

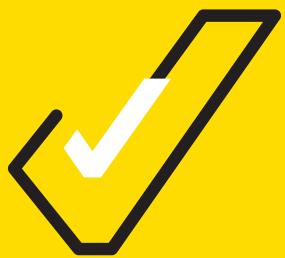


# MetroPlus Platinum Plan (HMO)2026年福利簡介

這是MetroPlus Platinum Plan (HMO)  
在2026年1月1日至2026年12月31日期  
間承保的藥物和保健服務的介紹

MetroPlus Platinum Plan是一項擁有Medicare  
合約的HMO計劃。參加該計劃依續約情況而定。





姓名\_\_\_\_\_

電話\_\_\_\_\_

電子郵件地址\_\_\_\_\_

我們的**MetroPlus Platinum Plan (HMO)**為會員提供Original Medicare包含的一切福利，覆蓋五個行政區內的強大網絡和更完善的聽力保險。更有豐厚的會員獎勵計劃！

---



請聯絡**會員服務部**：**866.986.0356**瞭解更多資訊（聽力障礙電傳使用者應致電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。



**牙科服務**：**866.986.0356**（聽力障礙電傳：711）



**視力服務**：**866.986.0356**（聽力障礙電傳：711）

MetroPlus Platinum Plan (HMO)是一項Medicare Advantage計劃，除提供Original Medicare福利外，還有其他許多福利。您怎樣獲得計劃會員資格？

- 您享受Medicare A部分和Medicare B部分保險
- 您住在以下郡之一：Bronx、Kings、New York、Queens或Richmond
- 您是美國公民或在美國有合法居住權

MetroPlusHealth致力於讓您輕鬆享受醫療保健。我們可以幫助您最大程度地利用好您的福利，支持您的健康需求，解答疑問，並為您聯絡合適的資源，且無需轉診去看專科醫師。如果您認為您可能有Medicaid、Extra Help（也稱為低收入津貼）或Medicare儲蓄計劃，我們可能有更適合您的計劃。

請瀏覽[metroplusmedicare.org](http://metroplusmedicare.org) 查看《承保福利說明》副本，或請聯絡我們的會員服務部：**866.986.0356**瞭解更多資訊（聽力障礙電傳使用者應致電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。

## 參保前核對清單(PECL)

在做出參保決定之前，您必須充分瞭解我們的福利和規則。在完成參保前，必須審查以下項目。如果您有任何疑問，請致電我們的求助熱線以查看EOC副本。

- 《承保福利說明(EOC)》完整列明了所有承保範圍和服務。請務必在您參保前查看計劃承保範圍、費用和福利。請瀏覽[metroplusmedicare.org](http://metroplusmedicare.org) 查看EOC副本，或請聯絡會員服務部：**866.986.0356**瞭解更多資訊（聽力障礙電傳使用者應致電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。
- 請查看醫生名錄（或詢問您的醫生），以確保您目前的服務提供者（主治醫生和專科醫生）在網絡內。如果他們未被列出，則您可能需要選擇一名新的醫療服務提供者。

是否有任何其他偏好機構需要在網絡內？如果是，請說明：

---

---

- 您的醫院是否在網絡內？如果不在網絡內，您將需要在網絡內選擇一家新醫院。
- 查看《藥房名錄》，確保您配取處方藥的藥房屬於我們的服務網絡。如果藥房未被列出，您可能需要選擇一個新藥房以配取處方藥。
- 請瞭解，Medicare處方藥付款計劃資訊將傳送給您，並將在參保時包含在您的會員卡郵件中。
- 您是否查看了《處方一覽表》以確保您所使用的藥品在承保範圍內？否則，您可能需要支付這些處方藥的全部費用。
- 您是否有任何其他醫療保健需求，例如需要耐用醫療設備、物理治療？如果是，請說明：

