**[PFFS models]  
[2025 ANOC model]**

***[Insert 2025 plan name]*（*[insert plan type]*）（提供者：*[insert MAO name] [insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required MAO names]*）**

# 2025 年度更改通知

*[****Optional:*** *Insert member name]  
[****Optional:*** *Insert member address]*

您目前已註冊為 *[insert 2024 plan name]* 的會員。明年的計劃費用和福利將會有變更。  
***請參閱第 5 頁的重要費用概述，包括保費。***

本文件將介紹對您的計劃所做的變更。如需瞭解更多關於費用、福利或規則的資訊，請參閱我們的網站 *[insert URL]* 上所列的*承保範圍說明書*。[*Insert as applicable*: 您也可查看我們隨附 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對您是否有影響。]您也可以致電會員服務部要求我們為您郵寄一份*承保範圍說明書*。）

* **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. **詢問：**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。
* 檢閱醫療護理費用（醫生和醫院）的變更。
* 查看我們的藥物承保範圍的變化，包括承保限制和費用分攤。
* 想一想您將在保費、自付扣除金和分攤費用上花多少錢。
* 查看 2025 年「藥物清單」中的變更，以確保您目前使用的藥物仍在承保範圍內。*[MA Only plans delete Section 2.5 below]*
* 比較 2024 年和 2025 年的計劃資訊，瞭解這些藥物是否移至不同的分攤費用等級或受到不同限制，例如在 2025 年適用事先授權、階段療法或數量限制。
* 查看您的主治醫生、專科醫生、醫院和其他醫療提供者（包括藥房）明年是否仍在我們的網絡內。
* 查看您是否有資格獲得支付處方藥費方面的幫助。收入有限的人士可能有資格享有 Medicare 提供的「額外補助」。
* 思考您是否滿意我們的計劃。

**2.** **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 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) 網站上的 Medicare 計劃搜尋器或查看*「2025 年 Medicare 與您」*手冊背面的清單。如需更多支援，請聯絡您的州健康保險援助計劃 (SHIP)，與受過專業訓練的顧問交談。
* 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。

**3.** **選擇：**確定是否要更改您的計劃

* 如果您未在 2024 年 12 月 7 日之前加入其他計劃，您將留在 *[insert plan name]* 中。
* 若要更改為**另一項計劃**，您可以在 10 月 15 日到 12 月 7 日之間更改計劃。您的新保險將於 **2025 年 1 月 1 日開始**。這將結束您的 *[insert plan name]* 參保。
* 如果您最近搬入或目前居住在某個機構（如專業護理機構或長期護理醫院），您可以隨時轉換計劃或轉換為 Original Medicare（包含或不包含單獨的 Medicare 處方藥計劃）。如果您最近搬離某個機構，您有機會在搬離當月後的兩個月內更改計劃或轉至 Original Medicare。

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 member services phone number]*。（聽障人士可致電 *[insert TTY number]*。）服務時間為*[insert days and hours of operation]*。此為免付費電話。
* *[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., braille, large print, audio).]*
* **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：[www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)，瞭解詳細資訊。

關於 *[insert 2025 plan name]*

* *[Insert Federal contracting statement.]*
* 當本文件中出現「我們」或「我們的」時，是指 *[insert MAO name] [insert Plan/  
  Part D sponsor in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document]*。出現「計劃」或「我們的計劃」時，是指 *[insert 2025 plan name]*。

*[Insert Material ID: (H, R, S, or Y) number\_description of choice (M or C)]*

**2025 *年度更改通知***  
**目錄**

[2025 年重要費用概述 5](#_Toc172109705)

[第 1 節 我們正在更改計劃的名稱 8](#_Toc172109706)

[第 1 節 除非您選擇其他計劃，否則您將在 2025 年自動參保 *[insert 2025 plan name]* 8](#_Toc172109707)

[第 2 節 明年的福利與費用變化 9](#_Toc172109708)

[第 2.1 節 – 月繳保費的變化 9](#_Toc172109709)

[第 2.2 節 – 您的最高自付費用金額的變化 9](#_Toc172109710)

[第 2.3 節 – 醫療服務提供者和藥房網絡的變更 10](#_Toc172109711)

[第 2.4 節 – 醫療服務福利和費用的變化 11](#_Toc172109712)

[第 2.5 節 – D 部分處方藥保險的變化 12](#_Toc172109713)

[第 3 節 管理變更 21](#_Toc172109714)

[第 4 節 決定選擇哪個計劃 22](#_Toc172109715)

[第 4.1 節 – 如果您希望繼續留在 *[insert 2025 plan name]* 中 22](#_Toc172109716)

[第 4.2 節 – 如果您希望更改計劃 22](#_Toc172109717)

[第 5 節 更改計劃的截止期限 23](#_Toc172109718)

[第 6 節 提供 Medicare 免費諮詢的計劃 24](#_Toc172109719)

