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

***[Insert 2024 plan name] ([insert plan type]) được cung cấp bởi [insert MAO name] [insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required MAO names]***

# Thông báo Thay đổi Hàng năm cho 2024

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

Quý vị hiện đang ghi danh là hội viên của *[insert 2023 plan name]*. Năm tới, chi phí và quyền lợi của chương trình sẽ có thay đổi*.* ***Vui lòng xem trang 4 để biết Tóm Tắt Các Chi Phí Quan Trọng, bao gồm Phí Bảo Hiểm.***

Tài liệu này nói về những thay đổi đối với chươngtrình của quý vị. Để nhận thêm thông tin về chi phí, quyền lợi hoặc quy định, vui lòng xem *Chứng từ Bảo hiểm*, có trên trang web của chúng tôi tại *[insert URL]*. [*Insert as applicable:* Quý vị cũng có thể xem xét *Chứng từ Bảo hiểm* kèm theo HOẶC đính kèm HOẶC được gửi riêng qua thư để xem liệu các quyền lợi hoặc thay đổi chi phí khác có ảnh hưởng đến quý vị hay không.]Quý vị cũng có thể gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên để yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị *Chứng từ Bảo hiểm*.)

* **Quý vị có từ ngày 15 Tháng Mười đến ngày 7 Tháng Mười Hai để thực hiện những thay đổi đối với bảo hiểm Medicare của quý vị cho năm tới.**

Cần phải làm gì bây giờ

1. **HỎI:** Những thay đổi nào áp dụng cho quý vị

* Kiểm tra những thay đổi đối với các quyền lợi và chi phí để xem chúng có ảnh hưởng đến quý vị không.
* Xem lại những thay đổi đối với chi phí chăm sóc y tế (bác sĩ, bệnh viện).
* Hãy suy nghĩ về số tiền quý vị sẽ chi tiêu cho phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và chia   
  sẻ chi phí.
* Kiểm tra xem liệu các bác sĩ chăm sóc chính, bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện và các nhà cung cấp khác của quý vị có còn nằm trong mạng lưới của chúng tôi vào năm tới hay không.
* Hãy suy nghĩ về việc quý vị có hài lòng với chương trình của chúng tôi hay không.

1. **SO SÁNH:** Tìm hiểu về các lựa chọn chương trình khác

* Kiểm tra bảo hiểm và chi phí của các chương trình trong khu vực của quý vị. Sử dụng công cụ Medicare Plan Finder tại [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) hoặc xem lại danh sách có ở mặt sau sổ tay *Medicare & Quý vị 2024*.
* Khi quý vị thu hẹp lựa chọn của mình xuống một chương trình ưu tiên, hãy xác nhận chi phí và bảo hiểm của quý vị trên trang web của chương trình.

1. **CHỌN:** Quyết định xem quývị có muốn thay đổi chương trình của mình hay không

* Nếu quý vị không tham gia một chương trình khác trước ngày 7 Tháng Mười Hai, 2023, quý vị sẽ ở lại *[insert plan name]*.
* Để đổi sang một **chương trình khác**,quý vị có thể chuyển chương trình trong khoảng thời gian từ ngày 15 Tháng Mười đến ngày 7 Tháng Mười Hai. Bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào **ngày 1 Tháng Một, 2024**. Điều này sẽ kết thúc việc ghi danh của quý vị với *[insert plan name]*.
* Nếu gần đây quý vị chuyển vào, hiện đang sống hoặc mới chuyển ra khỏi một cơ sở tập trung (như cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn), quý vị có thể chuyển chương trình hoặc chuyển sang Original Medicare (có hoặc không có một chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare) bất kỳ lúc nào.

