



**CHOICE**<sup>SM</sup>  
Health Plans

## VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP) 由 VNSNY CHOICE 提供

### 2021 年度變更通知

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：哪些變更適用於您

- 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批准？
  - 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 2021 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。與您的醫師協商較低費用的選擇可能適用於您；這可能為您節省全年的年度自付額。如需獲得關於藥價的更多資訊，請瀏覽 [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices)。這些儀表板突出

顯示了提價的廠商，亦展示了其他同比藥價資訊。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，包括您定期就診的專科醫生，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？
  - 您的保額與扣除額分別需要支付多少錢？
  - 您的計劃總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 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) 網站上的 Medicare Plan Finder（Medicare 計劃搜尋器）的自訂尋找功能。
  - 查看 Medicare 與您手冊背面的清單。
  - 請參見第 3.2 節瞭解關於您的可選方案的更多資訊。
- 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

- 如果您沒有在 2020 年 12 月 7 日之前加入另一計劃，您將參保 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 10 月 15 日起到 12 月 7 日之間更換計劃。檢視第 17 頁，第 3.2 節以瞭解您所有的選擇。

#### 4. 參保：若要變更計劃，請從 2020 年 10 月 15 日起到 12 月 7 日之間加入計劃

- 如果您沒有在 2020 年 12 月 7 日之前加入另一計劃，您將參保 VNSNY CHOICE Total。
- 如果您在 2020 年 10 月 15 日至 12 月 7 日之間加入了另一計劃，您的新保險協議將於 2021 年 1 月 1 日生效。您將自動從您目前的計劃退保。

#### 其他資源

- 此文件免費提供英文和西班牙文版本。
- 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).
- 如需更多資訊，請致電我們的會員服務部，電話號碼是 1-866-783-1444。（TTY 使用者應致電 711。）服務時間：早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。
- 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 請致電 711，辦公時間為早 8 點至晚 8 點，每週 7 天。此為免付費電話。
- 本計劃下的承保符合合格醫療承保 (QHC)，滿足病患保護與平價醫療法案 (ACA) 的個人共同責任要求。請瀏覽國稅局 (IRS) 網站 [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://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 D-SNP 計劃。能否在 VNSNY CHOICE Total 註冊參保視合約續簽情況而定。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。

**2021 年重要費用摘要**

下表比較了 2020 年度與 2021 年度 VNSNY CHOICE Total 在數個重要領域的費用。請注意這只是變化的摘要。「承保範圍證明書」副本參見官網 [www.vnsnychoice.org/2021materials](http://www.vnsnychoice.org/2021materials)。您也可以致電會員服務部要求我們為您郵寄一份「承保範圍證明書」。如果您有資格享受 Medicaid 的 Medicare 費用分攤補助，您須支付 \$0 以用於扣除額、醫生診室就診以及住院治療。

成本	2020 年（今年）	2021 年（明年）
<b>月繳計劃保費*</b> * 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
<b>醫生診所就診</b>	主治醫生就診： 每次共付額 \$0  專科醫生就診： 每次共付額 \$0  若您適用 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤補助，您每次需支付 \$0。	主治醫生就診： 每次共付額 \$0  專科醫生就診： 每次共付額 \$0  若您適用 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤補助，您每次需支付 \$0。

成本	2020 年（今年）	2021 年（明年）
<p><b>患者住院</b> 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>共付額 \$0 扣除額 \$0 我們的計劃承保不限制天數的住院治療。 <b>入院精神治療：</b> 共付額 \$0 扣除額 \$0  若您適用 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤補助，您每次需支付 \$0。</p>	<p>共付額 \$0 扣除額 \$0 我們的計劃承保不限制天數的住院治療。 <b>入院精神治療：</b> 共付額 \$0 扣除額 \$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	2020 年（今年）	2021 年（明年）
<p><b>D 部份處方藥保險：</b> （詳見第 1.6 節。）</p>	<p>扣除額：<b>\$435*</b></p> <p>初始承保階段的共付額/共同保險金：</p> <p>對於普通藥（包括被視為普通藥的品牌藥），則為：</p> <p>共付額 \$0</p> <p>對於所有其他藥物，則為：</p> <p>共付額 \$0</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」瞭解您的扣除額。）</p>	<p>扣除額：<b>\$445*</b></p> <p>初始承保階段的共付額/共同保險金：</p> <p>對於普通藥（包括被視為普通藥的品牌藥），則為：</p> <p>共付額 \$0</p> <p>對於所有其他藥物，則為：</p> <p>共付額 \$0</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」瞭解您的扣除額。）</p>
<p><b>最高自付費用金額</b> 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 保險服務自付限額為 \$6,700。</p> <p>如果您有資格享受 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤輔助，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>	<p>Medicare 保險服務自付限額為 \$7,550。</p> <p>如果您有資格享受 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤輔助，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>

