

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《2026 年 MetroPlus Platinum Plan (HMO) 年度變動通知》(ANOC)，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動。

作為計劃會員，您還可以參加我們的 **MetroPlusHealth 會員獎勵計劃**。

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。

您也可登入以下網站，獲得更多資訊：metroplusmedicare.org。

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，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



Medicare

50 Water St., 7th Floor • New York, NY 10004
1.866.986.0356 • TTY: 711 • metroplusmedicare.org

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，輕鬆查閱和列印上述文件的最新版本。這些文件將於2025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 Platinum Plan (HMO)

2026 年《年度變更通知》

您已成為 MetroPlus Platinum Plan (HMO) 會員。

本材料說明了我們計劃明年費用和福利的變更。

- 從 **10 月 15 日至 12 月 7 日**，您可完成對明年 Medicare 承保範圍的改變。如果您在 2025 年 12 月 7 日之前沒有參保新計劃，您將繼續參保 MetroPlus Platinum Plan (HMO)。
- 要變更為**其他計劃**，請瀏覽 [Medicare.gov](#)，或查看您的《*Medicare 與您 2026*》手冊背面的清單。
- 請注意，本材料僅為變更摘要。有關費用、福利和規則的詳細資訊，請參閱《承保福利說明》。如需索取副本，請瀏覽 [metroplusmedicare.org](#)，或致電會員服務部：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。如需郵寄副本，請致電下班後應答服務電話：800.442.2560。您可免費致電這些電話號碼。

更多資源

- 本文件免費提供西班牙文和中文版本。
- 其他資訊，請聯絡我們的會員服務部，電話：866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者請致電 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。該電話免費。
- ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call 800.303.9626 (TTY: 711). ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 800.303.9626 (TTY: 711). 請注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 800.303.9626 (TTY: 711).
- ATENCIÓN: si habla español, cuenta con servicios de asistencia lingüística sin cargo disponibles para usted. Llame al 866.986.0356 (TTY: 711).
- **MetroPlusHealth** 不隸屬於聯邦政府、CMS、HHS 和/或 Medicare，也不受其認可或以其他方式與其相關聯。MetroPlusHealth 遵守適用的聯邦民權法律，不會基於種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別實施歧視。

- MetroPlusHealth 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，請致電 MetroPlusHealth：866.986.0356。如需聽力障礙電傳/TDD 服務，請致電 711。
- 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。

關於 MetroPlus Platinum Plan (HMO)

- MetroPlus Health Plan, Inc. 提供 HMO 和 HMO D-SNP 計劃，已與 Medicare 和紐約州 Medicaid 計劃簽訂合約。參加 MetroPlusHealth Plan, Inc. 依照續約情況而定。
- 在本資料中，「我們」或「我們的」指代 MetroPlus Health Plan, Inc.，而「計劃」或「我們的計劃」指代 MetroPlus Platinum Plan (HMO)。
- **如果您在 2025 年 12 月 7 日之前未採取任何行動，您將自動參保 MetroPlus Platinum Plan (HMO)。**自 2026 年 1 月 1 起，您將透過 MetroPlus Platinum Plan (HMO) 獲得醫療和藥物保險。有關計劃變更方式及截止日期的更多資訊，請參閱第 3 部分。

H0423_MKT26_3544zh-TW_M Accepted 08272025

目錄

2026 年重要費用簡介	2
第 1 部分 明年福利和費用變更	4
第 1.1 節 – 月度計劃保費變更	4
第 1.2 節 – 您的最高付現金額變動	4
第 1.3 節 – 服務提供者網絡變動	5
第 1.4 節 – 藥房網絡變動	5
第 1.5 節 – 醫療服務的福利和費用變更	6
第 1.6 節 – D 部分藥物保險變更	6
第 2 部分 – 行政變動	9
第 3 部分 – 如何變更計劃	9
第 3.1 節 – 變更計劃截止日期	10
第 3.2 節 – 一年中還有其他哪些時間可變更計劃？	10
第 4 部分 – 獲得處方藥費用支付援助	11
第 5 部分 – 有疑問？	12
獲得 MetroPlus Platinum Plan (HMO) 的幫助	12
獲得有關 Medicare 的免費諮詢	12
獲得 Medicare 協助	13

