以使用 OTC 借記卡，每月支付 \$190 的公共事業和/或合 格 OTC 項目費用。 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

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)：公用事業福利（續）		<ul style="list-style-type: none"> ● 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、神經系統疾病、嚴重血液病、中風。 <p>合格的公用事業福利包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 電、 ● 氣、 ● 燃料油、 ● 水、 ● 固定電話、 ● 網路

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)：公用事業福利（續）		<p>未使用的餘額不可累計至下月。</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>請注意：本福利屬於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。每月\$190的 OTC 津貼是一項綜合（即 OTC 和 SSBCI 福利）月度津貼，可用於享受公用事業福利（如果您符合資格）。這意味著這兩種福利共享每月\$190的津貼額度。如果您不符合享受公用事業福利的資格，則每月\$190的津貼只能用於購買 OTC 項目。</p>

Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP)

2024 年度變動通知

20

費用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
針對慢性病患者 的特殊補充福利 (SSBCI)：公 用事業福利 (續)		請聯絡您的保健管理員， 和/或參閱《2024 年承保 福利說明》（可在 www.centersplan.com/dsnp 查看）獲得詳細資訊。
交通服務	您為每六(6)個月 15 次搭 乘巴士、地鐵、車輛或醫 療交通工具前往計劃核准 的健康相關地點的單向行 程支付\$0。 需要授權。	您為 每三(3)個月十(10)次 搭乘巴士、地鐵、車輛或 醫療交通工具前往計劃核 准的健康相關地點的單向 行程支付\$0。 需要授權。
緊急需要的 服務	您每次需支付\$0 或總費 用的 20%，最高不超過 \$60。	您每次需支付\$0 或總費用 的 20%，最高不超過 \$55 。

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/dsnp）。

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。我們加

入了稱作《獲得處方藥付款 Extra Help 者承保福利說明附文》（也稱作《低收入補助水準附文》或《LIS 附文》）的單獨附加頁，透過該附加頁告知您有關處方藥保險的資訊。如果您獲得「Extra Help」但沒有在該資料包中收到這張附加頁，請致電會員服務部索取該《LIS 附文》。

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）
<p>第 1 階段：年度自負額階段</p> <p>在該階段，您將為您的藥品付全款，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>您的自負額為 \$0、\$104 或 \$505，具體取決於您的「Extra Help」等級。（請參閱單獨插頁「低收入補助 (LIS) 附文」，瞭解您的自負額。）</p>	<p>您的自負額為 \$0 或 \$545，具體取決於您的「Extra Help」等級。（請參閱單獨插頁《LIS 附文》，瞭解您的自負額。）</p>

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。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： 您需為每個處方支付 \$0、\$1.45、\$4.15 的自付費用或不超過 25% 的共同保險*</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： 您需為每個處方支付 \$0、\$1.55、\$4.50 的自付費用或不超過 25% 的共同保險*</p>

階段	2023 年（今年）	2024 年（明年）
<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>所有其他藥品： 您需為每個處方支付 \$0、\$4.30、\$10.35 的自付費用或不超過 25% 的共同保險*</p> <p>*分攤費用取決於您的「Extra Help」等級。</p> <p>您為 D 部分藥物支付 \$4,660 的自付金額後，您將進入下一階段（重病保險階段）。</p>	<p>所有其他藥品： 您需為每個處方支付 \$0、\$4.60、\$11.20 的自付費用或不超過 25% 的共同保險*</p> <p>您為一個月用量的每一種承保胰島素產品支付不超過 \$35。</p> <p>*分攤費用取決於您的「Extra Help」等級。</p> <p>您為 D 部分藥物支付 \$5,030 的自付金額後，您將進入下一階段（覆蓋差距階段）。</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。

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 7 部分。

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 Dual Coverage Care

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 Centers Plan for Dual Coverage Care 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 處方藥計劃。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 保健計劃，請參保新計劃。您將自動退保 Centers Plan for Dual Coverage Care。
- 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 Dual Coverage Care。
- 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，享有或結束僱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，SHIP 被稱為 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 HIICAP：1-800-701-0501。您也可透過瀏覽 HIICAP 網站(<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-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，早 9 點至晚 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 5 部分 協助支付處方藥費用的計劃

您可能符合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）。
- 如果您以合格個人(QI)或合格殘疾和工作人士(QDWI)身份參保了 Medicare Savings Program (MSP)，則您將不會自動符合從 Medicare 獲得「Extra Help」的資格。您必須要申請。如果您是 QI（MSP 僅協助您支付 B 部分保險費）或 QDWI（MSP 僅協助您支付 A 部分保險費），且並未從 Medicare 獲得「Extra Help」，則您可能會面臨保險缺口或延遲參保罰款。
- 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)，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州衛生局 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，並按數字鍵「4」。

第 6 部分 問題？

第 6.1 節 - 獲得 Centers Plan for Dual Coverage Care 協助

有問題嗎？我們隨時為您提供協助。請致電會員服務部：1-877-940-9330。（僅限聽力障礙電傳，請致電 711。）該電話每週 7 天、每天早 8 點至晚 8 點開通。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 Centers Plan for Dual Coverage Care。《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/dsnp 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/dsnp。提示：我們的網站上列出了有關服務提供者網絡（《服務提供者名錄》）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：1-877-940-9330 (免費)
聽力障礙電傳使用者請致電711
工作時間為每週7天，早8點至晚8點
MemberServices@centersplan.com
www.centersplan.com/dsnp