

RiverSpring MAP (HMO D-SNP) 由 RiverSpring Health Plans 提供

2025 年 RiverSpring MAP (HMO D-SNP) 年度變更通知

您目前已參保成為 RiverSpring MAP (HMO D-SNP) 的會員。明年的計劃費用和福利將會有變更。**請參見第 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。如需瞭解有關費用、福利或規則的詳細資訊，請查閱**承保範圍說明書**，此證書載於我們的網站 www.RiverSpringHealthplans.org。您也可致電會員服務部，要求我們為您郵寄一份「**承保範圍說明書**」。

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（醫師和醫院）的變化。
 - 檢閱我們的藥物承保的變化，包括承保限制和分攤費用。
 - 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 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。
 - 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、醫院和其他醫療服務提供者（包括藥房）明年是否還在我們的網絡內。
- ☐ 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獲得 Medicare 的「額外補助 (Extra Help)」。
- ☐ 考慮一下您是否滿意我們的計劃。

2. 對比：瞭解其他計劃選項

- ☐ 查看您所在區域的計劃承保範圍和費用。使用 www.medicare.gov/plan-compare 網站上的 Medicare 計劃查找工具，或查閱 2025 年 Medicare 與您手冊背面的清單。如需更多支持，請聯絡您的州健康保險援助計劃 (SHIP)，與經過培訓的顧問交談。
- ☐ 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 日之前加入另一計劃，您將繼續參保 RiverSpring MAP (HMO D-SNP)。
- 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。這將終止您的 RiverSpring MAP (HMO D-SNP) 參保。
- 檢視第 17 頁，第 3.2 節以瞭解您所有的選擇。
- 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

- 本文件可免費以西班牙語、漢語和俄語提供
- 如需更多資訊，請致電號碼 1-800-362-2266 聯絡我們的會員服務部。（TTY 使用者應致電 711。）工作時間為每週 7 天，東部時間上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。
- 您可以免費獲取其他格式的資訊，例如大字體、盲文或音訊。或致電：1-800-362-2266（TTY 使用者應致電 711）。工作時間為每週 7 天，東部時間上午 8 點至晚上 8 點。
- 本計劃的承保範圍滿足合資格健康承保範圍 (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 獲得更多資訊。

關於 RiverSpring MAP (HMO D-SNP)

- RiverSpring MAP (HMO D-SNP) 是一項與 Medicare 和 Medicaid 簽有合約的計劃。能否參保 RiverSpring MAP (HMO D-SNP) 視合約續簽情況而定。本計劃同時還與 New York Medicaid 計劃簽訂了書面協議以協調您的 Medicaid 福利

當本文件中提到「我們」或「我們的」時，是指 RiverSpring Health Plans。當提到「計劃」或「我們的計劃」時，是指 *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*。

2025 年度更改通知 目錄

2025 年重要費用概述	5
第 1 節 明年的福利與費用變化	8
第 1.1 節 – 月繳保費的變化.....	8
第 1.2 節 – 您的最高自付費用金額的變化.....	8
第 1.3 節 – 醫療服務提供者和藥房網絡的變更.....	8
第 1.4 節 – 醫療服務福利和費用的變化.....	9
第 1.5 節 – D 部分處方藥保險的變化.....	14
第 2 節 管理變更	16
第 3 節 決定選擇哪個計劃.....	17
第 3.1 節 – 如果您希望繼續參保 <i>RiverSpring MAP (HMO D-SNP)</i>	17
第 3.2 節 – 如果您希望更改計劃.....	17
第 4 節 更改計劃的截止日期	18
第 5 節 提供有關 Medicare 與 Medicaid 免費諮詢的計劃.....	19
第 6 節 幫助支付處方藥費用的計劃	19
第 7 節 您有任何問題？	20
第 7.1 節 – 從 <i>RiverSpring MAP (HMO D-SNP)</i> 獲得幫助	20
第 7.2 節 – 從 Medicare 獲取幫助	21
第 7.3 節 – 從 Medicaid 獲取幫助	21

2025 年重要費用概述

下表在幾個重要方面對 *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* 的 2024 年和 2025 年度費用進行了比較。請注意，這只是一份費用摘要。如果您有資格享受 Medicaid 的 Medicare 費用分攤補助，您須支付 \$0 以用於扣除額、醫生診室就診以及住院治療。