2026 年重要費用簡介

	2025 (今年)	2026 (明年)
每月計劃保費* * 您的保費可能高於或低於此金額。 (詳情見第 1 部分。)	\$92	\$58.80
最高自付金額 這是您投保的 A 部分和 B 部分服務將支付的 <u>最高</u> 自付金額。 (詳情見第 1.2 節。)	\$9,350	\$9,250
初級保健診所就醫	每次就診\$0	每次就診\$0
專科醫生診所就診	每次就診\$40	每次就診\$40
住院期間 包括急性病住院、住院復健、長期護理醫院和其他類型的住院服務。住院護理從您遵從醫囑正式入院當日開始。在您出院之前的一天為您的最後一天住院日。	每個福利期： • 第1-8天：每天的自付費用為\$225 • 第9-90天：每天的自付費用為\$0 • 60 天終生額外天數：每天的自付費用為\$0	每個福利期： • 第1-8天：每天的自付費用為\$225 • 第9-90天：每天的自付費用為\$0 • 60 天終生額外天數：每天的自付費用為\$0
D 部分藥物承保自負額 (詳情見第 1 部分。)	\$590 自負額 (除承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗外)	\$615 自負額 (除承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗外)

	2025 (今年)	2026 (明年)
D 部分藥物保險 (詳情見第 1 部分，包括年度自負額、初始承保階段和重病承保階段。)	<p>初始保險階段共同保險費：</p> <ul style="list-style-type: none">• 學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： 25%共同保險• 所有其他藥物： 25%共同保險 <p>您為該等級一個月用量的每一種承保胰島素產品支付不超過\$35。</p> <p>重病保險：</p> <p>在此支付階段，您無需為承保 D 部分藥品支付費用</p>	<p>初始保險階段共同保險費：</p> <ul style="list-style-type: none">• 學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： 25%共同保險• 所有其他藥物： 25%共同保險 <p>您為該等級一個月用量的每一種承保胰島素產品支付不超過\$35。</p> <p>重病保險：</p> <p>在此支付階段，您無需為承保 D 部分藥品支付費用。</p>

第 1 部分 明年福利和費用變更

第 1.1 節 – 月度計劃保費變更

	2025 (今年)	2026 (明年)
每月計劃保費 (您還必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費。)	\$92	\$58.80

可能影響您 D 部分保費金額的因素

- **延遲參保罰款** - 如果您因連續 63 天或更長時間未加入至少與 Medicare 藥品保險（亦稱「可信的保險」）等效的其他藥品保險而被處以終身 D 部分延遲參保罰款，那麼您每月的計劃保費將增加。
- **高收入附加費** - 如果您的收入較高，您可能需要每月為 Medicare 藥物保固向政府直接支付額外的費用。
- **Extra Help** - 如果您的藥物費用獲得 Extra Help，您的月度計劃保費將減少。有關 Medicare 的 Extra Help 的更多資訊，請參閱第 5 部分。

第 1.2 節 – 您的最高付現金額變動

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」。在您支付此金額後，您該日曆年餘下時間一般不再需要為 A 部分和 B 部分的服務付費。

	2025 (今年)	2026 (明年)
最高自付金額 您的投保醫療服務費用（例如自付費用）以您的最高自付金額為限。 我們的計劃保費和您的處方藥費用不計入您的最高自付金額。	\$9,350	\$9,250 在您為承保的 A 部分和 B 部分服務支付了\$9,250 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 – 服務提供者網絡變動

我們的服務提供者網絡明年將有調整。請查閱 2026 年《醫療服務提供者名錄》：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。獲得最新服務提供者名錄的方式如下：

