

2025



年度變更通知

Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO)

多語言口譯服務

English	We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-940-9330 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.
Albanian	Ne kemi në dispozicion shërbime përkthimi për t'ju përgjigjiur çdo pyetjeje që mund të keni lidhur me shëndetin tuaj apo me planin tuaj të mjekimit. Për të siguruar një përkthyes/e, na telefononi në 1-877-940-9330 (TTY: 711). Dikush që flet shqip mund t'ju ndihmojë. Ky është një shërbim pa pagesë.
Arabic	لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك بشأن خططنا للصحة أو الأدوية. للحصول على مترجم فوري، اتصل بنا فحسب على الرقم 1-877-940-9330 (لمستخدمي الهاتف النصي: 711). يمكن لشخص يتحدث العربية مساعدتك. هذه خدمة مجانية.
Bengali	আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধ পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। দোভাষী পেতে হলে, আমাদের কেবল 1-877-940-9330 (TTY: 711) -এ কল করে যোগাযোগ করুন। বাংলাভাষী কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। এটি বিনামূল্যে প্রাপ্ত পরিষেবা।
Simplified Chinese	我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-940-9330 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。
Traditional Chinese	您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-940-9330 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務

French	Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pouvez avoir sur notre régime d'assurance-maladie ou d'assurance-médicaments. Pour obtenir un interprète, il suffit de nous appeler au 1-877-940-9330 (TTY : 711). Une personne qui parle français peut vous aider. Il s'agit d'un service gratuit.
French Creole	Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen konsènan plan sante ak medikaman nou an. Pou w jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-877-940-9330 (TTY : 711). Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ka ede w. Sèvis sa a gratis.
German	Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetscherdienst, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Für einen Dolmetscher, rufen Sie uns einfach unter der Rufnummer 1-877-940-9330 (TTY: 711) an. Eine Person, die Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist ein kostenloser Dienst.
Greek	Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσουμε σε τυχόν ερωτήσεις μπορεί να έχετε σχετικά με το πλάνο ιατρικής ή φαρμακευτικής περίθαλψής μας. Για να επικοινωνήσετε με διερμηνέα, απλώς καλέστε μας στο 1-877-940-9330 (TTY: 711). Κάποιος που μιλάει Ελληνικά μπορεί να σας βοηθήσει. Αυτή είναι μια δωρεάν υπηρεσία.
Hindi	हमारे स्वास्थ्य या ड्रग योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं हैं। दुभाषिया की सेवा प्राप्त करने के लिए, हमें 1-877-940-9330 (TTY: 711) पर कॉल करें। हिंदीअंग्रेजी जानने वाला कोई व्यक्ति आपकी सहायता कर सकता है। यह निशुल्क सेवा है।

Italian	Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per eventuali domande sul nostro piano di assistenza sanitaria e farmaceutica. Per ricevere il supporto di un interprete, chiamare il numero 1-877-940-9330 (TTY: 711). Sarà disponibile qualcuno che parli italiano. Il servizio è gratuito.
Japanese	弊社の健康および薬品に対するプランについて、お客様がお尋ねになりたいすべてのご質問にお答えするため弊社は無料通訳サービスを用意しております。通訳サービスを受けるには、弊社までお電話ください：1-877-940-9330（TTY: 711）。日本語が話せる方がお手伝いします。こうしたサービスは無料です。
Korean	귀하의 건강 또는 약품 플랜에 대한 질문에 답변해드리는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사를 구하려면 1-877-940-9330 (TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 한국어를 할 줄 아는 사람이 도와줄 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.
Polish	Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który odpowie na wszelkie pytania dotyczące naszego planu zdrowotnego lub planu przyjmowania leków. Aby uzyskać pomoc tłumacza, wystarczy zadzwonić pod numer 1-877-940-9330 (TTY: 711). Pomocy udzieli osoba mówiąca po Polskie. Usługa jest bezpłatna.
Portuguese	Contamos com serviços gratuitos de interpretação para sanar suas dúvidas sobre o plano de saúde ou medicamentos. Para conseguir um intérprete, entre em contato conosco pelo 1-877-940-9330 (TTY: 711). Alguém que fala português irá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

Russian	Мы предоставляем бесплатные услуги переводчика, чтобы ответить на любые ваши вопросы о нашем плане медицинского обслуживания или программе лекарственных препаратов. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по телефону 1-877-940-9330 (TTY : 711). Вам может помочь русскоязычный человек. Это бесплатная услуга.
Spanish	Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para recibir la ayuda de un intérprete, llámenos al 1-877-940-9330 (TTY: 711). Alguien que hable español puede ayudarle. Éste es un servicio gratuito.
Tagalog	Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng pag-interpret upang sagutin ang mga katanungan mo tungkol sa kalusugan o plano sa paggagamot. Para makakuha ng taga-interpret, tawagan kami sa 1-877-940-9330 (TTY: 711). Taong nagsasalita ng tagalog ang makakatulong sa iyo. Ito ay libreng serbisyo.
Urdu	ہمارے ہیلتھ یا ڈرگ پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت ترجمان کی خدمات ہیں۔ ترجمان حاصل کرنے کے لیے، ہمیں 1-877-940-9330 (TTY: 711) پر کال کریں۔ کوئی اردو بولنے والا آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ مفت خدمت ہے۔
Vietnamese	Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời mọi câu hỏi về chương trình bảo hiểm y tế hoặc thuốc của chúng tôi. Để yêu cầu người thông dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-877-940-9330 (TTY: 711). Ai đó nói tiếng Việt có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.
Yiddish	מיר האבן אומזיסטע איבערזעצונג סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט האבן וועגן אייער געזונטהייט אדער דראג פלאן. צו באקומען אן איבערזעצער, רופט אונז ביי 1-877-940-9330 (TTY: 711). איינער וואס רעדט אידיש קען אייך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.