[第 7 節 幫助支付處方藥費用的計劃 24](#_Toc172109720)

[第 8 節 您有問題嗎？ 25](#_Toc172109721)

[第 8.1 節 – 從 *[insert 2025 plan name]* 獲取幫助 25](#_Toc172109722)

[第 8.2 節 – 從 Medicare 獲取幫助 26](#_Toc172109723)

2025 年重要費用概述

下表在幾個重要方面對 *[insert 2025 plan name]* 的 2024 年費用和 2025 年費用進行比較。  
**請注意，這只是一份費用摘要。**

[*If using Medicare FFS amounts (e.g., Inpatient and SNF cost sharing) the plan must insert the 2024 Medicare amounts and must insert:* 此為 2024 年的分攤費用，可能會在 2025 年有所調整。*[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 | 2024（今年） | 2025（明年） |
| --- | --- | --- |
| 月繳計劃保費\*  \*[*MA-PD plans insert:* 您的保費可能高於 [*Plans with $0 premium should not include:* 或低於] 此金額。]請參見第*[edit section number as needed]* 2.1 節瞭解 詳情。 | *[Insert 2024 premium amount]* | *[Insert 2025 premium amount]* |
| *[Plans with no deductible may delete this row.]*  自付扣除金 | *[Insert 2024 deductible amount]* [*If an amount other than $0, add:* 透過耐用醫療設備提供胰島素的情況除外。] | *[Insert 2025 deductible amount]* [*If an amount other than $0, add:* 透過耐用醫療設備提供胰島素的情況除外。] |
| 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 節瞭解詳情。） | *[Insert 2024 MOOP amount]* | *[Insert 2025 MOOP amount]* |
| 醫生診室就診 | 主治醫生就診：每次就診 *[insert 2024 cost sharing for PCPs]*  專科醫生就診：每次就診 *[insert 2024 cost sharing for specialists]* | 主治醫生就診：每次就診 *[insert 2025 cost sharing for PCPs]*  專科醫生就診：每次就診 *[insert 2025 cost sharing for specialists]* |
| 住院 | *[Insert 2024 cost sharing]* | *[Insert 2025 cost sharing]* |
| *[MA-only plans delete]*D 部分處方藥保險  （請參見第*[edit section number as needed]* 2.5 節瞭解詳情。） | 自付扣除金：*[Insert 2024 deductible amount]* [*If an amount other than $0, add:* 承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗除外。]  初始承保階段 *[Copayment/Coinsurance as applicable]*：   * 第 1 級藥物：*[Insert 2024 cost sharing]*   [*Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:* 對於此等級承保的每種胰島素產品的一個月藥量，您需支付 $[xx]。]   * *[Repeat for all drug tiers.]*   重大傷病承保階段：   * [*Plans that do not cover excluded drugs under an enhanced benefit OR plans that do cover excluded drugs under an enhanced benefit but with the same cost sharing as covered Part D drugs in this stage, insert the following*: 在此付款階段，計劃將為您支付 D 部分承保藥物 [*insert if applicable:* **以及我們增強型福利承保的不保藥物**]的全部費用。您無須支付任何費用。] * [*Plans that cover excluded drugs under an enhanced benefit with cost sharing in this stage, insert the following 2 bullets:* 在此付款階段期間，本計劃將為您的 D 部分承保藥物支付全部 費用。 * 對於我們的增強型福利承保的藥物，您可能有費用分攤。] | 自付扣除金：*[Insert 2025 deductible amount]* [*If an amount other than $0, add:* 承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗除外。]  初始承保階段 *[Copayment/Coinsurance as applicable]*：   * 第 1 級藥物：*[Insert 2025 cost sharing]*   [*Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:* 對於此等級承保的每種胰島素產品的一個月藥量，您需支付 $[xx]。]   * *[Repeat for all drug tiers.]*   重大傷病承保階段：   * [*Plans that do not cover excluded drugs under an enhanced benefit, OR plans that do cover excluded drugs under an enhanced benefit but with the same cost sharing as covered Part D drugs in this stage, insert the following:* 在此付款階段，您無需支付 D 部分承保藥物[*insert if applicable:* **以及我們增強型福利承保的不保藥物**]的費用。] * [*Plans that cover excluded drugs under an enhanced benefit with cost sharing in this stage, insert the following 2 bullets:* 在此付款階段，您無需支付 D 部分承保藥物的費用。 * 對於我們的增強型福利承保的藥物，您可能有費用分攤。] |

*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:*

2025 年 1 月 1 日，我們的計劃名稱將從 *[insert 2024 plan name]* 更改為 *[insert 2025 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 member communication.]*]

