

尊敬的 MetroPlusHealth 會員：

身為 MetroPlusHealth 的總裁，我向您致以最誠摯的感謝，感謝您明年繼續成為我們大家庭的一員。您能成為會員，我們感到非常高興。

我們每年都會審查我們的Medicare福利，以便我們為您提供最好的可用承保和服務。隨信附上《2025 年 MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) 年度變更通知》，這份文件總結概述了您計劃中的福利和保險在明年的所有變更。

2025年，您的計劃將免費為您提供以下所有**重大新福利**：

**Flex卡**（補充福利包）——每季 \$475（不能轉存至下季度使用），用於支付非處方（OTC）項目以及公用事業，如有線/衛星/電話服務。您還可以使用該卡購買日常用品、浴室安全裝置和個人應急反應系統(PERS)。

**每年一次體檢**（*新!*）——現在也屬於 2025 年的承保福利。

此外，您還可以享受**針灸、足科、健身房會員費**和**非急診就醫交通費用**承保！請瀏覽我們的網站或者聯絡會員服務部瞭解更多內容。

如果您對您的保險有任何疑問或顧慮，請致電我們：866.986.0356（聽力障礙電傳：711），週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。非工作時段，請致電：800.442.2560。您也可以瀏覽我們的網站[metroplusmedicare.org](http://metroplusmedicare.org)獲得更多資訊。

**注意：**如果您不希望接到MetroPlusHealth的銷售相關電話，請聯絡我們：

[help.memberexperience@metroplus.org](mailto:help.memberexperience@metroplus.org)，或致電 866.986.0356（聽力障礙電傳：711）選擇退出。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。非工作時段，請致電：800.442.2560。一旦您選擇退出，在您通知我們您希望選擇重新加入之前，您將無限期地退出。

再次感謝您成為 MetroPlusHealth 會員！

此致，



Talya Schwartz 醫生  
總裁兼首席執行官  
MetroPlusHealth

隨附其他文件，幫助您瞭解您的保險情況，其中包括：

- 《承保福利說明》(EOC)，這份文件向您說明您的福利以及如何取得醫療護理服務和處方藥保險。
- 《醫生/藥房名錄》，其中列出了我們網絡中的所有初級保健醫生、專家、醫院和其他醫療服務提供者。您可以在接受某提供者的保健服務之前隨時檢查該名錄，以確保該提供者在我們的網絡之內。
- 《處方一覽表》，其中列出了我們的計劃承保的所有藥品。

您可透過我們的網站：[metroplusmedicare.org](https://metroplusmedicare.org)，輕鬆查閱和列印上述文件的最新版本。這些文件將於2024年10月15日前在我們的網站上發佈。如需向您寄送一份紙本列印本，請致電我們：866.986.0356（聽力障礙電傳：711），工作時間為週一至週五，早8點至晚8點，週六，早9點至下午5點。非工作時段，請致電：800.442.2560。

## 由MetroPlus Health Plan, Inc.提供的MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)

### 2025年《年度變動通知》

您現已成為MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)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4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》：[metroplusmedicare.org](http://metroplusmedicare.org)。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。

#### 現在該怎麼辦

##### 1. 詢問：哪些變更適用於您

- 查看我們的福利與費用變更是否會對您造成影響。
  - 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《藥物清單》的變更，確保您目前服用的藥品仍在保險範圍內。
  - 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。
- 查看您的主治醫生、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. 比較：瞭解其他可選的計劃

- 檢視在您所在地區的保險與費用。使用[medicare.gov/plan-compare](https://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MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)。
- 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MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)退保。
- 請參閱第14頁第4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文和中文版本
- 請聯絡我們的會員服務部，電話：866.986.0356（聽力障礙電傳：711），週一至週五，早8點至晚8點，週六，早9點至下午5點。非工作時段，請致電：800.442.2560。該電話免費。
- ATENCIÓN: si habla español, cuenta con servicios de asistencia lingüística sin cargo disponibles para usted. Llame al 866.986.0356 (TTY: 711).
- ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 866.986.0356 (TTY: 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電866.986.0356（聽力障礙電傳：711）。
- MetroPlus Health Plan, Inc.不隸屬於federal government、CMS、HHS和/或Medicare，也不受其認可或以其他方式與其相關聯。MetroPlus Health Plan, Inc.

