



VNSNY CHOICE Total (HMO SNP) 由 VNSNY CHOICE 提供

2019 年度更改通知

您目前是 VNSNY CHOICE Total 的參保人。明年的計劃費用和福利將會有一些變化。本手冊將介紹這些更改。

現在應該怎麼做

1. 問：哪些變化與您相關

- 查看我們的福利與費用變化是否會對您造成影響。
 - 請務必立即審核您的保險，以確保其能夠滿足您明年的需求。
 - 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，請參見第 1.1 和第 1.5 節。
- 檢視本冊中我們處方藥保險範圍的變化以確定這些變化是否會對您產生影響。
 - 您的藥物仍在承保範圍內嗎？
 - 您的藥物是否屬於另一報銷比例不同的分類？
 - 您所使用的任何藥物是否有新的限制條件，例如在依處方用藥前需要獲得我們的核准？
 - 您是否還能使用同樣的藥房服務？使用這些藥房的費用是否有變化？
 - 檢視 2019 年藥物清單並檢視第 1.6 節以瞭解有關我們藥物承保範圍變化的資訊。
 - 自去年以來，您的藥物費用可能已有所上漲。請與您的醫生討論可為您提供的費用較低的替代品；這可為您節省全年的自付費用。欲獲得有關藥物價格的更多資訊，請瀏覽 <https://go.medicare.gov/drugprices>。這些資訊板突出顯示哪些製造商一直在提高其價格，同時也顯示了其他同比藥

物價格資訊。請記住，您的計劃福利卻完全決定您的藥物費用可能會發生多大變化。

- 查看您的醫生及其他醫療服務提供者明年是否仍在我們的網絡內。
 - 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？
 - 有關我們「醫療服務提供者與藥房目錄」的資訊，請參見第 1.3 節和 1.4 節。
- 考慮您的醫療護理總費用。
 - 您需要為自己常用的服務和處方藥支出多少自付費用？
 - 您的保額與自付部分分別需要支付多少錢？
 - 您的總計劃費用與其他醫療保險選擇相比較如何？
- 請思考您是否對我們的計劃滿意。

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 <https://www.medicare.gov> 網站上的 Medicare Plan Finder（Medicare 計劃搜尋器）的自訂尋找功能。按一下「Find health & drug plans（尋找保健和藥物計劃）。」
 - 檢視您《Medicare & You》手冊背面的清單。
 - 有關選擇保健計劃的更多資訊，請參見第 2 節。
- 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：決定您是否希望更換計劃

- 若您希望**繼續參加** VNSNY CHOICE Total 計劃，您無需做任何事。您將繼續參保 VNSNY CHOICE Total。
- 如果您希望**更換一個不同的更適合您需求的計劃**，您可以從自現在起到 12 月 31 日之間更換計劃。檢視第 16 頁，第 2.2 節以瞭解您所有的選擇。

4. 登記：若要變更計劃，請從自現在起到 **2018 年 12 月 31 日** 之間加入計劃

- 如果您在 **2018 年 12 月 31 日** 前未加入另一計劃，您將繼續參保 VNSNY CHOICE Total。
- 如果您在 **2018 年 12 月 31 日** 前加入了另一計劃，您的新保險協議將於下個月的第一天生效。
- 自 2019 年開始，您變更計劃的頻率方面有了新的限制。請參閱第 17 頁第 3 節以瞭解更多資訊。

其他資源

- 本文件免費提供西班牙文和中文版本。
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-783-1444（聽障專線 (TTY)：711）。
- 欲知更多資訊，請致電 1-866-783-1444 聯絡我們的會員服務部。（TTY 使用者應致電 711。）辦公時間為每週 7 天，每天早上 8 點 – 下午 8 點。
- 您可以免費取得此文件的其他格式版本，例如大號字體印刷版、盲文或音訊。請致電 1-866-783-1444。TTY 辦公時間為每週 7 天，每天早上 8 點 – 下午 8 點。此為免付費電話。
- 本計劃中的保險已被認證為適格健康保險 (QHC)，並滿足《病患保護與評價醫療法案 (ACA)》中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> 獲得更多資訊。