Các Nguồn Trợ giúp Bổ sung

* [*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* Tài liệu này có sẵn miễn phí bằng *[insert languages that meet the 5% threshold]*.]
* Vui lòng liên hệ theo số điện thoại của Ban Dịch vụ Hội viên của chúng tôi tại *[insert member services phone number]* để biết thêm thông tin. (Người dùng TTY nên gọi *[insert TTY number]*.) Giờ làm việc là *[insert days and hours of operation]*. Cuộc gọi này miễn phí.
* *[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., braille, large print, audio) as applicable.]*
* **Bảo hiểm theo Chương trình này đủ điều kiện được coi là Bảo Hiểm Sức Khỏe Đủ Điều Kiện (QHC)** và đáp ứng yêu cầu trách nhiệm chung của Đạo Luật Bảo Vệ Bệnh Nhân và Đạo Luật Chăm Sóc Giá Cả Phải Chăng (ACA). Vui lòng truy cập trang web của Sở Thuế Vụ (IRS) tại [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) để biết thêm thông tin.

Về *[insert 2024 plan name]*

* *[Insert Federal contracting statement.]*
* Khi tài liệu này nói"chúng tôi", hoặc "của chúng tôi", điều đó có nghĩa là *[insert MAO name] [insert Plan in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document]*. Khi nói đến "chương trình" hoặc "chương trình của chúng tôi" có nghĩa là *[insert 2024 plan name]*.

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

***Thông báo Thay đổi Hàng năm* cho 2024**  
**Mục lục**

Tóm Tắt Các Chi Phí Quan Trọng cho 2024 4

PHẦN 1 Chúng tôi đang thay đổi Tên Chương trình 5

PHẦN 1 Trừ khi quý vị chọn một chương trình khác, quý vị sẽ tự động được ghi danh vào *insert 2024 plan name]* năm 2024 5

PHẦN 2 Thay đổi về Quyền lợi và Chi phí cho Năm Tới 6

Phần 2.1 – Thay đổi phí bảo hiểm hàng tháng 6

Phần 2.2 – Thay đổi số tiền tự trả tối đa của quý vị 6

Phần 2.3 – Những Thay đổi đối với Mạng lưới Nhà Cung cấp 7

Phần 2.4 – Những thay đổi về Quyền lợi và Chi phí cho Dịch vụ Y tế 8

PHẦN 3 Các Thay đổi hành chính 9

PHẦN 4 Quyết Định Nên Chọn Chương trình Nào 10

Phần 4.1 – Nếu quý vị muốn ở lại *[insert 2024 plan name]* 10

Phần 4.2 – Nếu quý vị muốn thay đổi chương trình 10

PHẦN 5 Thời hạn để Đổi Chương trình 11

PHẦN 6 Các Chương trình Cung cấp Tư vấn miễn phí về Medicare 12

PHẦN 7 Chương Trình Giúp Thanh Toán Cho Thuốc Theo Toa 12

PHẦN 8 Quý vị có câu hỏi? 13

Phần 8.1 – Nhận Trợ giúp từ *[insert 2024 plan name]* 13

Phần 8.2 – Nhận trợ giúp từ Medicare 14

Tóm Tắt Các Chi Phí Quan Trọng cho 2024

Bảng dưới đây so sánh chi phí năm 2023 và chi phí năm 2024 cho *[insert 2024 plan name]* tại một số khu vực quan trọng. **Xin lưu ý rằng đây chỉ là bản tóm tắt chi phí.**