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。

- 我們還可以應請求為您提供盲文、大號印刷體或其他格式的資訊。
- MetroPlus Health Plan, Inc. 提供面向殘障人士的免費援助和服務，以協助您與我們有效地溝通，例如合格的手語翻譯和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）。如果您需要這些服務，請聯絡MetroPlus Health Plan：866.986.0356。如需聽力障礙電傳/TDD服務，請致電711。
- 我們還為母語不是英語的人士提供免費語言服務，例如合格的口譯員和其他語言版本的書面資訊。如果您需要口譯服務，或者以盲文或CD形式提供計劃資訊，請致電紐約醫療補助選擇：800.505.5678。聽力障礙電傳使用者請致電：888.329.1541。諮詢師可為您說明或解答有關參保的問題。
- 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：[irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](https://irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)。

### 關於MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)

- MetroPlus Health Plan, Inc. 是一家擁有Medicare合約的HMO、HMO D-SNP計劃。MetroPlus Health Plan, Inc. 與MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) 專屬紐約州Medicaid 簽有合約，且與紐約州衛生廳簽有MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) 的福利協調協議。MetroPlusHealth不隸屬於federal government、CMS、HHS和/或Medicare，也不受其認可或以其他方式與其相關聯。參加MetroPlus Health Plan, Inc. 依照續約情況而定。MetroPlus Health Plan, Inc. 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。ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 866.986.0356 (TTY: 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電866.986.0356（聽力障礙電傳：711）。
- 在本文件中，「我們」或「我們的」指代MetroPlus Health Plan, Inc.，而「計劃」或「我們的計劃」指代MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)。

## 2025年《年度變動通知》

### 目錄

|                                                      |           |
|------------------------------------------------------|-----------|
| 2025年重要費用簡介.....                                     | 5         |
| <b>第1部分</b> <b>明年福利和費用變更.....</b>                    | <b>7</b>  |
| 第1.1節 - 每月保費變動 .....                                 | 7         |
| 第1.2節 - 您的最高自付金額變更 .....                             | 7         |
| 第1.3節 - 醫生和藥房網絡變更 .....                              | 8         |
| 第1.4節 - 醫療服務的福利和費用變更 .....                           | 8         |
| 第1.5節 - D部分處方藥保險變更 .....                             | 10        |
| <b>第2部分</b> <b>行政變動.....</b>                         | <b>13</b> |
| <b>第3部分</b> <b>決定要選擇哪種計劃.....</b>                    | <b>13</b> |
| 第3.1節 - 如果您希望續保MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) ..... | 13        |
| 第3.2節 - 如果您希望變更計劃 .....                              | 14        |
| <b>第4部分</b> <b>變更計劃截止日期.....</b>                     | <b>15</b> |
| <b>第5部分</b> <b>提供Medicare和Medicaid免費諮詢的計劃 .....</b>  | <b>15</b> |
| <b>第6部分</b> <b>協助支付處方藥費用的計劃.....</b>                 | <b>16</b> |
| <b>第7部分</b> <b>仍有疑問？ .....</b>                       | <b>17</b> |
| 第7.1節 - 從MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)獲得幫助 .....   | 17        |
| 第7.2節 - 獲得Medicare幫助 .....                           | 18        |
| 第7.3節 - 獲得Medicaid幫助 .....                           | 18        |