費用	2024（今年）	2025（明年）
月繳計劃保費* * 您的保費可能高於或低於此金額。見第 1.1 節瞭解詳情。	D 部分保費為 \$0 或 48.70	D 部分保費為 \$0 或 72.30
B 部分自付額	B 部分免賠額為 \$240，但透過耐用醫療設備提供的胰島素除外。 若您適用 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤補助，您需支付 \$0。	B 部分免賠額為 \$240，但透過耐用醫療設備提供的胰島素除外。 若您適用 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤補助，您需支付 \$0。 這些是 2024 年的分攤費用金額，在 2025 年可能有變。RiverSpring MAP 將在發佈後立即提供更新的費率。
醫生診所就診	主治醫生就診：每次就診 \$0 專科醫生就診：每次就診 \$0 若您適用 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤補助，您每次需支付 \$0。	主治醫生就診：每次就診 \$0 專科醫生就診：每次就診 \$0 若您適用 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤補助，您每次需支付 \$0。

費用	2024（今年）	2025（明年）
住院	\$0 共同保險或共付額。 若您適用 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤補助，您需支付 \$0。	\$0 共同保險或共付額。 若您適用 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤補助，您需支付 \$0。
D 部分處方藥保險 （見第 1.5 節瞭解詳情。）	自付額：\$545，承保胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗除外。 *根據您的 Medicaid 資格等級，您可能沒有任何費用分擔責任。（請參閱「LIS 附則」單獨插頁，以瞭解您的自付額。） 初始承保階段適用的共付額/共同保險： 第 1 級藥物：根據您的 Medicaid 資格，您需要支付： 對於副廠藥（包括被視為副廠藥的原廠藥物）： \$0 的定額手續費；或 \$1.55 的共付額；或 \$4.50 的共付額；或 25% 的費用。 對於所有其他藥物： \$0 的定額手續費；或 \$4.60 的共付額；或 \$11.20 的共付額；或 25% 的費用。	自付額：\$590，承保胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗除外。 *根據您的 Medicaid 資格等級，您可能沒有任何費用分擔責任。（請參閱「LIS 附則」單獨插頁，以瞭解您的自付額。） 初始承保階段適用的共付額/共同保險： 第 1 級藥物：根據您的 Medicaid 資格，您需要支付： 對於副廠藥（包括被視為副廠藥的原廠藥物）： \$0 的定額手續費；或 \$1.60 的共付額；或 \$4.90 的共付額；或 25% 的費用。 對於所有其他藥物： \$0 的定額手續費；或 \$4.80 的共付額；或 \$12.15 的共付額；或 25% 的費用。

費用	2024（今年）	2025（明年）
D 部分處方藥保險 （見第 1.5 節瞭解詳情。）（續）	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 \$35。 重大傷病承保： 在此付款階段，計劃將為您的承保 D 部分藥物支付全額費用。您無需支付任何費用。	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 \$35。 重大傷病承保： 在此付款階段，您無需為承保的 D 部分藥物支付任何費用。
最高自付費用金額 此金額為您自費支付承保的 A 部分和 B 部分服務費用的 <u>最高金額</u> 。 （請參見第 1.2 節瞭解詳情。）	\$8,850 對於承保的 A 部分和 B 部分服務，您無需負責支付任何計入最高自付費用的自付費用。	\$8,900 對於承保的 A 部分和 B 部分服務，您無需負責支付任何計入最高自付費用的自付費用。

第 1 節 明年的福利與費用變化

第 1.1 節 – 月繳保費的變化

費用	2024（今年）	2025（明年）
月繳保費 （您必須繼續支付您 B 類醫療保費，除非已由您的 Medicaid 支付。）	D 部分保費為 \$0 或 48.70	D 部分保費為 \$0 或 72.30

第 1.2 節 – 您的最高自付費用金額的變化

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。如果達到此金額，一般您就不需要為該年剩餘時間內的承保 A 部分和 B 部分服務支付任何費用。