關於 VNSNY CHOICE Total

- VNSNY CHOICE Total 是一項與 Medicare 簽訂合約的 HMO SNP 計劃。能否在 VNSNY CHOICE Total 註冊參保視合約續訂情況而定。此計劃同時也是 Medicaid Advantage Plus 計劃，與紐約州衛生部簽訂合約。
- 本冊中所使用的「我們」與「我們的」均指 VNSNY CHOICE。本冊中所使用的「計劃」與「本計劃」均指 VNSNY CHOICE Total。

H5549_2019 Total ANOC_M Accepted 08302018

2019 年重要費用摘要

下表比較了 2018 年度與 2019 年度 VNSNY CHOICE Total 在數個重要領域的費用。請注意，這只是對變化的概述。完整閱讀本**年度變更通知**並檢視承保範圍說明書已得知是否有其他影響您的福利或費用的變化十分重要。承保範圍說明書將自 10 月 15 日起在我司網站上提供，網址：www.vnsnychoice.org/2019materials。如果您希望透過郵寄獲得一份硬抄本，請致電 1-866-783-1444 (TTY 711) 致電會員服務部。

如果您有資格享受 Medicaid 的 Medicare 費用分攤輔助，您須支付 \$0 以用於扣除額、醫生診所就診以及住院治療。

成本	2018 年 (今年)	2019 年 (明年)
月繳計劃保費* * 您的保費可能高於或低於此金額。詳見第 1.1 節。	\$0 計劃保費	\$0 計劃保費
醫生診所就診	主治醫生就診： 每次分攤付款 \$0 專科醫生就診： 每次分攤付款 \$0 若您適用 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤輔助，您每次需支付 \$0。	主治醫生就診： 每次分攤付款 \$0 專科醫生就診： 每次分攤付款 \$0 若您適用 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤輔助，您每次需支付 \$0。

成本	2018 年（今年）	2019 年（明年）
<p>患者住院 包括急性病症住院服務、康復住院服務及其他類型的住院服務。住院治療從您遵照醫囑正式入院之日起計算。您出院的前一天是您住院的最後一天。</p>	<p>分攤付款 \$0 自付 \$0 我們的計劃承保不限制天數的住院治療。 入院精神治療： 分攤付款 \$0 自付 \$0 若您適用 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤補助，您每次需支付 \$0。</p>	<p>分攤付款 \$0 自付 \$0 我們的計劃承保不限制天數的住院治療。 入院精神治療： 分攤付款 \$0 自付 \$0 若您適用 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤補助，您每次需支付 \$0。</p>

成本	2018 年（今年）	2019 年（明年）
<p>D 部份處方藥保險： （詳見第 1.6 節。）</p>	<p>扣除額：\$405*</p> <p>初始承保階段的共付額/共同保險費：</p> <p>對於普通藥（包括被視為普通藥的品牌藥），則為：</p> <p style="padding-left: 40px;">\$0 的共付額；或 \$1.25 的共付額；或 分攤付款 \$3.35；或 費用的最多 25%。</p> <p>對於所有其他藥物，則為：</p> <p style="padding-left: 40px;">\$0 的共付額；或 自付額 \$3.70；或 自付額 \$8.35；或 費用的最多 25%</p> <p>* 根據您的 Medicaid 資格等級，您可能沒有任何費用分擔責任。（檢視獨立插頁「LIS 附加條款」瞭解您的免賠總額。）</p>	<p>扣除額：\$415*</p> <p>初始承保階段的共付額/共同保險費：</p> <p>對於普通藥（包括被視為普通藥的品牌藥），則為：</p> <p style="padding-left: 40px;">\$0 的共付額；或 \$1.25 的共付額；或 自付額 \$3.40；或 費用的最多 25%</p> <p>對於所有其他藥物，則為：</p> <p style="padding-left: 40px;">\$0 的共付額；或 \$3.80 的共付額或 自付額 \$8.50；或 費用的最多 25%</p> <p>* 根據您的 Medicaid 資格等級，您可能沒有任何費用分擔責任。（檢視獨立插頁「LIS 附加條款」瞭解您的免賠總額。）</p>

