

由 VillageCareMAX 提供的 VillageCareMAX Medicare Total Advantage Plan (HMO D-SNP)

2026 年度变更通知

您是 VillageCareMAX Medicare Total Advantage Plan 的参保会员。

本材料说明了我们计划明年的费用和福利的变化。

- 您必须在 10 月 15 日至 12 月 7 日期间更改您明年的 Medicare 承保范围。如果您在 2025 年 12 月 7 日之前没有加入其他计划，您将自动续保 VillageCareMAX Medicare Total Advantage Plan。
- 如要更改为其他计划，请访问 www.Medicare.gov 或查看《Medicare & You 2026》手册背面的列表。
- 请注意，本材料仅为变更的摘要。有关费用、福利和规则的更多信息，请参阅《承保范围说明书》(Evidence of Coverage)。您可访问 www.villagecaremax.org 获取一份副本，或者拨打 1-855-296-8800 (TTY 用户拨打 711) 联系会员服务部以获取邮寄的副本。

更多资源

- 免费提供阿尔巴尼亚语、阿拉伯语、孟加拉语、中文、法语、法语克里奥尔语、希腊语、意大利语、韩语、波兰语、俄语、西班牙语、西班牙语克里奥尔语、他加禄语、乌尔都语和意第绪语版本的本材料。
- 本计划免费提供语言援助服务和适当的辅助工具及服务。本计划必须以英语和至少 15 种其他语言提供通知，这些语言是我们计划服务区域内相关州或多个州英语水平有限人士最常使用的语言，并且必须以替代格式为需要辅助工具和服务的残障人士提供通知，以确保有效沟通。
- 请拨打会员服务部电话 1-855-296-8800 (TTY 用户拨打 711) 以了解更多信息。服务时间为每周 7 天，每天上午 8 点至晚上 8 点。此号码通话免费。

- 本资料可提供大字体版、盲文版或音频版。

关于 VillageCareMAX Medicare Total Advantage Plan

- VillageCareMAX 是一项健康维护组织 (Health Maintenance Organization, HMO) 计划，与 Medicare 和纽约州 Medicaid 均签有合约。是否能加入 VillageCareMAX 计划取决于合同续签情况。该计划还与纽约 Medicaid (New York Medicaid) 计划签订了书面协议，以协调您的 Medicaid 福利。该计划还与纽约 Medicaid 计划签订了书面协议，以协调您的 Medicaid 福利。
- 本材料中的“我们”或“我们的”均指 VillageCareMAX，“计划”或“本计划”均指 VillageCareMAX Medicare Total Advantage Plan。
- **如果您在 2025 年 12 月 7 日之前不采取任何行动，您将自动注册 VillageCareMAX Medicare Total Advantage Plan。**从 2026 年 1 月 1 日开始，您将通过 VillageCareMAX Medicare Total Advantage Plan 获得医疗和药物保险。有关如何更改计划和进行更改的截止日期的更多信息，请参阅第 3 节。

目录

2026 年重要费用摘要	4
第 1 节 下一年的福利及费用变更	7
第 1.1 节 月度计划保费的变更	7
第 1.2 节 您的最高自付金额变更	7
第 1.3 节 提供者网络的变更	8
第 1.4 节 药房网络的变更	9
第 1.5 节 医疗服务福利及费用变更	9
第 1.6 节 D 部分药品承保范围变更	16
第 1.7 节 处方药福利及费用的变化	16
第 2 节 行政管理变更	19
第 3 节 如何更改计划	20
第 3.1 节 变更计划的截止期限	20
第 3.2 节 一年中的其他时间可以进行变更吗?	21
第 4 节 处方药费用援助计划	22
第 5 节 有疑问?	23
向 VillageCareMAX Medicare Total Advantage Plan 获取帮助	23
获得有关 Medicare 的免费咨询	24
向 Medicare 获取帮助	24
向 Medicaid 获取帮助	25