費用	2024（今年）	2025（明年）
最高自付費用金額 由於我們的會員也從 Medicaid 獲得援助，因此極少有會員曾達到此最高自付費用金額。對於承保的 A 部分和 B 部分服務，您無需負責支付任何計入最高自付費用的自付費用。 您的承保醫療服務費用（例如定額手續費和自付扣除金）計入您的最高自付費用金額。您的計劃保費和處方藥費用不計入您的最高自付費用金額。	\$8,850 如果您已為承保的 A 部分和 B 部分服務支付了 \$8,850 的自付費用，則無需支付日曆年度剩餘時間內的承保 A 部分和 B 部分服務的費用。	\$8,900 您就 A 部分和 B 部分給付服務支付的自費費用達到 \$8,900 後，您在該日曆年剩餘時間內將無需就 A 部分和 B 部分給付服務支付任何費用。

第 1.3 節 – 醫療服務提供者和藥房網絡的變更

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藥房配取時才獲承保。

更新的名錄可在我們的網站 www.RiverSpringHealthplans.org 上獲取。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。

我們明年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** www.RiverSpringHealthplans.org，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。

我們明年的藥房網絡會有變化。請查看 **2025 年的藥房目錄** www.RiverSpringHealthplans.org，瞭解哪些藥房在我們的網絡中。

您務必要瞭解，我們可能會在一年當中對您計劃內的醫院、醫生和專科醫生（醫療服務提供者）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 1.4 節 – 醫療服務福利和費用的變化

請注意，*年度變更通告* 僅向您說明有關您 Medicare 和 Medicaid 福利和費用的變更情況。

我們將更改明年某些醫療服務的費用和福利。以下資訊將介紹這些變更。

費用	2024（今年）	2025（明年）
緊急醫療服務 緊急服務是指以下服務： - 由具備提供緊急醫療服務資格的人員提供，及 - 屬評估或穩定緊急醫療情況。	每次診室就診，您需支付 \$100 的共付額。 如果您有資格享受 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助，您需支付的共付額為 \$0。	每次診室就診，您需支付 \$110 的共付額。 如果您有資格享受 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助，您需支付的共付額為 \$0。
急症治療服務 是指非急診服務的給付服務，前提是網絡醫療服務提供者暫時無法使用或無法取得，或保戶在服務區域外。	每次就診支付 \$55 共付額。 如果您有資格享受 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助，您需支付的共付額為 \$0。	每次就診支付 \$45 共付額。 如果您有資格享受 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助，您需支付的共付額為 \$0。

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
非處方 (OTC) 用品	每月 \$155。任何未使用的金額不能結轉到下一個期間。	每月 \$218。任何未使用的金額不能結轉到下一個期間。
非處方藥 (OTC) + 食品雜貨福利	每月 \$155。您可以將 OTC 福利金額的 50% (\$77.50) 用於食品和農產品。 對於（患有某些慢性病的）合格會員，用於慢性病的特殊補充福利（雜貨福利）與 OTC 福利相結合，作為每月 OTC 津貼的一部分來支付某些雜貨，但只能在特定藥房和/或零售商處購買。	每月 \$218。您可以將 OTC 福利金額的 50% (\$109) 用於食品和農產品。 對於（患有某些慢性病的）合格會員，用於慢性病的特殊補充福利（雜貨福利）與 OTC 福利相結合，作為每月 OTC 津貼的一部分來支付某些雜貨，但只能在特定藥房和/或零售商處購買。 所述福利是慢性病患者特殊補充計劃的一部分。病症的一些範例包括心血管疾病、高血壓、骨關節炎、內分泌疾病和胃腸道疾病。不能僅根據您的疾病保證您有資格獲得此福利。合格會員將收到通知及獲得有關如何享用該福利的說明。
精神健康專家服務	需要事先授權	無需事先授權
精神科服務	需要事先授權	無需事先授權
門診診斷和放射線治療服務	診斷程序/檢測： 不需要授權。 化驗服務：常規化驗室服務：* 無需授權。 *某些實驗室服務可能需要授權。	MRI 和 PET 掃描需要事先授權。 化驗服務：常規化驗室服務：* 無需授權。 *某些實驗室服務可能需要授權。

