



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

< Date >

<Member name>

<Member address>

尊敬的<Member name>：

感謝您成為我們的 Medicaid Advantage Plus 計劃，即 MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)的會員。我們特此致函通知您，自 2026 年 1 月 1 日起，您的上訴流程將有一項重要變更。

自 2026 年 1 月 1 日起，您 2 級上訴的申請方式將有所變更。關於此項變更的更多資訊，您可查閱隨函附上的《2026 年年度變更通知》第 2 部分。

如果您對此變更有任何疑問，請致電我們的會員服務部：866.986.0356。（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。非工作時段，請致電：800.442.2560。您可免費致電這些電話號碼。

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 MetroPlusHealth Plan, Inc.提供的 MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)

### 2026 年《年度變更通知》

您已成為 MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)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 UltraCare (HMO D-SNP)。
- 要變更為其他計劃，請瀏覽 [Medicare.gov](https://www.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](https://metroplusmedicare.org)，或致電會員服務部：866.986.0356 (TTY: 711)，工作時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點，週六上午 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
- 請致電會員服務部：866.986.0356 (TTY: 711)，工作時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點，週六上午 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：您可以免費獲得語言協助服務和其他輔助服務。請致電 800.303.9626 (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 (TTY: 711)。
- MetroPlusHealth 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。MetroPlusHealth 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。
- MetroPlusHealth 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，請致電 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 New York Medicaid Choice：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。

### 關於 MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)

- 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。
- 在本材料中，「我們」或「我們的」指代 MetroPlusHealth Plan, Inc.，而「計劃」或「我們的計劃」指代 MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)。
- **如果您在 2025 年 12 月 7 日前未採取任何行動，您將自動參保 MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)。**自 2026 年 1 月 1 日起，您將透過 MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)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。

## 目錄

<b>2026 年重要費用簡介</b>	<b>4</b>
<b>第 1 部分 明年福利和費用變更</b>	<b>6</b>
第 1.1 節 月度計劃保費變更	6
第 1.2 節 您的最高自付金額變更	6
第 1.3 節 服務提供者網絡變動	7
第 1.4 節 藥房網絡變動	8
第 1.5 節 醫療服務的福利和費用變更	9
第 1.6 節 D 部分藥物保險變更	10
第 1.7 節 處方藥福利和費用變更	11
<b>第 2 部分 行政變動</b>	<b>14</b>
<b>第 3 部分 如何變更計劃</b>	<b>16</b>
第 3.1 部分 變更計劃截止日期	16
第 3.2 節 一年中還有其他哪些時間可變更計劃？	17
<b>第 4 部分 獲得處方藥費用支付援助</b>	<b>17</b>
<b>第 5 部分 仍有疑問？</b>	<b>19</b>
從 MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) 獲得幫助	19
獲得有關 Medicare 的免費諮詢	19
獲得 Medicare 協助	20
獲得 Medicaid 協助	20

## 2026 年重要費用簡介

	2025 (今年)	2026 (明年)
<b>每月計劃保費*</b> * 您的保費可能高於或低於此金額。詳情見第 1 節。	具體情況取決於您的「Extra Help」層級：  \$0 或最高\$72.30	具體情況取決於您的「Extra Help」層級：  \$0 或最高\$58.80
<b>最高自付金額</b> 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 部分。)	\$9,350  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。	\$9,250  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。
<b>初級保健診所就醫</b>	每次就診\$0	每次就診\$0
<b>專科醫生診所就診</b>	每次就診\$0	每次就診\$0
<b>住院期間</b> 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。	如具有醫療必要性，\$0 自付費用，不限住院天數	如具有醫療必要性，\$0 自付費用，不限住院天數

	2025 (今年)	2026 (明年)
<b>D 部分藥物承保自負額</b> (詳情見第 1 部分。)	\$590, 除承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗外 根據您的「Extra Help」層級, 您在此階段可能支付 \$0。	\$615, 除承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗外 根據您的「Extra Help」層級, 您在此階段可能支付 \$0。
<b>D 部分藥物保險</b> (詳情見第 1 節, 包括年度自負額、初始承保階段和重病承保階段。)	初始保險階段適用的自付費用/共同保險費: <u>學名藥 (包括作為學名藥的品牌藥) :</u> \$0自付費用或 \$1.60自付費用或 \$4.90自付費用或 25%共同保險 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。 <u>所有其他藥物:</u> \$0自付費用或 \$4.80自付費用或 \$12.15自付費用或 25%共同保險 重病保險階段:	初始保險階段適用的自付費用/共同保險費: 具體情況取決於您的「Extra Help」層級: <u>學名藥 (包括作為學名藥的品牌藥) :</u> \$0自付費用或 \$1.60自付費用或 \$5.10自付費用或 25%共同保險 (若未享受Extra Help) 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。 <u>所有其他藥物:</u> \$0自付費用或 \$4.90自付費用或 \$12.65自付費用或