第 1 節 除非您選擇其他計劃，否則您將在 2025 年自動參保 *[insert 2025 plan name]*

*[If the member is being enrolled into another plan due to a consolidation or due to a transition from a D-SNP look-alike plan under 42 CFR 422.514, 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 crosswalks a member from a non-renewed plan to a consolidated renewal plan or transitions a member from a D-SNP look-alike plan to a renewal plan meeting the criteria in 42 CFR 422.514(e) will compare benefits and costs, including cost sharing for drug tiers, from that member’s previous plan to the consolidated plan or the renewal plan. Every plan/sponsor that transitions a member from a D-SNP look-alike plan to a renewal plan, as indicated above, is encouraged to include language about the transition in a cover letter that accompanies the ANOC.]*

2025 年 1 月 1 日，*[insert MAO name] [insert Plan/Part D sponsor in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document]* 將 *[insert as applicable:* 合併 *[insert 2024 plan name]* 與我們的一個計劃 *[insert 2025 plan name]* *or* 將您從 *[insert 2024 D-SNP look-alike plan name]* 轉移到 *[insert 2025 renewal plan name]*。本文件中的資訊介紹您目前在 *[insert 2024 plan name]* 下享有的福利與從 2025 年 1 月 1 日開始您作為 *[insert 2025 plan name]* 會員而享有的福利之間的差別。

**如果您在 2024 年 12 月 7 日之前未進行任何操作，我們會自動讓您參保我們的 *[insert 2025 plan name]*。**這表示從 2025 年 1 月 1 日起，您將透過 *[insert 2025 plan name]* 獲取您的醫療[*insert if applicable:* 和處方藥保險]。如果您想更改計劃或轉到 Original Medicare，您必須在 10 月 15 日至 12 月 7 日之間進行。如果您符合「額外補助」的資格，您或許能夠在其他時間更換計劃。

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 offering the following premiums must list separately in the table below: (1) Plan premium; (2) optional supplemental benefit premiums (only plans offering optional supplemental benefits during one or both of the comparison years); and (3) Part B premium reduction (only plans with Part B premium reductions during one or both of the comparison years).]*

| 費用 | 2024（今年） | 2025（明年） |
| --- | --- | --- |
| 月繳保費  *[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. However, the premium must also be listed.]*  （您必須繼續繳納您的 Medicare B 部分保費。） | *[Insert 2024 premium amount]* | *[Insert 2025 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。
* *[Plans with $0 premium should not include this bullet]* 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*。關於 Medicare 提供的「額外補助」，請參閱  
  第 7 節。

### 第 2.2 節 – 您的最高自付費用金額的變化

*[Plans that include the costs of supplemental benefits (e.g., POS benefits) in the MOOP limit may* *revise this information as needed.]*

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。一旦達到此金額，您基本上無需再為該年剩餘時間內的[*insert if applicable:* A 部分和 B 部分]承保服務支付任何費用。

| 費用 | 2024（今年） | 2025（明年） |
| --- | --- | --- |
| 最高自付費用金額  您的承保醫療服務費用（例如定額手續費[*insert if plan has a deductible:* 和自付扣除金]）計入您的最高自付費用金額。[*Plans with no premium and/or no Part D coverage may modify or delete 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。  *[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 2024 MOOP amount]* | *[Insert 2025 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 2025 MOOP amount]* 的自付費用，則無需支付日曆年剩餘時間內的[*insert if applicable:* A 部分和 B 部分]承保服務的費用。 |

### 第 2.3 節 – 醫療服務提供者和藥房網絡的變更

*[Plans with no provider network delete this section.]*

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 if applicable:* 我們隨本文件附上一份最新的*醫療服務提供者和/或藥房目錄*。]您[*Insert if applicable:* 也]可透過我們的網站 *[insert URL]* 查閱最新的目錄。您還可以致電會員服務部以獲取更新的醫療服務提供者和/或藥房資訊，或要求我們向您郵寄目錄，我們將在三個工作日內郵寄。

*[Insert applicable section: For a plan that does not have changes in its provider network]*明年我們的醫療服務提供者網絡沒有變化。

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its provider network]*明年我們的醫療服務提供者網絡會有變化。**請查看 2025 年*醫療服務提供者目錄****[insert URL]***，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。**

*[Insert applicable section: For a plan that does not have changes in its pharmacy network]*明年我們的藥房網絡沒有變化。

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its pharmacy network]*明年我們的  
藥房網絡會有變化。**請查看 2025 年的*藥房目錄****[insert URL]***，瞭解哪些藥房在我們的  
網絡中。**

*[All plans must insert the following]*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）以及藥房進行變更。如果我們的醫療服務提供者在年中發生的變化對您有影響，請聯絡會員服務部，以便我們提供幫助。