## 2021 年度變更通知 目錄

<b>2021 年重要費用摘要</b> .....	<b>1</b>
<b>第 1 節 明年的福利與費用變化</b> .....	<b>5</b>
第 1.1 節 – 月繳保費的變化 .....	5
第 1.2 節 – 最高自付費用金額的變化 .....	5
第 1.3 節 – 醫療服務提供者網絡的變化 .....	6
第 1.4 節 – 藥房網絡的變化 .....	7
第 1.5 節 – 醫療服務福利和費用的變化 .....	7
第 1.6 節 – D 部份處方藥承保範圍的變化 .....	12
<b>第 2 節 行政管理變更</b> .....	<b>15</b>
<b>第 3 節 決定選擇哪個計劃</b> .....	<b>17</b>
第 3.1 節 – 如果您希望繼續參保 VNSNY CHOICE Total .....	17
第 3.2 節 – 如果您希望更改計劃 .....	17
<b>第 4 節 變更計劃</b> .....	<b>18</b>
<b>第 5 節 提供有關 Medicare 與 Medicaid 免費諮詢的計劃</b> .....	<b>18</b>
<b>第 6 節 協助支付處方藥費用的計劃</b> .....	<b>19</b>
<b>第 7 節 您有任何問題？</b> .....	<b>20</b>
第 7.1 節 – 獲得來自 VNSNY CHOICE Total 的協助 .....	20
第 7.2 節 – 從 Medicare 獲取幫助 .....	21
第 7.3 節 – 獲得來自 Medicaid 的協助 .....	21

## 第 1 節 明年的福利與費用變化

### 第 1.1 節—月繳保費的變化

成本	2020 年（今年）	2021 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 無變化。	\$0 保費 無變化。

### 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	2020 年（今年）	2021 年（明年）
<p><b>最高自付費用金額</b></p> <p>由於我們的會員也從 <b>Medicaid</b> 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 類共付額的補助，您不需要進行任何計入最大自付總數的自付額。</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自付額。</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>\$7,550</p> <p>當您為 A 類與 B 類服務支付現款達到 \$7,550 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

我們明年的醫療服務提供者網絡會發生一些變化。2021 年，該網絡將包括臨終關懷服務提供者網絡。您可以在我們的網站 [www.vnsnychoice.org/totalproviders](http://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 2021 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。
- 如果您正在接受醫學治療，您有權要求且我們將幫助您確保正在接受的醫療必需治療不被中斷。
- 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科醫生將退出您的計劃，請與我們聯絡，以便我們協助您找到一位新的服務提供者以管理對您的護理。

---

## 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。可瀏覽我們的網站 [www.vnsnychoice.org/totalproviders](http://www.vnsnychoice.org/totalproviders) 獲得最新的「醫療服務提供者目錄」。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 2021 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，年度變更通告僅向您說明有關您 Medicare 和 Medicaid 福利和費用的變更情況。

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 2021 年承保範圍說明書第 4 節福利圖表（承保項目）。「承保範圍證明書」副本參見官網 [www.vnsnychoice.org/2021materials](http://www.vnsnychoice.org/2021materials)。您也可以致電會員服務部要求我們為您郵寄一份「承保範圍證明書」。

