

关于您处方药物保险变更的重要信息

通知日期:	生效日期:	机构/中心或地区办公室的名称及地址		
个案编号	部门名称或工作人员姓名			
个案名称（及转交人姓名，如有）和地址		用于咨询问题或寻求帮助的通用电话号码		
		或者 机构调解会 _____ 公平听证会信息和援助 _____ 记录查询 _____ 法律援助信息 _____		
办公室编号	部门编号	工作人员编号	部门名称或工作人员姓名	电话号码

您收到本通知是因为，根据我们掌握的信息，注册加入 **Medicaid** 的以下人员可能有权享有 **MEDICARE** 或正在接受 **Medicare** 福利，生效日期为 _____。

姓名 _____ 客户 ID # _____

姓名 _____ 客户 ID # _____

如果您获得全额 **Medicaid** 福利并注册加入 **MEDICARE**，您必须注册加入 **MEDICARE Part D** 处方药物计划。如果您不参加 **MEDICARE Part D**（D 部分）处方药物计划，您可能会失去您所有的 **Medicaid** 福利。该计划依据的是 **Social Security Act**（《社会安全法》）第 1935 (d)(1) 条要求，即 **Medicare** 一旦开始付款，**Medicaid** 应立即停止为处方药物付款。

Medicaid 仍将支付您的其他医疗保健费用。**Medicaid** 还会继续承保一些特定药物，如苯二氮卓类药物和某些非处方药物。

如果您还没有注册加入 **Part D** 处方药物计划，那么 **Centers for Medicare and Medicaid Services**（**Medicare** 和 **Medicaid** 服务中心，简称 **CMS**）会自动将您加入 **Part D** 基准计划，并向您发送一封信函，告知您已将您加入了哪项计划。该计划将向您发送有关其服务的信息和处方会员卡，您必须在药房使用该卡才能获得您的药物。只要您注册加入基准计划，您就不必支付月度保费。根据 **Medicare** 药物计划，您仅需为每个处方支付少量的共付额。如果您在医疗机构（例如疗养院）住满一个月或更长时间，您将不必支付共付额。基准计划将为您提供需要您支付费用最少的处方药。基准计划可能无法为您提供您需要的所有药物。但是，所有 **Part D** 计划都必须设法让您获得他们不承保的必要医疗药物。

您可以随时选择更改计划，但最多每月一次。您可以选择注册加入一个不同的计划，但请注意，您可能需要为之支付更高的费用。如果您在选择最符合自己处方需求的计划方面需要帮助，请拨打 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 或拨打 **1-800-701-0501** 联系 **Health Insurance Information Counseling & Assistance Program**（健康保险信息咨询和援助计划，简称 **HIICAP**）寻求帮助。听障用户请拨打 **1-877-486-2048**。本函包含一份您可**免费**加入的基准计划的列表。如果您选择的是非基准计划，那么您需要支付一部分月度保费。

所有 **Medicare Part D** 处方药计划都必须设定一个程序，以便让您获得他们不承保的必要医疗药物。**MEDICARE** 处方计划需要至少为您提供短期供应的、您目前正在服用的药物（通常为一个月的供应量）。但是，如果您发现您的新 **MEDICARE** 处方计划不承保您服用的必要医疗药物，那么您应咨询您的提供者（您的医生、诊所等）。他们可以决定是否开具另一种具有同样疗效的且该处方计划承保的药物。

如果您的提供者认为您不应该更换药物，那么您或您的提供者必须联系您的 **MEDICARE** 处方计划，申请“特事特办”。您的医生需要向该计划提供相关信息，说明您需要这种特定药物的原因。

如果该计划拒绝您的“特事特办”申请，您可以对该计划的决定提出上诉。直接联系您的计划或查看您计划的手册，了解提出上诉的方法。您本人、您的处方医师或其他指定代表都可以代表您提出上诉。

有些人不需要加入 **MEDICARE** 处方药计划，因为他们拥有雇主/退休职工健康计划。如果您收到的信函告知您：如果您注册加入一个 **MEDICARE** 处方药计划就将无法享有健康保险，那么您必须将该信函副本提交给您当地的 **Medicaid** 办公室。

如果您认为相关法律不适用于您的情况，或者您认为我们并未掌握关于您的正确信息，那么您有权提出上诉。如果您认为法律有误并以此为由提出上诉，那么您的上诉将不经听证会而直接进行裁定。如果您想对此行动提出上诉，请阅读本函的调解会和公平听证会部分。