### 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:* 2025 年我們的福利和您為這些承保醫療服務支付的費用與 2024 年完全相同。]

明年我們某些醫療服務的費用和福利將會發生變化。以下資訊將介紹這些變化。

*[The table must include: (1) all new benefits that will be added or 2024 benefits that will end for 2025, including any new optional supplemental benefits (plans must indicate these optional supplemental benefits are available for an extra premium); (2) new/changing limitations or restrictions**, including referrals, prior authorizations, and Step Therapy for Part B drugs for CY2025 Part C benefits; and (3) all changes in cost sharing for 2025 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 2024 Medicare amounts and must insert:* 此為 2024 年的分攤費用，可能會在 2025 年有所調整。*[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 | 2024（今年） | 2025（明年） |
| --- | --- | --- |
| *[Insert benefit name]* | [*For benefits that were not covered in 2024 [insert benefit name]* 不受承保。]  [*For benefits with a copayment insert:*  您需支付 $[*insert 2024 copayment amount]* 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 2024 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 2025 [insert benefit name]* 不受承保。]  [*For benefits with a copayment insert:*  您需支付 $*[insert 2025 copayment amount]* 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 2025 coinsurance percentage]*%*[insert language as needed to accurately describe the benefit, (e.g., for up to one visit per year)]*。] |
| *[Insert benefit name]* | *[Insert 2024 cost/coverage, using format described above.]* | *[Insert 2025 cost/coverage, using format described above.]* |

*[MA only plans delete Section 2.5 below]*

### 第 2.5 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」。藥物清單[[*insert:* 隨本函提供] *OR* [*insert:* 以電子方式提供]]。[*If including an abridged formulary, add the following language:* 藥物清單包含許多（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:* 此次我們尚未對下一年的藥物清單作任何變更。不過，我們可能會在計劃年度的其他時間根據 Medicare 的規定作出其他更改，這些更改可能會對您造成影響。我們至少每月更新一次線上藥物清單，以提供最新的藥物清單。如果我們所作更改會影響您獲取正在使用的藥物，我們將向您傳送有關更改的通知。

如果您在年內受到藥物承保範圍變化的影響，請查看*承保範圍說明書*的第 9 章並諮詢醫生瞭解您的選擇，例如申請臨時性供藥、申請例外處理和/或努力尋找新藥。您也可以聯絡會員服務部獲取更多資訊。]

我們更改了藥物清單，其中包括移除或添加藥物、更改我們針對某些藥物承保的限制，或將其移至其他分攤費用等級。**請查閱藥物清單以確保您的藥物在明年獲得承保，並瞭解是否有任何限制，或您的藥物是否被移至其他分攤費用等級。**

大多數藥物清單變更發生在每年年初。不過，我們可能會在計劃年度的其他時間根據 Medicare 的規定作出其他更改，這些更改可能會對您造成影響。我們至少每月更新一次線上藥物清單，以提供最新的藥物清單。如果我們所作更改會影響您獲取正在使用的藥物，我們將向您傳送有關更改的通知。

如果您在年初或年內受到藥物承保範圍變化的影響，請查看*承保範圍說明書*的第 9 章並諮詢醫生瞭解您的選擇，例如申請臨時性供藥、申請例外處理和/或努力尋找新藥。您也可以聯絡會員服務部獲取更多資訊。

[*Plan sponsors that previously implemented the option to immediately replace brand name drugs with their new generic equivalents and plan to maintain this option for 2025, please insert the following language, which provides notice of the expansion of this option for 2025:* 目前，如果我們以分攤費用等級相同或較低並且 *[Plans that do not use tiers may omit「處於相同或更低的分攤費用等級且」]*具有相同或更少限制（與被取代原廠藥相比）的副廠藥取代某種原廠藥，我們可以立即從藥物清單上刪除該原廠藥。另外，在加入新副廠藥時，我們也可能會決定將該原廠藥保留在藥物清單上，但會立即將其移至其他分攤費用等級或增設限制，或是同時移至其他分攤費用等級並增設限制。*[Plans that do not use tiers may omit “move it to a different cost-sharing tier or” and “or both.”]*

從 2025 年起，我們可以立即使用某些生物仿製藥取代原生物製品。換言之，若您正在使用的原生物製品被生物仿製藥取代，計劃可能不會在作出更改之前的 30 天通知您，或透過網絡內藥房為您提供原生物製品一個月的藥量。在我們作出更改之時，若您正在使用原生物製品，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。

某些此類藥物對您可能很陌生。有關藥物類型的定義，請參見您的*承保範圍說明書*第 12 章。美國食品藥物管理局 (FDA) 也提供有關藥物的消費者資訊。請參見 FDA 網站：[https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients](https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars" \l "For%20Patients)。如需瞭解更多資訊，您也可聯絡會員服務部或諮詢您的醫療保健提供者、處方醫生或  
藥劑師。]

[*Plan sponsors implementing for the first time in 2025 the option to immediately substitute brand name drugs with their new generic equivalents* *or authorized generics or to immediately substitute biological products with interchangeable biosimilars or unbranded biosimilars, that otherwise meet the requirements, should insert the following:* 從 2025 年起，如果我們以分攤費用等級相同或較低並且*[Plans that do not use tiers may omit「處於相同或更低的分攤費用等級且」]*具有相同或更少限制的新副廠藥或某些原廠藥或原生物製品的生物仿製藥作為替代，我們可能會立即從藥物清單上刪除這些原廠藥或原生物製品。另外，在加入新藥時，我們可能會決定將該原廠藥或原生物製品保留在藥物清單上，但會立即將其移至其他分攤費用等級或增設限制，或是同時移至其他分攤費用等級並增設限制。*[Plans that do not use tiers may omit “move it to a different cost-sharing tier or” and “or both.”]*