2026 年重要费用摘要

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
月度计划保费* * 您的保费可能高于此金额。 有关详细信息，请参阅 第 1.1 节。	\$0	\$0
最高自付金额 这是您为 A 部分和 B 部分承保 服务所需支付的 <u>最高</u> 自付额。 (有关详细信息，请参阅 第 1.2 节)	\$9,350 如果您符合 Medicaid 项下 的 Medicare 费用分摊补 助资格，您无需负责 A 部 分和 B 部分承保服务的任 何自付费用。	\$9,250 如果您符合 Medicaid 项下 的 Medicare 费用分摊补助 资格，您无需负责 A 部分 和 B 部分承保服务的任何 自付费用。
初级护理诊所就诊	每次就诊费用为 \$0 如果您符合 Medicaid 项下 的 Medicare 费用分摊补 助资格，您每次就诊需支 付的费用为 \$0。	每次就诊费用为 \$0 如果您符合 Medicaid 项下 的 Medicare 费用分摊补助 资格，您每次就诊需支付 的费用为 \$0。
专科医生诊所就诊	每次就诊费用为 \$0 如果您符合 Medicaid 项下 的 Medicare 费用分摊补 助资格，您每次就诊需支 付的费用为 \$0。	每次就诊费用为 \$0 如果您符合 Medicaid 项下 的 Medicare 费用分摊补助 资格，您每次就诊需支付 的费用为 \$0。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
住院治疗 包括急性住院、住院康复、长期护理医院和其他类型的住院医院服务。住院护理从您根据医生的医嘱正式入院的那一天开始。出院前一天是您住院的最后一天。	\$0 如果您符合 Medicaid 项下的 Medicare 费用分摊补助资格，您需支付的费用为 \$0。	\$0 如果您符合 Medicaid 项下的 Medicare 费用分摊补助资格，您需支付的费用为 \$0。
D 部分药物承保免赔额 (有关详细信息，请参阅第 1.7 节)	\$590	\$615
D 部分药物承保范围 (有关详细信息，请参阅第 1.6 和 1.7 节，包括年度免赔额、初始保险和巨灾保险阶段。)	初始承保阶段的共付额/共保额： 对于纳入我们增强型福利项目的药品，您可能需要支付 \$2 的共付额。 - 第 1 级药品：\$0 - 第 2 级药品：\$0 - 第 3 级药品：\$0 - 第 4 级药品：\$0 - 第 5 级药品：\$0 - 第 6 级药品：\$0	初始承保阶段的共付额/共保额： 对于纳入我们增强型福利项目的药品，您可能需要支付 \$2 的共付额。 - 第 1 级药品：\$0 - 第 2 级药品：\$0 - 第 3 级药品：\$0 - 第 4 级药品：\$0 - 第 5 级药品：\$0 - 第 6 级药品：\$0

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
D 部分药物承保范围 (续)	巨灾保险阶段： 在此支付阶段，您无需为承保的 D 部分药品支付任何费用。 对于纳入我们增强型福利项目的药品，您可能需要支付 \$2 的共付额。	巨灾保险阶段： 在此支付阶段，您无需为承保的 D 部分药品支付任何费用。 对于纳入我们增强型福利项目的药品，您可能需要支付 \$2 的共付额。

第 1 节 下一年的福利及费用变更

第 1.1 节 月度计划保费的变更

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
月度计划保费 (除 Medicaid 代为缴纳的情况 外，您还必须继续支付 Medicare B 部分保费。)	\$0	\$0 下一福利年度无变更。

第 1.2 节 您的最高自付金额变更

Medicare 要求所有健康计划对参保人年度自付费用设定限额。该限额称为“最高自付金额”。一旦您支付了这笔款项，您通常无需支付日历年剩余时间的 A 部分和 B 部分承保服务（以及 Medicare 未承保的其他健康服务）。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
最高自付金额 由于我们的会员同时享有 Medicaid 的费用分担补助，所以很少有达到最高自付额的情况。 如果您符合 Medicaid A 部分和 B 部分共付额相关的补助资格，则对于 A 部分和 B 部分承保服务，您无需承担任何达到最高自付限额的自付费用。 您的承保医疗服务费用（例如共付额）计入您的最高自付金额。我们的处方药费用不计入您的最高自付金额。	\$9,350	\$9,250 当您的 A 部分和 B 部分承保服务自付金额累计达到 \$9,250 后，在该日历年度剩余时间内，您将无需再为 A 部分和 B 部分的承保服务支付任何费用。