關於無歧視的通告

歧視行為違反法律

Centers Plan for Healthy Living, LLC遵守適用的聯邦民權法律，沒有種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別方面的歧視。Centers Plan for Healthy Living, LLC不以種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別為由排斥任何人士或對他們進行區別對待。

Centers Plan for Healthy Living, LLC提供：

- 針對殘障人士的免費援助和服務，以便和我們有效溝通，例如：
 - 合格的手語翻譯
 - 其他格式的書面資訊（大號字型、音訊、可存取電子格式、其他格式）
- 向主要語言不是英語的人士提供免費語言服務，例如：
 - 合格的翻譯
 - 用其他語言編寫的資訊

如果您需要這些服務，請聯絡會員/參與者服務部：

1-877-940-9330（聽力障礙電傳使用者請致電711）。

如果您認為Centers Plan for Healthy Living, LLC未能提供這些服務，或以種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別為由實施歧視，您可以向我們的申訴和上訴部門提出申訴：

寄信至： Centers Plan for Healthy Living, LLC
Attn: G&A Department
75 Vanderbilt Avenue
Staten Island, NY 10304 - 2604

電話： 1-877-940-9330（聽力障礙電傳使用者請致電 711）

傳真： 1-347-505-7089

電子郵件： GandA@centersplan.com

您可以親自登門或透過郵件、傳真或電子郵件提出申訴。如果您在提交申訴中需要，會員/參與者服務部可提供幫助，時間為每週7天，早8點至晚8點。

您也可以採用電子方式，透過民權辦公室投訴入口網站 (<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>) 向美國衛生與大眾服務部民權辦公室提出投訴，或者透過郵件或電話提出投訴，投訴地址和投訴電話是：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019（TTY: 1-800-537-7697）

投訴表格可在下列網址獲得：

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

Centers Plan for Healthy Living, LLC提供的Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO)

2025年《年度變動通知》

您現已成為Centers Plan for Medicare Advantage

Care的會員。我們對明年該計劃的費用和福利作出了變更。**請參閱第6頁的「重要費用簡介」，包括保費。**

本文件旨在說明您的計劃的變更內容。更多關於費用、福利或規則的資訊，請參閱我們網站上的《承保福利說明》：

www.centersplan.com/mapd。

您也可致電會員服務部，要求我們郵寄一份紙本《承保福利說明》給您。

- 從10月15日至12月7日，您可完成對明年Medicare保險的變更。

現在該怎麼辦

1. 詢問：哪些變更適用於您

□ 檢視我們的福利和費用變更，瞭解其是否對您造成影響。

- 查看醫療保健費用的變更（醫生、醫院）。
- 查看我們的藥品保險的變更，包括承保限制和分攤費用。

- 考慮您需要支付多少保險費、自負額和費用分攤。
 - 查看《2025年藥品清單》的變更，確保您目前服用的藥物仍在保險範圍內。
 - 對比2024年和2025年的計劃資訊，瞭解在2025年，是否有任何此類藥品將轉移到不同的費用分攤層級，或者將受到不同限制，例如事先授權、逐步治療或有數量限制。
- ☐ 查看您的初級保健醫生、專科醫師、醫院及其他醫生（包括藥房）明年是否仍在我們的網絡內。
- ☐ 查看您是否有資格享受協助支付處方藥費用的計劃。收入有限的人士可能符合獲得Medicare「Extra Help」的資格。
- ☐ 思考您是否滿意我們的計劃。

2. 對比：瞭解其他可選的計劃

- ☐ 查看在您所在地區的保險與費用。使用 www.medicare.gov/plan-compare 網站的Medicare Plan Finder（Medicare計劃搜尋器）或查看您的《Medicare與您2025》手冊背面的清單。欲獲得更多支援，請聯絡State Health Insurance Assistance Program (SHIP)，諮詢經過訓練的諮詢師。
- ☐ 您將選擇範圍縮小至偏好的計劃之後，在該計劃的網站上確認您的費用與保險範圍。

3. 選擇：確認是否需要變更您的計劃

- 如果您在2024年12月7日之前沒有參保新計劃，您將繼續參保我們的計劃。
- 要變更為**其他計劃**，您可在10月15日至12月7日之間變更計劃。您的新保險將於**2025年1月1日**起生效。這將使您從本計劃退保。

請參閱第32頁第3部分，詳細瞭解您的選擇

- 如果您近期搬入或目前住在設施（例如專業護理機構或長期護理醫院），您可隨時變更計劃或更換為Original Medicare計劃（無論是否含有單獨的Medicare處方藥計劃）。如果您近期搬出設施，則您有機會在搬出當月後的兩個月內變更計劃或更換為Original Medicare計劃。