換言之，若您正在使用的原廠藥或生物製品被副廠藥或生物仿製藥取代，計劃可能不會在作出更改之前的 30 天通知您，或透過網絡內藥房為您提供原廠藥或生物製品一個月的藥量。在我們作出更改之時，若您正在使用該原廠藥或生物製品，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。

某些此類藥物對您可能很陌生。有關本章所討論的藥物類型的定義，請參見您的*承保範圍說明書第* 12 章。美國食品藥物管理局 (FDA) 也提供有關藥物的消費者資訊。請參見 FDA 網站： <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>。如需瞭解更多資訊，您也可聯絡會員服務部或諮詢您的醫療保健提供者、處方醫生或藥劑師。]

#### 處方藥福利和費用的變化

*[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** *OR* **並]不適用於您**。*[If not applicable, omit the following 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的藥物費用，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」，[*if plan sends LIS Rider with ANOC, insert:* 但未在此資料包中找到此插頁，] [*if plan sends LIS Rider separately from the ANOC, insert:* 但在 *[insert date]* 之前未收到此插頁，]請致電會員服務部索取 *LIS 附則*。

從 2025 年開始，有三個**藥物付款階段**：年度自付扣除金階段、初始承保階段和重大傷病承保階段。D 部分福利中不再存在承保缺口階段和承保缺口折扣計劃。

承保缺口折扣計劃也將被製造商折扣計劃取代。在製造商折扣計劃下，藥物製造商會在初始承保階段和重大傷病承保階段為承保的 D 部分原廠藥和生物製劑支付計劃全部費用的一部分。製造商折扣計劃下製造商支付的折扣不計入自付費用。

自付扣除金階段的變化

| 階段 | 2024（今年） | 2025（明年） |
| --- | --- | --- |
| 第 1 階段：年度自付扣除金階段  在此階段期間，**您需支付**您的[*insert as applicable:* D 部分 *OR* 原廠*OR* *[insert tier name(s)]*]藥物的**全部費用**，直至達到年度自付扣除金。自付扣除金不適用於承保的胰島素產品和大多數的成人 D 部分疫苗，包括帶狀皰疹、 破傷風和旅行疫苗。  *[Plans with no deductible, omit text above.]* | 自付扣除金為 $*[insert 2024 deductible]*。  [*Plans with no deductible replace the text above with:* 因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 2024 insert the following*:*]*在此階段期間，您需支付*[insert name of tier(s) excluded from the deductible]*藥物的 *[insert cost-sharing amount that a member would pay in a tier(s) that is exempted from the deductible]* 分攤費用及*[insert name of tier(s) where copayments apply]*藥物的全部費用，直至達到年度自付 扣除金。 | 自付扣除金為 $*[insert 2025 deductible]*。  [*Plans with no deductible replace the text above with:* 因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 2025 insert the following*:*]*在此階段期間，您需支付*[insert name of tier(s) excluded from the deductible]*藥物的 *[insert cost-sharing amount that a member would pay in a tier(s) that is exempted from the deductible]* 分攤費用及*[insert name of tier(s) where copayments apply]*藥物的全部費用，直至達到年度自付 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 copayment or vice versa from 2024 to 2025 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 2024 年到 2025 年的變化。]