第 1.3 节 提供者网络的变更

我们下一年的提供者网络没有变更。

我们可能会在这一年内对属于我们计划一部分的医院、医生和专科医师（提供者）进行更改。如果年中我们的提供者发生变化影响到您，请拨打 1-855-296-8800（TTY 用户拨打 711）向会员服务部寻求帮助。有关网络提供者退出我们计划时您的权利的更多信息，请参阅您的《承保范围说明书》的第 3 章第 2.3 节。

第 1.4 节 药房网络的变更

处方药费用可能因药房选择而异。Medicare 药物计划设有多家网络药房。在大多数情况下，只有在网络药房配药时，您的处方药才会得到承保。

下一年的药房网络没有变更。

我们可能会在这一年内对我们计划中的药房进行更改。如果年中我们的药房发生变化影响到您，请拨打 1-855-296-8800（TTY 用户拨打 711）向会员服务部寻求帮助。

第 1.5 节 医疗服务福利及费用变更

《年度变更通知》(Annual Notice of Change) 将向您说明 Medicare 和 Medicaid 福利及费用的变更。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
针灸	<u>网络内</u> 每次 Medicare 承保诊疗的费用为 \$0。 每次常规针灸就诊共付额为 \$0（每年 54 次）。	<u>网络内</u> 每次 Medicare 承保诊疗的费用为 \$0。 每次常规针灸就诊共付额为 \$0（每年 40 次就诊，每月最多 5 次就诊）。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
慢性疼痛管理和治疗服务	<u>网络内</u> Medicare 承保的慢性疼痛管理和治疗服务福利<u>不在</u>承保范围内。	<u>网络内</u> Medicare 承保的慢性疼痛管理和治疗服务福利在承保范围内。
结直肠癌筛查（钡灌肠）	<u>网络内</u> 每次 Medicare 承保的钡灌肠服务费用为 \$0。	<u>网络内</u> Medicare 承保的钡剂灌肠福利<u>不在</u>承保范围内。
牙科服务	<u>网络内</u> 每次预防性牙科检查共付额为 \$0（口腔检查 - 1 次；定期口腔评估 - 每 6 个月 1 次。 有限口头评估 - 每 12 个月 2 次。 综合口头评估 - 每位提供者处终身可享 1 次。 以问题为中心的口头评估 - 每 12 个月 3 次。）。	<u>网络内</u> 每次预防性牙科检查共付额为 \$0（口腔检查 - 3 次；定期口腔评估 - 每 6 个月 2 次 有限口腔评估 - 每 12 个月 2 次。 综合口头评估 - 每位提供者处终身可享 1 次。 以问题为中心的口头评估 - 每 12 个月 3 次，根据报告提供。）。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
	X 光检查共付额 \$0 (X 光 - 1 次; 口腔内全系列 X 光片或全景 X 光片 - 每 36 个月 1 次。口腔内根尖片 - 每 6 个月 3 次。咬翼片 - 每 12 个月 3 次。唾液腺造影检查 - 每周 2 次) 。 每次牙周病服务就诊共付额为 \$0 (1 次就诊; 牙龈切除术 - 每 12 个月每象限 1 次, 牙冠延长术 - 每颗牙终身 1 次。 牙周洁治与根面平整术 - 每个治疗部位每 24 个月 1 次。 牙周维护治疗: 每 6 个月 1 次) 。 每次颌面修复服务就诊共付额为 \$0 (每年 1 次) 。	X 光检查共付额 \$0 (X 光 - 1 次; 口腔内全系列或全景 X 光检查 - 每 36 个月 1 次。口腔内根尖片 - 每 6 个月 3 次; 口腔内根尖片 - 每 12 个月 6 次。唾液腺造影检查 - 每周 2 次) 。 每次牙周病服务就诊共付额为 \$0 (1 次就诊; 牙龈切除术或牙龈成形术 - 每 12 个月每象限 1 次, 根据报告提供。牙冠延长术 - 每颗牙终身 1 次。 牙周洁治与根面平整术 - 每个治疗部位/象限每 24 个月 1 次。 牙周维护治疗: 每 6 个月 1 次。) 。 颌面修复服务<u>不在</u>承保范围内。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
	辅助性常规医疗服务每次就诊自付额为 \$0 (1 次就诊; 姑息性急诊治疗每 12 个月 2 次。深度镇静 - 最长时长限制为 60 分钟, 或按单位计算最多 4 个单位。)	辅助性常规医疗服务每次就诊自付额为 \$0 (1 次就诊; 姑息性急诊治疗每 12 个月 2 次 (若本次就诊同时进行其他治疗服务, 或与初次口腔评估、定期口腔评估一同进行, 则该姑息性急诊治疗不予报销)。深度镇静最长时长限制为 60 分钟, 或按单位计算最多 4 个单位。