其他資源

- 本文件免費提供西班牙語版本。
- 欲獲得其他資訊，請聯絡我們的會員服務部，電話：1-877-940-9330。（聽力障礙電傳使用者應致電711。）
工作時間為每週七天，早8點至晚8點。該電話免費。
- 您可以其他格式（大字型印刷、布拉耶點字法或音訊）免費獲得此資訊。致電免費電話1-877-940-9330。
- 本計劃中的保險已被認證為合格健康保險(QHC)，並滿足《病患保護與平價醫療法案》(ACA)中的個人分攤責任要求。如需

瞭解更多資訊，請瀏覽國稅局(IRS)網站：

www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families。

關於Centers Plan for Medicare Advantage Care

- Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO)是一項與Medicare簽有合約的HMO。是否能夠註冊參加Centers Plan for Medicare Advantage Care取決於合約的續約。
 - 本文件中的「我們」或「我們的」指代Centers Plan for Healthy Living, LLC。其中的「計劃」或「我們的計劃」指代Centers Plan for Medicare Advantage Care。
-

2025年《年度變動通知》

目錄

2025年重要費用簡介	6
第一節 明年福利和費用變更.....	11
第1.1節 - 每月保費改變	11
第1.2節 - 您的最高自付金額變更	11
第1.3節 - 醫生和藥房網絡變更	12
第1.4節 - 醫療服務的福利和費用變更.....	13
第1.5節 - D部分處方藥保險變更	24
第2部分 管理變動	30
第3部分 決定要選擇哪種計劃.....	31
第3.1節 - 如果您希望續保Centers Plan for Medicare Advantage Care	31
第3.2節 - 如果您希望變更計劃	31
第4部分 變更計劃截止日期	32
第5部分 提供Medicare免費諮詢的計劃	33
第6部分 幫助支付處方藥費用的計劃	34
第7部分 有疑問嗎？	36
第7.1節 - 獲得Centers Plan for Medicare Advantage Care幫助	36
第7.2節 - 獲得Medicare協助	37

2025年重要費用簡介

下表對比了Centers Plan for Medicare Advantage Care數個重要領域2024年與2025年的費用。請注意：該表格僅為費用概觀。

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
每月計劃保費*	\$0	\$0
* 您的保費可能高於此金額。詳情見第1.1節。		
最高自付金額	\$7,550	\$7,550
這是您投保的服務將支付的最高自付金額。 （詳情見第1.2節。）		
醫生診所就診	初級保健醫生就診： 每次就診\$0	初級保健醫生就診： 每次就診\$0
	專科醫師就診： 每次就診\$20	專科醫師就診： 每次就診\$10

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
住院期間	- 第1天至第6天：每天的自付費用為\$305 - 第7天至第90天：每天的自付費用為\$0 - 終生額外天數每天自付費用為\$0。 - 超過終生額外天數：您需要支付所有費用。 福利期在您作為住院病人被收入院的當天開始，並在您未在連續60天內得到任何住院護理服務後終止。如果您在一個福利期限結束後再次住院，	- 第1-6天：每天\$305 - 第7-90天：每天\$0 - 第91天及以後：每天\$0，同時消耗60天的額外終身天數。 - 超過終生額外天數：您需要支付所有費用。 福利期在您作為住院病人被收入院的當天開始，並在您未在連續60天內得到任何住院護理服務後終止。如果您在一個福利期限結束後再次住院，

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
住院費用 （續）	那麼一個新的福利期限就開始了。福利期的數量沒有限制。 計劃承保90天的住院時間。我們的計劃承保60天「終生額外天數」。這是我們承保的「額外」時間。如果您住院超過90天，您可以使用這些額外時間。但您一旦使用額外的60天時間，您的承保住院時間將被限制在90天。 需要核准	那麼一個新的福利期限就開始了。福利期的數量沒有限制。 計劃承保90天的住院時間。我們的計劃承保60天「終生額外天數」。這是我們承保的「額外」時間。如果您住院超過90天，您可以使用這些額外時間。但您一旦使用額外的60天時間，您的承保住院時間將被限制在90天。 需要核准

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
D部分處方藥保險 (詳情見第1.5節。)	<u>自負額：</u> \$395 除承保的胰島素產品和大多數成人D部分疫苗外。 <u>初始保險階段自付費用/共同保險費：</u> 第1級藥品： 自付費用為\$0 在本層級，您為一個月用量的每一種承保胰島素產品支付\$0。 第2級藥品： 自付費用為\$15 在本層級，您為一個月用量的每一種承保胰島素產品支付\$15。 第3級藥品： 自付費用為\$47	<u>自負額：</u> \$395 除承保的胰島素產品和大多數成人D部分疫苗外。 <u>初始保險階段自付費用/共同保險費：</u> 第1級藥品： 自付費用為\$0 在本層級，您為一個月用量的每一種承保胰島素產品支付\$0。 第2級藥品： 自付費用為\$15 在本層級，您為一個月用量的每一種承保胰島素產品支付\$15。 第3級藥品： 自付費用為\$47