---

---

## 瞭解以下重要規定：

- 除了您的每月計劃保費外，如果您還需要繳納其他計劃保費（參保某些計劃的會員支付\$0保費），則您必須繼續支付您的Medicare B部分保費。這筆保費通常按月從受益人的Social Security支票中扣除。
- 除急診、緊急狀況或某些州/聯邦政府規定的情況外，我們通常不承保網絡外醫療服務提供者（未在我們的醫生名錄中列出的提供者）提供的服務。
- 如果您正在參保我們的雙重資格特別需求計劃之一，即MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) 或MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)，則您能否參保該計劃取決於您是否經驗證有資格獲得 Medicare以及獲得Medicaid下州計劃的醫療協助。如果您正在參保我們的MetroPlus Platinum Plan (HMO)，則您參保該計劃的能力僅取決於您是否經驗證有資格獲得Medicare。
- 對目前保險的影響。您瞭解您一次只能參保一項MA計劃——如果參保此計劃，您將自動從另一項MA計劃退保（例外情況適用於MA PFFS、MA MSA計劃）。例如，如果您參保了Tricare或 Medicare計劃，一旦新保險生效，您將不能再享受該計劃的福利。
- 僅適用於MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)和MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)：承保美國和全球範圍內（美國以外地區）的急診護理。如果您在美國及其領土之外的區域需要急診護理，則您需要事先支付服務費用，並申請我們對承保的醫療必要緊急服務做出適當的償付。
- 僅適用於MetroPlus Platinum Plan (HMO)：急診護理承保僅在美國及其領土內提供。
- 計劃按日曆年運作，這意味著福利、保費和/或自付費用/共同保險可能會在每年的1月1日發生變化。
- 牙科、視力和聽力福利受計劃限制，將在審查福利簡介時討論。
- 您有權在成為會員的生效日期之前取消參保，請聯絡MetroPlusHealth：**866.986.0356**瞭解更多資訊（聽力障礙電傳使用者應致電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。
- 您有權就您從服務提供者或藥房獲得的護理品質提出投訴，請致電我們：**866.986.0356**瞭解更多資訊。（聽力障礙電傳使用者應致電：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。傳送傳真至212.908.5196或寄信至MetroPlus Health Plan 50 Water St. 7th Fl New York, NY 10004。



所提供的福利資訊並不會列出我們所承保的每項服務，也不會列出每一項限制或排除。如想獲得我們承保服務的完整清單，請聯絡會員服務部索取一份《承保福利說明》（電話號碼已印於本手冊的封底）。

要加入 MetroPlus Platinum Plan (HMO)，您必須有資格獲得 Medicare A 部分，註冊了 Medicare B 部分，是一名美國公民或在美國有合法居住權，且居住在 Manhattan、Brooklyn、Queens、Bronx 或 Staten Island。

**MetroPlus Platinum Plan (HMO)**有一個由醫生、醫院、藥房及其他服務提供者組成的網絡。如您選用我們網絡外的醫生，計劃將不為這些服務付款。您可瀏覽我們的網站 [metroplusmedicare.org](http://metroplusmedicare.org)，查看我們計劃的《醫生/藥房名錄》和《承保福利說明》。或致電我們，我們將向您寄送一份《醫生/藥房名錄》。

保費和福利	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	您應當瞭解的事項
每月計劃保費	您支付\$58.80。	您必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費。
自負額	您不必支付。	本計劃無醫療自負額。
最高自付責任 (不包括處方藥物)	每年\$9,250。	您當年支付最多的自付費用、共同保險和其他醫療服務費用。

保費和福利	Original Medicare福利	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	您應當瞭解的事項
住院承保	<p>在達到每個福利期的Original Medicare A部分自負額 (\$1,736)後：住院天數第1-60天（每個福利期）為\$0，住院天數第61-90天（每個福利期）為每天\$434，每個福利期第90天后的每個「終生額外天數」為\$868（終生最多60天）。</p>	<p>第1天至第8天，每天的自付費用為\$225。 第9天至第90天，不必支付費用</p>	<p>計劃承保90天的住院時間。「終生額外天數」內計劃承保60天。 需要事先授權。無需轉診。</p>

## 門診保險

- 醫院門診服務 每次醫院門診服務的共同保險為20%。適用於B部分自負額。
- 移動手術中心 您需支付移動手術中心的\$95自付費用。
- 無需轉診。
- 移動手術中心需要轉診。