	2025 (今年)	2026 (明年)
	在此支付階段，您無需為承保 D 部分藥品支付費用。	25%共同保險（若未享受Extra Help）  重病保險階段： 在此支付階段，您無需為承保 D 部分藥品支付費用。

## 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)
<b>每月計劃保費</b>  (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：  \$0 或最高\$72.30	具體情況取決於您的「Extra Help」層級：  \$0 或最高\$58.80

### 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)
<b>最高自付金額</b>  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付現金額。  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。  您的投保醫療服務費用（如自付費用和自負額）計入您的最高自付金額。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](http://metroplusmedicare.org)，瞭解您使用的醫療服務提供者（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：

- 請瀏覽我們的網站 [metroplusmedicare.org](http://metroplusmedicare.org)
- 請致電會員服務部：866.986.0356 (TTY: 711)，工作時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點，週六上午 9 點至下午 5 點（非工作時段，請致電：800.442.2560），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》。

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 (TTY: 711)，工作時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點，週六上午 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](https://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：

- 請瀏覽我們的網站：[metroplusmedicare.org](https://metroplusmedicare.org)。
- 請致電會員服務部：866.986.0356 (TTY: 711)，工作時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點，週六上午 9 點至下午 5 點（非工作時段，請致電：800.442.2560），獲得最新的服務提供者資訊，或要求我們郵寄《藥房名錄》。

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 (TTY: 711)，工作時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點，週六上午 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 和 Medicaid 福利和費用的變更。

	2025 (今年)	2026 (明年)
<b>Flex 卡</b>	<p>您需支付\$0的自付費用。</p> <p>會員<b>每季</b>度都將獲得金額\$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。</p> <p>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>	<p>您需支付\$0的自付費用。</p> <p>會員<b>每季</b>度都將獲得金額\$500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)、浴室安全裝置、寵物用品及脊椎按摩師診療服務。</p> <p>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>

	2025 (今年)	2026 (明年)
<b>視力 (眼鏡)</b>	您需支付\$0 的自付費 用。  每年最高\$450 的眼鏡費 用	您需支付\$0 的自付費 用。  每年最高\$500 的眼鏡費 用
<b>足病常規診療</b>	您需支付\$0 的自付費 用。  每年 8 次治療	您需支付\$0 的自付費 用。  每年 12 次治療
<b>非急診就醫交通</b>	您需支付\$0 的自付費 用。  每年 48 次單程出行	您需支付\$0 的自付費 用。  每年無限次出行

## 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。如需瞭解更多資訊，請致電會員服務部：866.986.0356 (TTY: 711)，工作時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點，週六上午 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 (TTY: 711)，工作時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點，週六上午 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。根據您的「Extra Help」層級，您在此階段可能支付\$0。

- **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。直到您的年初至今自付費用（藥物費用）總額達到\$2,100 前，您通常將停留在這一階段。

- **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。

**注意：**「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。

下表顯示了年度自負額階段每張處方的費用。

	2025 (今年)	2026 (明年)
<b>年度自負額</b>	\$590 根據您的「Extra Help」層級，您需要支付下列分攤費用。	\$615 根據您的「Extra Help」層級，您需要支付下列分攤費用。

## **第 2 階段的藥物費用：初始保險**

下表顯示了您在推行標準費用分攤的網絡內藥房配一個月用量的藥品時每張處方的費用。

	2025 (今年)	2026 (明年)
	<p>具體情況取決於您的「Extra Help」層級，您在推行標準費用分攤的網絡內藥房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> 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> 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>	<p>具體情況取決於您的「Extra Help」層級，您在推行標準費用分攤的網絡內藥房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> 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\$5.10</li> <li>• 25%共同保險（若未享受Extra Help）</li> </ul> <p><b>所有其他藥物：</b> 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\$4.90，或者</li> <li>• 自付費用為\$12.65</li> <li>• 25%共同保險（若未享受Extra Help）</li> </ul> <p>您為 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）。</p>