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
D部分處方藥保險（續）	在本層級，您為一個月用量的每一種承保胰島素產品支付\$35。	在本層級，您為一個月用量的每一種承保胰島素產品支付\$35。
	第4級藥品： 自付費用為\$100 在本層級，您為一個月用量的每一種承保胰島素產品支付\$35。	第4級藥品： 自付費用為\$100 在本層級，您為一個月用量的每一種承保胰島素產品支付\$35。
	第5級藥品： 25% 共同保險 在本層級，您為一個月用量的每一種承保胰島素產品支付\$35。	第5級藥品： 25% 共同保險 在本層級，您為一個月用量的每一種承保胰島素產品支付\$35。
	重病保險： 在此支付階段，該計劃將為您的已承保D部分藥品支付所有藥費。您不必支付。	重病保險： 在此支付階段，您無需為承保D部分藥品支付費用。

第一節 明年福利和費用變更

第1.1節 - 每月保費改變

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
每月保費	\$0	\$0
（您還必須繼續支付您的 Medicare B部分保費。）		

- 如果您因連續63天或更長時間未加入至少與Medicare藥品保險（亦稱「可信的保險」）等效的其他藥品保險而被處以終身D部分延遲參保罰款，那麼您每月的計劃保費將增加。
- 如果您的收入較高，您可能需要每月為您的Medicare處方藥保固向政府直接支付額外的費用。

第1.2節 - 您的最高自付金額變更

Medicare要求所有醫療保險都必須限制您當年需支付的「自付金額」。該限制稱作「最高自付金額」。在您達到此金額後，您當年餘下時間一般不再需要為服務付費。

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
最高自付金額 您的投保醫療服務費用（例如自付費用）以您的最高付現金額為限。您的處方藥費用不以最高付自付額為限。	\$7,550	新的福利年沒有變化。

第1.3節 - 醫生和藥房網絡變更

您支付的處方藥金額將依照您所使用的藥房而定。Medicare處方藥計劃設立了藥房網絡。大多數情況下，我們僅對從我們的網絡內藥房開出的處方藥承保。

請瀏覽我們的網站查看更新的名錄：www.centersplan.com/mapd。您也可致電會員服務部瞭解更新的服務提供者和/或藥房資訊，或要求我們郵寄一份名錄給您（我們將在三個工作日內寄出）。

以下是我們對明年的服務提供者網絡作出的變更。

請查閱2025年《服務提供者名錄》(www.centersplan.com/mapd)，瞭解您使用的服務提供者（初級保健提供者、專科醫生、醫院等）是否已納入我們的網絡。

以下是我們對明年的藥房網絡作出的變更。請參閱2025年《藥房名錄》(www.centersplan.com/mapd)，瞭解哪些藥房已納入我們的網絡。

請您務必瞭解，我們可能對您當年保險計劃中涉及的醫院、醫生和專科醫師（醫療服務提供者）和藥房作出變更。如果年中我們的醫生的變更影響到您，請與會員服務部聯絡，以便我們提供協助。

第1.4節 – 醫療服務的福利和費用變更

明年我們將對某些醫療服務的費用和福利作出變更。以下資訊介紹了這些變更。

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
心臟復健服務	對於Medicare承保的心臟復健服務，您支付\$20的自付費用	對於Medicare承保的心臟復健服務，您支付 \$10 的自付費用
脊椎指壓療法服務	對於每次Medicare承保的脊椎指壓療法，您支付\$15的自付費用	對於每次Medicare承保的脊椎指壓療法，您支付 \$10 的自付費用

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
牙科服務（預防性）	• 牙齒清潔（預防）（每六個月一次） • 牙科X光檢查（每六個月一次）	• 牙齒清潔（預防）（每六個月一次） • 牙科X光檢查 - 咬合、頭影測量、全景或全面放射影像（每36個月一次） - 根尖周影像（每六個月三次） - 咬翼片X光（每12個月兩次） - 口外造影和涎腺造影（每週兩次） • 顫下頷關節造影，包括注射（終生兩次）

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
牙科服務（預防性） （續）	• 氟化物處理（每六個月一次）	- 其他顙下頷關節影像（每12個月兩次） - 2D口腔/面部攝影造影（每六個月兩次） • 氟化物處理 - 局部氟化物塗膜（每三個月一次） - 局部塗氟，不包括塗膜（每六個月一次）

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
牙科服務（預防性） （續）	• 口腔檢查（每六個月一次）	• 口腔檢查 - 定期口腔評估（每六個月一次） - 綜合口腔評估（每服務提供者或地點一生一次） - 詳細、廣泛的口腔評估 - 針對問題，透過報告（每服務提供者或地點每90天一次） 需要授權。

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
牙科服務（綜合）	• 根管樁（每顆牙每60個月一次） • 補牙（每36個月一次） • 假牙修復（每12個月一次） • 牙髓病治療，例如牙根管（每顆牙一生一次） • 拔牙（每顆牙終生1次） • 補牙（每顆牙每24個月一次） • 牙齦切除術（每半頷每36個月一次） • 咬合保護，例如夜用護板（每12個月一次）	• 牙髓學服務（每顆牙一生一次） • 拔牙（每顆牙一生一次）