*[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 | 2024（今年） | 2025（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 2024 to 2025 insert for each applicable tier:* 在 2024 年，您為 *[insert tier name]* 藥物支付了[*insert as appropriate:* $[*xx*] 的定額手續費 *OR* [*xx*]% 的共同保險]。在 2025 年，您將為此等級藥物支付 [*insert as appropriate:* $[*xx*] 的定額手續費 *OR* [*xx*]% 的共同保險]。」]  此表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。  有關[*insert as applicable:* 長期供藥；或提供首選分攤費用的網絡內藥房]費用的詳情，請參見*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。]  大多數成人 D 部分疫苗免費為您承保。 | [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2024 to 2025 insert:* 一個月供藥的天數為 [*xx*] 天。]  在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取一個月 藥量的費用為 $[*xx*]。  ***[Insert name of Tier 1]*:**  您需支付 [*insert as applicable:* $[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%。] [*Plans that are changing insulin cost sharing from 2024 to 2025, insert for each applicable tier:* 對於此等級承保的每種胰島素產品的一個月藥量，您需支付 $[*xx*]。]  [*Plans that are changing costs for mail-order prescriptions from 2024 to 2025 insert:* 您一個月郵購處方藥的費用為 $[*xx*]。]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  您需支付 [*insert as applicable:* $[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 *[xx]*%。] [*Plans that are changing insulin cost sharing from 2024 to 2025, insert for each applicable tier:* 您需為該等級上的每種承保胰島素產品支付每月 $[*xx*] 的費用。]  [*Plans that are changing costs for mail-order prescriptions from 2024 to 2025 insert:* 您一個月郵購處方藥的費用為 $[*xx*] 天。]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  一旦[*insert as applicable*: 您的總藥費達到 $*[insert 2024 initial coverage limit]*，您將進入下一個階段（承保缺口階段）。*OR* 如果您已為 D 部分藥物支付了 $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]* 的自付費用，您將進入下一個階段（重大傷病承保 階段）。] | [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2024 to 2025 insert:* 一個月供藥的天數為 [*xx*] 天。]  在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取一個月 藥量的費用為 $[*xx*]。  ***[Insert name of Tier 1]*:**  您需支付 [*insert as applicable:* $[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%。] [*Plans that are changing insulin cost sharing from 2024 to 2025, insert for each applicable tier:* 對於此等級承保的每種胰島素產品的一個月藥量，您需支付 $[*xx*]。]  [*Plans that are changing costs for mail-order prescriptions from 2024 to 2025 insert:* 您一個月郵購處方藥的費用為 $[*xx*]。]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  您需支付 [*insert as applicable:* $[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%。] [*Plans that are changing insulin cost sharing from 2024 to 2025, insert for each applicable tier:* 您需為該等級上的每種承保胰島素產品支付每月 $[*xx*] 的費用。]  [*Plans that are changing costs for mail-order prescriptions from 2024 to 2025 insert:* 您一個月郵購處方藥的費用為 $[*xx*] 天。]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  一旦您為 D 部分藥物支付了 $*[insert 2025 out-of-pocket threshold]* 的自付費用，您將進入下一個階段（重大傷病承保 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 | 2024（今年） | 2025（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 2024 to 2025 insert for each applicable tier:* 在 2024 年，您為 *[insert tier name]* 藥物支付了[*insert as appropriate:* $[*xx*] 的定額手續費 *OR* [*xx*]% 的共同保險]。在 2025 年，您將為此等級藥物支付 [*insert as appropriate:* $[*xx*] 的定額手續費 *OR* [*xx*]% 的共同保險]。]  此表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。  有關[*insert as applicable:* 長期供藥；或提供首選分攤費用的網絡內藥房]費用的詳情，請參見*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。]  大多數成人 D 部分疫苗免費為您承保。 | [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2024 to 2025 insert:* 一個月供藥的天數為 [*xx*] 天。]  在網絡內藥房配取一個月藥物份量的費用為 $[*xx*]。  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *標準分攤費用：*您需支付 [*insert as applicable:* $[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%]。  *[Plans that are changing the insulin cost sharing from 2024 to 2025, insert for each applicable tier:* 對於此等級承保的每種胰島素產品的一個月藥量，您需支付 $[*xx*]。]  [*Plans that are changing costs for mail-order prescriptions from 2024 to 2025 insert:* 您一個月郵購處方藥的費用為 $[*xx*]。]  *首選分攤費用：*您需支付 [*insert as applicable:* $[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%]。  [*Plans that are changing the insulin cost sharing from 2024 to 2025, insert for each applicable tier:* 對於此等級承保的每種胰島素產品的一個月藥量，您需支付 $[*xx*]。]  [*Plans that are changing costs for mail-order prescriptions from 2024 to 2025 insert:* 您一個月郵購處方藥的費用為 $[*xx*]。]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *標準分攤費用：*您需支付 [*insert as applicable:* $[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%]。  [*Plans that are changing the insulin cost sharing from 2024 to 2025, insert for each applicable tier:* 對於此等級承保的每種胰島素產品的一個月藥量，您需支付 $[*xx*]。]  [*Plans that are changing costs for mail-order prescriptions from 2024 to 2025 insert:* 您一個月郵購處方藥的費用為 $[*xx*]。]  *首選分攤費用：*您需支付 [*insert as applicable:* $[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%]。  *[Plans that are changing the insulin cost sharing from 2024 to 2025, insert for each applicable tier:* 對於此等級承保的每種胰島素產品的一個月藥量，您需要支付 $[*xx*]。*]*  [*Plans that are changing costs for mail-order prescriptions from 2024 to 2025 insert:* 您一個月郵購處方藥的費用為 $[*xx*]。]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  一旦[*Insert as applicable*: 您的總藥費達到 $*[insert 2024 initial coverage limit]*，您將進入下一個階段（承保缺口階段）。*OR* 如果您已為 D 部分藥物支付了 $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]* 的自付費用，您將進入下一個階段（重大傷病承保 階段）。] | [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2024 to 2025 insert:* 一個月供藥的天數為 [*xx*] 天。]  在網絡內藥房配取一個月藥物份量的費用為 $[*xx*]。  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *標準分攤費用：*您需支付 [*insert as applicable:* $[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%]。  *[Plans that are changing the insulin cost sharing from 2024 to 2025, insert for each applicable tier:* 對於此等級承保的每種胰島素產品的一個月藥量，您需支付 $[*xx*]。]  [*Plans that are changing costs for mail-order prescriptions from 2024 to 2025 insert:* 您一個月郵購處方藥的費用為 $[*xx*]。]  *首選分攤費用：*您需支付 [*insert as applicable:* $[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%]。  [*Plans that are changing the insulin cost sharing from 2024 to 2025, insert for each applicable tier:* 對於此等級承保的每種胰島素產品的一個月藥量，您需支付 $[*xx*]。]  [*Plans that are changing costs for mail-order prescriptions from 2024 to 2025 insert:* 您一個月郵購處方藥的費用為 $[*xx*]。]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *標準分攤費用：*您需支付 [*insert as applicable:* $[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%]。  [*Plans that are changing the insulin cost sharing from 2024 to 2025, insert for each applicable tier:* 對於此等級承保的每種胰島素產品的一個月藥量，您需支付 $[*xx*]。]  [*Plans that are changing costs for mail-order prescriptions from 2024 to 2025 insert:* 您一個月郵購處方藥的費用為 $[*xx*]。]  *首選分攤費用：*您需支付 [*insert as applicable:* $[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%]。  *[Plans that are changing the insulin cost sharing from 2024 to 2025, insert for each applicable tier:* 對於此等級承保的每種胰島素產品的一個月藥量，您需要支付 $[*xx*]。*]*  [*Plans that are changing costs for mail-order prescriptions from 2024 to 2025 insert:* 您一個月郵購處方藥的費用為 $[*xx*]。]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  一旦您為 D 部分藥物支付了 $*[insert 2025 out-of-pocket threshold]* 的自付費用，您將進入下一個階段（重大傷病承保 階段）。 |