调解会权利：您可以申请调解会对这些措施进行审查。如果您需要举行调解会，应尽快申请。在调解会中，如果我们发现我们的确定结果有误，或者我们依据您所提供的信息决定变更我们的确定结果，则我们将采取纠正措施并重新对您予以通知。您可以拨打本通知书第一页中提供的电话号码来申请调解会，也可将您的书面申请寄送至本通知书首页顶部提供的地址来进行申请。此号码仅用于申请调解会。**您不可以使用该号码来申请召开公平听证会。**如果您申请举行调解会，您仍有权申请召开公平听证会。如果您想在获得公平听证会判决结果之前继续领取自己的福利（继续获得援助），那么您必须采用下述方式申请召开公平听证会。请阅读下方的公平听证会信息。

获取您的文件和文档复印件：为帮助您为听证会做好准备，您有权查看您的个案文件。如果您通过电话或信件联系我们，我们将向您免费寄送您文件中文档的复印件，并将在听证会上向听证官提供此资料。同时，如果您通过电话或信件联系我们，我们将向您免费寄送您认为可能需要用于为听证会做好准备的其他文档的复印件。如果您打电话或写信给我们，我们还将免费为您提供必要的具体政策材料，以便您决定是否申请召开公平听证会或为听证会做好准备。我们可为您提供的政策材料包括以下文档：行政指令、一般信息系统消息、信息性信函、Medicaid 参考指南的部分内容、Department of Health Medicaid 最新通讯和当地局长备忘录。要申请获取具体政策材料、文档或了解查看文件的方法，请拨打本通知书正面顶部提供的“记录存取”电话号码，或者写信邮寄至本通知书正面顶部提供的地址以联系我们。如果您需要您个案文件的免费具体政策材料或文档复印件，应提前申请。我们将在听证会之前的适当时间向您提供该资料。只有在您特别请求邮寄文档时，才会将文档邮寄给您。

公平听证会权利：如果您认为以上措施有误，则可以申请举行纽约州公平听证会。申请方式如下：

- 1) **电话：**您可拨打纽约州免费电话：800-342-3334（请在拨打电话时将此通知放在手边备用）或者
- 2) **传真：**将本通知书副本用传真发送至。(518) 473-6735；或者
- 3) **在线：**请访问以下网址，填写并发送在线申请表：<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>；或者
- 4) **写信：**将已填妥的本通知书副本邮寄至：Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201。请自行留存一份副本。

我要申请召开公平听证会。该机构的行动有误，原因如下： _____

正楷体姓名： _____ 个案编号 _____

地址： _____ 电话： _____

客户签名： _____ 日期： _____

自本通知书发出之日起，您有 60 天时间申请召开公平听证会：申请听证会后，纽约州将向您发送一份通知，告知您举行公平听证会的时间及地点。您有权邀请法律顾问、亲属、朋友或他人作为代表参加听证会，也可以自己提出异议。在听证会当中，您的律师或其他代表将有机会出示书面或口头证据以证明之前措施有误，以及有机会向出席听证会的任何人员发问。此外，您还有权邀请证人为您提供证据。您应携带任何可为您的个案提供有力证据的文件出席听证会，诸如本通知书、工资单、收据、医疗账单、供暖账单、医疗诊断书、信件等文件。

继续领取您的福利：如果您在本通知书注明的生效日期之前申请召开公平听证会，那么在该公平听证会判决发布之前，您可以继续领取自己的福利。但是，如果您输掉了公平听证会，我们将收回您不应领取的任何 Medicaid 福利。如果您希望避免出现这种情况，请勾选下面的方框，以表明您不希望继续获得援助，并将本页与您的听证会申请一同发送给我们。如果您勾选此方框，则我们将从上述生效日期开始采取上述行动。

我同意在公平听证会判决发布之前，对我的 Medicaid 福利采取如本通知所述的行动。

法律援助：如果您需要获取免费法律援助，可联系您所在地的法律援助协会 (Legal Aid Society) 或其他法律支持团体来获取此类援助。您可以在黄页的“律师”(Lawyers) 条目下查找附近的法律援助协会或维权团队信息，也可以拨打本通知书第一页中提供的电话号码以进行查询。

信息：如果您想获取与您的个案相关的更多信息，或者想详细了解申请召开公平听证会、查看文件或获取其他文件副本的方法，请拨打本通知书第 1 页提供的电话号码，或者写信邮寄至本通知书第 1 页提供的地址以联系我们。

注意：未满 19 岁的不具备 Medicaid 或其他健康保险参保资格的儿童可能有资格投保 Child Health Plus 保险计划。该计划提供针对儿童的健康护理保险服务。请拨打 1-800-698-4543 获取相关信息。