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
牙科服務（綜合） （續）	• 牙周維持術（每六個月一次） • 刮牙術（每半頷每六個月一次） • 義齒修復服務（每36個月一副牙弓）	• 牙週病 - 牙齦切除術或牙齦成形術（每半頷每12個月一次） - 牙周維持術（每六個月一次） - 刮牙術和根面平整（每半頷每24個月一次） - 組織再生或移植（每顆牙一生一次） • 義齒修復 - 補牙（每96個月一次） - 假牙調整（每12個月四次）

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
牙科服務（綜合） （續）		- 假牙換底（每60個月一次） - 假牙重襯（診療椅邊）（每12個月一次） - 假牙重襯（實驗室）（每24個月一次） - 部分義齒修復或更換（每12個月一次） - 組織調節（每60個月一次） • 保健型服務 - 汞合金和樹脂基（每24個月一次）

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
牙科服務（綜合） （續）	計劃每年承保最高不超過\$2,000的綜合性牙科服務。	- 根管樁（每60個月一次） - 釘形固位（每12個月兩次） - 牙冠重新黏合或黏接（每24個月一次） • 其他綜合性牙科服務 - 咬合保護（例如夜用護板）（每12個月一次） 計劃每年承保最高不超過\$2,000的綜合性牙科服務。 需要授權。
聽力服務	我們承保處方助聽器，每3年一次，每隻耳朵最多\$1,000	我們承保處方助聽器，每3年一次，每隻耳朵最多\$2,000

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
Medicare牙科服務	您支付\$0自付費用	Medicare承保的牙科服務您將支付的自付費用為 \$30
心理健康專業服務	Medicare承保的每團體或個人療程您將支付的自付費用為\$20	Medicare承保的每團體或個人療程您將支付的自付費用為 \$10
職業治療服務	每次職業治療服務您將支付的自付費用為\$20	每次職業治療服務您將支付的自付費用為 \$10

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
非處方(OTC)	您每個季度可使用計劃提供的OTC借記卡購買最多\$100.00的特定OTC項目。 未使用的餘額不可累計至下季度。請瀏覽站www.mybenefitscenter.com來檢視我們承保的項目清單。	您每個月可使用計劃提供的OTC借記卡購買最多\$50.00的特定OTC項目。 未使用的餘額不可累計至下月。請瀏覽站www.mybenefitscenter.com來檢視我們承保的項目清單。
物理治療和言語語言矯治服務	Medicare承保的會診您將支付的自付費用為\$20/次	Medicare承保的會診您將支付的自付費用為 \$10/次
專科醫師服務（不包括精神病治療服務）	Medicare承保的會診您將支付的自付費用為\$20/次	Medicare承保的會診您將支付的自付費用為 \$10/次
足病治療服務	Medicare承保的足部治療就診自付費用為\$20	Medicare承保的足部治療就診自付費用為 \$10

費用	2024年（今年）	2025年（明年）
精神病服務	Medicare承保的每團體或個人療程您將支付的自付費用為\$20	Medicare承保的每團體或個人療程您將支付的自付費用為 \$10
肺部復健服務	Medicare承保的肺功能復健服務自付費用為\$15	Medicare承保的肺功能復健服務自付費用為 \$10
就醫交通	您為每三(3)個月6次搭乘巴士、地鐵、車輛或醫療交通工具前往計劃核准的健康相關地點的單向行程支付\$0。 需要授權。	您為每三(3)個月10次搭乘巴士、地鐵、車輛或醫療交通工具前往計劃核准的健康相關地點的單向行程支付\$0。 需要授權。
視力保健	眼鏡，每年最多承保\$200的一副眼鏡（鏡架和鏡片）或隱形眼鏡。	眼鏡，每年最多承保 \$300 的一副眼鏡（鏡架和鏡片）或隱形眼鏡。

第1.5節 - D部分處方藥保險變更

《藥品清單》變更

我們的承保藥物清單稱作《處方一覽表》或《藥品清單》。《藥品清單》副本提供電子版本（地址：www.centersplan.com/mapd）。

我們對《藥品清單》作出了變更，包括增加或刪減藥品，變更某些藥品的適用限制，或將其移動到另一費用分攤層級。**請查閱《藥品清單》，確保您的藥品明年屬於我們的承保範圍，並瞭解是否存在任何限制，或您的藥品是否移動到另一費用分攤層級。**

《藥品清單》中的大多數變更在每年年初更新。但是，我們可能會根據Medicare規則進行其他變更，這可能在該計劃年度內對您有所影響。我們將更新線上《藥品清單》，至少每月一次，以便於提供最新的藥品清單。如果該變更影響您繼續獲得目前正在服用的藥品，我們將針對該變更向您傳送通知。

如果您在年初或年度內受到藥品保險範圍變更的影響，請閱讀《承保福利說明》第9章，並諮詢您的醫生，看看您有哪些選擇，例如要求臨時供應、申請特例處理和/或尋找新藥。您也可以聯絡會員服務部獲得更多資訊。

如果我們用一種新的、位於相同或較低費用分攤層級的、具有相同或更少限制的學名藥替代某種品牌藥，則我們可立即將該品牌藥從我們的《藥品清單》上移除。此外，在添加新學名藥時，我們還可能會決定將品牌藥品保留在我們的《藥品清單》中，但會立即將其