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
其他 Medicare 承保的預防服務	Medicare 承保的鋇劑灌腸： 需要事先授權	Medicare 承保的鋇劑灌腸： 無需 事先授權。
牙科服務：補充性預防牙科服務	補充性預防牙科服務： 不承保	補充性預防牙科服務： 補充性預防性牙科服務的承保僅限於下列類別中選定的服務代碼。 您為以下補充預防性牙科服務支付 \$0 自付額： 無需事先授權 • 定期口腔檢查： 每 6 個月 1 次。 • 有限口腔評估： 每 12 個月 2 次。 • 完整口腔評估：每個提供者一生 1 次。 • 口腔評估（關注問題）：每 12 個月 3 次。 • 牙科 X 光檢查： 每 36 個月進行 1 次口內、全口或全景 X 光檢查。口內、根尖週 - 每 6 個月 3 次。咬翼 - 每 12 個月 3 次。唾液造影 - 每週 2 次。 • 其他診斷性牙科服務*： 錐束 CT 擷取和判讀 - 每 60 個月 1 次。 *需要事先授權。

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
牙科服務：補充性預防牙科服務 (續)		• 預防清潔 (洗牙)：每 6 個月 1 次。無需事先授權。 • 氟化物治療：至 20 歲承保 1 次。無需事先授權。 • 其他預防性牙科服務：菸草諮詢、控制預防口腔疾病 – 每 6 個月 1 次。無需事先授權。
牙科服務：補充性綜合牙科服務	補充性綜合牙科服務：不承保	• 修復服務：汞合金/樹脂複合填充物 - 每顆牙齒每個表面 1 次 - 每 24 個月一次。牙冠服務 - 每顆牙齒 1 次 - 每 60 個月一次。需要事先授權。 • 牙髓治療：每顆牙齒一生 1 次。需要事先授權。 • 牙周病治療：牙齦切除術或牙齦整形術 – 每個象限每 12 個月 1 次。牙冠加長 - 每顆牙齒一生 1 次。牙周潔治與牙根平整術 - 每個部位每 24 個月 1 次。每 6 個月進行一次牙周維護。需要事先授權。 • 假牙修復：

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
牙科服務：補充性綜合牙科服務（續）		全口/局部義齒 - 每個牙弓每 96 個月 1 次。 假牙調整 - 每個牙弓每 12 個月 4 次（安置後 6 個月內不承保）。 需要事先授權。 • 頷面修復：每 12 個月 1 次。需要事先授權。 • 植入服務：手術植入植體 - 每顆牙齒一生 1 次。基牙服務 - 每顆牙齒每 96 個月 1 次。清創服務 - 每顆牙齒每 24 個月 1 次。需要事先授權。 • 假牙修復：每顆牙齒每 60 個月 1 次。 • 口腔和頷面手術：一生中每顆牙齒拔除 1 顆已萌發或阻生的牙齒。一生中每個部位/股四頭肌進行一次齒槽成形術。其他口腔顎面外科報告。需要事先授權。 • 附加一般服務：每 12 個月姑息急診治療 2 次。深度鎮靜最長 60 分鐘或 4 個單位。需要事先授權。

第 1.5 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被稱為處方藥一覽表或藥物清單。我們以電子方式提供一份藥物清單。

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瞭解詳細資訊。

從 2025 年開始，如果我們以品牌藥或原始生物製品的新仿製藥或特定生物仿製藥取代，且限制條件相同或較少，我們可能會立即將品牌藥或原始生物製品從我們的藥物清單中移除。此外，在新增新版本時，我們可能決定在我們的藥品清單中保留品牌藥或原始生物製品，但會立即新增新的限制。

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。

其中一些藥物類型對您來說可能是新的。有關本章討論的藥物類型的定義，請參閱 *承保範圍說明書* 的第 12 章。美國食品藥物管理局 (FDA) 也為消費者提供有關藥物的資訊。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，或向您的醫療保健提供者、處方醫師或藥劑師詢問更多資訊。