## 2025年重要費用簡介

下表對比了MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)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。如果您有資格獲得Medicaid下的Medicare費用分攤援助，您可獲得免費的自負額、醫生診所訪診和住院。

| 費用                                           | 2024年 (今年)                                                                                                                                                                                                           | 2025年 (明年)                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>每月計劃保費*</b><br>* 您的保費可能高於或低於此金額。詳情見第1.1節。 | 具體情況取決於您的「Extra Help」層級：<br>\$0或最高\$48.70                                                                                                                                                                            | 具體情況取決於您的「Extra Help」層級：<br>\$0或最高\$72.30                                                                                                                                                                            |
| <b>醫生診所就診</b>                                | 主治醫生就診：每次就診\$0自付費用<br>專科醫師就診：每次就診\$0自付費用                                                                                                                                                                             | 主治醫生就診：每次就診\$0自付費用<br>專科醫師就診：每次就診\$0自付費用                                                                                                                                                                             |
| <b>住院期間</b>                                  | 如具有醫療必要性，住院天數\$0自付費用。                                                                                                                                                                                                | 如具有醫療必要性，住院天數\$0自付費用。                                                                                                                                                                                                |
| <b>D部分處方藥保險</b><br>(詳情見第1.5節。)               | 根據您的「Extra Help」層級，您需要支付下列分攤費用：<br>自負額：\$0<br>初始保險階段適用的自付費用/共同保險費： <ul style="list-style-type: none"> <li>學名藥 (包括作為學名藥的品牌藥)：               <ul style="list-style-type: none"> <li>自付費用為\$0，或者</li> </ul> </li> </ul> | 根據您的「Extra Help」層級，您需要支付下列分攤費用：<br>自負額：\$0<br>初始保險階段適用的自付費用/共同保險費： <ul style="list-style-type: none"> <li>學名藥 (包括作為學名藥的品牌藥)：               <ul style="list-style-type: none"> <li>自付費用為\$0，或者</li> </ul> </li> </ul> |

| 費用                                                                              | 2024年 ( 今年 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2025年 ( 明年 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 自付費用為\$1.55，<br/>或者</li> <li>○ 自付費用為\$4.50</li> </ul> <p>在本層級，您為按月供應的每一種承保胰島素產品支付\$35。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 所有其他藥物： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 自付費用為\$0，<br/>或者</li> <li>○ 自付費用為\$4.60，<br/>或者</li> <li>○ 自付費用為\$11.20</li> </ul> </li> </ul> <p>重病保險：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 自付費用為\$1.60，<br/>或者</li> <li>○ 自付費用為\$4.90</li> </ul> <p>在本層級，您為按月供應的每一種承保胰島素產品支付\$35。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 所有其他藥物： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 自付費用為\$0，<br/>或者</li> <li>○ 自付費用為\$4.80，<br/>或者</li> <li>○ 自付費用為\$12.15</li> </ul> </li> </ul> <p>重病保險：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> </ul> |
| <p><b>最高自付金額</b></p> <p>這是您承保的A部分和B部分服務將支付的<b>最高自付金額</b>。<br/>( 詳情見第1.2節。 )</p> | <p style="text-align: center;"><b>\$8,850</b></p> <p>您不需要為承保的A部分和B部分服務進行任何計入最高自付金額的自付金額支付。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p style="text-align: center;"><b>\$9,350</b></p> <p>您不需要為承保的A部分和B部分服務進行任何計入最高自付金額的自付金額支付。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |



## 第1部分 明年福利和費用變更

### 第1.1節 - 每月保費變動

| 費用                                                              | 2024年 (今年)                                | 2025年 (明年)                                |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>每月保費</b><br>(您也必須繼續支付您的Medicare B部分保費，除非Medicaid為您支付了該部分費用。) | 具體情況取決於您的「Extra Help」層級：<br>\$0或最高\$48.70 | 具體情況取決於您的「Extra Help」層級：<br>\$0或最高\$72.30 |