- 瀏覽我們的網站 metroplusmedicare.org
- 如需獲得最新的醫療服務提供者資訊，或要求我們郵寄《醫療服務提供者名錄》，請致電會員服務部：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）。

在本年度內，我們可能會調整加入我們的計劃的醫院、醫生和專科醫生（服務提供者）。如果年度中期的服務提供者調整對您造成影響，請致電會員服務部尋求協助，電話：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）。如需瞭解網絡內服務提供者退出我們的計劃時您的權利相關詳情，請參閱《承保福利說明》第 3 章第 2.3 節。

第 1.4 節 – 藥房網絡變動

您支付的處方藥金額可能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。

我們的藥房網絡明年將有調整。請瀏覽 metroplusmedicare.org 查看 2026 年《藥房名錄》，瞭解哪些藥房已納入我們的網絡。獲得最新《藥房名錄》的方式如下：

- 瀏覽我們的網站 metroplusmedicare.org。

- 如需獲得最新的藥房資訊，或要求我們郵寄《藥房名錄》，請致電會員服務部：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）。

在本年度內，我們可能會調整加入我們的計劃的藥房。如果年度中期的藥房調整對您造成影響，請致電會員服務部尋求協助，電話：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）。

第 1.5 節 – 醫療服務的福利和費用變更

《年度變更通知》將告知有關您的 Medicare 福利和費用的變更。

	2025 (今年)	2026 (明年)
視力（眼鏡 - 補充福利）	不承保	您需支付\$0 的自付費用。 眼鏡承保金額最高為每年 \$500，包括眼鏡、鏡架、隱形眼鏡及升級服務。
移動手術中心(ASC)服務	每次就診\$50 自付費用	每次就診\$95 自付費用

第 1.6 節 – D 部分藥物保險變更

《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，這可能在該日曆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，並諮詢您的處方醫生，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。如需獲得更多資訊，請致電會員服務部：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）。

第 1.7 節 – 處方藥福利和費用變更

您是否獲得了用於支付藥物承保費用的 Extra Help？

如果您參加了可幫助您支付藥費的計劃（「Extra Help」），有關 D 部分藥物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的一份單獨材料，其中說明了您的藥物費用的相關資訊。如果您獲得了 Extra Help，且到 **2025 年 9 月 30 日** 仍未收到該材料，請致電會員服務部：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），並申領低收入補助(LIS)附加條款。

藥物支付階段

有三個藥物支付階段：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，不再存在甜甜圈孔階段和「甜甜圈孔折扣計劃」。

- **第 1 階段：年度自負額**

每個日曆年您都會從該支付階段開始。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。

- **第 2 階段：初始保險**

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，我們的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。在您的年初至今藥費總額達到\$2,100 前，您一般停留在這一階段。

- **第 3 階段：重病保險**

這是第三個也是最後一個藥物支付階段。在此階段，您無需為承保的 D 部分藥物支付任何費用。在該日曆年的其餘時間，您一般停留在這一階段。

「甜甜圈孔折扣計劃」已由「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，藥品製造商將為我們計劃全額承保的 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。

第 1 階段的藥物費用：年度自負額

該表顯示了此階段每張處方的費用。

	2025 (今年)	2026 (明年)
年度自負額	\$590	\$615

第 2 階段的藥物費用：初始保險

請參閱下表，瞭解 2025 至 2026 年的改動。

本計劃承保大部分成人 D 部分疫苗，您無需支付費用。有關疫苗費用、長期供應量費用或郵購處方費用的更多資訊，請參閱您的《承保福利說明》第 6 章。

您為承保的 D 部分藥物支付 \$2,100 的自付金額後，您將進入下一階段（重病保險階段）。

	2025 (今年)	2026 (明年)
第 1 等級	總費用的 25% 您為該等級一個月用量的每一種承保胰島素產品支付不超過 \$35。	總費用的 25% 您為該等級一個月用量的每一種承保胰島素產品支付不超過 \$35。