[*If using Medicare FFS amounts (e.g., Inpatient and SNF cost sharing) the plan must insert the 2023 Medicare amounts and must insert:* Đây là số tiền chia sẻ chi phí 2023 và có thể thay đổi cho năm 2024. *[Insert plan name]* sẽ cung cấp mức giá cập nhật ngay khi chúng được ban hành. *Member cost-sharing amounts may not be left blank.*]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Chi phí | 2023 (năm nay) | 2024 (năm tới) |
| Phí bảo hiểm chương trình hàng tháng  *[Plans with no optional supplemental benefits delete the following.]* (Xem Phần *[edit section number as needed]* 2.1 để biết chi tiết.) | *[Insert 2023 premium amount]* | *[Insert 2024 premium amount]* |
| *[Plans with no deductible may delete this row.]*  Khoản khấu trừ | *[Insert 2023 deductible amount]* | *[Insert 2024 deductible amount]* [*If an amount other than $0, add:* ngoại trừ đồ dùng insulin thông qua một vật dụng thiết bị y tế dài hạn.] |
| Số tiền tự trả tối đa  Đây là số tiền tối đa quý vị sẽ trả  chi phí tự trả cho các dịch vụ được đài thọ [*insert if applicable:* Dịch vụ Phần A và Phần B].  (Xem Phần *[edit section number as needed]* 2.2 để biết chi tiết.) | Từ các nhà cung cấp trong mạng lưới: *[insert 2023 in-network MOOP amount]*  Từ các nhà cung cấp trong mạng lưới và ngoài mạng lưới kết hợp: *[insert 2023 combined MOOP amount]* | Từ các nhà cung cấp trong mạng lưới: *[insert 2024 in-network MOOP amount]*  Từ trong mạng lưới và  kết hợp với các nhà cung cấp ngoài mạng lưới: *[insert 2024 combined MOOP amount]* |
| Khám tại phòng mạch bác sĩ | Thăm khám chăm sóc chính: *[insert 2023 cost sharing for PCPs]* mỗi lần thăm khám  Thăm khám bác sĩ chuyên khoa: *[insert 2023 cost sharing for specialists]* mỗi lần thăm khám | Thăm khám chăm sóc chính: *[insert 2024 cost sharing for PCPs]* mỗi lần thăm khám  Thăm khám bác sĩ chuyên khoa: *[insert 2024 cost sharing for specialists]* mỗi lần thăm khám |
| Thời gian nằm viện nội trú | *[Insert 2023 cost sharing]* | *[Insert 2024 cost sharing]* |

*[If Section 1 does not apply, plans should omit it and renumber remaining sections as needed.]*

PHẦN 1 Chúng tôi đang thay đổi Tên Chương trình

[*Plans that are changing the plan name, as approved by CMS, include Section 1, using the section title above and the following text:*

Vào ngày 1 Tháng Một, 2024, tên chương trình của chúng tôi sẽ thay đổi từ *[insert 2023 plan name]* sang *[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.]*]

PHẦN 1 Trừ khi quý vị chọn một chương trình khác, quý vị sẽ tự động được ghi danh vào *[insert 2024 plan name]* năm 2024

*[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.]*

Vào ngày 1 Tháng Một, 2024, *[insert MAO name]* *[insert Plan in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document]* sẽkết hợp *[insert 2023 plan name]* với một trong các chương trình của chúng tôi, *[insert 2024 plan name]*. Thông tin trong tài liệunày cho quý vị biết về sự khác biệt giữa các quyền lợi bảo hiểm hiện tại của quý vị trong *[insert 2023 plan name]* và các quyền lợi quý vị sẽ có vào ngày 1 Tháng Một, 2024 với tư cách là hội viên của *[insert 2024 plan name]*.

**Nếu quý vị không làm gì trước ngày 7 Tháng Mười Hai, 2023, chúng tôi sẽ tự động ghi danh quý vị vào *[insert 2024 plan name]* của chúng tôi.** Điều này có nghĩa là bắt đầu từ   
ngày 1 Tháng Một, 2024, quý vị sẽ được nhận bảo hiểm y tế thông qua *[insert 2024 plan name]*. Nếu quý vị muốn thay đổi chương trình hoặc chuyển sang Original Medicare, quý vị phải làm như vậy trong khoảng thời gian từ ngày 15 Tháng Mười đến ngày 7 Tháng Mười Hai. Nếu đủ điều kiện nhận "Hỗ trợ Bổ sung", quý vị có thể thay đổi chương trình vào những thời điểm khác.