### 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承保的A部分和B部分的服務付費。

| 費用                                                                                                                                                             | 2024年 (今年) | 2025年 (明年)                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>最高自付金額</b><br>因為我們的會員也從Medicaid獲得幫助，因此只有極少數的會員會達到此最高自付金額。您不需要為承保的A部分和B部分服務進行任何計入最高自付金額的自付金額支付。<br>您的承保醫療服務費用（例如自付費用和自負額）以您的最高自付金額為限。您的計劃保費和處方藥費用不以最高自付金額為限。 | \$8,850    | \$9,350<br>在您為承保的A部分和B部分服務支付了\$9,350自付金額後，您在當公曆年的剩餘時間內不必再為承保的A部分和B部分服務付費。 |

---

## 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路。大多數情況下，我們僅對從我們的網路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[metroplusmedicare.org](https://metroplusmedicare.org)。您也可致電會員服務部瞭解更新的醫生和/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醫生網路作出的變更。請查閱2025年《醫生名錄》：[metroplusmedicare.org](https://metroplusmedicare.org)，瞭解您使用的服務提供者（主治醫生、專科醫師、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》：[metroplusmedicare.org](https://metroplusmedicare.org)，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

---

請注意，《年度變動通知》僅介紹有關您的Medicare和Medicaid福利和費用的變更。

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 )                                                                                                                                                                                   |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Flex卡  | <p>您需支付\$0的自付費用。</p> <p>會員<b>每月</b>都將收到一張金額\$155的Flex卡，您可以使用該卡購買非處方(OTC)項目、購買食品雜貨、支付家庭公用事業費用（水費、燃氣費、電費、網路費）、配備個人緊急反應系統(PERS)和浴室安全裝置。這項服務將成為新的綜合補充福利包的一部分。未使用的Flex卡餘額將在月底到期。</p> | <p>您需支付\$0的自付費用。</p> <p>會員<b>每季度</b>都將獲得金額\$475的flex卡福利（餘額不可轉結至下季度），您可以使用該卡購買非處方(OTC)項目、購買食品雜貨、支付家庭公用事業費用（水費、燃氣費、電費、網路費）、配備個人緊急反應系統(PERS)和浴室安全裝置。這項服務將成為綜合補充福利包的一部分。未使用的Flex卡餘額將在該季度結束時到期。</p> |
| 每年一次體檢 | 不承保。                                                                                                                                                                            | 承保。您需支付\$0的自付費用。                                                                                                                                                                               |
| 牙科     | <p>綜合性：\$700</p> <p>預防性：\$1,000</p>                                                                                                                                             | <p>Medicaid牙科福利由Medicare補充牙科福利承保。</p> <p>Medicaid牙科服務包括檢查、清潔、X光、拔牙、修復、假牙、牙冠治療、牙根管治療以及植牙（僅限某些情況）。某些牙科服務需要事先授權。</p>                                                                              |

| 費用      | 2024年 (今年)                                                                                | 2025年 (明年)                                                                                |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 急診服務    | 0-20%的共同保險*<br>(每次就診最高金額: \$100)<br>*如果您有資格獲得Medicaid<br>下的Medicare費用分攤援助,<br>您的自付費用為\$0。 | 0-20%的共同保險*<br>(每次就診最高金額: \$110)<br>*如果您有資格獲得Medicaid<br>下的Medicare費用分攤援助,<br>您的自付費用為\$0。 |
| 緊急需要的服務 | 0-20%的共同保險*<br>(每次就診最高金額: \$55)<br>*如果您有資格獲得Medicaid<br>下的Medicare費用分攤援助,<br>您的自付費用為\$0。  | 0-20%的共同保險*<br>(每次就診最高金額: \$45)<br>*如果您有資格獲得Medicaid<br>下的Medicare費用分攤援助,<br>您的自付費用為\$0。  |

## 第1.5節 - D部分處方藥保險變更

### 《藥物清單》變更

我們的承保藥物清單稱作《承保藥品目錄》或《藥物清單》。我們提供電子版本的《藥物清單》。

我們對《藥物清單》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《藥物清單》，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。