重病保險階段的變更

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

	2025 (今年)	2026 (明年)
Medicare 處方藥支付計劃	Medicare 處方藥支付計劃是一項始於今年的支付選項，可透過將我們的計劃承保藥物的自付費用分攤到整個日曆年（1 月至 12 月），幫助您管理這些費用。您可能正在參加該支付選項。	如果您正在參加 Medicare 處方藥支付計劃，且繼續參保同一 D 部分計劃，您的參加資格將在 2026 年自動續保。 欲瞭解有關該支付選項的更多資訊，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），或瀏覽 Medicare.gov 。

第 3 部分 – 如何變更計劃

要續保 MetroPlus Platinum Plan (HMO)，您無需再做任何事。除非您在 12 月 7 日前註冊其他計劃或變更至 Original Medicare，您將自動續保，成為我們 MetroPlus Platinum Plan (HMO) 的會員。

如果您想在 2026 年變更計劃，請遵循以下步驟：

- 要變更為其他 Medicare 保健計劃，請參保新計劃。您將自動退保 MetroPlus Platinum Plan (HMO)。
- 要變更為帶 Medicare 藥物承保的 Original Medicare 計劃，請參保新 Medicare 藥物計劃。您將自動退保 MetroPlus Platinum Plan (HMO)。

- 要變更為不帶藥物計劃的 **Original Medicare** 計劃，您可以向我們傳送書面退保申請。如需瞭解具體操作的更多資訊，請致電會員服務部，電話：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）。或致電 **Medicare**，電話：1-800-MEDICARE (800.633.4227)並申請退保。聽力障礙電傳使用者請致電：877.486.2048。如果您未加入 Medicare 藥物計劃，您可能需要支付 D 部分延遲參保罰款（請參閱第 5 部分）。
- 要詳細瞭解有關 **Original Medicare** 計劃和不同類型的 **Medicare** 計劃，請瀏覽 [Medicare.gov](#)；查閱《*Medicare 與您 2026*》手冊；致電 State Health Insurance Assistance Program（見第 5 部分）；或致電 1-800-MEDICARE (800.633.4227)。提示：MetroPlus Health Plan, Inc. 提供其他 Medicare 醫療保險。這些計劃可能在保險範圍、月度計劃保費和費用分擔金額方面存在差異。

第 3.1 節 – 變更計劃截止日期

Medicare 參保人每年 **10 月 15 日至 12 月 7 日** 可變更其承保計劃。

如果您參加了在 2026 年 1 月 1 日生效的 Medicare Advantage 計劃，但不滿意您選擇的計劃，您可在 2026 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 藥物），或變更為 Original Medicare（承保或不承保單獨的 Medicare 藥物）。

第 3.2 節 – 一年中還有其他哪些時間可變更計劃？

在某些情況下，人們在一年中可能有其他機會變更他們的保險。範例包括以下人員：

- 參保 Medicaid
- 獲得 Extra Help 支付藥費
- 已經或正在退出雇主保險
- 搬出我們計劃的服務區域

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 保健計劃（含有或不含 Medicare 藥物保險），或更換為 Original Medicare 計劃（含有或不含有單獨的 Medicare 藥物保險）。