PHẦN 2 Thay đổi về Quyền lợi và Chi phí cho Năm Tới

### Phần 2.1 – Thay đổi phí bảo hiểm hàng tháng

*[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.]*

| Chi phí | 2023 (năm nay) | 2024 (năm tới) |
| --- | --- | --- |
| Phí bảo hiểm hàng tháng  *[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.]*  (Quý vị cũng phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình.) | *[Insert 2023 premium amount]* | *[Insert 2024 premium amount]* |

### Phần 2.2 – Thay đổi số tiền tự trả tối đa của quý vị

*[Plans that include the costs of supplemental benefits in the MOOP limit may* *revise this information as needed.]*

Medicare yêu cầu tất cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe phải giới hạn số tiền quý vị tự trả trong năm. Các giới hạn này được gọi là số tiền tự trả tối đa. Khi quý vị đạt đến số tiền này,   
quý vị nói chung không phải trả khoản tiền nào cho các dịch vụ [*insert if applicable:* Phần A và Phần B] được đài thọ trong phần còn lại trong năm.

| Chi phí | 2023 (năm nay) | 2024 (năm tới) |
| --- | --- | --- |
| Tối đa trong mạng lưới  số tiền tự trả  Chi phí của quý vị cho các dịch vụ y tế được đài thọ (chẳng hạn như tiền đồng thanh toán [*insert if plan has a deductible:* và khoản khấu trừ]) từ các nhà cung cấp trong mạng lưới được tính vào số tiền tự trả tối đa trong mạng lưới của quý vị.  *[Plans with no premium delete the following sentence*.*]* Phí bảo hiểm chương trình của quý vị không tính vào số tiền tự trả tối đa của quý vị. | *[Insert 2023  in-network MOOP amount]* | *[Insert 2024 in-network MOOP amount]*  Sau khi quý vị đã trả *[insert 2024 in-network MOOP amount]* tiền tự trả cho các dịch vụ được đài thọ [*insert if applicable:* Dịch vụ Phần A và Phần B], từ các nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị sẽ không phải trả khoản tiền nào cho dịch vụ được đài thọ [*insert if applicable:* Dịch vụ Phần A và Phần B] từ các nhà cung cấp trong mạng lưới trong phần còn lại của năm dương lịch. |
| Kết hợp tối đa số tiền tự trả  Chi phí của quý vị cho các dịch vụ y tế được đài thọ (chẳng hạn như tiền đồng thanh toán [*insert if plan has a deductible:* và khoản khấu trừ]) từ các nhà cung cấp trong mạng lưới và ngoài mạng lưới được tính vào số tiền tự trả tối đa kết hợp của quý vị. *[Plans with no premium delete the following sentence.]* Phí bảo hiểm chương trình của quý vị không tính vào số tiền tự trả tối đa của quý vị.  *[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]*  Sau khi quý vị đã trả *[insert 2024 combined MOOP amount]* tiền tự trả cho các dịch vụ được đài thọ [*insert if applicable:* Dịch vụ Phần A và Phần B], quý vị sẽ không phải trả khoản tiền nào cho dịch vụ được đài thọ [*insert if applicable:* Dịch vụ Phần A và Phần B] từ các nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới trong phần còn lại của năm dương lịch. |

### Phần 2.3 – Những Thay đổi đối với Mạng lưới Nhà Cung cấp

[*Insert if applicable:* Chúng tôi đã đưa vào bản sao *Danh mục Nhà cung cấp* hiện tại của chúng tôi trong phong bì với tài liệu này.] Các danh mục được cập nhật [i*nsert if applicable:* cũng] có trên trang web của chúng tôi tại *[insert URL]*. Quý vị cũng có thể gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên để biết thông tin về nhà cung cấp được cập nhật hoặc yêu cầu chúng tôi gửi qua thư cho quý vị một *Danh mục Nhà Cung cấp*, và chúng tôi sẽ gửi qua thư trong vòng ba ngày làm việc.

*[Insert applicable section: For a plan that does not have changes in its provider network]* Không có thay đổi đối với mạng lưới các nhà cung cấp của chúng tôi cho năm tới.