移至另外一個費用分攤層級或添加新的限制，或同時執行這兩項操作。

自2025年起，我們可以立即用某些生物仿製劑取代原始生物製劑。這意味著，例如，如果您正在服用的原始生物製劑被生物仿製劑所取代，則您不會提前30天收到變更通知，也不再享受從網絡內藥房處獲得一個月的原始生物製劑供應。如果我們做出變更時您正在使用原始生物製劑，則您仍會收到有關具體變更的資訊，但此類資訊可能在變更執行後送達。

您可能首次聽說某些藥品類型。有關藥品類型的定義，請參閱《承保福利說明》第12章。美國食品藥物管理局(FDA)也向消費者提供有關藥品的資訊。請參閱FDA網站：<https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>。

您也可以聯絡會員服務部或諮詢您的醫療保健服務提供者、處方醫生或藥劑師以獲得更多資訊。

處方藥福利和費用變更

注：如果您參加了可幫助您支付藥費的計劃（「Extra Help」），有關D部分處方藥費用的資訊可能對您不適用。我們加入了稱作「獲得處方藥付款Extra Help 者承保福利說明附文」（也稱作「低收入輔助水準附文」或「LIS附文」）的單獨附加頁，透過該附加頁告知您有關處方藥保險的資訊。如果您獲得「Extra Help」

但沒有在該資料包中收到這張 附加頁，請致電會員 服務部索取該「*LIS*附文」。

自2025年起，將分為三個**藥品支付階段**：年度自負額階段、初始保險階段和重病保險階段。在D部分福利中，將不再存在甜甜圈孔階段和「甜甜圈孔折扣計劃」。

「甜甜圈孔折扣計劃」也將由「製造商折扣計劃」取代。根據「製造商折扣計劃」，在初始保險階段和重病保險階段，藥品製造商將為計劃全額承保的D部分品牌藥和生物製劑支付一部分費用。製造商在根據「製造商折扣計劃」中支付的折扣費用不計入自付金額。

自負額階段變更

階段	2024年（今年）	2025年（明年）
第1階段：年度自負額階段 在該階段，您將為您的第3、4、5級藥品付全款，直至您達到年度自負額。 自負額不適用於承保的胰島素產品和大多數成人D部分疫苗，包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗。	自負額為\$395。 在該階段，您將支付第1級藥品的\$0分攤費用，第2級藥品的\$15分攤費用，以及第3、4、5級藥品的全部費用，直至您達到年度自負額。	自負額為\$395。 在該階段，您將支付第1級藥品的\$0分攤費用，第2級藥品的\$15分攤費用，以及第3、4、5級藥品的全部費用，直至您達到年度自負額。

初始保險階段分攤費用改動

階段	2024年（今年）	2025年（明年）
第2階段：初始保險階段 在您支付年度自負額之前，您將進入初始保險階段。在該階段，計劃將支付其承擔的您的藥品費用份額，而您將支付您承擔的費用份額。 當您在推行標準費用分攤的網絡內藥房配處方藥時，該表中的費用將支付一個月（30天）的供給量。 關於以下費用的更多詳情—— 長期供給；提供偏好分攤費用的網絡內藥房—— 請參閱您的《承保福利說明》的第6章第5部分。	您為一個月供應量須支付的費用為： 第1級 - 偏好學名藥： 您需要為每種處方藥支付\$0。 在本層級，您為一個月用量的每一種承保胰島素產品支付\$0。 第2級 - 學名藥： 您需要為每種處方藥支付\$15。 在本層級，您為一個月用量的每一種承保胰島素產品支付\$15。	您為一個月供應量須支付的費用為： 第1級 - 偏好學名藥： 您需要為每種處方藥支付\$0。 在本層級，您為一個月用量的每一種承保胰島素產品支付\$0。 第2級 - 學名藥： 您需要為每種處方藥支付\$15。 在本層級，您為一個月用量的每一種承保胰島素產品最多支付\$15。

階段	2024年（今年）	2025年（明年）
我們變更了我們《藥品清單》上某些藥品的等級。要瞭解您的藥品是否會處於不同的層級，請在《藥品清單》上查詢這些藥品 本計劃承保大部分成人D部分疫苗，您無需支付費用。	第3級 - 偏好品牌藥： 您需要為每種處方藥支付\$47。 在本層級，您為一個月用量的每一種承保胰島素產品支付\$35。 第4級 - 非偏好品牌藥： 您需要為每種處方藥支付\$100。 在本層級，您為一個月用量的每一種承保胰島素產品支付\$35。 第5級 - 專業級藥品：您支付總費用的25%。	第3級 - 偏好品牌藥： 您需要為每種處方藥支付\$47。 在本層級，您為一個月用量的每一種承保胰島素產品最多支付\$35。 第4級 - 非偏好品牌藥： 您需要為每種處方藥支付\$100。 在本層級，您為一個月用量的每一種承保胰島素產品最多支付\$35。 第5級 - 專業級藥品：您支付總費用的25%。