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 4 部分 – 獲得處方藥費用支付援助

您可能有資格享受幫助支付處方藥費用的計劃。我們提供不同種類的幫助：

- **Medicare 提供的 Extra Help。** 低收入者可享受 Extra Help，以支付他們的處方藥費用。如您符合資格，Medicare 可承擔 75%或以上的藥品費用，包括每月藥物計劃保費、年度自負額和共同保險費。此外，符合資格者不會面臨延遲參保罰款。要確定您是否有資格，請聯絡：
 - 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。
 - 請於週一至週五上午 8 點至晚上 7 點之間致電 1-800-772-1213 聯絡 Social Security 代表。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請致電：800.325.0778。
 - 所在的美國州的 Medicaid 辦公室。
- **您所在州的州藥品輔助計劃(SPAP)提供的協助。** 紐約制訂了一項 Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC)，可根據長者的經濟需求、年齡和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 (SHIP)。要獲得您所在州的電話號碼，請瀏覽 shiphelp.org，或致電 1-800-MEDICARE。
- **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 合格人員獲得 HIV 救命藥物。要符合您所在州執行的 ADAP 資格，您必須符合特定標準，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 部分藥物參加 HIV 無保險護理計劃，符合處方藥分攤費用幫助資格。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，如何繼續獲得幫助的相關資訊，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 處方藥支付計劃是一種適用於您目前藥物保險的支付選項，它可以透過將您的藥物費用分攤至全年各個月（1 月至 12 月）付款，從而幫助您管理我們計劃承保的藥物自付金額。擁有 Medicare 藥物計劃或包含藥物保險的 Medicare 保健計劃（如包含藥物保險的 Medicare Advantage 計劃）的任何人都可以使用此支付選項。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。所有會員均有資格參與 Medicare 處方藥支付計劃的支付選項。欲瞭解有關該支付選項的更多資訊，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），或瀏覽 [Medicare.gov](#)。

第 5 部分 – 有疑問？

獲得 MetroPlus Platinum Plan (HMO) 的幫助

- 請致電會員服務部：**866.986.0356**（非工作時段，請致電：**800.442.2560**）。聽力障礙電傳使用者請致電：**711**。
我們接聽電話的時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。您可免費致電這些電話號碼。
- 閱讀您的 **2026 年《承保福利說明》**

本《年度變動通知》概觀了 2026 年的福利和費用變更。有關詳情，請參閱 2026 年《承保福利說明》，瞭解 MetroPlus Platinum Plan (HMO)。《承保福利說明》是對我們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。您可以從我們的網站 [metroplusmedicare.org](#) 獲得《承保福利說明》，或致電會員服務部要求我們將副本郵寄給您。請致電：**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**）。您還可以查看《承保福利說明》，瞭解其他福利或費用變更是否對您有影響。

- 瀏覽 [metroplusmedicare.org](#)

我們的網站上列出了有關醫療服務提供者網絡（《醫療服務提供者名錄》/《藥房名錄》）的最新資訊，以及我們的《處方一覽表》/《藥品清單》（《承保藥物清單》）。

獲得有關 Medicare 的免費諮詢

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)。

如需獲得免費的個人化健康保險諮詢，請致電：**800.701.0501**。他們可以協助您瞭解各種 Medicare 和 Medicaid 計劃選擇，並回答有關更換計劃的問題。請瀏覽 [nyconnects.ny.gov](#)，瞭解更多關於 HIICAP 的資訊。

獲得 Medicare 協助

- **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請致電：877.486.2048。

- 在 [Medicare.gov](#) 上進行線上聊天。

您可以在 [Medicare.gov/talk-to-someone](#) 上進行線上聊天。

- 寫信給 Medicare

您可以寫信給 Medicare，地址：P.O.Box 1270, Lawrence, KS 66044。

- 瀏覽 [Medicare.gov](#)

Medicare 官方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。

- 閱讀 *《Medicare 與您 2026》*

《Medicare 與您 2026》 手冊每年秋季都會郵寄給參加 Medicare 計劃的會員。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。請瀏覽 [Medicare.gov](#) 或致電 1-800-MEDICARE (800.633.4227) 獲得副本。聽力障礙電傳使用者請致電：877.486.2048。