	非 Medicare 承保的活动义齿修复项目需要转介。	非 Medicare 承保的活动义齿修复项目无需转介。
	非 Medicare 承保的种植服务需要转介。	非 Medicare 承保的种植服务无需转介。
	非 Medicare 承保的固定义齿修复项目需要转介。	非 Medicare 承保的固定义齿修复项目无需转介。
FLEX 福利	每月 \$575 的津贴, 用于额外的牙科、视力或听力福利。	每月 \$585 的津贴, 用于额外的牙科、视力或听力福利。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
非处方用品		
食品和农产品（杂货）、加油站加油费、公用事业费、房租/房贷补助、害虫防治、室内空气质量产品、拼车服务、公共交通以及非医疗需求的交通服务，均属于慢性病患者特殊补充福利 (Special Supplemental Benefits for the Chronically III, SSBCI) 的范畴。	非处方 (Over-The-Counter, OTC) 项目每月最高计划承保金额为 \$300。 未使用的资金按月结转，但会在年底到期失效。 包括 OTC 药品、杂货、汽油、租金援助、公用事业和 OTC 药品听证会。	OTC 项目每月最高计划承保金额为 \$305。 未使用的资金按月结转，但会在年底到期失效。 包括 OTC 药品、杂货、天然气、租金援助、公用事业、室内空气质量产品、害虫防治产品、公共汽车/地铁票价和 OTC 药品听证会。
如需符合 SSBCI 福利资格，必须确定参保者患有慢性疾病、有长期健康问题（例如糖尿病、慢性心力衰竭、心血管疾病、慢性和致残性心理健康状况、中风或其他未列出的合格病症），并符合承保标准。投保 VillageCareMAX Medicare Total Advantage Plan 的会员均符合资格。		
足病服务		
	Medicare 承保的足病护理服务无需事先授权。	Medicare 承保的足病护理服务需要事先授权。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
用于预防艾滋病病毒 (Human Immunodeficiency Virus, HIV) 的暴露前预防 (Pre-exposure prophylaxis, PrEP)	<u>网络内</u> Medicare 承保的 HIV 预防 福利暴露前预防 (PrEP) <u>不</u> 在承保范围内。	<u>网络内</u> PrEP 福利没有共同保险、 共付额或免赔额。
远程访问技术	<u>网络内</u> 远程访问技术 (护士热线) 福利 <u>不在</u> 承保范围内。	<u>网络内</u> 每次使用远程访问技术 (护 士热线) 福利的就诊共付额 为 \$0。
丙型肝炎病毒感染筛查	<u>网络内</u> Medicare 承保的丙型肝炎 病毒感染筛查福利 <u>不在</u> 承保 范围内。	<u>网络内</u> Medicare 承保的丙型肝炎 病毒筛查没有共保额、共付 额或免赔额。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
慢性病患者特殊补充福利		
食品和农产品（杂货）、加油站加油费、公用事业费、房租/房贷补助、害虫防治、室内空气质量产品、拼车服务、公共交通以及非医疗需求的交通服务，均属于慢性病患者特殊补充福利 (SSBCI) 的范畴。 如需符合 SSBCI 福利资格，必须确定参保者患有慢性疾病、有长期健康问题（例如糖尿病、慢性心力衰竭、心血管疾病、慢性和致残性心理健康状况、中风或其他未列出的合格病症），并符合承保标准。投保 VillageCareMAX Medicare Total Advantage Plan 的会员均符合资格。	补充福利在承保范围内。结合 OTC 药品福利。 OTC 项目每月最高计划承保金额为 \$300。未使用的资金按月结转，但会在年底到期失效。 包括 OTC 药品、杂货、汽油、租金援助、公用事业和 OTC 药品听证会。	补充福利在承保范围内。结合 OTC 药品福利。 OTC 项目每月最高计划承保金额为 \$305。未使用的资金按月结转，但会在年底到期失效。 包括 OTC 药品、杂货、天然气、租金援助、公用事业、室内空气质量产品、害虫防治产品、公共汽车/地铁票价和 OTC 药品听证会。 非医疗交通（每年 24 次单程 [12 次往返]）。
远程医疗福利（额外）	远程医疗福利 <u>不</u> 涵盖强化门诊计划服务。	远程医疗福利涵盖强化门诊计划服务，共付额为 \$0。