《藥物清單》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《藥物清單》，至少每月一次，以便於提供最新的藥物清單。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、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《藥物清單》上移除。此外，在添加新的學名藥時，我們也可能決定將品牌藥繼續保留在我們的《藥物清單》中，但可立即添加新的限制。

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：

[fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients](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

如果您獲得「Extra Help」為您支付Medicare處方藥費，您可能有資格享受D部分藥品的費用分攤減免。本節中提供的一些資訊可能不適用於您。

**注意：**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。我們給您寄送了稱作「獲得處方藥付款Extra Help者《承保福利說明》附加條款」（也稱作「低收入輔助水準附加條款」或「低收入補助(LIS)附加條款」）的單獨附加頁，透過該附加頁告知您有關處方藥費用的資訊。如果您獲得「Extra Help」，但在**2024年9月30日**前尚未收到這張附加頁，請致電會員服務部索取該「低收入補助(LIS)附加條款」。

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)                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <p><b>第1階段：年度自負額階段</b></p> <p>在該階段，您將為D部分藥品付全款，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。</p> | <p>該自負額為\$545</p> <p>根據您的「Extra Help」層級，您在此階段可能支付\$0。</p> | <p>自負額為\$590。</p> <p>根據您的「Extra Help」層級，您在此階段可能支付\$0。</p> |

## 初始保險階段分攤費用變更

| 階段                                                                                                                            | 2024年 (今年)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2025年 (明年)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>第2階段：初始保險階段</b></p> <p>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。</p> <p>本計劃承保大部分成人D部分疫苗，您無需支付費用。</p> | <p>具體情況取決於您的「Extra Help」層級，您在標準費用分攤下配一個月用量的藥品時須支付的費用：</p> <p><b>學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）：</b></p> <p>您支付</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 自付費用為\$0，或者</li> <li>• 自付費用為\$1.55，或者</li> <li>• 自付費用為\$4.50</li> </ul> <p><b>所有其他藥物：</b></p> <p>您支付</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 自付費用為\$0，或者</li> <li>• 自付費用為\$4.60，或者</li> <li>• 自付費用為\$11.20</li> </ul> <p>當您的總藥品費用達到\$5,030後，您將進入下一個階段（甜甜圈孔階段）</p> | <p>具體情況取決於您的「Extra Help」層級，您在標準費用分攤下配一個月用量的藥品時須支付的費用：</p> <p><b>學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）：</b></p> <p>您支付</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 自付費用為\$0，或者</li> <li>• 自付費用為\$1.60，或者</li> <li>• 自付費用為\$4.90</li> </ul> <p><b>所有其他藥物：</b></p> <p>您支付</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 自付費用為\$0，或者</li> <li>• 自付費用為\$4.80，或者</li> <li>• 自付費用為\$12.15</li> </ul> <p>您為D部分藥物支付\$2,000的自付金額後，您將進入下一階段（重病保險階段）。</p> |

## 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 行政變動

| 說明                     | 2024年 (今年) | 2025年 (明年)                                                                                                                                                                          |
|------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Medicare處方藥支付計劃</b> | 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。<br>欲瞭解有關該支付選項的更多資訊，請聯絡我們：866.693.4615，或瀏覽： <a href="https://www.medicare.gov">medicare.gov</a> 。 |

## 第3部分 決定要選擇哪種計劃

### 第3.1節 – 如果您希望續保MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)

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對Original Medicare進行改變，您將自動續保，成為我們MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)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：

### 步驟1：瞭解並對比您的選擇

- 您可加入其他Medicare醫療保險，
- – 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藥物計劃。

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 ) ([medicare.gov/plan-compare](https://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：MetroPlus Health Plan, Inc.提供其他Medicare醫療保險。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醫療保險，請參保新計劃。您將自動退保MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)。
- 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MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)。
- 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 (800.633.4227)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877.486.2048。

