**[MA-PD PPO (and ISNPs and CSNPs) 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]*。
* 檢查我們的處方藥保險手冊的變化以便瞭解是否會對您造成影響。
* 您使用的藥物是否受保？
* 您的藥物是否被劃分為不同等級，且擁有不同的分攤費用？
* 您的任何藥物是否有新限制，比如在配取處方藥前需要取得我們的批准？
* 您能否繼續使用相同的藥房？使用此藥房的費用是否發生變化？
* 請查閱 2019 年藥物清單並查看第 *[insert section number]* 節瞭解關於我們藥物保險變化的資訊。
* 您的藥費自去年以來可能已上調。請諮詢您的醫生有哪些價格較低的替代藥物可用，這可幫助您在一年內節省您的年度自付費用。有關藥物價格的更多資訊，請瀏覽 https://go.medicare.gov/drugprices。這些公告板重點指出了哪些製造商提高了藥物價格，同時也提供了其他各年份的藥物價格資訊。請記住，您的計劃福利將決定了您的藥費具體會如何變化。
* 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。

*[I-SNPs: Replace the above bullet with the below bullet.Otherwise, delete the below bullet:*

* *若要更改為可能更符合您要求的****另一個計劃****，您可更改計劃或轉至 Original Medicare（包含或不包含單獨的 Medicare 處方藥計劃）。]*

*[I-SNPs: Delete the ENROLL section below if not applicable]*

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\*  \* 您的保費可能高於或低於此金額。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]* |
| D 部分處方藥保險  （請參見第 *[edit section number as needed]* 2.6 節瞭解詳細資訊。） | 自付扣除金：*[insert 2018 deductible amount]*  初始承保階段的 *[Copayment/Coinsurance as applicable]*：   * 第 1 級藥物：*[insert 2018 cost-sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* | 自付扣除金：*[insert 2019 deductible amount]*  初始承保階段的 *[Copayment/Coinsurance as applicable]*：   * 第 1 級藥物：*[insert 2019 cost-sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* |

**2019 *年度更改通知*目錄**

*[Update table below after completing edits.]*

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 － 藥房網絡的變化 7

第 2.5 節 － 醫療服務福利和費用的變化 8

第 2.6 節 － D 部分處方藥保險的變化 9

第 3 節 管理變更 16

第 4 節 決定選擇哪個計劃 17

第 4.1 節 － 如果您希望繼續留在 *[insert 2019 plan name]* 中 17

第 4.2 節 － 如果您希望更改計劃 17

第 5 節 更改計劃的截止期限 18

第 6 節 提供 Medicare 免費諮詢的計劃 19

第 7 節 幫助支付處方藥費用的計劃 19

第 8 節 您有問題嗎？ 20

第 8.1 節 － 從 *[insert 2019 plan name]* 獲取幫助 20

第 8.2 節 － 從 Medicare 獲取幫助 20

*[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, including cost-sharing for drug tiers, 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]* 獲取您的醫療和處方藥保險。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]* |

* 如果您因為未參保至少與 Medicare 藥物保險（亦稱為「有信譽度保險」）相若的其他藥物保險時間達 63 天或以上而需支付終身 D 部分逾期參保罰金，您的月繳計劃保費將會*增加*。
* 如果您的收入較高，則您每月需直接向政府繳納額外的 Medicare 處方藥保險費用。
* 如果您獲得處方藥費用的「額外補助」，則您的月繳保費會*減少*。

### 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 may modify the following sentence as needed.]* 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。 | *[Insert 2018 in-network MOOP amount]* | *[Insert 2019 in-network 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 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 － 藥房網絡的變化

您為處方藥支付的金額視乎您所使用的藥房而定。Medicare 藥物計劃擁有一個藥房網絡。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獲承保。[*Insert if applicable:* 我們的網絡包括具有首選分攤費用的藥房，就某些藥物而言，它可提供比其他網絡內藥房提供的標準分攤費用更低的分攤費用。]

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its pharmacy network]* 我們明年的藥房網絡會有變化。[*Insert if applicable:* 我們隨本手冊附上一份藥房目錄。] 在我們的網站*[insert URL] 上可找到最新的藥房目錄*。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藥房目錄。**請查看 2019 年的藥房目錄，瞭解哪些藥房在我們的網絡中。**