第 1.6 节 D 部分药品承保范围变更

药品清单变更

本计划承保药品清单称为处方集或药品清单。电子版清单副本已随函提供。

目前，我们尚未对下一年的药品清单进行任何更改。但是，我们可能会在 Medicare 规则允许的范围内进行其他更改。在线药品清单每月至少更新一次以确保时效性。若变更涉及您正在使用的药物，我们将向您发送有关变更的通知。

第 1.7 节 处方药福利及费用的变化

您是否正在领取额外帮助 (Extra Help) 来支付药品保险费用？

如果您参加的计划帮助支付药物费用（额外帮助），则有关 D 部分药物费用的信息不适用于您。我们向您发送了一份单独的材料，称为“*处方药费用‘额外帮助’领取人的《承保范围说明书》补充说明*”，其中说明了您的药物费用。如果您获得额外帮助，且在 9 月 30 日之前未收到该材料，请拨打会员服务部电话 1-855-296-8800（TTY 用户拨打 711）并索要 *低收入补助 (Low-Income Subsidy, LIS) 补充说明*。

药品付款阶段

药品付款有三个阶段：年度免赔额阶段、初始承保阶段和巨灾保险阶段。D 部分福利不再设置保险缺口阶段和保险缺口折扣计划。

- **第 1 阶段：年度免赔额**

您每个日历年都从此付款阶段开始。在此阶段，您需全额支付增强型药物的费用，直到达到 \$615 的免赔额。增强型药物的共付额为 \$2。

- **第 2 阶段：初始承保阶段**

一旦您支付了年度免赔额，您就会进入初始承保阶段。在此阶段，本计划将支付药品费用的分摊部分，且您需承担自付部分。您通常会保持在此阶段，直到您年初至今的自付费用达到 2026 年的自付费用门槛 \$2,100。

• **第 3 阶段：巨灾保险**

这是第三个也是最后一个药品付款阶段。在此支付阶段，您无需为 D 部分承保药品支付任何费用。对于纳入我们增强型福利项目的药品，您可能需要分摊部分费用。您通常会在日历年的剩余时间里保持在此阶段。

保险缺口折扣计划 (Coverage Gap Discount Program) 已更换为制造商折扣计划 (Manufacturer Discount Program)。根据制造商折扣计划，在初始承保阶段和巨灾保险阶段，药品制造商将承担 D 部分品牌药和生物制剂全额费用的一部分。制造商根据制造商折扣计划支付的折扣不计入自付费用。

