**[MA-only PPO models**]  
**[2024 ANOC model**]

***由 [insert MAO name***] [***insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required MAO names***] ***提供的*** [***Insert 2024 plan name***] ([***insert plan type***])

# 2024 年度更改通知

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

您目前已參保為 *[insert 2023 plan name*] 的會員。明年的計劃費用和福利將會有變更。***請參閱第 4 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。]歡迎致電會員服務部，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。
* 檢閱醫療護理費用的變化（醫生、醫院）。
* 想一想您將在保費、自付扣除金和分攤費用上花多少錢
* 查看您的主治醫生、專科醫生、醫院和其他醫療服務提供者明年是否會加入我們的網絡。
* 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 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) 網站上的 Medicare 計劃搜尋器或查看「*2024 年 Medicare 與您*」手冊背面的清單。
* 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

* 如果您未在 2023 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 **2024 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、目前居住在或剛搬出某個機構（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）。

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*]。此電話是免費的。
* *[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., braille, large print, audio) 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：[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 2024 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 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 2024 plan name*]。

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

**2024 *年度更改通知***  
**目錄**

2024 年重要費用概述 5

第 1 節 我們正在更改計劃的名稱 6

第 1 節 除非您選擇其他計劃，否則您將在 2024 年自動參保 *[insert 2024 plan name*] 6

第 2 節 明年的福利與費用變化 7

第 2.1 節 – 月繳保費的變化 7

第 2.2 節 – 您的最高自付費用變化 8

第 2.3 節 – 醫療服務提供者網絡的變化 9

第 2.4 節 – 醫療服務福利和費用的變化 10

第 3 節 管理變更 11

第 4 節 決定選擇哪個計劃 12

第 4.1 節 – 如果您希望繼續留在 *[insert 2024 plan name]* 計劃中 12

第 4.2 節 – 如果您希望更改計劃 12

第 5 節 更改計劃的截止期限 13

第 6 節 提供 Medicare 免費諮詢的計劃 14

第 7 節 幫助支付處方藥費用的計劃 14

第 8 節 您有問題嗎？ 16

第 8.1 節 – 從 *[insert 2024 plan name]* 獲取幫助 16

第 8.2 節 – 從 Medicare 獲取幫助 16

2024 年重要費用概述

下表在幾個重要方面對 *[insert 2024 plan name*] 的 2023 年費用和 2024 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 2023 Medicare amounts and must insert:*此為 2023 年的分攤費用，可能會在 2024 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 | 2023（今年） | 2024（明年） |
| --- | --- | --- |
| 月繳計劃保費  *[Plans with no optional supplemental benefits delete the following.*]（請參見第 *[edit section number as needed*]  2.1 節瞭解詳情。） | *[Insert 2023 premium amount*] | *[Insert 2024 premium amount*] |
| *[Plans with no deductible may delete this row.*]  自付扣除金 | *[Insert 2023 deductible amount*] | *[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。*]* |
| 最高自付費用金額  這是您最多需要支付的費用  適用於您的承保 [*insert if applicable:*A 部分和 B 部分] 服務支付任何自付費用。 （請參見第 *[edit section number as needed]*2.2 節瞭解詳情。） | 從網絡內提供者處獲取服務：*[insert 2023 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 2023 combined MOOP amount]* | 從網絡內提供者處獲取服務：*[insert 2024 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 2024 combined MOOP amount*] |
| 醫生診室就診 | 主治醫生就診：每次就診 *[insert 2023 cost sharing for PCPs*]  專科醫生就診：每次就診 *[insert 2023 cost sharing for specialists*] | 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]]* |
| 住院 | *[Insert 2023 cost sharing*] | *[Insert 2024 cost sharing*] |

*[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:*

2024 年 1 月 1 日，我們的計劃名稱將從 *[insert 2023 plan name*] 更改為 *[insert 2024 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 2024 年自動參保 *[insert 2024 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 cross walks 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 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.]*

2024 年 1 月 1 日，*[insert MAO name*] [*insert Plan in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document*] 將把 *[insert 2023 plan name*] 與我們的一個計劃 *[insert 2024 plan name*] 合併。本文件中的資訊介紹您目前在 *[insert 2023 plan name*] 下享有的福利與從 2024 年 1 月 1 日開始您作為 *[insert 2024 plan name*] 會員而享有的福利之間的差別。

**如果您在 2023 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 2024 plan name****]。*這表示從 2024 年 1 月 1 日起，您將透過 *[insert 2024 plan name*] 獲取您的醫療保險。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 日之間進行此操作。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 | 2023（今年） | 2024（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 2023 premium amount*] | *[Insert 2024 premium amount*] |

### 第 2.2 節 – 您的最高自付費用變化

*[Plans that include the costs of supplemental 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。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 [*insert if applicable:*A 部分和 B 部分] 承保服務支付任何費用。

| 費用 | 2023（今年） | 2024（明年） |
| --- | --- | --- |
| 網絡內最高費用自付費用金額  您從網絡內提供者處獲得的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。*[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。 | *[Insert 2023 in-network MOOP amount*] | *[Insert 2024 in-network MOOP amount*]  在您支付了 *[insert 2024 in-network MOOP amount*] 以用於 [*insert if applicable:*從網路內提供者處獲得的 A 部分和 B 部分] 服務後，您不需要為您的承保 [*insert if applicable:*A 部分和 B 部分] 承保服務支付任何費用。 |
| 合併最高費用自付費用金額  您從網絡內和網絡外醫療服務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。  *[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 2023 combined MOOP amount*] | *[Insert 2024 combined MOOP amount*]  在您支付了 *[insert 2024 combined MOOP amount]*] 以用於 *insert if applicable:*A 部分和 B 部分] 服務後，您不需要為日曆年剩餘時間內來自網絡內或網絡外提供者的承保 [*insert if applicable:*A 部分和 B 部分] 服務支付任何費用。 |