*或*

[*For a plan that will have a higher than normal number of pharmacies leaving its pharmacy 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藥房目錄。] 在我們的網站 *[insert URL]* 上可找到最新的藥房目錄。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藥房目錄。**強烈建議您審查我們最新的藥房目錄，以確定您的藥房是否仍在我們的網絡內。**

### 第 2.5 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 2.6 節 － D 部分處方藥保險的變化

#### 我們藥物清單的變化

我們的承保藥物清單稱為處方藥一覽表或「藥物清單」。[*insert:* 隨函*] OR [insert:* 以電子版材料] 提供了一份藥物清單。[*If including an abridged formulary, add the following language:* [*insert*:隨函] *OR* [*insert*: 以電子版材料] 提供的藥物清單中包括多種*（但並非全部）*我們將於明年承保的藥物。如果您在該清單中找不到您的藥物，該藥物仍可能獲承保。您可致電會員服務部（參見封底）或瀏覽我們的網站 *([insert URL])* **索取*完整*藥物  
清單**。

[*Plans with no changes to covered drugs, tier assignment, or restrictions may replace the rest of this section with:* 我們尚未對明年的藥物清單作任何變更。2019 年，我們的藥物清單中包含的藥物與 2018 年相同。但是，在獲得 Medicare 的批准或某種藥物被 FDA 或藥品製造商撤出市場的情況下，我們仍可在全年內隨時變更藥物清單。]

我們變更了藥物清單，包括變更了我們承保的藥物以及適用於某些藥物承保的限制條件。**請審核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。**

如果您因藥物承保範圍的變更而受到影響，您可以：

* **與您的醫生（或其他處方醫生）合作，要求計劃作出例外處理**以承保該藥物。*[Plans may omit the following sentence if they do not have an advance transition process for current members.]* **我們鼓勵現有會員**於明年之前提出例外處理申請。
  + 有關如何提出例外處理請求的詳情，請參閱*承保範圍說明書第 9 章（遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、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。

*[Plans may omit this if all current members will be transitioned in advance for the following year.]* 在某些情況下，我們必須在計劃年度的前 90 天或成為會員後的前 90 天內，承保一次非處方藥一覽表藥物的臨時性供藥，以避免治療中斷。[*Plans changing the LTC supply (for instance, from a minimum of 90 days to a month’s supply, should insert the following:*2019 年，住在長期護理 (LTC) 機構的會員將獲得臨時性供藥，其供藥天數與其他所有情況下的臨時性供藥相同：*[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one month)]*，而非依照 2018 年的供藥標準 *([insert 2018 LTC maximum supply limit])*。（如需瞭解何時  
可獲得臨時性供藥以及如何申請臨時性供藥，請參見*「承保範圍說明書」*的第 5 章  
第 5.2 節。）在您取得臨時性供藥期間，您應和您的醫生討論，以決定當臨時性供藥用盡時該如何處理。您可以改用計劃承保的不同藥物，或要求計劃為您作出例外處理來承保您目前的藥物。]

*[Plans may include additional information about processes for transitioning current enrollees to formulary drugs when your formulary changes relative to the previous plan year.]*

*[Include language to explain whether current formulary exceptions will still be covered next year or a new one needs to be submitted.]*

大多數藥物清單變更發生在每年年初。不過，我們可能會每年的其他時間根據 Medicare 的規定作出其他更改。

[*Plan sponsors that otherwise meet all requirements and want the option to immediately replace brand name drugs with their new generic equivalents should insert the following:* 從 2019 年開始，我們可能會在某些情況下立即從我們的藥物清單上刪除某種原廠藥，同時新增一種分攤費用等級相同或較低且具有相同或更少限制的副廠藥予以代替。另外，在新增副廠藥時，我們可能會決定將原廠藥保留在藥物清單上，但會立即將其轉至其他分攤費用等級或增加限制。這意味著，若您正在使用的原廠藥被新的副廠藥取代（或者該原廠藥的等級或限制發生變更），計劃不會再在每次作出更改之前的 60 天通知您，或就該原廠藥給予您 60 天份的網絡內藥房重新配藥。若您正在使用該原廠藥，您仍將獲得有關具體更改的資訊，但可能會在更改生效之後才收到。

此外，從 2019 年開始，若您正在使用藥物，而我們需要在全年的其他時間對藥物清單作出其他更改並需要提前通知您，我們將在作出更改之前的 30 天（而非 60 天）通知您。或者，我們將就該原廠藥給予您 *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one month)]* 天（而非 60 天）份的網絡內藥房重新配藥。]