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its provider network]* Mạng lưới các nhà cung cấp của chúng tôi cho năm tới có thay đổi. **Vui lòng xem *Danh mục Nhà cung cấp* 2024 để xem liệu các nhà cung cấp của quý vị (nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện,** **v.v. ) có trong mạng lưới của chúng tôi hay không.**

*[All plans must insert the following]* Điều quan trọng là quý vị cần biết rằng chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi đối với các bệnh viện, bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa (nhà cung cấp) thuộc chương trình của quý vị trong năm. Nếu thay đổi giữa năm về các nhà cung cấp của chúng tôi ảnh hưởng đến quý vị, vui lòng liên hệ với Ban Dịch vụ Hội viên để chúng tôi có thể hỗ trợ.

### Phần 2.4 – Những thay đổi về Quyền lợi và Chi phí cho Dịch vụ Y tế

[*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:* Các quyền lợi của chúng tôi và những gì quý vị chi trả cho các dịch vụ y tế được đài thọ này trong năm 2024 sẽ giống như năm 2023.]

Chúng tôi đang thực hiện những thay đổi đối với chi phí và quyền lợi cho một số dịch vụ y tế nhất định vào năm tới. Thông tin dưới đây mô tả những thay đổi này.

*[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:* Đây là số tiền chia sẻ chi phí 2023 và có thể thay đổi cho năm 2024. *[Insert plan name]* sẽ cung cấp mức giá cập nhật ngay khi chúng được ban hành. *Số tiền chia sẻ chi phí của hội viên không được để trống.*]

*[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.]*

| Chi phí | 2023 (năm nay) | 2024 (năm tới) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert benefit name]* | [*For benefits that were not covered in 2023 [Insert benefit name]* không được đài thọ.]  [*For benefits with a copayment insert:* Quý vị trả $ *[insert 2023 copayment amount]* tiền đồng thanh toán *[insert language as needed to accurately describe the benefit (e.g., per office visit)].*]  [*For benefits with a coinsurance insert:* Quý vị trả *[insert 2023 coinsurance percentage]* % trên tổng chi phí *[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]* không được đài thọ.]  [*For benefits with a copayment insert:* Quý vị trả $ *[insert 2024 copayment amount]* tiền đồng thanh toán *[insert language as needed to accurately describe the benefit (e.g., per office visit)].*]  [*For benefits with a coinsurance insert:* Quý vị trả *[insert 2024 coinsurance percentage]* % trên tổng chi phí *[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.]* |

PHẦN 3 Các Thay đổi hành chính

*[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*.*]*

| Mô tả | 2023 (năm nay) | 2024 (năm tới) |
| --- | --- | --- |
| *[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]* |

PHẦN 4 Quyết Định Nên Chọn Chương trình Nào

### Phần 4.1 – Nếu quý vị muốn ở lại *[insert 2024 plan name]*

**Để duy trì chương trình của chúng tôi, quý vị không cần phải làm gì cả.** Nếu quý vị không đăng ký một chương trình khác hoặc đổi sang Original Medicare trước ngày 7 Tháng Mười Hai, quý vị sẽ tự động được ghi danh vào chương trình của chúng tôi *[insert 2024 plan name]*.

### Phần 4.2 – Nếu quý vị muốn thay đổi chương trình

Chúng tôi hy vọng quý vị sẽ tiếp tục làm hội viên của chúng tôi vào năm tới nhưng nếu quý vị muốn thay đổi chương trình cho năm 2024, hãy thực hiện theo các bước sau:

Bước 1: Tìm hiểu và so sánh các lựa chọn của quý vị

* Quý vị có thể tham gia một chương trình bảo hiểm y tế khác của Medicare,
* *-- HOẶC -*- Quý vị có thể đổi sang Original Medicare. Nếu quý vị đổi sang Original Medicare, quý vị sẽ cần quyết định có tham gia một chương trình thuốc Medicare hay không. Nếu quý vị không ghi danh vào chương trình thuốc Medicare, có thể có một hình phạt ghi danh muộn Phần D tiềm ẩn.