重大傷病承保階段的更改

重大傷病承保階段是第三個階段，也是最後階段。從 2025 年開始，藥物製造商會在重大傷病承保階段為承保的 D 部分原廠藥和生物製劑支付計劃全部費用的一部分。製造商折扣計劃下製造商支付的折扣不計入自付費用。

[*Plans that have changed how they cover excluded drugs under an enhanced benefit in 2025, insert the following, as applicable:* **如果您達到重大傷病承保階段，則無需再為承保的 D 部分藥物以及被排除在外但受我們的增強型福利承保的藥物支付任何費用。**]

[*Plans that cover excluded drugs under an enhanced benefit with cost sharing in this stage, insert the following:* **如果您達到重大傷病承保階段，則不需要為承保 D 部分藥物支付任何費用。對於我們增強型福利下承保的被排除在外的藥物，您可能有分攤費用。**]

請參見*承保範圍說明書*第 6 章第 6 節，瞭解有關重大傷病承保階段的費用的具體資訊。

第 3 節 管理變更

*[Insert this section if applicable: Plans with administrative changes that impact members (e.g., changes in options for paying the monthly premium, changes 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.]*

| 說明 | 2024（今年） | 2025（明年） |
| --- | --- | --- |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2024 administrative description]* | *[Insert 2025 administrative description]* |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2024 administrative description]* | *[Insert 2025 administrative description]* |
| **Medicare 處方藥付款計劃** | 不適用 | Medicare 處方藥付款計劃是一種適用於您當前藥物承保的新付款方式，它可以將費用分攤至**全年**（一月到十二月）**每月變化的月繳款項**中，以此來幫助您管理藥物 費用。  如需更多關於此付款方式的資訊，請撥打 *[insert appropriate member services phone number]* 聯絡我們或瀏覽 Medicare.gov。 | |

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 2025 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，您會自動加入我們的 *[insert 2025 plan name]*。

### 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 2025 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。請記住，並非所有 Medicare 保健計劃都承保處方藥。另請注意，對於許多計劃，您不得在加入 Medicare 保健計劃的同時購買處方藥計劃。
* *– 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 處方藥計劃。如果您不參保 Medicare 處方藥計劃，請參見  
  第 2.1 節關於 D 部分逾期參保罰金的內容。

要瞭解關於 Original Medicare 以及不同類型的 Medicare 計劃的更多資訊，請使用 Medicare 計劃搜尋器 ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare))、閱讀*「2025 年 Medicare 與您」*手冊、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）。

[*Plans may choose to insert if applicable:* 我們想提醒您，*[insert MAO name]* *[insert Plan/  
Part D sponsor in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document]* 還提供其他 [*insert as applicable:* Medicare 保健計劃 *AND/OR* Medicare 處方藥計劃。其他這些計劃的承保範圍、月繳保費及分攤費用可能有所不同。]]