成本	2018 年（今年）	2019 年（明年）
<p>最高自付費用金額 這是您需支付的最高自付費用。A 部份和 B 部份服務（詳見第 1.2 節。）</p>	<p>Medicare 服務現款支付限額為 \$6,700 。</p> <p>若您適用於 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤補助，您不需要為 A 類與 B 類保險服務進行任何計入最大現款支付總數的現款支付。</p>	<p>Medicare 服務現款支付限額為 \$6,700 。</p> <p>如果您有資格享受 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤補助，則您不需要為 A 類與 B 類保險服務進行任何計入最大自付總額的自付額支付。</p>

2019 年度更改通知 目錄

2019 年重要費用摘要	4
第 1 節 次年 Medicare 福利與費用變更	9
第 1.1 節—月繳保費的變化.....	9
第 1.2 節—最高自付費用金額的變化.....	9
第 1.3 節—醫療服務提供者網絡的變化.....	10
第 1.4 節—藥房網絡的變化.....	11
第 1.5 節—醫療服務福利和費用的變化.....	11
第 1.6 節—D 部份處方藥承保範圍的變化	12
第 2 節 決定選擇哪個計劃	16
第 2.1 節—如果您希望繼續參保 VNSNY CHOICE Total	16
第 2.2 節—如果您希望更改計劃.....	16
第 3 節 變更計劃	17
第 4 節 提供有關 Medicare 與 Medicaid 免費諮詢的計劃.....	18
第 5 節 幫助支付處方藥費用的計劃	18
第 6 節 如有疑問?	19
第 6.1 節—獲得來自 VNSNY CHOICE Total 的協助	19
第 6.2 節—從 Medicare 獲取幫助.....	19
第 6.3 節—獲得來自 Medicaid 的協助	20

第 1 節 次年 Medicare 福利與費用變更

第 1.1 節—月繳保費的變化

成本	2018 年（今年）	2019 年（明年）
月繳保費 （您必須繼續支付您 B 類醫療保費，除非已由您的 Medicaid 支付。）	\$0 保費	\$0 保費

第 1.2 節—最高自付費用金額的變化

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。該限制稱為「最高自付費用金額」。一旦達到最高自付費用金額，您基本上不再需要為該年剩餘時間內的 A 部份和 B 部份承保服務支付任何費用。

成本	2018 年（今年）	2019 年（明年）
<p>最高自付費用金額</p> <p>由於我們的會員也從 Medicaid 獲得援助，因此極少有會員曾達到此最高自付費用金額。</p> <p>若您適用於 Medicaid 對 A 類與 B 類分攤支付的補助，您不需要進行任何計入最大現款支付總數的現款支付。</p> <p>您為承保醫療服務支付的費用（例如共付額）會計入您的最高自付費用金額中。您在處方藥上的費用將不會計入您的最大現款支付額。</p>	<p>\$6,700</p> <p>當您為 A 類與 B 類服務支付現款達到 \$6,700 後，您在這一年內將無需為保險範圍內的 A 類與 B 類服務付款。</p>	<p>無變更。</p> <p>\$6,700</p> <p>當您為 A 類與 B 類服務支付現款達到 \$6,700 後，您在這一年內將無需為保險範圍內的 A 類與 B 類服務付款。</p>

第 1.3 節 – 醫療服務提供者網絡的變化

我們明年的藥房網絡會發生一些變化。您可以在我們的網站 www.vnsnychoice.org/totalproviders 上找到更新後的醫療服務提供者與藥房名錄。您還可以致電會員服務部獲得更新後的資訊或要求我們為您寄送一份藥房與服務提供者名錄。請查閱 2019 年「醫療服務提供者與藥房目錄」，瞭解您的醫療服務提供者（主治醫生、專科醫生、醫院等）是否在我們的網路內。

您瞭解我們可能對作為您本年度計劃一部分的醫院、醫生與專家（服務提供者）進行變更至關重要。有許多原因會導致您的服務提供者可能會從您的計劃中離開，但如果您的醫生或專家的確離開了您的計劃，您擁有如下所列的權利與保障：