如果您希望轉換為Original Medicare，並不想參加Medicare處方藥計劃，Medicare可令您加入一項藥品計劃，除非您決定不參與自動參保。



## 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。

鑒於您有Medicaid，您可以在一年中的任何一個月終止您的計劃會員資格。您還可以在任何一個月選擇參加另一項Medicare計劃，包括：

- 有單獨Medicare處方藥計劃的Original Medicare計劃、
- 無單獨Medicare處方藥計劃的Original Medicare計劃（如果您選擇該選項，Medicare可能會讓您註冊參保一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保），或
- 如果您符合資格，則可參加綜合性D-SNP，在一個計劃中獲得您的Medicare和大部分或全部Medicaid福利和服務。

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，您也可以**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醫療保險（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和Medicaid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Federal Government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。他們幫助您瞭解各種Medicare計劃選擇，並回答有關更換計劃的問題。您可致電800.701.0501聯絡HIICAP。您也可透過瀏覽HIICAP網站：[aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap](https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap)瞭解更多資訊。

有關您的紐約州Medicaid福利的問題，請致電紐約州衛生廳Medicaid計劃：888.692.6116或718.557.1399，工作時間為週一至週五，早8點至下午5點。聽力障礙電傳使用者應致電711。詢問如何加入另一個計劃或返回Original Medicare對您獲得紐約州Medicaid的方式有何影響。

## 第6部分 協助支付處方藥費用的計劃

您可能符合資格享受幫助支付處方藥費用的計劃。以下我們列出了不同類型的幫助：

- **Medicare的「Extra Help」**。因為您享受Medicaid，您已經參加「Extra Help」，又稱低收入津貼。Extra Help將支付您的部分處方藥保費、年度自負額與共同保險。由於您具有資格，您並無延遲參保懲罰。如果您對「Extra Help」有疑問，請致電：
  - 1-800-MEDICARE (800.633.4227)。聽力障礙電傳使用者請致電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Social Security辦公室代表，電話：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：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幫助**。紐約制訂了一項Elderly Pharmaceutical Insurance 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HIV無保險護理計劃，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800.542.2437，工作時間為週一至週五，早8點至下午5點。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：866.986.0356（聽力障礙電傳：711），或瀏覽[medicare.gov](https://www.medicare.gov)。

## 第7部分 仍有疑問？

### 第7.1節 – 從MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)獲得幫助

有疑問嗎？我們隨時為您提供協助。請致電會員服務部：866.986.0356（聽力障礙電傳：711），週一至週五，早8點至晚8點，週六，早9點至下午5點。非工作時段，請致電：800.442.2560。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》概述了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MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)。《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[metroplusmedicare.org](https://metroplusmedicare.org)上看到一份《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。

---

## 可瀏覽我們的網站

您也可瀏覽我們的網站：[metroplusmedicare.org](http://metroplusmedicare.org)。提示：我們的網站上列出了有關服務提供者網絡（《醫生名錄》）的最新資訊，以及我們的《承保藥物清單》（《承保藥品目錄》/《藥物清單》）。

---

## 第7.2節 – 獲得Medicare幫助

---

如需從Medicare直接獲得資訊：

### 致電1-800-MEDICARE (800.633.4227)

您可致電1-800-MEDICARE (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877.486.2048。

### 瀏覽Medicare網站

瀏覽Medicare網站([medicare.gov](http://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，請前往[medicare.gov/plan-compare](http://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。該文件總結了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，可瀏覽Medicare網站

([medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf))或致電1-800-MEDICARE (800.633.4227)獲得，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877.486.2048。

---

## 第7.3節 - 獲得Medicaid幫助

---

欲獲得有關Medicaid的資訊，請致電紐約州衛生廳Medicaid計劃：888.692.6116或718.557.1399，工作時間為週一至週五，早8點至下午5點。聽力障礙電傳使用者應致電711。



## 無歧視通知

MetroPlus Health Plan 遵守聯邦民權法律。MetroPlus Health Plan 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。