Để tìm hiểu thêm về Original Medicare và các loại chương trình Medicare khác nhau, hãy sử dụng công cụ Medicare Plan Finder ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), đọc sổ tay *Medicare & Quý vị 2024*, gọi điện cho Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang của quý vị (xem Phần *[edit section number as needed]* 6), hoặc gọi cho Medicare (xem Phần *[edit section number as needed]* 8.2).

[*Plans may choose to insert if applicable:* Xin lưu ý, *[insert MAO name] [insert Plan in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document]* cung cấp [*insert as applicable:* Chương trình sức khỏe Medicare *VÀ/OR* chương trình thuốc theo toa của Medicare. Các chương trình khác này có thể khác về bảo hiểm, phí bảo hiểm hàng tháng và các khoản chia sẻ chi phí.]]

Bước 2: Thay đổi bảo hiểm của quý vị

* Để **đổi** **sang một chương trình bảo hiểm sức khỏe khác của Medicare**, hãy ghi danh tham gia chương trình mới. Quý vị sẽ tự động bỏ ghi danh khỏi *[insert 2024 plan name]*.
  + Để **đổi sang Original Medicare với một chương trình thuốc theo toa**, hãy ghi danh vào chương trình thuốc mới. Quý vị sẽ tự động bỏ ghi danh khỏi *[insert 2024 plan name]*.
* Để **đổi sang Original Medicare mà không có chương trình thuốc theo toa,** quý vị phải:
  + Xin hãy gửi văn bản yêu cầu cho chúng tôi để bỏ ghi danh [*insert if organization has complied with CMS guidelines for online disenrollment:* hoặc truy cập trang web của chúng tôi để bỏ ghi danh trực tuyến]. Liên lạc với Ban Dịch vụ Hội viên nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện.
  + *-- Hoặc --* Liên hệ với **Medicare**, theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, và đề nghị bỏ ghi danh. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

PHẦN 5 Thời hạn để Đổi Chương trình

Nếu quý vị muốn đổi sang một chương trình khác hoặc đổi sang Original Medicare vào năm tới, quý vị có thể thực hiện việc này từ ngày **15 Tháng Mười cho đến ngày 7 Tháng Mười Hai**. Thayđổi này sẽ có hiệu lực vào ngày 1 Tháng Một, 2024.

Có những thời điểm khác trong năm để thực hiện thay đổi hay không?

Trong một số tình huống nhất định, cũng có thể thay đổi vào những thời điểm khác trong năm. Các ví dụ bao gồm những người có Medicaid, những người được "Hỗ trợ Bổ sung" để trả tiền cho thuốc của họ, những người có hoặc đang rời khỏi bảo hiểm của nhà tuyển dụng, và những người chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ.

Nếu quý vị ghi danh tham gia chương trình Medicare Advantage vào ngày 1 Tháng Một, 2024 và không thích lựa chọn chương trình của quý vị, quý vị có thể chuyển sang một chương trình bảo hiểm sức khỏe khác của Medicare (có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa Medicare) hoặc chuyển sang Original Medicare (có hoặc không có bảo hiểm thuốc kê toa của Medicare) từ ngày 1 Tháng Một đến ngày 31 Tháng Ba, 2024.

Nếu gần đây quý vị chuyển vào, hiện đang sống hoặc mới chuyển ra khỏi một cơ sở tập trung (như cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn), quý vị có thể chuyển chương trình Medicare của mình **bất kỳ lúc nào**. Quý vị có thể đổi sang bất kỳ chương trình sức khỏe Medicare nào khác (có hoặc không có bảo hiểm thuốc mua theo toa Medicare) hoặc đổi sang Original Medicare (có hoặc không có chương trình thuốc mua theo toa Medicare riêng biệt) vào bất kỳ lúc nào.

PHẦN 6 Các Chương trình Cung cấp Tư vấn miễn phí về Medicare

*[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.]*

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) là một chương trình chính phủ độc lập với các tham vấn viên được đào tạo ở mọi tiểu bang. Trong *[insert state]*, SHIP được gọi là *[insert state-specific SHIP name]*.