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）。

### 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)
<b>Medicare 處方藥支付計劃</b>	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。	<p>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。</p> <p>欲瞭解有關該支付選項的更多資訊，請致電我們：866.986.0356 (TTY: 711)，工作時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點，週六上午 9 點至下午 5 點（非工作時段，請致電：800.442.2560），或者瀏覽 <a href="https://www.medicare.gov">Medicare.gov</a>。</p>



## 二級上訴和申訴流程

從 2025 日曆年度的整合式上訴和申訴，改為 2026 日曆年度的統一式上訴和申訴程序。自 2026 年 1 月 1 日起，MAP 計劃將針對 Medicare 和 Medicaid 採用分立的二級上訴和申訴流程路徑。

有關此項變更的更多詳情，請參閱 MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) 計劃 2026 日曆年度《承保福利說明》的第 9 章，該文件可在我們的網站 [metroplusmedicare.org](https://metroplusmedicare.org) 上查閱。

您也可以致電會員服務部：866.986.0356 (TTY: 711)，工作時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點，週六上午 9 點至下午 5 點（非工作時段，請致電：800.442.2560），或者瀏覽 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)。

## 第 3 部分 如何變更計劃

**要續保 MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)，您無需再做任何事。** 除非您在 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。

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 UltraCare (HMO D-SNP)。
- **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 UltraCare (HMO D-SNP)。
- **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：866.986.0356 (TTY: 711)，工作時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點，週六上午 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）或致電 **Medicare**：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 3 節）。
- **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](https://www.Medicare.gov)；查閱《Medicare 與您 2026》手冊；致電 State Health Insurance Assistance Program（見第 6 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

鑒於您有 Medicaid，您可以在一年中的任何一個月透過選擇以下任一 Medicare 選項來終止您的計劃會員資格：

- 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（承保或不承保 Medicare 藥物），或變更為 Original Medicare 計劃（承保或不承保單獨的 Medicare 藥物）。如果您近期搬出設施，則您有機會在搬出當月後的兩(2)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

---

您可能符合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可致電 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 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請致電: 800.325.0778。
- 州醫療補助計劃辦公室。
- **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 (SHIP)。要獲得您所在州的電話號碼, 請瀏覽 [shiphelp.org](http://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。無論收入水準如何, 所有會員都有資格參與 Medicare 處方藥支付計劃。欲瞭解有關該支付選項的更多資訊, 請致電我們: 866.986.0356 (TTY: 711), 工作時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8

點，週六上午 9 點至下午 5 點（非工作時段，請致電：800.442.2560），或者瀏覽 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)。

## 第 5 部分 仍有疑問？

---

### 從 MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) 獲得幫助

- 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 UltraCare (HMO D-SNP)。《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](https://metroplusmedicare.org) 獲得《承保福利說明》，或致電會員服務部：866.986.0356（聽力障礙電傳使用者請致電：711）要求我們將副本郵寄給您。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](https://metroplusmedicare.org)**

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

### 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)。

請致電 HIICAP 獲得免費的個人化健康保險諮詢。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。致電 800.701.0501。欲瞭解有關 HIICAP 的更多資訊，請瀏覽 [nyconnects.ny.gov](https://nyconnects.ny.gov)。

## 獲得 Medicare 協助

- **致電 1-800-MEDICARE (800.633.4227)**

您可以致電 1-800-MEDICARE (800.633.4227)，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。

- **透過進行線上聊天 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)**

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

- **寫信給 Medicare**

您可寫信至 Medicare P.O. Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **瀏覽 [Medicare.gov](https://www.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。該手冊總結了 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。如需索取副本，請瀏覽 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) 或致電 1-800-MEDICARE (800.633.4227)。聽力障礙電傳使用者請致電：877.486.2048。

## 獲得 Medicaid 協助

如需從 Medicaid 獲得資訊，您可以致電 New York State Medicaid Program：1.800.541.2831（聽力障礙電傳：711）。致電時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點，週六上午 9 點至下午 1 點。您也可以瀏覽紐約 Medicaid 網站([www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid))。

**紐約州 Medicaid 計劃 – 聯絡資訊**

<b>致電</b>	1.800.541.2831 週一至週五上午8點至晚上8點；週六上午9點至下午1點
<b>聽力障礙 電傳</b>	711 該號碼需透過特殊的電話裝置致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。
<b>寫信</b>	您可以寄信至當地社會服務部門(LDSS)。在此處找到您的 LDSS 的地址： <a href="http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid">www.health.ny.gov/health_care/medicaid</a> 。
<b>網址</b>	<a href="http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid">www.health.ny.gov/health_care/medicaid</a>

