**[PDP models]  
[2023 ANOC model]**

***由 [insert MAO name]*** ***[insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required MAO names]*** ***提供的******[Insert 2023 plan name]*** ***([insert plan type])***

# 2023 年度更改通知

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

您目前已註冊為 *[insert 2022 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。要獲取有關費用、福利或規則的更多資訊，請查看我們的網站 (*[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。
* 查看我們的藥物承保範圍的變化，包括授權要求和費用
* 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 2023 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。
* 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「*2023 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 2022 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 **2023 年 1 月 1 日**開始。這將結束您的 *[insert plan name]* 參保。

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]*。
* *[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., braille, large print, audio) as applicable.]*

關於 *[insert 2023 plan name*]

* *[Insert Federal contracting statement.]*
* 當本文件中出現「我們」或「我們的」時，是指 *[insert Part D sponsor name] [insert Plan/Part D sponsor in parentheses, as applicable, after listing required Part D sponsor names throughout this document]*。出現「計劃」或「我們的計劃」時，是指 *[insert 2023 plan name]*。

[*Insert as applicable: [insert Material ID]* CMS Approved[MMDDYYYY]  *OR [insert Material ID]*]

**2023 *年度更改通知***  
**目錄**

*[Update table below after completing edits.]*

[2023 年重要費用概述 4](#_Toc111466621)

[第 1 節 我們正在更改計劃的名稱 5](#_Toc111466622)

[第 1 節 除非您選擇其他計劃，否則您將在 2023 年自動參保 *[insert 2023 plan name]* 5](#_Toc111466623)

[第 2 節 明年的福利與費用變化 6](#_Toc111466624)

[第 2.1 節 – 月繳保費的變化 6](#_Toc111466625)

[第 2.2 節 – 藥房網絡的變化 6](#_Toc111466626)

[第 2.3 節 – D 部分處方藥保險的變化 7](#_Toc111466627)

[第 3 節 管理變更 13](#_Toc111466628)

[第 4 節 決定選擇哪個計劃 14](#_Toc111466629)

[第 4.1 節 – 如果您希望繼續留在 *[insert 2023 plan name]* 中 14](#_Toc111466630)

[第 4.2 節 – 如果您希望更改計劃 14](#_Toc111466631)

[第 5 節 更改計劃的截止期限 15](#_Toc111466632)

[第 6 節 提供 Medicare 免費諮詢的計劃 15](#_Toc111466633)

[第 7 節 幫助支付處方藥費用的計劃 16](#_Toc111466634)

[第 8 節 您有問題嗎？ 17](#_Toc111466635)

[第 8.1 節 – 從 *[insert 2023 plan name]* 獲取幫助 17](#_Toc111466636)

[第 8.2 節 – 從 Medicare 獲取幫助 17](#_Toc111466637)

2023 年重要費用概述

下表在幾個重要方面對 *[insert 2023 plan name]* 的 2022 年費用和 2023 年費用進行比較。**請注意，這只是一份費用摘要。**

| 費用 | 2022（今年） | 2023（明年） |
| --- | --- | --- |
| 月繳計劃保費\*  \* 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 2022 premium amount]* | *[Insert 2023 premium amount]* |
| D 部分處方藥保險  （請參見第 *[edit section number as needed]* 2.3 節瞭解詳情。） | 自付扣除金：*[Insert 2022 deductible amount]*  *[Copayment/Coinsurance as applicable]* 於初始承保階段：   * 第 1 級藥物：*[Insert 2022 cost sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* | 自付扣除金：*[Insert 2023 deductible amount]*  *[Copayment/Coinsurance as applicable]* 於初始承保階段：   * 第 1 級藥物：*[Insert 2023 cost sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* |

*[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:*

2023 年 1 月 1 日，我們的計劃名稱將從 *[insert 2022 plan name]* 更改為 *[insert 2023 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 2023 年自動參保 [insert 2023 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.]*

2023 年 1 月 1 日，*[insert Part D sponsor name] [insert Plan/Part D sponsor in parentheses, as applicable, after listing required Part D sponsor names throughout this document]* 將把 *[insert 2022 plan name]* 與我們旗下的一個計劃 *[insert 2023 plan name]* 進行合併。本文件中的資訊介紹您目前在 *[insert 2022 plan name]* 下享有的福利與從 2023 年 1 月 1 日開始您作為 *[insert 2023 plan name]* 會員而享有的福利之間的差別。