- 儘管我們的醫療服務提供者網絡可能在年內發生變化，但 Medicare 要求我們必須保證您能繼續享受合格醫生及專科醫生的服務。
- 我們將儘量在您的服務提供者離開我們計劃之前提前 30 日告知，以便您有時間選擇新的服務提供者。

- 我們將幫助您選擇一個新的合格醫療服務提供者，繼續處理您的醫療保健需求。
- 如果您正在接受治療，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會中斷。
- 若您認為我們未能提供一名合格的服務提供者以取代您之前的服務提供者或者您的治療未被適當地處理，您有權利對我們的決定提起申訴。
- 若您發現您的醫生或專家離開了您的計劃，請聯絡我們以使我們能協助您尋找新的服務提供者並管理您的保健需求。

第 1.4 節 – 藥房網絡的變化

您需要支付的處方藥費用取決於您在哪一間藥房配藥。Medicare 藥物計劃擁有自己的藥房網絡。在大多數情況下，您的處方藥僅在我們的網絡內藥房配取時才有承保。

我們明年的藥房網絡會發生一些變化。您可以在我們的網站 www.vnsnychoice.org/totalproviders 上找到更新後的醫療服務提供者與藥房名錄。您還可以致電會員服務部獲得更新後的資訊或要求我們為您寄送一份藥房與服務提供者名錄。請檢視 2019 年度服務提供者與藥房名錄以確定我們的網絡中有哪些藥房。

第 1.5 節 – 醫療服務福利和費用的變化

請注意，「年度更改通知」只告訴您關於您的 Medicare 福利所做發生的變化。

我們將更改我們明年對某些醫療服務的承保。以下資訊將介紹這些變化。欲瞭解有關這些服務的保險與費用的細節，請見您 2019 年保險證明書第 4 節福利圖表（包含承保計劃與您的費用）。所隨附件說明了您可以在何處找到線上承保範圍說明書以及如何申請硬抄本。

成本	2018 年（今年）	2019 年（明年）
針灸	每年最多 12 次治療無需分攤付款。	每年最多 10 次治療無需分攤付款。
健康俱樂部會員資格	健康俱樂部會員服務在參與機構中提供，包括在健康俱樂部或家中以保持身體健康的健身課程。 提供入門指導，以展示如何使用健身設施和設備。作為家中計劃的一部分，將與會員安排一次造訪，以打造/討論個性化家中鍛煉計劃。	健康俱樂部會員資格不在承保範圍內。
櫃面健康用品	您需要支付 \$0。 為您承保最高 每月 \$94 的非處方產品費用。	您需要支付 \$0。 為您承保最高 每月 \$100 的非處方產品費用。

第 1.6 節 – D 部份處方藥承保範圍的變化

藥物清單的變化

我們的承保藥物清單被稱為處方藥一覽表或「藥物清單」。我們的藥物清單副本以電子方式提供。可在我司網站上找到更新後的處方藥一覽表，網址：www.vnsnychoice.org/totalformulary。您還可致電會員服務部，致電 1-866-783-1444（TTY 711）以獲得更新後的藥物資訊或要求我們向您郵寄處方藥一覽表。

我們的藥物清單亦發生變化，包括增減承保藥物以及更改對某些藥物承保範圍的限制措施。請查閱藥物清單，確保您的藥物明年仍在承保範圍內，並瞭解這些藥物是否受到任何限制。

如果您因藥物承保範圍變化受到影響，您可以：

- **與您的醫生（或其他處方醫生）合作，並要求計劃作出例外處理來承保藥物。我們鼓勵現參保者在次年之前要求破例。**
 - 有關如何提出例外請求的詳情，請參見「承保範圍說明書」第 9 章（*遇到問題或想投訴時該如何處理*）承保範圍決定、上訴、投訴），或致電會員服務部。
- **諮詢您的醫生（或其他處方醫生）以找到我們承保的另一種藥物。您可以致電會員服務部，要求一份治療相同病況的承保藥物清單。**