第 1 阶段的药品费用：年度免赔额

该表显示了此阶段每张处方的费用。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
年度免赔额	在此阶段，您需要支付增强型药品的费用，直到达到 \$590 的年度免赔额。然后，增强型药物将有 \$2 的共付额。	在此阶段，您需要支付增强型药品的费用，直到达到 \$615 的年度免赔额。然后，增强型药物将有 \$2 的共付额。

第 2 阶段的药品费用：初始承保

表格显示了您在网络内药房购买一个月（30 天）用量处方药时，按标准费用分摊规则所需承担的单次处方费用。

大多数 D 部分成人疫苗可免费接种。如需了解以下相关费用信息：疫苗的详细费用、长期用量药品的费用、在提供优先费用分摊的网络内药房购药的费用、邮购处方药品的费用，请查阅您的《承保范围说明书》第 6 章。

当您为 D 部分承保药品累计支付的自付费用达到 \$2,100 后，将进入下一阶段（巨灾保险阶段）。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
首选仿制药：	\$0	\$0
仿制药：	\$0	\$0
首选品牌药：	\$0	\$0
非首选药品：	\$0	\$0
专科药品等级：	\$0	\$0
精选护理药品：	\$0	\$0

巨灾保险阶段变更

若您进入巨灾保险阶段，D 部分承保药物将无需自付费用。但我们的增强型福利所涵盖的除外药物可能仍需您支付分摊费用。

有关您在巨灾保险阶段的费用的具体信息，请参阅您《承保范围说明书》的第 6 章第 6 节。

第 2 节 行政管理变更

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
Medicare 处方药付款计划	Medicare 处方付款计划是今年开设的一种付款方式，可以通过将药品费用均摊到整个日历年（1 月至 12 月）来帮助您管理计划承保药品的自付费用。您可能正在使用此付款方式。	如果您在参加 Medicare 处方付款计划的同时保留 D 部分计划，您的此计划将自动续签至 2026 年。如需了解有关此支付方式的更多信息，请拨打 1-855-296-8800（TTY 用户请拨打 711）与我们联系，或访问 www.Medicare.gov 。
隐私惯例通知 此处列出的项目已添加到隐私惯例通知中。 请访问 www.villagecare.org 获取最新通知。		1. 有关特定类型受保护健康信息（例如生殖保健信息）的特殊保护措施 2. 匹配 VillageCareMAX 政策和要求的最新时间表 3. 会员选择他人代表自己行事的权利章节 4. 有关 VillageCareMAX 可能使用先进技术来提高我们所提供服务的质量与效率的信息

第 3 节 如何更改计划

若您希望继续参加 VillageCareMAX Medicare Total Advantage Plan，您无需进行任何操作。除非您在 12 月 7 日前投保其他计划或将保险变更为 Original Medicare，否则您将自动续保 VillageCareMAX Medicare Total Advantage Plan。

如果您想更改 2026 年的计划，请按照下列步骤作：

- 如要将保险变更为其他 Medicare 健康计划，请投保新的计划。您将自动退保 VillageCareMAX Medicare Total Advantage Plan。
- 如要将保险变更为含 Medicare 药品保险的 Original Medicare，请投保新的 Medicare 药品计划。您将自动退保 VillageCareMAX Medicare Total Advantage Plan。
- 如要将保险变更为不含 Medicare 药品保险的 Original Medicare，您可以向我们寄送书面退保请求。请拨打 1-855-296-8800（TTY 用户拨打 711）与会员服务部联系，以了解有关如何执行此作的更多信息。或拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 Medicare 联系并要求退保。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。如果您不参加 Medicare 药品计划，您可能需要支付 D 部分延迟投保罚金（请参阅第 4 节）。
- 如要了解有关 Original Medicare 和不同类型 Medicare 计划的更多信息，请访问 www.Medicare.gov、查阅《Medicare & You 2026》手册、致电您的州健康保险援助计划 (State Health Insurance Assistance Program)（请参阅第 5 节），或者拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