階段	2024年（今年）	2025年（明年）
	在本層級，您為一個月用量的每一種承保胰島素產品支付\$35。	在本層級，您為一個月用量的每一種承保胰島素產品最多支付\$35。
	當您的總藥品費用達到\$5,030時，您將進入下一個階段（甜甜圈孔階段）。	您為D部分藥物支付 \$2,000 的自付金額後，您將進入下一個階段（重病保險階段）。

重病保險階段的變更

重病保險階段是第三個階段，也是最後一個階段。自2025年起，在重病保險階段，藥品製造商將為計劃全額承保的D部分品牌藥和生物製劑支付一部分費用。製造商在根據「製造商折扣計劃」中支付的折扣費用不計入自付金額。

要獲得有關重病保險階段的具體費用資訊，請參閱《承保福利說明》第6章的第6部分。

第2部分 管理變動

根據處方藥法的要求，從2025年開始，您將可以選擇在計劃年度內按月支付自付金額，而不是在費用發生時支付。

說明	2024年（今年）	2025年（明年）
Medicare處方藥支付計劃	不適用	Medicare處方藥支付計劃是一種適用於您目前藥物保險的新的支付選項，它可以透過將您的藥物費用分攤至全年（1月至12月）不同的每月付款中，從而幫助您管理藥物費用。 欲瞭解有關該支付選項的更多資訊，請聯絡我們： 1-888-807-5717 或瀏覽 Medicare.gov 。

第3部分 決定要選擇哪種計劃

第3.1節 – 如果您希望續保Centers Plan for Medicare Advantage Care

要續保我們的計劃，您無需再做任何事。如果您在12月7日前沒有註冊其他計劃或變更至Original Medicare，您將自動續保我們計劃的會員。

第3.2節 - 如果您希望變更計劃

我們希望您明年繼續成為我們的會員，但如果您想在2025年變更計劃，請遵循以下步驟完成：

步驟1：瞭解並對比您的選擇

- 您可加入其他Medicare保健計劃，
- – 或者– 您可變更為Original Medicare計劃。若您變更為Original Medicare計劃，您需要決定是否加入一個Medicare藥品計劃。如果您未加入Medicare藥物計劃，請參閱第1.1節，瞭解D部分延遲參保罰款的潛在風險。

要詳細瞭解有關Original Medicare 計劃和不同類型的 Medicare計劃，請使用Medicare Plan Finder（Medicare計劃搜尋器）

(www.medicare.gov/plan-compare) 閱讀《Medicare與您2025》手冊，致電State Health Insurance Assistance Program（見第5部分），或致電Medicare（見第7.2節）。

提示：Centers Plan for Healthy Living, LLC提供其他 Medicare 保健計劃。這些計劃在保險範疇、每月保費和分攤費用金額上各有不同。

步驟2：變更您的保險

- 要變更為其他**Medicare**保健計劃，請參保新計劃。您將自動退保Centers Plan for Medicare Advantage Care。
- 要變更為帶處方藥計劃的**Original Medicare**計劃，請參保新藥品計劃。您將自動退保Centers Plan for Medicare Advantage Care。
- 要變更為無處方藥計劃的**Original Medicare**計劃，您必須滿足以下任一條件：
 - 寄給我們書面退保申請。如果您對怎樣操作還有任何疑問，請聯絡會員服務部。
 - – 或者 – 請致電**Medicare**：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)來要求退保，該號碼每週7天，每天24小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電1-877-486-2048。

第4部分 變更計劃截止日期

如果您希望明年變更為不同的計劃或Original Medicare計劃，您可在**10月15日至12月7日**期間完成此操作。變更將於2025年1月1日生效。

一年中還有其他哪些時間可變更計劃？

在某些情況下，一年中的其他時間也可進行變更。例如，參加Medicaid的人員，獲得「Extra Help」支付藥品費用的人員，享有或結束雇主提供的保險的人員，以及搬出服務區域的人員。

如果您參加了在2025年1月1日生效的Medicare Advantage計劃，但不滿意您選擇的計劃，您可在2025年1月1日至3月31日期間變更為其他Medicare醫療保險（承保或不承保Medicare處方藥），或變更為Original Medicare（承保或不承保Medicare處方藥）。

如果您近期搬入或目前住在設施（例如專業護理機構或長期護理醫院），您可**隨時**變更您的Medicare保險。您可隨時變更為其他任何Medicare保健計劃（含有或不含Medicare處方藥保險），或更換為Original Medicare計劃（含有或不含有單獨的Medicare處方藥計劃）。如果您近期搬出設施，則您有機會在搬出當月後的兩個月內變更計劃或更換為Original Medicare計劃。

第5部分 提供Medicare免費諮詢的計劃

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)是一項在每個州由經過訓練的諮詢師展開的獨立政府計劃。在紐約，SHIP被稱為Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP)。

這是由聯邦政府出資的州立計劃，旨在向參加Medicare的人員提供**免費**的當地健康保險諮詢。HIICAP諮詢師可為您解答與Medicare計劃有關的問題或疑問。他們協助您瞭解各種Medicare計劃選擇，並回答

有關更換計劃的問題。您可致電HIICAP：1-800-701-0501。

您也可透過瀏覽HIICAP網站(<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-programs>)瞭解更多資訊。