[*Plan sponsors that will not be using the option to make immediate generic substitutions should insert the following:*

從 2019 年開始，若您正在使用藥物，而我們需要在全年的其他時間對藥物清單作出更改並需要提前通知您，我們將在更改生效之前的 30 天（而非 60 天）通知您相關更改。或者，我們將就該原廠藥給予您 *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one month)]*天（而非 60 天）份的網絡內藥房重新配藥。我們將提前通知，例如，在使用副廠藥取代藥物清單上的原廠藥之前，或者在根據 FDA 警告或 Medicare 認可的新臨床指引作出更改之前通知。]

*[All plan sponsors should include the remainder of this section.]*

當我們在全年其他時間對藥物清單作出更改時，您可以諮詢您的醫生（或其他處方醫生），要求我們作出例外處理以承保該藥物。我們將繼續按時更新線上的藥物清單並提供其他必要的資訊，以反映藥物變更。（如需瞭解更多有關可能對藥物清單作出的變更的資訊，請參見承保範圍說明書第 5 章第 6 節。）

#### 處方藥費用的變化

*[Plans that enroll partial dual eligible beneficiaries should delete the following paragraph for QDWI beneficiaries.] 註：*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** [*insert as applicable:* **可能不** *OR* **不**] **適用於您**。*[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]* 我們 [*insert as appropriate:* 已隨附 *OR* 向您寄送] 一份單獨的插頁來說明您藥物費用，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」）。如果您獲得「額外補助」，但[*if plan sends LIS Rider with ANOC, insert:* 未在此資料包中找到此插頁，] [*if plan sends LIS Rider separately from the ANOC, insert:* 在 *[insert date]* 之前未收到此插頁，] 請致電會員服務部索取「LIS 附則」。會員服務部電話號碼列於本手冊的第 *[edit section number as needed]* 8.1 節。

有四個「藥物付款階段」。您要為 D 部分藥物支付多少費用取決於您處於哪個藥物付款階段。（您可參閱*「承保範圍說明書」*第 6 章第 2 節，瞭解有關各階段的更多資訊。）

以下資訊顯示了明年前兩個階段的變化 － 年度自付扣除金階段和初始承保階段。（多數會員不會達到其他兩個階段 － 承保缺口階段或災難承保階段。請參見 [*insert as applicable:* 隨附 *OR* 附帶 *OR* 單獨郵寄] 的*承保範圍說明書*第 6 章第 6 節和第 7 節瞭解有關這些階段的費用的  
資訊。）

自付扣除金階段的變化

| 階段 | 2018（今年） | 2019（明年） |
| --- | --- | --- |
| 第 1 階段：年度自付扣除金階段  在此階段期間，您支付您 [*insert as applicable:* D 部分 *OR* 原廠 *OR* *[tier name(s)]*] 藥物的**全部費用**，直至達到年度自付扣除金。  *[Plans with no deductible, omit text above*.*]* | 自付扣除金為 $*[insert 2018 deductible]*。  [*Plans with no deductible replace the text above with:* 由於我們沒有自付扣除金，此付款階段不適用於您。]  *[Plans with tiers excluded from the deductible in 2018 and/or 2019 insert the following:]* 在此階段中，您需支付 *[insert name of tier(s) excluded from the deductible]* 藥物 *[insert cost-sharing amount that a beneficiary would pay in a tier(s) that is exempted from the deductible]* 的分攤費用及 *[insert name of tier(s) where copayments apply]* 藥物的全部費用，直 至您達到年度自付扣 除金。 | 自付扣除金為 $*[insert 2019 deductible]*。  [*Plans with no deductible replace the text above with:* 由於我們沒有自付扣除金，此付款階段不適用於您。]  *[Plans with tiers excluded from the deductible in 2018 and/or 2019 insert the following:]* 在此階段中，您需支付 *[insert name of tier(s) excluded from the deductible]* 藥物 *[insert cost-sharing amount that a beneficiary would pay in a tier(s) that is exempted from the deductible]* 的分攤費用及 *[insert name of tier(s) where copayments apply]* 藥物的全部費用，直 至您達到年度自付扣 除金。 |

初始承保階段的分攤費用變化

[*Plans that are changing the cost-sharing from coinsurance to copay or vice versa from 2018 to 2019 insert:* 對於 [*insert name of tier(s)*] 藥物，您在初始承保階段的分攤費用從 [*insert whichever is appropriate:* 定額手續費變更為共同保險 *OR* 共同保險變更為定額手續費。] 請參閱下表以瞭解 2018 年到 2019 年的變化。]