## 醫生診療

- 初級 每次服務的共同保險為20%。適用於B部分自負額。
- 專科醫生 您不必支付。
- 無需轉診。
- 每次就診\$40自付費用。
- 專科醫師需要轉診。

## 預防性保健

Medicare-承保的預防性護理自付費用為\$0。

您不必支付。

合約期內每年的Medicare認可的附加預防性服務也享受承保。

## 急診護理

每次服務的共同保險為20%。適用於B部分自負額。Original Medicare不承保全球急診和緊急護理保險。

\$100的自付費用。

如果您在3日內入院，您無需支付您的急診護理分攤費用。

保費和福利	Original Medicare福利	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	您應當瞭解的事項
<b>緊急需要的服務</b>	每次服務的共同保險為20%。 適用於B部分自負額。Original Medicare不承保全球急診和緊急護理保險。	您不必支付。	
<b>診斷服務/實驗室/ 造影</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 診斷檢測和程序</li> <li>• 實驗室服務</li> <li>• 放射診斷服務（例如MRI）</li> <li>• 門診X光</li> </ul> <p>Original Medicare全額支付承保診斷實驗室化驗的費用。對於放射診斷服務、門診X光-檢查和放射治療服務（如癌症放射治療）：每次服務的共同保險為20%。適用於B部分自負額。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 您支付費用的20%。</li> <li>• 您支付費用的20%。</li> <li>• 您支付費用的20%。</li> <li>• 您支付費用的20%。</li> </ul>	<p>需要轉診。您的醫生或其他網路服務提供者提供的某些服務需要事先授權。欲知更多資訊，請聯絡該計劃。</p>
<b>聽力服務</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 常規聽力檢查（每年最多1次）</li> <li>• 為診斷和治療聽力與平衡問題進行檢查</li> <li>• 調試/評估助聽器</li> <li>• 助聽器（每3年1副）</li> </ul> <p>Original Medicare不承保任何常規聽力服務或助聽器。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20自付費用。</li> <li>• \$20自付費用。</li> <li>• \$20自付費用。</li> <li>• 您不必支付。</li> </ul>	<p>需要轉診。</p> <p>聽力輔助服務需要事先授權。</p> <p>我們的計劃每3年最多承保\$500的助聽器費用。</p>
<b>牙科服務</b>	Original Medicare不承保任何常規牙科、預防性牙科護理或假牙。然而，Original Medicare將支付您在醫院時獲得的某些牙科服務，例如您需要急診或複雜的牙科手術。	Medicare承保的服務自付費用為\$0。	受限的牙科服務（不包括與牙齒護理、治療、填充取出或更換相關的服務）。需要事先授權。

保費和福利	Original Medicare福利	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	您應當瞭解的事項
視力服務	Original Medicare不承保常規視力服務。Original Medicare承保部分視力服務，如與青光眼預防和白內障術後相關服務。	眼鏡承保金額最高為每年\$500，包括如下項目： <ul style="list-style-type: none"><li>• 隱形眼鏡</li><li>• 眼鏡（鏡片和鏡架）</li><li>• 鏡片</li><li>• 眼鏡鏡架</li><li>• 福利升級</li></ul>	為診斷和治療眼部疾病和宿疾，包括每年的青光眼篩查。您無需為Medicare承保的眼科檢查支付任何費用。需要轉診。
心理健康服務 (住院病患)	Original Medicare承保您一生中您共可享受的190天的精神病院住院病患心理健康護理。這一住院護理限制不適用於一般醫院提供的住院病患心理健康服務。對於綜合醫院提供的服務：在達到每個福利期的Medicare A部分自負額(\$1,736)後：住院天數第1-60天（每個福利期）為\$0，住院天數第61-90天（每個福利期）為每天\$434，每個福利期第90天後的每個「終生額外天數」為\$868（終生最多60天）。	第1天至第8天，每天的自付費用為\$195 第9天至第90天，不必支付費用	需要事先授權。無需轉診。
心理健康服務 (門診團體或個人治療就診)	每次服務的共同保險為20%。適用於B部分自負額。	\$40自付費用。	無需事先授權和轉診。
專業護理機構	每個福利期第1-20天每天\$0，每個福利期第21-100天每天\$217.00，要求住院3-天。	第1天至第20天，不必支付費用 第21天至第100天，每天的自付費用為\$217.00。	計劃所承保SNF內期限最多為100天。需要事先授權。無需轉診。
物理治療	每次服務的共同保險為20%。適用於B部分自負額。	\$25自付費用。	需要轉診。需要事先授權。
救護車	每次服務的共同保險為20%。適用於B部分自負額。	\$100自付費/單程。	如果您入院，您無需支付您的救護服務分攤費用。

保費和福利	Original Medicare福利	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	您應當瞭解的事項
非急診就醫交通	Original Medicare不承保非緊急交通服務。	不承保。	
Medicare B部分藥品	每次服務的共同保險為20%。適用於B部分自負額。	在主治醫生診室進行的化療給藥：\$0的自付費用。 在專科醫師診室進行：\$40的自付費用。 一個月用量胰島素的費用最高\$35。 作為醫院門診服務進行：費用的20%。 Medicare B部分承保的注射藥物： 化療藥物費用的20%。 其他B部分藥物費用的20%。	注射化療藥物在MD診所給藥時承保，並作為MD就診的一部分計費。 可能需要事先授權或逐步治療。
足部護理 (足科服務)	如您還有糖尿病相關的嚴重傷害和/或滿足某些條件將進行足部檢查和治療	Original Medicare不承保常規足部護理。對於足部損傷或疾病的醫療必需治療，需支付20%的共同保險。適用於B部分自負額。	\$30自付費用。 需要轉診。