第 3.1 节 变更计划的截止期限

Medicare 参保人可以在每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日期间更改其保险。

如果您在 2026 年 1 月 1 日加入了 Medicare Advantage 计划，但不喜欢该计划选择，您可以在 2026 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期间切换至其他 Medicare 健康计划（含或不含 Medicare 药品保险）或切换到 Original Medicare（含或不含单独的 Medicare 药品保险）。

第 3.2 节 一年中的其他时间可以进行变更吗？

在某些情况下，人们可能有机会在一年中的其他时间更改保险。示例包括符合以下情况的会员：

- 拥有 Medicaid
- 获得支付药品费用的额外帮助
- 拥有或即将终止雇主保险
- 迁出我们计划的服务区域

因为您有纽约州 Medicaid，所以您可以通过在一年中的任何月份选择以下 Medicare 选项之一来终止您在我们计划中的会员资格：

- 含独立 Medicare 处方药计划的 Original Medicare；
- 不含单独的 Medicare 处方药计划的 Original Medicare（如果您选择此选项，Medicare 可能会为您投保药品计划，除非您选择退出自动投保。）；或者
- 综合 D-SNP（如符合条件），该计划将 Medicare 福利与 Medicaid 全部或大部分福利和服务整合在一起。

若您最近入住或目前居住在某个机构（例如专业护理机构或长期护理医院），您可以随时更改您的 Medicare 保险。您可以随时更改为任何其他 Medicare 健康计划（含或不含单独的 Medicare 药品计划）或切换至 Original Medicare（含或不含 Medicare 药品计划）。若您近期离开此类机构，可在迁出当月起算的 2 个完整自然月内更换至其他计划或 Original Medicare。

第 4 节 处方药费用援助计划

您可能有资格获得处方药费用援助。您可获得不同类型的帮助：

- **Medicare 的额外帮助计划。**收入有限的会员可能有资格获得用于支付处方药费用的额外帮助。如果您符合条件，Medicare 可以支付高达 75% 或更多的药品费用，包括月度药品计划保费、年度免赔额和共同保险。此外，符合条件的会员无需支付延迟投保罚金。如要查看您是否符合条件，请拨打：
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户应拨打 1-877-486-2048，此号码全年全天候提供服务。
 - 社会保障局热线 1-800-772-1213（周一至周五早上 8 点至晚上 7 点人工服务）。自动语音系统 24 小时运行。TTY 用户请拨打 1-800-325-0778。
 - 您所在州的 Medicaid 办公室。
- **您所在州的药物援助计划 (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) 提供的帮助。**纽约州设有“老年人药品保险承保计划” (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC)，根据经济状况、年龄或健康状况为居民提供处方药费用援助。如要了解有关该计划的更多信息，请咨询您的州健康保险援助计划 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)。要获取您所在州的电话号码，请访问 shiphelp.org，或拨打 1-800-MEDICARE。
- **艾滋病病毒 (HIV)/艾滋病 (AIDS) 处方药费用分摊援助。**艾滋病药物援助计划 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 有助于确保符合 ADAP 条件的艾滋病病毒感染者/艾滋病患者能够获得挽救生命的抗 HIV 药物。如要获得本州 ADAP 的资格，申请人必须满足若干条件，包括提供本州居住证明和 HIV 感染状况证明、符合州定的低收入标准，以及处于无保险或保险不足的状态。ADAP 也承保的 Medicare D 部分药品有资格通过纽约州艾滋病药物援助计划 (New York State AIDS Drug Assistance Program) 获得处方药费用分摊帮助。有关资格标准、承保药品、如何投保该计划的信息，或者如果您目前已投保，想了解如何继续获得帮助，请拨打 1-800-542-2437 联系纽约州艾滋病药物援助计划。来电时请提供您的 Medicare D 部分计划名称或保单号码。