**如果您在 2022 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 2023 plan name]*。**這表示從 2023 年 1 月 1 日起，您將透過 *[insert 2023 plan name]* 獲取  
您的處方藥保險。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 | 2022（今年） | 2023（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.]*  （您還必須繼續繳納您的 Medicare B 部分保費，由 Medicaid 為您支付的情況除外。） | *[Insert 2022 premium amount]* | *[Insert 2023 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 – 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]* 我們的藥房網絡在下一年會有所變化。[*Insert if applicable:* 我們隨本文件附上一份*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 2023 年的*藥房目錄*，瞭解哪些藥房在我們的網絡中。**

*OR*

*[For a plan that will have a higher than normal number of pharmacies leaving its pharmacy network]* 我們的網絡在 2023 年的變更比往年更多 [*Insert if applicable:* 我們隨本文件附上一份*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。**

*[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藥房進行變更。如果我們的藥房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 2.3 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」。藥物清單副本 [*insert:* 隨函] *OR* [*insert:* 以電子方式] 提供。[*If including an abridged formulary, add the following language:*藥物清單包括我們將於明年承保的多種藥物（但並非全部藥物）。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:* 我們尚未對下一年的藥物清單作任何變更。不過，我們可能會在每年的其他時間根據 Medicare 的規定作出其他更改。我們也会立即删除被 FDA 視為不安全的藥物，或由產品製造商撤出市場的药物。我們更新了我們的線上藥物清單，以提供最新的藥物清單。]

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。**

大多數藥物清單變更發生在每年年初。不過，我們可能會在每年的其他時間根據 Medicare 的規定作出其他更改。例如，我們可能會立即刪除 FDA 認為不安全的藥物或由產品製造商撤出市場的药物。我們更新了我們的線上藥物清單，以提供最新的藥物清單。

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 7 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 implementing for the first time in 2023 have the option to immediately replace brand name drugs with their new generic equivalents, that otherwise meet the requirements, should insert the following:* 從 2023 年開始，我們可能會立即移除藥物清單中的原廠藥，同時我們將使用新的副廠藥替換移除的原廠藥。新的副廠藥將具有相同或更低的分攤費用等級，並具有相同或更少的限制。另外，在加入新副廠藥時，我們可能會決定將該原廠藥保留在藥物清單上，但會立即將其移至更高的分攤費用等級或增設限制，或是同時將其移至更高的分攤費用等級並增設限制。

換言之，若您正在使用的原廠藥被取代或被移至更高的分攤費用等級，計劃可能不會再在每次作出更改之前的 30 天通知您，或透過網絡內藥房為您提供該原廠藥一個月的藥量。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。]

#### 處方藥費用的變化

*[Plans that are VBID Model participants and offer $0 cost sharing for Part D drugs across all phases for all levels of LIS may delete the following paragraph.] [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」，[*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:* 在 *[insert date]* 之前未收到此插頁，] 請致電會員服務部索取  
「LIS 附則」。

有四個「藥物付款階段」。

以下資訊顯示了前兩個階段的變更 – 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 – 承保缺口階段或重大傷病承保階段。）

##### 自付扣除金階段的變化

| 階段 | 2022（今年） | 2023（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* *[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 2022 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 2022 and/or 2023 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 2023 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 2022 and/or 2023 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 2022 to 2023 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。] 請參見下表以瞭解 2022 年到 2023 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 | 2022（今年） | 2023（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 2022 to 2023 insert for each applicable tier:* 在 2022 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 2023 年，您需為此等級藥物支付 [*insert as appropriate:* $[*xx*] 的定額手續費 *OR* [*xx*]% 的共同保險。]] | 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 2022 to 2023 insert*「（[*xx*] 天）」*rather than*「一個月」*]* 藥物份量的費用：  ***[Insert name of Tier 1]*:**  您需支付 [*Insert as applicable:* $[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%。]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  您需支付 [*Insert as applicable:* $[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%。]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  一旦 [*Insert as applicable:* 您的總藥費達到 $*[insert 2022 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 2022 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）。] | 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 2022 to 2023 insert*「（[*xx*] 天）」*rather than*「一個月」*]* 藥物份量的費用：  ***[Insert name of Tier 1]*:**  您需支付 [*Insert as applicable:* $[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%。]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  您需支付 [*Insert as applicable:* $[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%。]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  一旦 [*Insert as applicable:* 您的總藥費達到 $*[insert 2023 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 2023 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）。] |
| 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 2022 to 2023 insert:* 如表中所示，從 2022 年到 2023 年，一個月的供藥天數已經發生變化。] 有關 [*Insert as applicable:* 在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，請參見*承保範圍說明書*第 4 章 第 5 節。  [*Insert if applicable:* 我們變更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。] |  |  |