保費和福利	Original Medicare福利	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	您應當瞭解的事項
<b>醫療設備/ 和相關用品</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>耐用醫療設備（例如輪椅、 氧氣）</li> <li>假體裝置（例如 支架、義肢）</li> <li>糖尿病用品</li> </ul> <p>每次服務的共同保險為20%。 適用於B部分自負額。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>您支付費用的20%。</li> </ul> <p>需要事先授權。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>您支付費用的20%。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>您支付費用的20%。</li> </ul>	
<b>遠端醫療服務</b>	<p>2024年12月31日後，在 Original Medicare計劃中，會員仍然能夠在不前往鄉村健康護理環境的情況下獲得某些 Medicare遠端醫療服務，包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>家庭透析的每月末期腎病 (ESRD)就診</li> <li>無論您身在何處，都可獲得診斷、評估或治療急性中風症狀的服務，包括在移動中風病房中</li> <li>治療藥物濫用障礙或同時出現的精神健康障礙（有時稱為「雙重障礙」）的服務，或診斷、評估或治療精神健康障礙的服務，包括在您家中</li> <li>行為健康服務（也稱為精神健康服務），包括在您家中</li> <li>糖尿病自我處理訓練</li> <li>Medicare營養治療</li> </ul>	<p>每週7天，每天24小時可以透過智慧手機、平板或筆記型電腦，聯絡Express Care醫生和治療師，且服務完全免費。</p>	<p>承保的遠端醫療服務包括：急需的服務；醫生專家服務；心理健康個人治療專家服務；其他醫療專業人士；精神病個人治療專家服務；門診藥品濫用個人治療專家服務；糖尿病自我處理訓練。除行為健康服務外，需要轉診。</p>
<b>類鴉片治療計劃 服務</b>	<p>每次服務的共同保險為20%。 適用於B部分自負額。</p>	<p>您不必支付。</p>	<p>僅針對住院服務需要獲得事先授權。</p>

保費和福利	Original Medicare福利	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	您應當瞭解的事項
<b>針灸（治療慢性腰部疼痛）</b>	在某些情況下，Original Medicare最高承保90天內12次針灸治療慢性腰痛。如果病情有改善，將額外承保八次診療。每年針灸治療不超過20次。如果沒有改善或消退，則必須停止治療。	您支付費用的20%。	<p>承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 90天期限內承保12個療程。</li> <li>• 為表現出症狀改善的病患承保額外8個療程。</li> <li>• 會員症狀如果未改善或出現退化，則必須停止治療。</li> <li>• 每年限20次針灸治療。</li> <li>• 需要轉診和事前授權。</li> </ul>
<b>糖尿病自我處理訓練、糖尿病服務和用品</b>	<p>如果您的醫生確定您有患糖尿病的風險，Medicare每年最多承保2次血糖實驗室檢查篩查（含或不含碳水化合物刺激）。如果您的醫生或其他符合資質的醫療從業者接受指派，則您無需支付任何檢查費用。</p> <p>Medicare承保糖尿病門診病患自我管理訓練，教您應對和管理您的糖尿病。該計劃可能包括健康飲食、積極運動、監測血糖、服用處方藥和降低風險的提示。您必須已被確診患有糖尿病，並有醫生或其他醫療保健服務提供者開具的書面醫囑。一些病患可能也有資格享受醫療營養治療服務。您需支付Medicare核准金額的20%。適用B部分自負額。</p>	<p>治療鞋或治療鞋墊為20%共同保險。糖尿病自我處理訓練自付費用為\$0。糖尿病治療用品限於Abbott糖尿病測試條或Ascensia糖尿病測試條。如果您出於醫療目的使用了其他品牌的測試條，您的服務提供者必須聯絡會員服務部。</p>	<p>對於已患糖尿病的所有人士（胰島素和非胰島素使用者）承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 用於監測血糖的用品：血糖監控儀、血糖試紙、柳葉刀設備和柳葉刀，以及檢測試紙和監控儀準確度的血糖控制解決方案。</li> <li>• 對於患有嚴重糖尿病足的糖尿病病患：每日曆年提供一雙治療型自訂鞋（包括此類鞋配套的專用鞋墊），以及額外兩雙鞋墊，或者一雙深窩鞋和三雙鞋墊（不包括此類鞋配套的非自訂可拆除鞋墊）。保險包括配件。</li> <li>• 糖尿病自我處理訓練在某些條件下享受保險。用於監測血糖的用品需支付20%的共同保險。</li> </ul>