- **Medicare 处方药付款计划。** Medicare 处方药付款计划是一种付款方式，可与您当前的药品保险配合使用，通过将费用分摊到整个日历年（1 月至 12 月）来帮助您计划承保药品的自付费用。任何投保了 Medicare 药品计划或含药品保险的 Medicare 健康计划（例如含药品保险的 Medicare Advantage 计划）的会员都可以使用此付款方式。此支付方案虽能帮助您管理开支，但不会为您省钱或降低药物费用。

对于符合条件的人来说，Medicare 的额外帮助以及 SPAP 和 ADAP 的帮助比参与 Medicare 处方付款计划更具优势。无论收入水平如何，所有会员都有资格参加 Medicare 处方药付款计划。如需了解有关此支付方式的更多信息，请拨打 1-855-296-8800（TTY 用户请拨打 711）与我们联系，或者访问 www.Medicare.gov。

第 5 节 有疑问？

向 VillageCareMAX Medicare Total Advantage Plan 获取帮助

- 请拨打会员服务部电话 1-855-296-8800。（TTY 用户请拨打 711。）

服务时间为每周 7 天，每天上午 8 点至晚上 8 点。拨打这些号码均免费。

- 请参阅您的 *《2026 年承保范围说明书》*

本 *《年度变更通知》* 概述了 2026 年福利与费用的变更事项。有关详细信息，请查阅 VillageCareMAX Medicare Total Advantage Plan 的 *《2026 年承保范围说明书》*。此 *《承保范围说明书》* 是对我们计划福利的法定详细说明，其中阐述了您的权利以及获取承保服务和处方药所需遵循的规则。您可访问我们的网站 www.villagecaremax.org 获取 *《承保范围说明书》* 或者拨打会员服务部电话 1-855-296-8800（TTY 用户应拨打 711）要求我们向您邮寄一份副本。

- 请访问 www.villagecaremax.org

我们的网站提供了有关我们提供者网络（*提供者目录/药房目录*）和我们的 *承保药品清单*（*处方集/药品清单*）的最新信息。

获得有关 Medicare 的免费咨询

州健康保险援助计划 (SHIP) 是一项独立的政府计划，在各州均配备经专业培训的咨询顾问。在纽约，SHIP 被称为纽约州健康保险援助计划。

致电纽约州健康保险援助计划以获得免费的个性化健康保险咨询。他们可以帮助您了解您的 Medicare 和 Medicaid 计划选择并回答有关更换计划的问题。请拨打 1-800-701-0501 与纽约州健康保险援助计划联系。访问以下网站可了解有关纽约州健康保险援助计划的更多信息：<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-programs>。

向 Medicare 获取帮助

- 拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

您可以拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。此号码全年全天候提供服务。
TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。

- 访问 www.Medicare.gov 实时聊天

您可以访问 www.Medicare.gov/talk-to-someone 进行实时聊天。

- 致函 Medicare

您可以寄送信函给 Medicare，地址为 PO Box 1270, Lawrence, KS 66044。

- 访问 www.Medicare.gov

此 Medicare 的官方网站提供费用、承保范围及质量星级评定等信息，可帮助您比较您所在地区的 Medicare 健康计划。

- 请参阅 *《Medicare & You 2026》*

我们每年秋天都会邮寄 *《Medicare & You 2026》* 手册给 Medicare 会员。该手册总结了 Medicare 福利、权利和保护措施，并解答了有关 Medicare 的最常见问题。您可访问 www.Medicare.gov 或拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 获取副本。TTY 用户可以拨打 1-877-486-2048。

向 Medicaid 获取帮助

如需获得 Medicaid 的帮助，您可以拨打 1-800-541-2831 (TTY: 711) 与纽约州 Medicaid 计划联系，服务时间为周一至周五上午 8:00 至晚上 8:00，周六上午 9:00 至下午 1:00。您可以寄信给地方社会服务局 (Local Department of Social Services, LDSS)。您可访问 www.health.ny.gov/health_care/medicaid 查找您所在地区 LDSS 的地址。

如需获取有关 Medicaid 投保或福利问题的帮助，请拨打 800-541-2831 与纽约州 Medicaid 联系。