處方藥福利和費用的變化

如果您接受「額外補助 (Extra Help)」來支付您的 Medicare 處方藥，您可能有資格獲得您的 D 部分藥物的分攤費用減免。本節中所述的某些資訊可能不適用於您。**註：**若您的計劃幫助您支付藥費（「額外補助 (Extra Help)」），則 **D 部分處方藥費用的資訊可能對您不適用**。我們已寄給您一份單獨的插頁，稱為取得「額外補助 (Extra Help)」支付處方藥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」），該插頁會告訴您藥物費用。如果您獲得「額外補助 (Extra Help)」，但未在 9 月 30 日之前收到此插頁，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。

承保缺口折扣計劃將被製造商折扣計劃取代。根據製造商折扣計劃，藥品製造商在初始承保階段和災難承保階段內為承保的 D 部分品牌藥和生物製劑支付計劃全額費用的一部分。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 在這一階段，您需要全額支付您的 D 類藥物費用直到達到您的年度扣除額。自付扣除金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。	自付扣除金為 \$545。 您的自付額可能為 \$0，具體取決於您獲得的「額外補助 (Extra Help)」等級。（請參閱「LIS 附則」單獨插頁，以了解您的自付額。）	自付扣除金為 \$590。 您的自付額可能為 \$0，具體取決於您獲得的「額外補助 (Extra Help)」等級。（請參閱「LIS 附則」單獨插頁，以了解您的自付額。）
第 2 階段：初始承保階段 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。 此欄所列費用是您在網絡內藥房配取一個月（30-天）藥量的費用。	在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取一個月份量藥物的費用為。 對於副廠藥（包括被視為副廠藥的原廠藥物）： \$0 的定額手續費；或 \$1.55 的共付額；或 \$4.50 的共付額；或 25% 的費用。	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 \$。 對於副廠藥（包括被視為副廠藥的原廠藥物）： \$0 的定額手續費；或 \$1.60 的共付額；或 \$4.90 的共付額；或 25% 的費用。

階段	2024（今年）	2025（明年）
有關長期供藥費用的資訊；或在網絡藥房配藥，請參閱「承保範圍說明書」第 6 章的第 5 節。 大多數成人 D 部分疫苗均免費承保。	對於所有其他藥物： \$0 的定額手續費；或 \$4.60 的共付額；或 \$11.20 的共付額；或 25% 的費用。 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 \$35。 一旦您的總藥費達到 \$5,030，您將進入下一個階段（承保缺口階段）。	對於所有其他藥物： \$0 的定額手續費；或 \$4.80 的共付額；或 \$12.15 的共付額；或 25% 的費用。 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 \$35。 當您為 D 部分藥物支付了 \$2,000 的自付費用後，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變化

重大傷病承保階段是第三個也是最後一個階段。從 2025 年開始，藥物製造商將在重大傷病承保階段為承保的 D 部分品牌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。

一旦您達到每年 \$2,000 的自付費用門檻，您會進入災難承保階段。這意味著您將無需分攤 Medicare D 部分處方藥物的費用。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 2 節 管理變更

說明	2024（今年）	2025（明年）
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

說明	2024 (今年)	2025 (明年)
		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 1-866-845-1803 聯絡我們或瀏覽 Medicare.gov。

第 3 節 決定選擇哪個計劃

第 3.1 節 – 如果您希望繼續參保 RiverSpring MAP (HMO D-SNP)

若要繼續留在我們的計劃內，您無需採取任何措施。如果您在 12 月 7 日之前沒有參保其他計劃或變更至 Original Medicare，您將自動參保我們的 RiverSpring MAP (HMO D-SNP)。

第 3.2 節 – 如果您希望更改計劃

我們希望您明年繼續成為我們的會員，但如果您希望更改 2025 年的計劃，請遵照以下步驟：

第 1 步：瞭解和比較您的選擇

- 您可以加入其他 Medicare 健保計劃，
- 或 -- 您可以更改為 Original Medicare。如果您轉至 Original Medicare，您需要決定是否加入 Medicare 藥物計劃。

要瞭解關於 Original Medicare 以及不同類型的 Medicare 計劃的更多資訊，請使用 Medicare 計劃搜尋器 (www.medicare.gov/plan-compare)、閱讀 2025 年 Medicare 與您手冊、致電您的州立健康保險援助計劃（請參見第 5 節）或致電 Medicare（請參見第 7.2 節）。