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 2025 plan name]*。
* [*MA-PD plans, insert:* 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 2025 plan name]*。]
* [*MA-only plans, insert:* 若要改為 **Original Medicare 計劃加 Medicare 處方藥計劃，或改為其他藥物計劃**，您必須：
* 您可向我們寄送書面申請，要求從 *[insert 2025 plan name]* 退保，或致電 1‑800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare**，要求退保，全天候服務。聽障人士可致電 1-877-486-2048。如果您需要如何退保的詳細資訊，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）；
* *– 並且 –* 聯絡您想要加入的 Medicare 處方藥計劃並要求參保。]
* 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申請[*insert if organization has complied with CMS guidelines for online disenrollment:* 或瀏覽我們的網站進行線上退保]。如果您需要有關如何操作的更多資訊，請聯絡會員服務部。
* – *或者* – 您可隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare**，要求退保。聽障人士可致電 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 2025 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，在藥物方面獲得「額外補助」、擁有或退出僱主保險以及搬離服務區域的 Medicaid 受保人。

如果您參保了將於 2025 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 2025 年 1 月 1 日到 3 月 31 日期間轉到其他 Medicare 保健計劃（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）。

如果您最近搬入或目前居住在某個機構（如專業護理機構或長期護理醫院），您可以**隨時**變更您的 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）。如果您最近搬離某個機構，您有機會在搬離當月後的兩個月內更改計劃或轉至 Original Medicare。

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) 是一項獨立的政府計劃，在每個州都有受過專業訓練的顧問。在 *[insert state]*，SHIP 稱為 *[insert state-specific SHIP name]*。

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。您可致電*[insert state-specific SHIP name]*，電話：*[insert SHIP phone number]*。[*Plans may insert the following:* 您可瀏覽 (*[insert state-specific SHIP name]*) 的網站 *[insert SHIP website]* 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 both SPAPs and ADAPs, 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，符合資格的人士無需繳納逾期參保罰金。要瞭解自己是否符合條件，請致電：
* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士可致電 1-877-486-2048（全天候服務）；
  + 社會保障辦事處的代表，電話 1-800-772-1213，服務時間：早上 8 點至晚上 7 點，週一至週五。自動應答系統全天 24 小時提供服務。聽障人士可致電 1-800-325-0778；或
* 您的州 Medicaid 辦公室。
* *[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.]* **從您的州醫藥補助計劃獲得幫助。***[Insert state name]*提供一項 *[insert state-specific SPAP name]* 計劃，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。
* *[Plans with an ADAP in their state(s) that do NOT provide Insurance Assistance should delete this bullet.] [Plans with no Part D drug cost sharing should delete this section.]***HIV/AIDS 患者的處方藥分攤費用補助。**AIDS 藥物協助計劃 (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]*。
* **Medicare 處方藥付款計劃。**Medicare 處方藥付款計劃是一項新的付款方式，從 2025 年開始，您可藉助該計劃管理您的藥物自付費用。這是一種適用於您當前藥物承保的新付款方式，它可以將費用分攤至**全年**（一月到十二月）**每月變化的月繳款項**中，以此來幫助您管理藥物費用。**此付款方式可能對您管理費用有所幫助，但無法為您省錢或降低藥物費用。**

Medicare 提供的「額外補助」以及 SPAP 和 ADAP 提供的幫助（適用於符合資格的人士）比參與 Medicare 處方藥付款計劃更有優勢。所有會員均符合使用這一付款方式的資格，無論其收入水平如何，並且所有提供藥物承保的 Medicare 藥物計劃和 Medicare 保健計劃都必須提供該付款方式。如需更多關於此付款方式的資訊，請撥打 *[insert appropriate member services phone number]* 聯絡我們或瀏覽 Medicare.gov。

第 8 節 您有問題嗎？

### 第 8.1 節 – 從 *[insert 2025 plan name]* 獲取幫助

有疑問？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]*。（僅聽障人士可致電 *[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 2025 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 2025 年的福利及費用發生的變化。詳情請參閱 *[insert 2025 plan name]* 的 *2025 年承保範圍說明書*。*「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。在我們的網站 *[insert URL]* 上可找到承*保範圍說明書*。[*Insert as applicable*: 您也可查看我們隨附 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對您是否有影響。]您也可以致電會員服務部要求我們為您郵寄一份*承保範圍說明書*。

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）[MA-only plans, omit]*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）。聽障人士可致電   
1-877-486-2048。

瀏覽 Medicare 網站

瀏覽 Medicare 網站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/))。其中包含關於費用、承保範圍和品質星級評級的資訊，可以幫助您比較您所在區域各個 Medicare 保健計劃。要查看有關計劃的資訊，請瀏覽 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)。

閱讀*「2025 年 Medicare 與您」*

閱讀*「2025 年 Medicare 與您」*手冊。每年秋季，本文件均會郵寄給 Medicare 受保人。  
它總結了 Medicare 的福利、權利和保障，並且回答了關於 Medicare 的最常見問題。  
如果您沒有此文件的副本，您可以在 Medicare 網站上獲取 (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時提供服務。聽障人士可致電 1-877-486-2048。