在某些情況下，我們被要求在計劃年度 90 天內或參保前 90 天內承保暫時性的非一覽表內的藥物供應以避免出現藥物中斷。對於 2019 年，長期護理 (LTC) 設施中的會員現在將獲得與所有其他情況下提供的臨時日供應量相同的臨時供應：31 天的藥用量，而非 2018 年中所提供的量（90 天的藥物）。（有關何時及如何申請暫時補給藥物的詳情，請參見「承保範圍說明書」的第 5 章第 5.2 節。）在您取得暫時補給藥物時，您應和您的醫生討論，以決定當暫時補給用盡時該如何處理。您可以轉換至不同的計劃承保藥物，或要求計劃為您作出例外來承保您目前的藥物。

2019 年內核准的藥品名錄特例自核准之日後 1 年內有效。

每年年初，藥物列表中的大多數變更均為最新變更。但是在這一年中，我們可能會進行 Medicare 規則所允許的其他變更。

自 2019 年開始，在我們對藥物列表進行年度變更之前，我們必須在您服用藥物時提供預先通知，我們將在變更的 30 天而非 60 天前通知您這些變化。或者，我們將在網路藥房為您提供 30 天而非 60 天的品牌藥物補充。我們將在某些變更發生前發出通知，例如使用仿製藥物取代藥物列表上的品牌藥物，或根據 FDA 盒裝警告或 Medicare 認可的新臨床指南做出變更。

當我們在年內對藥物列表進行這些變更時，您仍然能夠配合您的醫生（或其他處方開局者），並要求我們破例為藥物提供承保。我們還將繼續按計劃更新我們的線上藥物列表，並提供其他所需資訊以反映藥物變化。（如需瞭解有關我們可能對藥物列表所做變更的更多資訊，請參閱承保範圍說明書的第 5 章第 6 節）

處方藥費用的變化

註：若您的計劃幫助您支付藥費（「額外補助」），則 **D 部份處方藥費用的資訊可能對您不適用**。我們包含了稱為「針對接受處方藥額外資助人群的保險證明書附加條款」（又稱「低收入津貼附加條款」或「LIS 附加條款」）的額外插頁，以介紹有關您藥品費用的資訊。因為您接受「額外補助」但在本資料夾內並未得到該插頁，請致電會員服務部索取「LIS 附加條款」。會員服務部電話號碼印在本手冊第 6.1 節。

以下資訊介紹明年前兩個階段的變化—年度自付額階段及初始承保階段。（大多數會員不會達到其餘兩個階段—承保缺口階段或災難承保階段。

自付額階段的變化

階段	2018 年（今年）	2019 年（明年）
<p>第 1 階段：年度自付額階段</p> <p>在這一階段，您需要全額支付您的 D 類藥物費用直到達到您的年度自付額。</p>	<p>自付額為 \$405*。</p> <p>*取決於您適用的 Medicaid 等級，您的自付額可能為 \$0。（參見獨立插頁「LIS 附加條款」瞭解您的免賠總額。</p>	<p>自付額為 \$415*。</p> <p>*取決於您適用的 Medicaid 等級，您的自付額可能為 \$0。（參見獨立插頁「LIS 附加條款」瞭解您的免賠總額。</p>