### 第 2.3 節 – 醫療服務提供者網絡的變化

[*Insert if applicable:*我們隨本文件附上一份最新的*醫療服務提供者目錄*。]在我們的網站 *[insert URL]* 上[i*nsert if applicable*:也]可找到最新的目錄。您還可以致電會員服務部以獲取更新的醫療服務提供者資訊，或要求我們向您郵寄*醫療服務提供者*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 2024 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。**

*[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）進行更改。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 “There are no changes to your benefits or amounts you pay for medical services” and replace the rest of this section with:*2024 年我們的福利和您為這些承保醫療服務支付的費用與 2023 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 2023 benefits that will end for 2024, 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 CY2024 Part C benefits; and (3) all changes in cost sharing for 2024 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). Note that beginning July 2023, cost-sharing for insulin furnished through an item of DME is subject to a coinsurance cap of $35 for one-month’s supply of insulin.]*

[*If using Medicare FFS amounts (e.g. Inpatient and SNF cost sharing) the plan must insert the 2023 Medicare amounts and must insert:* 此為 2023 年的分攤費用，可能會在 2024 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.*]

[*Instructions to plans offering VBID Model benefits: VBID Model participating plans should update this section to reflect coverage for any new VBID Model benefits that will be added for CY 2024 benefits, and/or for previous CY 2023 VBID Model benefits that will end for CY 2024. Specific to the VBID Model benefits, the table must include: (1) all new VBID Model benefits that will be added for 2024, except for the hospice benefit component (which has separate ANOC instructions to VBID participating plans), including mandatory supplemental benefits such as the flexibility to Cover New and Existing Technologies or Food and Drug Administration (FDA) approved Medical Devices or 2023 benefits that will end for 2024; and (2) all changes in cost sharing for all VBID Model benefits for 2024.]*

| 費用 | 2023（今年） | 2024（明年） |
| --- | --- | --- |
| *[Insert benefit name]* | [*For benefits that were not covered in 2023 [Insert benefit name]*  不受承保。]  [*For benefits with a copayment insert:* 您需支付 $*[insert 2023 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 2023 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 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].*] |
| *[Insert benefit name*] | *[Insert 2023 cost/ coverage, using format described above.]* | *[Insert 2024 cost/ coverage, using format described above.*] |

第 3 節 管理變更

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

| 說明 | 2023（今年） | 2024（明年） |
| --- | --- | --- |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing*] | *[Insert 2023 administrative description]* | *[Insert 2024 administrative description*] |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2023 administrative description*] | *[Insert 2024 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 2024 plan name]* 計劃中

**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 2024 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 2024 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。如果您不參保 Medicare 藥物計劃，則可能產生 D 部分逾期參保罰金。

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「*2024 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:*我們想要提醒您，*[insert MAO name] [insert Plan in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document]* 也提供其他 [*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。您將自動從 *[insert 2024 plan name*] 退保。
  + 若要**改為附帶處方藥計劃的 Original Medicare**，請參保新的藥物計劃。您將自動從 *[insert 2024 plan name*] 退保。
* 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請求[*insert if organization has complied with CMS guidelines for online disenrollment:*或瀏覽我們的網站以在網上退保]。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 2024 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」、擁有或退出雇主保險以及搬離服務區域的 Medicaid 受保人。

如果您參保了將於 2024 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 2024 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、目前居住在或剛搬出某個機構（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）。

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:*您可瀏覽其網站 *[insert SHIP website]*，瞭解 *[insert state-specific SHIP name*] 的更多相關資訊。

第 7 節 幫助支付處方藥費用的計劃

您可能有資格獲得支付處方藥費用的幫助。*[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，符合資格的人士不必經歷承保缺口階段，也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，每週七天，每天 24 小時提供服務；
  + 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（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.]* **從您的州政府醫藥補助計劃獲得幫助。***[Insert state name*] 提供一項名為 *[insert state-specific SPAP name*] 的計劃，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 without an ADAP in their state(s), should delete this bullet.]* **如果您獲 AIDS 藥物協助計劃 (ADAP) 承保會怎樣？**AIDS 藥物協助計劃 (ADAP) 可以幫助符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 患者獲取挽救生命的 HIV 藥物。同樣受 ADAP 承保的 Medicare D 部分處方藥有資格透過 *[insert State-specific ADAP information*] 獲得處方藥分攤費用援助。**註：**如要符合參加所在州的 ADAP 的資格，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。
* 如果您現在正在參加 ADAP，則它可繼續就 ADAP 處方藥一覽表上的藥物為您提供 Medicare D 部分處方藥分攤費用補助。為確保您繼續獲得此項補助，如果您的 Medicare D 部分計劃名稱或保單編號發生任何變化，請通知您當地負責參保事宜的 ADAP 工作人員。*[Insert State-specific ADAP contact information.*]

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 2024 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:*撥打這些電話是免費的。]

閱讀您的 2024 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 2024 年的福利及費用發生的變化。詳情請參見 *[insert 2024 plan name*] 的 2024 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。]歡迎致電會員服務部，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醫療服務提供者網絡（*醫療服務提供者目錄*）的最新資訊。

### 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](https://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「*2024 年 Medicare 與您*」

閱讀「*2024 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，您可以隨時瀏覽 Medicare 網站 (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，全天候服務。聽障人士可致電 1-877-486-2048。