成本	2020 年（今年）	2021 年（明年）
針灸	每年最多 10 次就診 無需支付共付額。	每年最多 30 次就診無需 支付共付額。  可能需要獲得事先授權。
慢性下背痛針灸治療	不承保。	無須為 Medicare 承保的 下背部疼痛針灸治療支付 共付額。如果您符合腰背 痛的特定標準，則可以在 90 天內進行最多 12 次就 診。  適用授權規則。有關資格 和更多詳情，請參閱會員 手冊（承保範圍說明 書）。

成本	2020 年（今年）	2021 年（明年）
其他遠程醫療服務	不承保。	<p>無需為以下服務支付共付額：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 急症治療服務；</li> <li>● 居家保健服務；</li> <li>● 主治醫師服務；</li> <li>● 職業治療服務；</li> <li>● 醫師專科醫生服務；</li> <li>● 精神科服務的個人會議；</li> <li>● 精神科服務的小組會議；</li> <li>● 物理治療和言語病理學服務；</li> <li>● 阿片類藥物治療計劃服務；</li> <li>● 門診醫院服務；</li> <li>● 觀察服務；</li> <li>● 門診手術中心 (ASC) 服務；</li> <li>● 門診藥物濫用個人會議；</li> <li>● 門診藥物濫用小組會議；</li> <li>● 腎病教育服務；</li> <li>● 糖尿病自我管理培訓</li> </ul>

成本	2020 年（今年）	2021 年（明年）
增強型疾病管理	不承保。	<p>您需支付 \$0。</p> <p>一項可以為您提供更多支援來照顧您的健康的福利。</p> <p>符合資格條件的成員可以參加以接受增強的疾病管理。</p> <p>有關更多詳情，請參閱會員手冊（承保範圍說明書）。</p>

成本	2020 年（今年）	2021 年（明年）
<p>特定慢性疾病方面的幫助</p>	<p>不承保。</p>	<p>您需支付 \$0。</p> <p>如果您被評估有資格接受臨終關懷服務，但拒絕進入臨終關懷機構，則可能符合參加我們的姑息治療計劃的資格。您將透過護理管理服務獲得以下跨學科支援：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 綜合護理評估</li> <li>● 護理規劃和護理討論的目標</li> <li>● 獲得社會服務和社區資源</li> <li>● 與主治醫生協調</li> </ul> <p>有關更多詳情，請參閱會員手冊（承保範圍說明書）或 ANOC 中的臨終關懷福利。</p>
<p>善終護理</p>	<p>不承保。</p>	<p>您為 Medicare 認證的臨床關懷計劃支付 \$0。</p> <p>只要您繼續符合資格標準，此福利就沒有限制。</p> <p>有關資格和更多詳情，請參閱會員手冊（承保範圍說明書）。</p>

成本	2020 年（今年）	2021 年（明年）
慢性病 III 的特殊補充福利 (SSBCI)	不承保。	您需支付 \$0。  這項福利與您的非處方 (OTC) 和雜貨卡相結合，以涵蓋符合條件的雜貨。
非處方 (OTC) 和雜貨卡	您需支付 \$0。 每月最多承保 \$100 的非處方項目。	您需支付 \$0。 每月最多承保 \$132 的非處方項目和雜貨。
視力	我們的計劃每年為一副眼鏡（鏡片和鏡框）或一副隱形眼鏡支付多達 \$200 的費用。	我們的計劃每年為一副眼鏡（鏡片和鏡框）或一副隱形眼鏡支付多達 \$300 的費用。

## 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](http://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，索要一份可治療相同病症的承保藥物清單。

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。（有關何時及如何申請暫時補給藥物的詳情，請參見《承保範圍證明書》的第 5 章第 6.2 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。

*2021 年內核准的藥品名錄特例自核准之日後 1 年內有效。*

藥物清單中的變更大多數為每年年初更新。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。

從 2021 年開始，如果我們同時要以新的副廠藥取代我們藥物清單上的原廠藥，副廠藥會列在相同或更低的分攤費用層次且限制規定將會相同或更少，而且我們可能會立即刪除該原廠藥。同時，在增加新的學名藥時，我們可能決定在藥物清單上保留品牌藥，但會立即將其移至不同分攤費用層級或增加新的限制。