*[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 | 2022（今年） | 2023（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 2022 to 2023 insert for each applicable tier:* 在 2022 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 2023 年，您需為此等級藥物支付 [*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 2022 to 2023 insert:* 如表中所示，從 2022 年到 2023 年，一個月的供藥天數已經發生變化。] 有關 [*Insert as applicable:* 長期供藥或郵購處方藥] 費用的詳情，請參見*承保範圍說明書*第 4 章第 5 節。 | 網絡內藥房提供一個月 *[Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2022 to 2023 insert*「（[*xx*] 天）」*rather than*「一個月」*]* 藥物份量的費用：  ***[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*]%]。  *首選分攤費用：*您需支付 [*Insert as applicable:* $[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*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*]%]。  *首選分攤費用：*您需支付 [*Insert as applicable:* $[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%]。  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  一旦 [*Insert as applicable:* 您的總藥費達到 $*[insert 2022 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 2022 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）。] | 網絡內藥房提供一個月 *[Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2022 to 2023 insert*「（[*xx*] 天）」*rather than*「一個月」*]* 藥物份量的費用：  ***[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*]%]。  *首選分攤費用：*您需支付 [*Insert as applicable:* $[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*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*]%]。  *首選分攤費用：*您需支付 [*Insert as applicable:* $[*xx*]（每份處方）*OR* 總費用的 [*xx*]%]。  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  一旦 [*Insert as applicable:* 您的總藥費達到 $*[insert 2023 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 2023 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）。] |
| 第 2 階段：初始承保階段（續）  [*Insert if applicable:* 我們變更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。] |  |  |

請參見*承保範圍說明書*第 4 章第 6 和 7 節，瞭解有關這些階段的費用的資訊。

*[Insert section below if offering VBID Model Part D cost sharing reduction or elimination and there are changes for CY2023.]*

**您的 VBID D 部分福利的更改**

*[VBID Model participating plans approved to offer Part D reduced or eliminated cost sharing should update this section to reflect coverage for any new VBID Model Part D cost sharing reduction or elimination that will be added for CY 2023 benefits, and all Part D changes in cost-sharing reduction or elimination for all VBID Model benefits for 2023.]*

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 | 2022（今年） | 2023（明年） |
| --- | --- | --- |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2022 administrative description]* | *[Insert 2023 administrative description]* |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2022 administrative description]* | *[Insert 2023 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 2023 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，您會自動加入我們的 *[insert 2023 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 2023 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 處方藥計劃，
* -- *或者* -- 您可以轉至 Medicare 保健計劃。某些 Medicare 保健計劃還包括 D 部分處方藥保險，
* -- *或者* -- 您可以保留當前的 Medicare 健康保險並退出您的 Medicare 處方藥保險。

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「*2023 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 Part D sponsor name] [insert Plan/Part D sponsor in parentheses, as applicable, after listing required Part D sponsor 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。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 處方藥計劃**，請參保新的計劃。您將自動從 *[insert 2023 plan name]* 退保。
* 若要**改為 Medicare 保健計劃**，請參保新的計劃。根據您選擇的計劃類型，您可能會從 *[insert 2023 plan name]* 自動退保。
  + 如果您加入包含 D 部分處方藥保險的任何 Medicare 保健計劃，您將自動從 *[insert 2023 plan name]* 退保。如果您加入 Medicare HMO 或 Medicare PPO，即使該計劃不包含處方藥保險，您也會自動退保。
  + 如果您選擇不含 D 部分藥物保險的 Private Fee-for-Service Plan、Medicare Medical Savings Account Plan 或 Medicare Cost Plan，您可以加入該項新計劃並保留 *[insert 2023 plan name]* 作為您的藥物保險。加入這些計劃的其中一種不會使您從 *[insert 2023 plan name]* 中自動退保。如果您計劃加入這種計劃，並且想退出我們的計劃，您必須要求從 *[insert 2023 plan name]* 退保。如要退保，您必須向我們寄送書面申請或隨時致電 Medicare，電話：  
    1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（聽障人士可致電 1-877-486-2048）。
* 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處方藥計劃或 Medicare 保健計劃，您可以在 **10 月 15 日至 12 月 7 日**期間進行變更。更改將於 2023 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（「州健康保險援助計劃」）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。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（「州醫藥補助計劃」）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]*。

第 8 節 您有問題嗎？

### 第 8.1 節 – 從 *[insert 2023 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 2023 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 2023 年的福利及費用發生的變化。詳情請參閱 *[insert 2023 plan name]* 的 2023 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藥房網絡的最新資訊*（藥房目錄）*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 處方藥計劃。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「*2023 年 Medicare 與您*」

閱讀「*2023 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) 來獲取。聽障人士可致電 1-877-486-2048。