Đây là một chương trình của tiểu bang nhận được tiền từ chính phủ Liên bang để cung cấp dịch vụ tư vấn bảo hiểm y tế địa phương **miễn phí** cho những người có Medicare. *[Insert state-specific SHIP name]* cố vấn có thể giúp quý vị giải quyết các thắc mắc hoặc vấn đề về Medicare của quý vị. Họ có thể giúp quý vị hiểu các lựa chọn chương trình Medicare của quý vị và trả lời các thắc mắc về việc chuyển đổi chương trình. Quý vị có thể gọi *[insert state-specific SHIP name]* theo số *[insert SHIP phone number]*. [*Plans may insert the following:* Quý vị có thể tìm hiểu thêm về *[insert state-specific SHIP name]* bằng cách truy cập trang web của họ *([insert SHIP website])*.]

PHẦN 7 Chương Trình Giúp Thanh Toán Cho Thuốc Theo Toa

Quý vị có thể đủ điều kiện được trợ giúp trả tiền cho thuốc theo toa. *[Plans in states without both SPAPs and ADAPs, delete the next sentence.]* Dưới đây là danh sách các loại trợ giúp khác nhau:

* **"Hỗ trợ Bổ sung" từ Medicare.** Những người có thu nhập hạn chế có thể đủ điều kiện cho "Hỗ trợ Bổ sung" để thanh toán cho chi phí thuốc theo toa của họ. Nếu quý vị đủ điều kiện, Medicare có thể chi trả lên đến 75% hoặc nhiều hơn cho các chi phí thuốc của quý vị bao gồm phí bảo hiểm thuốc mua theo toa hàng tháng, các khoản khấu trừ thường niên và đồng bảo hiểm. Ngoài ra, những người đủ điều kiện sẽ không có giai đoạn khoảng trống bảo hiểm hoặc phạt ghi danh muộn. Để xem quý vị có đủ điều kiện hay không,   
  hãy gọi:
  + 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi   
    1-877-486-2048, 24 giờ/7 ngày một tuần;
  + Văn Phòng An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213 từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu để gặp một người đại diện. Tin nhắn tự động hoạt động 24 giờ một ngày. Người dùng TTY vui lòng gọi, 1-800-325-0778; Hoặc
  + Văn phòng Medicaid Tiểu bang của quý vị (đơn).
* *[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.]* **Trợ giúp từ chương trình hỗ trợ dược phẩm của** **tiểu bang của quý vị.** *[Insert state name]* có một chương trình được gọi là *[insert state-specific SPAP name]* giúp mọi người thanh toán cho thuốc theo toa dựa trên nhu cầu tài chính, tuổi tác hoặc bệnh trạng của họ*.* Để tìm hiểu thêm về chương trình, hãy kiểm tra với Chương Trình Hỗ Trợ Bảo hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang của quý vị.
* *[Plans without an ADAP in their state(s), should delete this bullet.]* **Nếu Quý Vị Có Bảo Hiểm Từ Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc Điều Trị AIDS (ADAP) Thì Sao?** Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) giúp những người đủ điều kiện sống chung với HIV/AIDS được tiếp cận các thuốc điều trị HIV giúp cứu mạng. Các thuốc mua theo toa Phần D của Medicare cũng do ADAP bao trả đủ điều kiện để hỗ trợ chia sẻ chi phí kê toa thông qua *[insert State-specific ADAP information]*. **Lưu ý:** Để đủ điều kiện cho ADAP đang hoạt động ở Tiểu bang quý vị, các cá nhân phải đáp ứng các tiêu chí nhất định, bao gồm giấy chứng nhận cư trú tại tiểu bang và tình trạng HIV, thu nhập thấp theo định nghĩa của tiểu bang và có tình trạng không được bảo hiểm/bảo hiểm dưới mức.
* Nếu quý vị hiện đã được ghi danh vào ADAP, chương trình có thể tiếp tục cung cấp hỗ trợ chia sẻ chi phí thuốc Medicare Phần D cho quý vị đối với những thuốc trên danh mục thuốc ADAP. Để đảm bảo quý vị tiếp tục nhận được hỗ trợ này, vui lòng thông báo cho nhân viên ghi danh ADAP tại địa phương của quý vị về bất kỳ thay đổi nào trong tên hoặc số hợp đồng của chương trình Medicare Phần D của quý vị. *[Insert State-specific ADAP contact information.]*