初始承保階段共付額的變化

階段	2018 年（今年）	2019 年（明年）
<p>第 2 階段：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。</p> <p>此欄所列費用是您在提供標準分攤費用的網絡藥房購買一個月（30 天）處方藥的費用。</p>	<p>在提供標準分攤費用的網絡藥房購買一個月藥物的費用：</p> <p>對於普通藥（包括被視為普通藥的品牌藥），則為：</p> <p>\$0 的共付額；或 \$1.25 的共付額；或 分攤付款 \$3.35；或 費用的最多 25%。</p> <p>對於所有其他藥物，則為：</p> <p>\$0 的共付額；或 \$3.70 的共付額；或 分攤付款 \$8.35；或 費用的 25%</p> <p>* 根據您的 Medicare 資格等級，您的費用分擔總額可能為 \$0。</p> <p>（檢視獨立插頁「LIS 附加條款」瞭解您的費用分擔總額。）</p> <p><i>特定藥物僅限 30 日用量。</i></p> <hr/> <p>一旦您為 D 類藥品進行了 \$5,000 的現款支付，您將進入下一階段（大病承保階段）。</p>	<p>在提供標準分攤費用的網絡藥房購買一個月藥物的費用：</p> <p>對於普通藥（包括被視為普通藥的品牌藥），則為：</p> <p>\$0 的共付額；或 \$1.25 的共付額；或 分攤付款 \$3.40；或 費用的 25%</p> <p>對於所有其他藥物，則為：</p> <p>\$0 的共付額；或 \$3.80 的共付額；或 分攤付款 \$8.50；或 費用的 25%</p> <p>* 根據您的 Medicare 資格等級，您的費用分擔總額可能為 \$0。</p> <p>（檢視獨立插頁「LIS 附加條款」瞭解您的費用分擔總額。）</p> <p><i>特定藥物僅限 30 日用量。</i></p> <hr/> <p>一旦您為 D 類藥品進行了 \$5,100 的現款支付，您將進入下一階段（大病承保階段）。</p>

承保缺口及災難承保階段的變化

賠付中斷階段與大病承保階段是另外兩個為有更高藥物費用的人士提供的藥物保險階段。大多數會員並不會到達這兩個階段。

第 2 節 決定選擇哪個計劃

第 2.1 節 – 如果您希望繼續參保 VNSNY CHOICE Total

要繼續留在我們的計劃內，您無需採取任何措施。若您未簽約另一計劃或變更為 Original Medicare，您將在 2019 年自動繼續參加我們的計劃。

第 2.2 節 – 如果您希望更改計劃

我們希望您明年繼續成為我們的會員，但如果您希望更改 2019 年的計劃，請遵照以下步驟：

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。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。

您的新保險協議將在下一個月的第一天生效。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。

如要瞭解有關 Original Medicare 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 4 節）或致電 Medicare（請參見第 6.2 節）。

您亦可使用 Medicare 網站上的 Medicare Plan Finder 獲取有關您所在區域提供的計劃資訊。瀏覽 <https://www.medicare.gov> 並按一下「Find health & drug plans（尋找保健和藥物計劃）」。您可以在這裡找到關於 Medicare 計劃的費用、承保範圍及品質評級的資訊。

第 2 步：更改您的保險

- 若要改為其他 **Medicare** 保健計劃，請註冊新的計劃。您將自動退出 VNSNY CHOICE Total 計劃。
- 若要改為附帶處方藥計劃的 **Original Medicare**，請註冊新的藥物計劃。您將自動退出 VNSNY CHOICE Total 計劃。
- 若要改為不附帶處方藥計劃的 **Original Medicare**，您必須：
 - 向我們寄送書面退保請求。如果您需要有關如何進行的資訊，請聯絡會員服務部（電話號碼請見本冊第 6.1 節）。
 - -或者- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare** 並要求退保，本號碼一週 7 天，一天 24 小時暢通。TTY 人士應致電 1-877-486-2048。

若您變更為 **Original Medicare** 且並未參保獨立的 **Medicare** 處方藥物計劃，**Medicare** 可能將您加入一個藥物計劃，除非您選擇了不自動參保。

第 3 節 變更計劃

如果您希望次年更換另一計劃或 **Original Medicare**，您可從自現在起到 12 月 31 日之間完成。更改將於 2019 年 1 月 1 日生效。

是否可在一年中的其他時間更改計劃？

在某些情況下，也會允許在一年中的其他時間更改計劃。例如，允許在支付藥費方面獲得「額外輔助」，已經或正在脫離雇主保險的以及搬離服務地區的 **Medicaid** 參保人在一年中的其他時間進行變更。自 2019 年開始，您變更計劃的頻率方面有了新的限制。更多資訊請參見「承保範圍說明書」第 10 章第 2.2 節。