MetroPlus Health Plan 可提供以下服務：

- 向殘障人士提供免費援助和服務，以便和我們溝通，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）
- 向母語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，請致電 MetroPlus Health Plan，電話：1.866.986.0356。如需聽力障礙電傳/TDD 服務，請致電 711。

如果您認為 MetroPlus Health Plan 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，您可以透過下列方式向 MetroPlus Health Plan 提出申訴：

郵政地址： 50 Water Street, 7th Floor, New York, NY 10004

電話號碼： 1.866.986.0356（聽力障礙電傳/TDD 服務號碼

711）傳真： 1-212-908-8705

現場辦公地址： 50 Water Street, 7th Floor, New York, NY

10004 電子郵件： [Grievancecoordinator@metroplus.org](mailto:Grievancecoordinator@metroplus.org)

您也可以透過下列途徑向美國衛生與公眾服務部、民權辦公室提起民事權利投訴：

網站： 民權辦公室投訴入口網站：

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

郵寄地址： U.S.Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201

投訴表格可在下列網址獲得：

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

電話： 1-800-368-1019（聽力障礙電傳/TDD 800-537-7697）

## Language Assistance

|                                                                                                                                                                                |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <p><b>ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.866.986.0356 (TTY: 711) .</b></p>                                                  | English              |
| <p><b>ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.866.986.0356 (TTY: 711).</b></p>                            | Spanish              |
| <p><b>注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.866.986.0356 (TTY: 711).</b></p>                                                                                                        | Chinese<br>Cantonese |
| <p><b>ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1.866.986.0356 (TTY:711) (رقم هاتف الصم و البكم)</b></p>                       | Arabic               |
| <p><b>주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1.866.986.0356 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.</b></p>                                                                           | Korean               |
| <p><b>ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1.866.986.0356 (телетайп: TTY: 711).</b></p>                            | Russian              |
| <p><b>ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1.866.986.0356 (TTY: 711).</b></p> | Italian              |
| <p><b>ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1.866.986.0356 (TTY: 711).</b></p>                     | French               |
| <p><b>ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1.866.986.0356 (TTY: 711).</b></p>                                             | French Creole        |
| <p><b>אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס, פריי פון אפצאל, זענען אוועילעבל פאר אייך. רופט 1.866.986.0356 (TTY: 711).</b></p>                                                          | Yiddish              |
| <p><b>UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1.866.986.0356 (TTY: 711)</b></p>                                     | Polish               |
| <p><b>PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1.866.986.0356 (TTY: 711).</b></p>          | Tagalog              |
| <p><b>মনোযোগ দিন: এখানে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ রয়েছে। কল করুন 1.866.986.0356 (TTY: 711).</b></p>                                                   | Benga                |
| <p><b>KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1.866.986.0356 (TTY: 711).</b></p>                        | Albanian             |
| <p><b>ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1.866.986.0356</b></p>                     | Greek                |
| <p><b>خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-866.986.0356 (TTY: 711)</b></p>                                              | Urdu                 |

|                                                                                                                     |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| LƯU Ý: Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí cho quý vị.<br>Hãy gọi 1.866.986.0356 (TTY: 711).       | Vietnamese          |
| BEACHTEN SIE: Es stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste zur Verfügung.<br>Rufen Sie 1.866.986.0356 (TTY: 711) an.    | German              |
| 收件人：我们可为您提供免费的语言协助服务。请致电 1.866.986.0356<br>(听力障碍电传：711)。                                                            | Chinese<br>Mandarin |
| ध्यान दें: भाषा सहायता सेवाएँ, निःशुल्क, आपके लिए उपलब्ध हैं। 1.866.986.0356<br>(TTY: 711) पर कॉल करें।             | Hindi               |
| ATENÇÃO: Encontram-se disponíveis serviços de apoio linguístico gratuitos.<br>Ligue para 1.866.986.0356 (TTY: 711). | Portuguese          |
| 注意：言語サポートサービスを無料にてご利用いただけます。<br>電話 1.866.986.0356 (TTY: 711)。                                                       | Japanese            |