保費和福利	Original Medicare福利	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	您應當瞭解的事項
<b>Medicare糖尿病預防計劃(MDPP)</b>	<p>Medicare承保一生一次的健康行為改變計劃，幫助您預防2型糖尿病。該計劃從每週核心診療開始，為期6個月，以小組形式提供。一旦您完成了核心診療，您將獲得6個月的後續診療來幫助您保持健康的習慣。如果您在2021年或更早開始Medicare糖尿病預防計劃，且您達到特定的減肥目標，則您將獲得額外的12個月診療。</p> <p>您可以從經核准的Medicare糖尿病預防計劃供應商處獲得這些服務。這些供應商可能是傳統的醫療保健服務提供者或組織，如社區中心或信仰型組織。</p>	<p>無須為MDPP福利支付共同保險、共付額或自付額。</p>	<p>將為所有Medicare醫療保險下符合條件的Medicare受益人承保MDPP服務。MDPP是一項結構化健康行為改變干預計劃，其提供長期飲食改變、增加的身體活動以及問題解決策略方面的實踐訓練，旨在克服保持減肥和健康生活方式所面臨的挑戰。</p>

## 門診病患處方藥

<b>第1階段： 年度自負額階段</b>	本計劃把\$615設定為D部分處方藥的自負額。在您付清自負額之前，您必須支付D部分處方藥的全部費用。		
<b>初始保險</b> ( 在您支付您的自負額之後，如適用 )			
<b>第2階段：</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 普通藥物 ( 包括作為普通藥品的品牌藥物 )</li> <li>• 所有其他藥品</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 您需要支付25%的共同保險。</li> <li>• 您需要支付25%的共同保險。</li> </ul>	或者，當您的年度自付費用達到\$2,100時，您將進入下一個階段 ( <b>重病保險階段</b> )。
<b>重病保險階段</b>			
<b>第3階段：</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 普通藥物 ( 包括作為普通藥品的品牌藥物 )</li> <li>• 所有其他藥品</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 您支付\$0。</li> <li>• 您支付\$0。</li> </ul>	一旦進入 <b>重病保險階段</b> ，您都將停留在這一支付階段，直至年末。

# 注意事項

計劃可能提供C部分和D部分福利之外的補充福利。

如您想瞭解更多關於Original Medicare的保險和費用，參閱您最新的《Medicare與您》手冊。瀏覽[medicare.gov](http://medicare.gov)或聯絡**800.MEDICARE (800.633.4227)**獲得一份手冊，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**。

您可以要求提供其他格式的本文件，例如盲文、大字型印刷或音訊。請致電我們的求助熱線：**866.986.0356**（聽力障礙電傳：711），我們的代表樂意為您服務。

**MetroPlusHealth**十分高興地通知您，您可以使用我們的郵購計劃提供的免費送貨到家服務，且不必支付額外的費用。這項服務可以節省您的時間，它採用簡單、安全、防篡改的包裝，將您的藥物安全送達。

要註冊這項服務，請線上註冊：[caremark.com](http://caremark.com)，或致電**CVS Caremark**的客戶服務部：**866.693.4615**（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。非工作時間供應商每週7天，每天24小時提供服務。

欲瞭解更多資訊，請致電下面的電話號碼或瀏覽我們的網站[metroplusmedicare.org](http://metroplusmedicare.org)。

請致電我們的求助熱線：**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，我們的代表樂意為您服務。

我們承保D部分藥物。此外，我們也承保B部分藥物，如化療藥物及您的醫生給予的某些藥物。

您可瀏覽我們的網站[metroplusmedicare.org](http://metroplusmedicare.org)，參閱完整的計劃處方一覽表（D部分處方藥清單）及相關限制。

MetroPlus Health Plan, Inc.提供HMO和HMO D-SNP計劃，已與Medicare和紐約州Medicaid簽訂合約。參加MetroPlus Health Plan, Inc.依照續約情況而定。**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。** 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。



✓ MetroPlusHealth  
城市保健