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 RiverSpring MAP (HMO D-SNP)。
- 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 RiverSpring MAP (HMO D-SNP)。

- 若要改為不帶處方藥計劃的 **Original Medicare**，您必須：
 - 向我們傳送書面退出請求如果您需要有關如何執行此操作的更多資訊，請聯絡會員服務部。
 - – 或者 – 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare**，每週 7 天，每天 24 小時服務，並要求退保。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。

如果您轉至 **Original Medicare** 且未參加單獨的 **Medicare** 處方藥計劃，則 **Medicare** 可能會將您加入一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保。

第 4 節 更改計劃的截止日期

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。

是否可在一年中的其他時間變更計劃？

在某些情況下，也會允許在一年中其他時間進行更改。例如，在支付藥費方面享受「額外補助 (Extra Help)」，已經或即將失去僱主保險、搬離服務區的 **Medicaid** 受益人可以在一年中的其他時間進行更改。

由於您擁有 *New York Medicaid*，因此您可以在一年中的任何月份終止您在我們計劃中的會員資格。您也可以選擇在任何月份加入其他 **Medicare** 計劃，包括：

- 附帶單獨 **Medicare** 處方藥計劃的 **Original Medicare**，
- 不附帶單獨 **Medicare** 處方藥計劃的 **Original Medicare**（如果您選擇此選項，則 **Medicare** 可能會將您加入一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保）、或
- 提供 **Medicare** 和大部分或全部 **Medicaid** 福利與服務的綜合 D-SNP 計劃（若符合資格）。

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，您也可以於 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）。

如果您最近搬進或目前住在一個機構（如專業護理機構或長期護理醫院），您可以在**任何時候**變更您的 **Medicare** 承保範圍。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 5 節 提供有關 Medicare 與 Medicaid 免費諮詢的計劃

州健康保險援助計劃 (SHIP) 是一項獨立政府計劃，在每個州都有受過專業訓練的顧問。在 *New York* 州，SHIP 被稱為老年人健康保險資訊、諮詢及援助計劃 (HIICAP) 辦公室。

這是一項由聯邦政府出資為 Medicare 受保人提供本地**免費**健康保險諮詢的州計劃。*HIICAP* 顧問可協助您解答您有關 Medicare 聯邦醫療保險的疑問或問題。他們可以幫助您瞭解您的 Medicare 計劃選擇並回答有關轉換計劃的問題。您可以致電 *HIICAP*，號碼是 1-800-701-0501。有關 *HIICAP* 的更多資訊，請瀏覽其網站 (<https://www.aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance>)。

如果對您的 New York Medicaid 福利有疑問，請聯絡 New York Medicaid 求助專線：1-800-541-2831（TTY 使用者請致電 711），服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點。詢問如何加入其他計劃或回到 Original Medicare 對您獲取 New York 州 Medicaid 保險有哪些影響。

第 6 節 幫助支付處方藥費用的計劃

您可能資格獲得支付處方藥費方面的幫助。我們在下文列出了不同類型的補助：

- **Medicare 提供的「額外補助 (Extra Help)」。**由於您擁有 Medicaid，因此您符合領取「額外補助 (Extra Help)」（也稱為「低收入補貼」）的資格。「額外補助 (Extra Help)」支付您的部分處方藥保費、每年的自付扣除金以及共同保險。因為您符合資格，所以沒有逾期參保罰金。若您對「額外補助」存有疑問，請致電：
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048，每週 7 天，每天 24 小時；
 - 社會保障辦公室電話 1-800-772-1213，服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 7 點，可以找代表。自動語音留言全天候服務。TTY 使用者應致電 1-800-325-0778；或
 - 您的州 Medicaid 辦公室。
- **來自您所在州的藥物援助計劃的幫助。***New York* 州有被稱為長者醫藥保險 (EPIC) 的計劃，根據人們的財政需要、年齡或醫療狀況協助人們支付處方藥費用。若要瞭解該計劃的更多資訊，請向您的州立健康保險援助計劃查詢。
- **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。由 ADAP 承保的 Medicare D 類處方藥可透過 *New York* 州愛滋病毒無保險照護計劃獲得處方藥費用分攤資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 1-800-542-2437。