如果您在 2019 年 1 月 1 日加入 **Medicare Advantage** 計劃，且您不滿意自己的計劃選擇，您可在 2019 年 1 月 1 日至 3 月 31 日之間轉至另一 **Medicare health** 計劃（有或沒有 **Medicare** 處方藥物承保皆可）或轉至 **Original Medicare**（有或沒有 **Medicare** 處方藥物承保皆可）。更多資訊請參見「承保範圍說明書」第 10 章第 2.3 節。

第 4 節 提供有關 Medicare 與 Medicaid 免費諮詢的計劃

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。在紐約，SHIP 被稱為 Health Insurance, Information and Counseling and Assistance Program (HIICAP)。

HIICAP 是獨立的（與任何保險公司或保健計劃均無聯絡）。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。HIICAP 顧問可協助您解答您有關 Medicare 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 HIICAP，致電 1-800-701-0501 有關 HIICAP 的更多資訊，請瀏覽其網站 (<https://aging.ny.gov/HealthBenefits/Index.cfm>)。

有關您的 New York State Medicaid Program 福利的疑問，請聯絡 1-800-541-2831。TTY 使用者應致電 711。詢問參保另一計劃或變回 Original Medicare 將如何影響您獲得您的 New York State Medicaid Program 保險。

第 5 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。下面我們列出了不同種類的補助

- **Medicare 提供的「額外補助」。**因為您享受 Medicaid，您已經參保「額外資助」，又稱低收入津貼。額外資助將支付您的部分處方藥保費、年度自付額與共同保險。由於您具有資格，您並無保險缺口或延遲參保懲罰。如果您對額外資助有任何問題，請致電：
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士可致電 1-877-486-2048（全天候服務）；
 - 社會保障辦公室請致電 1-800-772-1213，工作時間為週一至週五，早 7 點至晚 7 點。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（申請）。
- **來自您的州藥物援助計劃的資助。**紐約州有被稱為 Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC) 的計劃，根據人們的財政需要、年齡或醫療狀況協助人們支付處方藥費用。瞭解更多有關計劃的資訊，請與您的 State Health Insurance Assistance Program（這一組織的名字與電話號碼列於本冊第 4 節）聯絡。

- **HIV/愛滋病患者的處方藥費分攤援助計劃**。AIDS 藥物協助計劃(ADAP)可幫助確保感染 HIV/愛滋病且符合 ADAP 資格的人士能獲得用以挽救生命的 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。由 ADAP 承保的 Medicare D 類處方藥可透過 New York State HIV Uninsured Care Programs 獲得處方藥費用分攤資助瞭解更多有關適用資格、保險藥物與如何參保計劃的資訊，請致電 1-800-542-2437。

第 6 節 如有疑問？

第 6.1 節 – 獲得來自 VNSNY CHOICE 的協助

有何疑問？我們可隨時隨地為您提供幫助。請致電 1-866-783-1444 聯絡會員服務部。（聽障和語障人士可致電 711）。我們提供電話服務的時間為每週 7 天，早 8 點 – 晚 8 點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。欲知更多細節，請參閱 VNSNY CHOICE Total 的 2019 年保險證明書。「承保範圍說明書」是一份對您的計劃福利，合法詳細的說明文件。它解釋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*可在我司網站找到，請瀏覽 www.vnsnychoice.org/2019materials。您也可以致電 1-866-783-1444（TTY 711）致電會員服務部，並要求我們透過電子郵件或郵件向您寄送一份硬抄本。

瀏覽我們的網站

您還可以瀏覽我們的網站 www.vnsnychoice.org。在此提醒您，我們的網站提供關於我們醫療服務提供者網路的最新資訊（「醫療服務提供者與藥房目錄」）以及我們承保藥物的列表（處方藥一覽表/藥物列表）。

第 6.2 節 – 從 Medicare 獲取幫助

要直接從 Medicare 獲取資訊：

可致電 **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

您可以瀏覽 Medicare 網站 (<https://www.medicare.gov>)。其中包含關於費用、承保範圍及品質評級的資訊，可以幫助您比較各個 Medicare 保健計劃。您可使用 Medicare 網站上的 Medicare Plan Finder 獲取有關您所在區域提供的計劃資訊。(檢視有關計劃的資訊，瀏覽 <https://www.medicare.gov> 並按一下「Find health & drug plans (尋找保健和藥物計劃)」)。