紐約州監管員計劃協助參保 Medicaid 的人士解決服務或帳單問題。他們可以協助您對我們的計劃提出申訴或上訴。

**獨立消費者宣傳網絡(ICAN) – 聯絡資訊**

<b>致電</b>	1-844-614-8800 週一至週五：上午9點至下午5點
<b>聽力障礙電傳</b>	711 該號碼需透過特殊的電話裝置致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。
<b>寫信</b>	Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 電子郵件地址： <a href="mailto:ican@cssny.org">ican@cssny.org</a>
<b>網址</b>	<a href="http://www.icannys.org">www.icannys.org</a>

**成癮和心理保健社區健康通道專案(CHAMP) – 聯絡資訊**

<b>致電</b>	1.888.614.5400, 週一至週三, 早9點至晚7點; 週四至週五, 早9點至下午4點
<b>聽力障礙電傳</b>	711 該號碼需透過特殊的電話裝置致電, 僅適用於聽說有困難的人士使用。
<b>寫信</b>	Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 <b>電子郵件地址:</b> ombuds@oasas.ny.gov
<b>網址</b>	<a href="http://www.champny.org">www.champny.org</a>

紐約州長期保健申訴專員計劃辦公室提供有關療養院的資訊, 並協助解決療養院與住戶或其家人之間的問題。

**紐約州長期保健申訴專員計劃 – 聯絡資訊**

<b>致電</b>	1.855.582.6769, 週一至週五, 早9點至下午5點
<b>寫信</b>	2 Empire State Plaza, 5th fl. Albany, NY 12223 <b>電子郵件地址:</b> <a href="mailto:ombudsman@aging.ny.gov">ombudsman@aging.ny.gov</a>
<b>網址</b>	<a href="http://www.aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program">www.aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program</a>



**MAP會員手冊插頁通知**  
**關於統一的計劃層面上訴和申訴流程**  
**計劃致會員朋友的一封信**

尊敬的MetroPlus UltraCare會員：

本信旨在通知您有關會員手冊的重要更新資訊。本更新內容將在我們的網站 [metroplusmedicare.org](https://metroplusmedicare.org) 上發佈。請仔細閱讀本次更新。MAP上訴和申訴流程即將變更。該等變更將於2026年1月1日起生效。

會員手冊更新提供的資訊：

1. 即日起至2025年12月31日期間，有哪些內容將發生變化？
2. 2026年1月1日將發生什麼變化？
3. 對於Medicaid承保的福利，我是否仍享有外部上訴權？
4. 我要如何獲得更多資訊？

我們隨信附上了有關這些變更的快速參考指南。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），如果您：

- 對這些資訊有任何疑問；
- 無法接入網絡查看會員手冊更新；或
- 希望獲得郵寄的會員手冊更新。

請將本更新內容與您的**MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)**會員手冊一併留存。

此致，

MetroPlusHealth

## Medicaid Advantage Plus會員上訴的重要變更

即日起至**2025年12月31日**期間，有哪些內容將發生變化？

截至**2025**年底，第**2**級上訴流程暫無變更。若我們駁回您的第**1**級上訴（也被稱為計劃內上訴），您的案件將提交至聽證辦公室自動進入第**2**級上訴程序。

**2026年1月1日**將發生什麼變化？

您第**2**級上訴的申請方式將有所變更。自**2026年1月**起，若您的第**1**級上訴失敗，後續上訴步驟將取決於相關服務由**Medicare**還是**Medicaid**承保。我們將向您傳送一份名為「**上訴決議通知**」的書面通知，告知您第**1**級上訴失敗的結果。

若服務由**Medicaid**承保：

**Medicaid**承保服務的第**2**級上訴又稱「公平聽證會」。自**2026年1月1日**起，若您的第**1**級上訴失敗，且相關福利由**Medicaid**承保，您或您的授權代表需向州政府申請第**2**級（公平聽證會）上訴。您需在**120**天內提出第**2**級公平聽證會上訴申請。