Để biết thông tin về các tiêu chí đủ điều kiện, các thuốc được bao trả hoặc cách ghi danh chương trình này, vui lòng gọi *[insert State-specific ADAP contact information]*.

PHẦN 8 Quý vị có câu hỏi?

### Phần 8.1 – Nhận Trợ giúp từ *[insert 2024 plan name]*

Quý vị có câu hỏi? Chúng tôi luôn sẵn sàng giúp đỡ quý vị. Vui lòng gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên theo số *[insert member services phone number]*. (Chỉ dành cho người dùng TTY, gọi số *[insert TTY number]*.) Chúng tôi sẵn sàng nhận điện thoại *[insert days and hours of operation]*. [*Insert if applicable:* Các cuộc gọi đến các số này là miễn phí.]

Đọc *Chứng từ Bảo hiểm* năm2024 của quý vị (nó có chi tiết về các quyền lợi và chi phí năm tới)

Thông *báo Thay đổi Hàng năm này cho* quý vị bản tóm tắt các thay đổi về quyền lợi và chi phí của quý vị cho 2024. Để biết chi tiết, hãy xem *Chứng Từ Bảo Hiểm 2024* cho *[insert 2024 plan name]*. *Chứng từ Bảo hiểm* là bản mô tả chi tiết và mang tính pháp lý về các quyền lợi bảo hiểm của quý vị. Nó giải thích các quyền của quý vị và các quy định quý vị cần tuân theo để nhận các dịch vụ và thuốc theo toa được đài thọ. Một bản sao *Chứng Từ Bảo Hiểm* có trên trang web của chúng tôi tại *[insert URL]*. [*Insert as applicable:* Quý vị cũng có thể xem xét *Chứng từ Bảo hiểm* kèm theo HOẶC đính kèm HOẶC được gửi riêng qua thư để xem liệu các quyền lợi hoặc thay đổi chi phí khác có ảnh hưởng đến quý vị hay không.]Quý vị cũng có thể gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên để yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị *Chứng từ Bảo hiểm*.

Truy cập trang web của chúng tôi

Quý vị cũng có thể vào thăm trang mạng của chúng tôi tại *[insert URL]*. Xin nhớ, trang web của chúng tôi có thông tin cập nhật nhất về mạng lưới các nhà cung cấp của chúng tôi *(Danh Mục Nhà Cung Cấp)*.

### Phần 8.2 – Nhận trợ giúp từ Medicare

Để nhận thông tin trực tiếp từ Medicare:

Hãy gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

Truy cập trang web của Medicare

Truy cập trang web của Medicare ([www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/)). Chương trình có thông tin về chi phí, bảo hiểm, và Xếp Hạng Sao chất lượng để giúp quý vị so sánh các chương trình sức khỏe Medicare trong khu vực của quý vị. Để xem thông tin về chương trình, hãy truy cập [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

Đọc Sổ tay *Medicare & Quý vị 2024*

Đọcsổ tay *Medicare & Quý vị năm 2024*. Mỗi mùa thu, tài liệu này được gửi đến những   
người có Medicare. Cẩm nang này có một bảng tóm tắt các quyền lợi, quyền và biện pháp   
bảo vệ của Medicare và câu trả lời cho hầu hết các câu hỏi thường gặp về Medicare. Nếu quý   
vị không có bản sao tài liệu này, quý vị có thể lấy tài liệu này tại trang web của Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.