如需瞭解定額手續費及共同保險如何運作，請參見*承保範圍說明書*第 6 章第 1.2 節*「您為承保藥物支付的自付費用類型」*。

*[Plans must list all drug tiers in the table below and show costs for a one-month supply filled at a network retail pharmacy. Plans that have pharmacies that provide preferred cost-sharing must provide information on both standard and preferred cost-sharing using the second alternate chart.Plans without drug tiers may revise the table as appropriate.]*

| 階段 | 2018（今年） | 2019（明年） |
| --- | --- | --- |
| 第 2 階段：初始承保階段  *[Plans with no deductible delete the first sentence.]* 您在支付年度自付扣除金後，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**。[*Plans that are changing the cost-sharing from a copayment to coinsurance or vice versa from 2018 to 2019 insert for each applicable tier:* 在 2018 年， 您需為 *[insert tier name]* 的藥物支付 [*insert as appropriate:* $[*xx*] 定額手續費 *OR* [*xx*]% 共同保險]。在 2019 年，您需為此等級藥物支付 [*insert as appropriate:* $[*xx*] 定額手續費 *OR* [*xx*]% 共同保險]。 | 在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取一個月 [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2018 to 2019 insert*「（[*xx*] 天）」*而非*「一個月」] 藥物份量的費用：  ***[Insert name of Tier 1]:***  您支付 [*insert as applicable:* 每份處方 $[*xx*] *OR* 總費用的 [*xx*]%]。  ***[Insert name of Tier 2]:***  您支付 [*insert as applicable:* 每份處方 $[*xx*] *OR* 總費用的 [*xx*]%]。  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取一個月 [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2018 to 2019 insert*「（[*xx*] 天）」*而非*「一個月」] 藥物份量的費用：  ***[Insert name of Tier 1]:***  您支付 [*insert as applicable:* 每份處方 $[*xx*] *OR* 總費用的 [*xx*]%]。  ***[Insert name of Tier 2]:***  您支付 [*insert as applicable:* 每份處方 $[*xx*] *OR* 總費用的 [*xx*]%]。  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 第 2 階段：初始承保階段「續」  此欄所列費用是您在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取一個月（*[insert number of days in a one-month supply]* 天）藥物份量的費用。[*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2018 to 2019 insert:* 如表中所示，從 2018 年到 2019 年，一個月供藥的天數已經發生變化。] 有關 [*insert as applicable:* 提供首選分攤費用的網絡內藥房的長期供藥或郵購處方藥] 費用的詳情，請參閱*承保範圍說明書*第 6 章第 5 節。  [*Insert if applicable:* 我們更改了藥物清單中某些藥物的等級。若想瞭解您的藥物是否被劃分為其他等級，請查閱藥物清單。] | 一旦 [*insert as applicable*: 您的總藥費達到 $*[insert 2018 initial coverage limit]，*您將進入下一個階段（承保缺口階段）。*OR* 如果您為 D 部分藥物已支付了 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*的自付費用，您將進入下一個階段（災難承保 階段）。] | 一旦 [*insert as applicable*: 您的總藥費達到 $*[insert 2019 initial coverage limit]，*您將進入下一個階段（承保缺口階段）。*OR* 如果您為 D 部分藥物已支付了 $*[insert 2019 out-of-pocket threshold]*的自付費用，您將進入下一個階段（災難承保 階段）。] |

*[Plans with pharmacies that offer standard and preferred cost-sharing may replace the chart above with the one below to provide both cost-sharing rates.]*