NOTICE OF AVAILABILITY |

LANGUAGE SERVICES AND AUXILIARY AIDS AND SERVICES

ATTENTION: Language assistance services, and auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call 1.866.986.0356 (TTY: 711).	English
ATENCIÓN: Tiene a su disposición, sin costo alguno, servicios de asistencia lingüística, y ayudas y servicios auxiliares. Llame al 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Spanish
注意：您可以獲得免費的語言援助服務以及輔助工具和服務。請致電：1.866.986.0356 (聽力障礙電傳：711)。	Chinese Cantonese
تنبيه: تتوفر خدمات المساعدة اللغوية، والوسائل المساعدة والخدمات الإضافية لك بشكل مجاني. اتصل على الرقم 1.866.986.0356 (الهاتف النصي: 711).	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스와 보조 지원 및 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1.866.986.0356 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вы можете воспользоваться бесплатными услугами языковой помощи и вспомогательными устройствами/средствами для восприятия информации. Звоните по тел.: 1(866)986-0356 (телефон: 711).	Russian
ATTENZIONE: sono disponibili gratuitamente per Lei servizi di assistenza linguistica, accanto ad altri ausili e servizi. Telefoni al numero 1.866.986.0356 (Per gli utenti TTY: telefoni al numero 711).	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique ainsi que des aides et services auxiliaires sont mis gratuitement à votre disposition. Appelez le 1.866.986.0356 (TTY: 711).	French
ATANSYON: Sèvis asistans lang yo ak sèvis ak èd konplemantè yo gratis e disponib pou ou. Rele nan 1.866.986.0356 (TTY: 711).	French Creole
אכטונג: לרשוטכם שירותים חינם בשפה, עזרים ושירותים נוספים ללא תשלום. רופט (TTY: 711) 1.866.986.0356.	Yiddish
UWAGA: Mogą Państwo bezpłatnie korzystać z pomocy językowej, pomocy dodatkowych oraz innych usług. Proszę dzwonić pod numer 1-866-986-0356 (TTY: 711).	Polish
PAUNAWA: Ang mga serbisyo ng tulong sa wika, at mga pantulong na tulong at serbisyo, na walang bayad, ay available sa iyo. Tumawag sa 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Tagalog

মনোযোগ দিন: এখানে আপনার জন্য ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অতিরিক্ত সাহায্য ও পরিষেবা বিনামূল্যে উপলভ্য রয়েছে। 1.866.986.0356 (TTY: 711)-তে কল করুন।	Bengali
VINI RE: Shërbime për ndihmë gjuhësore, si dhe ndihmë dhe shërbimet ndihmëse, janë në dispozicion për ju pa pagesë. Telefononi 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Οι υπηρεσίες βοήθειας στη γλώσσα σας και τα βοηθήματα και οι υποστηρικτικές υπηρεσίες, διατίθενται δωρεάν σε εσάς. Καλέστε τον αριθμό 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Greek
توجہ فرمائیں: آپ کو زبان کی معاونت کی خدمات اور اضافی امدادی آلات و خدمات، مفت فرایم کی جاتی ہیں۔ کال کریں 1.866.986.0356 (TTY: 711)	Urdu
LUU Ý: Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ và các dịch vụ hỗ trợ khác, miễn phí cho quý vị. Hãy gọi 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Vietnamese
BEACHTEN SIE: Es stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste, Hilfen und Dienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie 1.866.986.0356 (TTY: 711) an.	German
注意：我们可为您提供免费的语言协助服务以及辅助工具和服务。请致电： 1.866.986.0356（听力障碍电传：711）。	Chinese Mandarin
ਧ੍ਰਾਨ ਦੋਂ: ਭਾਸਾ ਸਹਾਯਤਾ ਸੇਵਾਏਂ, ਅਤੇ ਸਹਾਯਕ ਸਹਾਯਤਾ ਏਵਾਂ ਸੇਵਾਏਂ ਆਪਕੇ ਲਿਏ ਨਿ:ਸ਼ੁਲਕ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣਗੇ। 1.866.986.0356 (TTY: 711) ਪਰ ਕੌਲ ਕਰੋ।	Hindi
ATENÇÃO: Encontram-se disponíveis serviços de apoio linguístico gratuitos e ajudas e serviços auxiliares. Ligue para 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Portuguese
注意： 言語サポートサービスおよび補助器具・サービスを無料にてご利用いただけます。電話 1.866.986.0356 (TTY: 711)。	Japanese