- **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。

對於符合資格的人來說，Medicare 提供的「額外補助 (Extra Help)」以及您所在州 SPAP 和 ADAP 提供的協助比參與 Medicare 處方藥付款計劃更有利。所有會員均有資格參與此付款計劃，無論收入水平如何，所有附帶藥物保險的 Medicare 藥物計劃及 Medicare 健保計劃必須提供此付款選項。如需更多關於此付款方式的資訊，請撥打 1-866-845-1803 聯絡我們或瀏覽 Medicare.gov。

第 7 節 您有任何問題？

第 7.1 節 – 從 RiverSpring MAP (HMO D-SNP) 獲得幫助

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：1-800-362-2266。（TTY 人士僅應致電 711。）我們每週 7 天上午 8 點至晚上 8 點提供電話服務。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 RiverSpring MAP (HMO D-SNP) 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。承保範圍說明書副本參見官網 www.RiverSpringHealthplans.org。您也可致電會員服務部，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 www.RiverSpringHealthplans.org。在此提醒您，我們的網站提供關於我們提供者網絡的最新資訊（醫療服務提供者目錄）以及我們承保藥物的清單（處方藥一覽表/藥物清單）。

第 7.2 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)

您可每週 7 天，每天 24 小時撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。

瀏覽 Medicare 網站

瀏覽 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。其中包含關於費用、承保範圍及品質星級評級的資訊，可以幫助您比較您所在地區的各個 Medicare 健康計劃。若要查看關於計劃的資訊，請造訪 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、權益和保障，並且回答了關於 Medicare 的最常見問題。若您未得到本文件副本，您可以透過 Medicare 網站 (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 或致電每週 7 天，每天 24 小時提供服務的 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 獲得。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。

第 7.3 節 – 從 Medicaid 獲取幫助

要獲取 Medicaid 資訊，您可以在周一至週五上午 8 點至下午 5 點撥打 New York Medicaid 幫助熱線：1-800-541-2831。TTY 使用者應致電 711。

非歧視性聲明

ElderServe Health, Inc.（經營別稱為 RiverSpring Health Plans）遵守適用的聯邦民權法，不會因種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而歧視任何人。ElderServe Health, Inc. 不會因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別將人拒之門外或給予他們不同待遇。

ElderServe Health, Inc.（經營別稱為 RiverSpring Health Plans）：

- 向殘障人士提供免費協助和服務，幫助他們與我們進行有效溝通，比如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 其他格式（大字體、音訊、可存取的電子格式及其他格式）的書面資訊
- 為母語非英語的人士提供免費語言服務，例如：
 - 合格的翻譯員
 - 用其他語言書寫的資訊

如果您需要這些服務，請聯絡民權協調員。如果您認為 ElderServe Health, Inc.（經營別稱為 RiverSpring Health Plans）未能提供這些服務，或是基於種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別，用另一種方式歧視您，您可以提出申訴：

Civil Rights Coordinator
80 West 225th Street
Bronx, NY, 10463
電話：1-347-842-3660, TTY 711
傳真：1-888-341-5009

您可親自或透過郵件、電話或傳真的方式提出申訴。如果您在提出申訴時需要幫助，民權協調員可向您提供幫助。您也可以向美國衛生與公眾服務部的民權辦公室提出民權投訴，或是可以用電子方式透過民權辦公室投訴入口網站提出，網址為 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，

或透過郵件或電話投訴：

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

投訴表格可在以下網址獲得：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Form Approved
OMB# 0938-1421

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 1-800-362-2266. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-362-2266. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我們提供免費的翻譯服務，幫助您解答關於健康或藥物保險的任何疑問。如果您需要此翻譯服務，請致電 1-800-362-2266。我們的中文工作人員很樂意幫助您。這是一項免費服務。

Chinese Cantonese: 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 1-800-362-2266。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。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-362-2266. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-362-2266. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-362-2266 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-362-2266. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-362-2266번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-362-2266. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم بمساعدتك. هذه خدمة مجانية. سيقوم شخص ما يتحدث العربية 1-800-362-2266 فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-362-2266 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-362-2266. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-362-2266. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal ouwa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-362-2266. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-362-2266. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-362-2266 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。