| 階段 | 2018（今年） | 2019（明年） | |
| --- | --- | --- | --- |
| 第 2 階段：初始承保階段  *[Plans with no deductible delete the first sentence]*您在支付年度自付扣除金後，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**。[*Plans that are changing the cost-sharing from a copayment to coinsurance or vice versa from 2018 to 2019 insert for each applicable tier:* 在  2018 年，您需為此等級藥物支付 [*insert as appropriate* $[*xx*] 定額手續費 *OR* [*xx*]% 共同保險]。在 2019 年，您需為此等級藥物支付 [*insert as appropriate* $[*xx*] 定額手續費 *OR* [*xx*]% 共同保險]。] | 網絡內藥房提供一個月 [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2018 to 2019 insert:*「（[*xx*] 天）」*而非*「一個月」] 藥物份量的 費用：  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *標準分攤費用：*您支付 [*insert as applicable:* 每份處方 $[*xx*] *OR* 總費用的 [*xx*]%]。  *首選分攤費用：*您支付 [*insert as applicable:* 每份處方 $[*xx*] *OR* 總費用的 [*xx*]%]。  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *標準分攤費用：*您支付 [*insert as applicable:* 每份處方 $[*xx*] *OR* 總費用的 [*xx*]%]。  *首選分攤費用：*您支付 [*insert as applicable:* 每份處方 $[*xx*] *OR* 總費用的 [*xx*]%]。  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | 網絡內藥房提供一個月 [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2018 to 2019 insert:*「（[*xx*] 天）」*而非* 「一個月」] 藥物份量的費用：  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *標準分攤費用：*您支付 [*insert as applicable:* 每份處方 $[*xx*] *OR* 總費用的 [*xx*]%]。  *首選分攤費用：*您支付 [*insert as applicable:* 每份處方 $[*xx*] *OR* 總費用的 [*xx*]%]。  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *標準分攤費用：*您支付 [*insert as applicable:* 每份處方 $[*xx*] *OR* 總費用的 [*xx*]%]。  *首選分攤費用：*您支付 [*insert as applicable:* 每份處方 $[*xx*] *OR* 總費用的 [*xx*]%]。  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 第 2 階段：初始承保階段「續」  此欄所列費用是您在網絡內藥房配取一個月（*[insert number of days in a one-month supply]* 天）藥物份量的費用。[*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2018 to 2019 insert:* 如表中所示，從 2018 年到 2019 年，一個月供藥的天數已經發生變化。] 有關 [*insert as applicable:* 長期供藥或郵購處方藥] 費用的詳情，請參閱*承保範圍說明書*第 6 章第 5 節。  [*Insert if applicable:* 我們更改了藥物清單中某些藥物的等級。若想瞭解您的藥物是否被劃分為其他等級，請查閱藥物 清單。] | 一旦 [*insert as applicable*: 您的總藥費達到 $*[insert 2018 initial coverage limit]，*您將進入下一個階段（承保缺口階段）。*OR* 如果您為 D 部分藥物已支付了 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*的自付費用，您將進入下一個階段（災難承保 階段）。] | | 一旦 [*insert as applicable*: 您的總藥費達到 $*[insert 2019 initial coverage limit]，*您將進入下一個階段（承保缺口階段）。*OR* 如果您為 D 部分藥物已支付了 $*[insert 2019 out-of-pocket threshold]*的自付費用，您將進入下一個階段（災難承保 階段）。] |

承保缺口和災難承保階段的變化

其他兩種藥物承保階段 － 承保缺口階段和災難承保階段 – 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災難承保階段。**[*Sponsors that are changing the cost-sharing from coinsurance to copayment or vice versa from 2018 to 2019 insert the following sentence. If many changes are being made, it may be repeated as necessary:* 在 *[insert coverage stage involved]* 承保階段，您需為第 [*xx*] *[insert tiers]* 級藥物支付的分攤費用從 [*insert whichever is appropriate:* 定額手續費變更為共同保險 *OR* 共同保險變更為定額手續費。]] 請參見*承保範圍說明書*第 6 章第 6 和 7 節，瞭解有關這些階段的費用的資訊。

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.]*

| 流程 | 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。如需更多資訊，請參見*承保範圍說明書*的第 10 章第 2.3 節。

[註：如果您已加入藥物管理計劃，您可能無法變更計劃。]

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 10 章第 2.2 節瞭解更多資訊。

[*I-SNPs: replace text above with the following:*

您可以**隨時**更改您的 Medicare 保險。您可以隨時更改為其他任何 Medicare 保健計劃（包含或不包含 Medicare 處方藥保險），或轉換為 Original Medicare（包含或不包含單獨的 Medicare 處方藥計劃）。]

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 with no Part D drug cost-sharing should delete this section.] [Plans with an ADAP in their state(s) that do NOT provide Insurance Assistance should delete this bullet.]* **HIV/AIDS 患者的處方藥分攤費用補助。**AIDS Drug Assistance Program (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 D 部分處方藥有資格透過 *[insert State-specific ADAP name and information] 獲得處方藥分攤費用補助*。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 *[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的最新資訊（醫療服務提供者目錄）以及我們承保藥物的清單（處方藥一覽表/藥物  
清單）。

### 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。