閱讀 2018 年「Medicare 與您」

您可以查閱 Medicare & You 2019 手冊。每年秋天，Medicare 都會將此手冊郵寄給 Medicare 受保人。該手冊總結了 Medicare 的福利、權益和保障，並且回答了關於 Medicare 的常見問題。若您未得到本手冊，您可以透過 Medicare 網站 (<https://www.medicare.gov>) 或致電每週 7 天，每天 24 小時提供服務的 1-800-MEDICARE 獲得這一手冊。TTY 人士應致電 1-877-486-2048。

第 6.3 節 – 獲得來自 Medicaid 的協助

您可致電 New York State Medicaid Program 獲得有關 Medicaid 的資訊，號碼為 1-800-541-2831。聽障人士可致電 711。

非歧視通知

VNSNY CHOICE Medicare 計劃遵守聯邦民權法規。VNSNY CHOICE 不會因種族、宗教、膚色、原籍國、年齡、殘障、性別、性取向、性別認同或性別表達而排斥或區別對待個人。

VNSNY CHOICE 提供：

- 為殘障人士提供免費協助與服務以協助您與我們溝通，例如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 其他格式（大字印刷、音訊、可存取的電子格式、其他格式）的書面資訊
- 為母語非英語人士提供免費語言服務，例如：
 - 合格的翻譯員
 - 用其他語言書寫的資訊

如果您需要這些服務，請致電 1-866-783-1444 致電我們。要使用 TTY/聽障專線 (TDD) 服務，請致電 711。

若您認為 VNSNY CHOICE 未能為您提供這些服務或因種族、宗教、膚色、原籍國、年齡、殘障、性別、性取向、性別認同或性別表達而對您區別對待，您可以透過下列方式向 VNSNY CHOICE 提出申訴：

郵寄地址： VNSNY CHOICE Health Plans
220 East 42nd Street, 3rd Floor, New York, NY 10017

電話： 1-888-634-1558 (TTY/TDD 711)

親自遞送： 220 East 42nd Street, 3rd Floor, New York, NY 10017

傳真： 646-459-7729

電子郵件： CivilRightsCoordinator@vnsny.org

網站： www.vnsny.ethicspoint.com

您還可以透過下列途徑向美國衛生及公共服務部民權辦公室提交民權投訴：

- 網站： 瀏覽民權辦公室投訴通道：
ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
- 郵寄地址： U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
投訴表格可在以下網址獲得：www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html
- 電話： 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

獲得您的母語協助

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-783-1444 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-783-1444 (TTY: 711)。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-783-1444 (телетайп: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-783-1444 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-783-1444 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-783-1444 (TTY: 711).

אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-866-783-1444 (TTY: 711).

লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-866-783-1444 (TTY: 711)।

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-783-1444 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-783-1444 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-783-1444 (ATS : 711).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-866-783-1444 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-783-1444 (TTY: 711).

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-866-783-1444 (TTY: 711).

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-866-783-1444 (TTY: 711).

VNSNY CHOICE 會員服務部

致電	1-866-783-1444 此為免付費電話。 每週七天，早上 8 點至晚上 8 點 會員服務部亦為非英語人士提供免費的語言翻譯服務。
TTY	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 此為免付費電話。 每週七天，早上 8 點至晚上 8 點
寫信	VNSNY CHOICE Total 220 East 42 nd Street 3rd Floor New York, NY 10017 CHOICECCMemberServices@vnsny.org
網站	www.vnsnychoice.org

New York State Health Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP)

New York State Health Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) 是一個聯邦政府撥款為具有 Medicare 資格的人士提供免費當地健康保險諮詢的州立計劃。

致電	1-800-701-0501
TTY	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。
寫信	Department for the Aging Two Lafayette Street 16 th Floor New York, NY 10007-1392
網站	http://www.aging.ny.gov/healthbenefits/