- **第2級上訴有哪些具體變更？**

在**2026年1月1日**之前，若您的第**1**級計劃上訴被駁回，會自動為您申請第**2**級上訴。您無需自行申請第**2**級上訴。

若我們正減少、暫停或終止您目前享有的**Medicaid**服務，而您希望在等待第**2**級公平聽證會上訴結果期間繼續享受現有服務，您需在第**1**級上訴裁決作出後的**10**個日曆日內，或在上訴裁決生效之日前（以較晚者為準），提出第**2**級公平聽證會上訴申請。在第**2**級公平聽證會上訴結果出具前，您的服務將保持不變。若您的第**2**級公平聽證會上訴失敗，您可能需要為等待結果期間所享受的服務支付費用。

若服務由**Medicare**承保：

若您的第**1**級上訴失敗，且相關福利由**Medicare**承保，在您的第**1**級上訴流程結束後，我們將立即自動將您的案件提交至**Medicare**上訴流程的第**2**級階段，由獨立審查實體(IRE)進行審核。

若服務由**Medicare**和**Medicaid**共同承保：

若您的第**1**級上訴失敗，且相關福利由**Medicare**和**Medicaid**共同承保，我們將自動將您的案件提交至獨立審查實體(IRE)，同時您也可申請第**2**級公平聽證會上訴。

**對於**Medicaid**承保的福利，我是否仍享有外部上訴權？**

是的，若我們認定相關服務不具備醫療必要性、屬於試驗性或研究性項目，且與您可從我們的服務網絡內獲得的護理，或從具備滿足您需求的相應訓練和經驗的參與醫療服務提供者處獲得的護理無差異，您仍可向州政府申請外部上訴。您可在四個月內提

出外部上訴。如果您同時請求公平聽證會和外部上訴，則公平聽證會裁決將始終為最終裁決。

### 我要如何獲得更多資訊？

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）。有關您的上訴權利及上訴提交方式的完整資訊，請參見您的**承保福利說明(EOC)**第9章。

您還可以聯絡獨立消費者宣傳網絡(ICAN)以免費獲得與關於承保範圍、投訴以及上訴選擇的問題的獨立建議。他們能協助您管理上訴流程。聯絡ICAN，瞭解更多關於他們服務的資訊：

電話：844.614.8800（聽力障礙電傳中繼服務：711）  
網站：[icannys.org](https://icannys.org) | 電子郵件地址：[ican@cssny.org](mailto:ican@cssny.org)

### 會員上訴流程的這次變更是否會影響我的福利或參保狀態？

會員上訴流程的這次變更不會影響您的福利或參保狀態。

## LANGUAGE ASSISTANCE

ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call 1-800-303-9626 (TTY: 711).	English
ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Spanish
请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 1-800-303-9626 (TTY: 711)。	Chinese Traditional
ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات الأخرى المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Arabic
주의: 언어 지원 서비스 및 기타 지원을 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-303-9626 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика и другие виды помощи. Звоните по номеру 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Russian
ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica e altri ausili gratuiti. Chiamare il 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique et d'autres ressources d'aide vous sont offerts gratuitement. Composez le 1-800-303-9626 (TTY: 711).	French
ATANSYON: Gen sèvis pou bay asistans nan lang ak lòt èd ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-303-9626 (TTY: 711).	French Creole
אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס און אנדערע הילף, זענען אוועילעבל פאר אייך אומזיסט. רופט 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Yiddish
UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Polish
ATENSYON: Available ang mga serbisyong tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Tagalog
মনোযোগ নামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অন্যান্য সাহায্য আপনার জন্য উপলব্ধ। 1-800-303-9626 (TTY: 711)-এ ফোন করুন।	Bengali
VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Greek
توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-303-9626 (TTY: 711)	Urdu
LƯU Ý: Có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ và các hỗ trợ khác miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Vietnamese

## LANGUAGE ASSISTANCE

ACHTUNG: Sprachassistenzen und andere Hilfen stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-303-9626 an (TTY: 711).	German
請注意：您可免費取得語言協助服務及其他輔助服務。請撥打 1-800-303-9626（TTY：711 聽障專線）。	Chinese Simplified
ध्यान दें: भाषा संबंधी सहायता सेवाएँ और अन्य सहायता आपके लिए मुफ्त में उपलब्ध हैं। 1-800-303-9626 (TTY: 711) पर कॉल करें।	Hindi
Estão disponíveis, gratuitamente, serviços de assistência linguística e outras formas de apoio. Ligue para 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Portuguese
注意：無料の言語支援サービスやその他のサポートをご利用いただけます。1-800-303-9626（TTY：711）までお電話ください。	Japanese