第6部分 幫助支付處方藥費用的計劃

您可能有資格享受協助支付處方藥費用的計劃。以下我們列出了不同類型的協助：

- **Medicare的「Extra Help」。** 收入有限者可能有資格可享受「Extra Help」，以支付他們的處方藥費用。如您符合資格，Medicare可承擔75%或以上的藥品費用，包括每月處方藥保費、年度自負額和共同保險費。此外，合資格者不會面臨延遲參保罰款。要確定您是否有資格，請聯絡：
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。
聽力障礙電傳使用者請致電 1-877-486-2048，
該號碼每週7天，每天24小時開放；
 - 週一至週五早8點至晚7點聯絡社會保障辦公室代表，
電話：1-800-772-1213。我們可為您提供全天 24
小時的自動應答服務。聽力障礙電傳使用者應致電
1-800-325-0778；或
 - 所在的美國州的Medicaid辦公室。

- **您所在州的州藥品輔助計劃提供的協助。**

紐約制訂了一項Elderly Pharmaceutical Insurance Program Coverage (EPIC)，可根據長者的經濟需求、年齡或疾病情況來協助他們支付處方藥的費用。如需詳細瞭解該計劃，請聯絡您所在州的State Health Insurance Assistance Program。

- **HIV/AIDS病患處方藥費用分攤援助AIDS Drug Assistance Program (ADAP)** 協助患有HIV/AIDS的ADAP 合格個體獲得HIV救命藥物。要符合您所在州執行的ADAP資格，個人必須符合特定標準，包括州居住證明和HIV狀態證明、州規定的低收入證明以及未參保/不足額參保狀態證明。同時由ADAP承保的Medicare D部分處方藥參加紐約 AIDS Drug Assistance Program (ADAP)，符合處方藥分攤費用援助資格。如需瞭解有關資格標準、承保藥品、參保方式或如果您目前已參保，如何繼續接受援助的相關資訊，請致電 1-800-542-2437。致電時，請一定要告知對方您的Medicare D部分計劃名稱或保單號。

- **Medicare處方藥支付計劃。** Medicare處方藥支付計劃是2025年推出的新支付選項，以協助您管理您的藥物自付金額。這一新的支付選項適用於您目前的藥物保險，它可以透過將您的藥物費用分攤至全年（1月至12月）不同的**每月付款中**，從而幫助您管理藥物費用。這種支付選項可以協助您管理支出，但不能為您節省金錢或降低藥物費用。

對於符合資格的個人，參加Medicare提供的「Extra Help」和SPAP以及ADAP提供的援助比參加Medicare處方藥支付計劃更有利。無論收入水準如何，所有會員均有資格參加該支付計劃，且所有Medicare藥品計劃和含藥物保險的Medicare醫療保險都必須提供這一選項。欲瞭解有關該支付選項的更多資訊，請聯絡我們：1-888-807-5717或瀏覽[Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)。

第7部分 有疑問嗎？

第7.1節 - 獲得Centers Plan for Medicare Advantage Care幫助

有疑問嗎？我們隨時為您提供協助。請致電會員服務部，電話號碼為：1-877-940-9330。（僅限聽力障礙電傳，請致電711。）該電話每週7天、每天早8點至晚8點開通。您可免費致電這些電話號碼。

請閱讀您的2025年《承保福利說明》（該說明書詳細列出明年的福利和費用資訊）

本《年度變動通知》概觀了2025年的福利和費用變更。有關詳情，請參閱2025年《承保福利說明》，瞭解Centers Plan for Medicare Advantage Care。《承保福利說明》是對您保險計劃福利的合法詳細說明。該說明書解釋了您的權利及為獲得保險服務和處方藥所需遵循的規則。您可在我們的網站www.centersplan.com/mapd上找到一份《承保福利說明》。您也可致電會員服務部，要求我們郵寄一份紙本《承保福利說明》給您。

瀏覽我們的網站

您也可瀏覽我們的網站：www.centersplan.com/mapd。提示：我們的網站上列出了有關服務提供者網絡（《醫療服務提供者名錄》）的最新資訊，以及我們的《承保藥品清單》（《處方一覽表》/《藥品清單》）。

第7.2節 – 獲得Medicare協助

如需從Medicare直接獲得資訊：

請致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

您可致電：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週7天，每天24小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電1-877-486-2048。

瀏覽Medicare網站

瀏覽Medicare網站(www.medicare.gov)。該網站上提供了有關費用、保險範疇、品質星級評級等資訊，可協助您對所在區域的各種Medicare醫療保險進行比較。要瀏覽有關各計劃的資訊，請瀏覽www.medicare.gov/plan-compare。

閱讀《Medicare與您2025》

閱讀《*Medicare與您2025*》手冊。每年秋季，我們都會向參加Medicare計劃的會員郵寄該文件。該手冊總結了Medicare的福利，會員的權利和受到的保護，以及Medicare各種最常見問題的答案。如果您沒有拿到該文件的副本，可瀏覽Medicare網站 (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 或致電：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)獲得文件，該號碼每週7天，每天24小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電：1-877-486-2048。



如需獲得更多資訊或加入我們
請致電：1-877-940-9330 (免費)
聽力障礙電傳使用者請致電711
每週7天，早8點至晚8點

MemberServices@centersplan.com
www.centersplan.com/mapd