這意味著，例如，如果您服用的是正在被替換或轉移到更高成本分攤等級的品牌藥，那麼您將不再總是在我們做出變更前 30 天得到通知，或獲得網絡內藥房提供的一個月用量的品牌藥。如果您正在服用品牌藥，您仍將獲得關於我們做出的詳細變更的資訊，但藥物可能在做出變更之後送達。

當我們在年中對藥物清單做出變更時，您仍可與您的醫師（或其他開藥者）配合，要求計劃作出例外處理，承保此藥物。我們亦將繼續定期在線更新我們的藥物清單并提供其他必要資訊，說明藥物變更情況。（瞭解更多關於我們對藥物清單做出的變更，請見《承保證書》第 5 章第 7 節。）



## 處方藥費用的變化

注意：如果您還有其他協助您支付藥品費用的計劃（「額外資助」），**有關 D 類處方藥費用的資訊對您無效**。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「額外輔助」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」。

以下資訊介紹明年前兩個階段的變化—年度扣除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。

### 扣除額階段的變化

階段	2020 年（今年）	2021 年（明年）
<b>第 1 階段：年度扣除額階段</b> 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扣除額。	扣除額為 \$435*。 *根據您適用的 Medicaid 等級，您的扣除額可能為 \$0。（關於您的扣除額，請參閱單獨插頁「LIS 附件」。）	扣除額為 \$445*。 *根據您適用的 Medicaid 等級，您的扣除額可能為 \$0。（關於您的扣除額，請參閱單獨插頁「LIS 附件」。）

## 您在初始承保階段的分攤費用的變更

階段	2020 年 (今年)	2021 年 (明年)
<p><b>第 2 階段：初始承保階段</b></p> <p>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>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（包括視作普通藥的品牌藥） 共付額 \$0</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（包括視作普通藥的品牌藥） 共付額 \$0</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>對於所有其他藥物： 共付額 \$0</p> <p>特定藥物僅限 30 日用量。</p>	<p>對於所有其他藥物： 共付額 \$0</p> <p>特定藥物僅限 30 日用量。</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 行政管理變更

本節包括參保標準的變更以及與提供者聯絡的重要資訊清單。

說明	2020 年 (今年)	2021 年 (明年)
末期腎病 (ESRD)	ESRD 患者無法參保我們的計劃。	ESRD 患者可以參保我們的計劃。

說明	2020 年 (今年)	2021 年 (明年)
視力聯絡資訊	如有視力相關問題，請致電 VNSNY CHOICE 會員服務部 1-866-783-1444 (TTY: 711)，服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。	如有視力相關問題，請致電 Superior Vision 1-800-879-6901 (TTY: 1-800-201-7165)，週一至週五，上午 8 點至晚上 9 點；週六上午 11 點至下午 4:30。
牙科聯絡資訊	如有牙科相關問題，請致電 VNSNY CHOICE 會員服務部 1-866-783-1444 (TTY: 711)，早 8 點 – 晚 8 點 每週 7 天。	如有牙科相關問題，請致電 Healthplex 1-800-468-9868 (TTY: 1-800-662-1220)，上午 8 點至下午 6 點，週一至週五。
行為和心理健康聯絡資訊	如需獲得行為和心理健康相關資訊，請致電 VNSNY CHOICE 會員服務部 1-866-783-1444 (TTY: 711)，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點。	如需獲得行為和心理健康相關資訊，請致電 Beacon 1-866-317-7773 (TTY: 1-866-835-2755)，上午 8:30 至下午 5:00 週一至週五。
Healthy CHOICE Healthy You 會員獎勵計劃	不承保。	獎勵參與健康相關服務和活動的會員。  請致電會員服務部，瞭解詳細資訊。

## 第 3 節 決定選擇哪個計劃

### 第 3.1 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。如果您在 12 月 7 日之前沒有參保其他計劃或變更至 Original Medicare，您將自動參保 VNSNY CHOICE Total。

### 第 3.2 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 2021 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。

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「2021 年 Medicare 與您」、致電您的州健康保險援助計劃（請參見第 5 節）或致電 Medicare（請參見第 7.2 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。切換到 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)。您可在此文中查找有關 Medicare 計劃費用、承保範圍、以及治療評級的資訊。

#### 第 2 步：變更您的承保

- 要變更至其他 Medicare 保健計劃，需加入新計劃。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：

- 向我們發出退保的書面請求。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 7.1 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 使用者應致電 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 4 節 變更計劃

如果您希望明年變更計劃或加入 **Original Medicare**，您可以於 10 月 15 日至 12 月 7 日期間進行變更。更改將於 2021 年 1 月 1 日生效。

是否可在一年中的其他時間進行變更？

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」，已經或正在脫離僱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。

如果您在 2021 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 2021 年 1 月 1 日至 3 月 31 日之間轉至另一 **Medicare** 健康計劃（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「承保範圍證明書」第 10 章第 2.3 節。

## 第 5 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。**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 1-800-701-0501。有關 HIICAP 的更多資訊，請瀏覽其網站 (<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap>)。

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 6 節 協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費、年度扣除額與共同保險金。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)。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048（每天 24 小時，每週 7 天）；
  - 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。TTY 使用者應致電 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 5 節）聯絡。
- **愛滋病/愛滋病患者的處方藥費分攤援助計劃。**AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 可幫助確保感染愛滋病/愛滋病毒且符合 ADAP 資格的人士能獲得用以挽救生命的愛滋病藥物。您必須滿足特定條件，包括能夠提供所在州的居住證明和愛滋病患狀況證明、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 您有任何問題？

### 第 7.1 節 – 獲得來自 VNSNY CHOICE Total 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。（TTY 使用者應致電 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 2021 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 2021 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 2021 年保險證明書。「承保範圍證明書」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。「承保範圍證明書」副本參見官網 [www.vnsnychoice.org/2021materials](http://www.vnsnychoice.org/2021materials)。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](http://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 7.2 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)，一週 7 天，一天 24 小時提供服務。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。

### 瀏覽 Medicare 網站

您可瀏覽 Medicare 網站([www.medicare.gov](http://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。（要檢視有關計劃的資訊，請瀏覽 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)）。

### 閱讀 2021 年 Medicare 與您

您可以查閱 2021 年 Medicare 與您手冊。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（[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)）或致電每週 7 天，每天 24 小時提供服務的 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 獲得這一手冊。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。

---

## 第 7.3 節 – 獲得來自 Medicaid 的協助

---

您可致電 1-800-541-2831 致電 New York State Medicaid Program 獲得有關 Medicaid 的資訊。TTY 使用者應致電 711。



## 禁止歧視通知

紐約探訪護士服務首選計劃（VNSNY CHOICE）保健計劃遵守聯邦民權法。紐約探訪護士服務 首選計劃不會基於種族、宗教信仰、膚色、原國籍、年齡、殘障、性別、性取向、性別認同或性別表現排除任何人或以不同的方式對待任何人。

紐約探訪護士服務首選計劃提供以下服務：

- 向殘障人士提供免費協助和服務，幫助他們與我們交流，例如：
  - 合格手語翻譯
  - 用其他格式（大印刷體、音頻、無障礙電子格式、其他格式）提供的書面資訊
- 向母語不是英語的人提供免費語言服務，例如：
  - 合格口譯員
  - 用其他語言編寫的資訊

如果您需要接受此類服務，請電洽 1-866-783-1444，如需接受 TTY 服務，請撥打 711 號碼。

如果您認為紐約探訪護士服務首選計劃因種族、宗教信仰、膚色、原國籍、年齡、殘障、性別、性取向、性別認同或性別表現未向您提供此類服務，或以不同的方式對待您，您可以透過以下方式向紐約探訪護士服務首選計劃提出投訴：

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

電話： 1-888-634-1558 (TTY: 711)

親自來訪： 220 East 42nd Street, 3rd Floor, New York, NY 10017

傳真： 646-459-7729

電郵： CivilRightsCoordinator@vnsny.org

網站： [www.vnsny.ethicspoint.com](http://www.vnsny.ethicspoint.com)

您還可以透過以下方法向美國衛生與公眾服務部（U.S. Department of Health and Human Services）民權辦公室（Office for Civil Rights）提出民權申訴：

- 網站： 民權辦公室申訴網站：  
[ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf)
- 郵件： U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
可從以下網站下載申訴表：  
[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)
- 電話： 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)