

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《2027 年 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) 年度變更通知(ANOC)》，這份文件概述了您計劃中的福利和保險在明年的所有變動。

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），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。您也可以瀏覽我們的網站 metroplusmedicare.org 獲得更多資訊。

注：如果您不希望接到 MetroPlusHealth 的銷售相關電話，請傳送郵件至 help.memberexperience@metroplus.org，或致電 866.986.0356（聽力障礙電傳：711）申請退訂。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。一旦您完成退訂，該狀態將無限期有效，直至您主動告知我們您希望重新訂閱。

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，輕鬆查閱和列印上述文件的最新版本。這些文件將於2026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 Advantage Plan (HMO D-SNP)

2027 年《年度變更通知》

您已成為 MetroPlus Advantage Plan (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 承保範圍的變更。如果您在 2026 年 12 月 7 日之前沒有參保新計劃，您將繼續參保 MetroPlus Advantage Plan (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 2027》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》。您可登入 metroplusmedicare.org 獲得副本；或致電會員服務部：866.986.0356（聽力障礙電傳：711）申請郵寄副本，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。您也可致電我們的非工作時段電話：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
- 致電會員服務部：866.986.0356（聽力障礙電傳：711）瞭解更多資訊。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。
- 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（聽力障礙電傳：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（聽力障礙電傳：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。

- 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，請聯絡 MetroPlusHealth 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 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 Advantage Plan (HMO D-SNP)

- MetroPlus Health Plan, Inc.提供 HMO 和 HMO D-SNP 計劃，上述兩類計劃均與 Medicare 和紐約州 Medicaid 計劃簽訂合約。參保 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。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）。我們的計劃也與紐約州 Medicaid 計劃簽訂了書面協議，以協調您的 Medicaid 福利。
- 本材料中的「我們」或「我們的」指代 MetroPlus Health Plan, Inc.。本材料中的「計劃」或「我們的計劃」指代 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)。
- 如果您在 2026 年 12 月 7 日前未採取任何行動，您將自動參保 **MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)**。自 2027 年 1 月 1 日起，您將透過 MetroPlus Advantage Plan (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

2027 年重要費用簡介	4
第 1 部分 明年福利和費用變動	9
第 1.1 節 - 月度計劃保費變更	9
第 1.2 節 - 您的最高自付金額變動	9
第 1.3 節 - 醫生/藥房網絡變動	10
第 1.4 節 - 醫療服務的福利和費用變更	10
第 1.5 節 - D 部分藥物保險變更	12
第 1.6 節 - 處方藥福利和費用變更	13
第 2 部分 如何變更計劃	19
第 2.1 部分 變更計劃截止日期	19
第 2.2 節 一年中還有其他哪些時間可變更計劃？	20
第 3 部分 獲得幫助支付處方藥費用	20
第 4 部分 有疑問嗎？	21
從 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) 獲得幫助	21
獲得有關 Medicare 的免費諮詢	22
獲得 Medicare 協助	22
獲得 Medicaid 協助	23

2027 年重要費用簡介

	2026 (今年)	2027 (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 節。	具體情況取決於您的「Extra Help」層級： \$0 或最高\$58.80	具體情況取決於您的「Extra Help」層級： \$0 或最高\$40.50
自負額	\$283 (透過耐用醫療設備提供胰島素的情況除外。) 如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您的自付費用為 \$0。	\$283* (透過耐用醫療設備提供胰島素的情況除外。) *這些是 2026 年的費用分攤額，2027 年的金額可能發生變化。MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) 將在更新價格發佈後立即提供給您。
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 部分。)	\$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。	\$9,850 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。

	2026 (今年)	2027 (明年)
初級保健診所就醫	每次就診\$0 或 20% 如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您每次就診自付費用為\$0	每次就診\$0 或 20% 如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您每次就診自付費用為\$0
專科醫生診所就診	每次就診 0 或 20% 如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您每次就診自付費用為\$0。	每次就診 0 或 20% 如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您每次就診自付費用為\$0。
住院期間 包含急性病診療、康復、長期照護等各類住院服務。住院週期自您憑醫師醫囑正式入院當日起算，至您出院前一日截止。	每個福利期：\$0 或\$1,736 扣除額* • 第 1-60 天：每天的自付費用為\$0 • 第 61-90 天：每天的自付費用為\$434* • 60 天終生額外天數：每天的自付費用為\$868* *如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您的自付費用為\$0	每個福利期：\$0 或\$1,736 自負額*+ • 第 1-60 天：每天的自付費用為\$0 • 第 61-90 天：\$434* + 每天的自付費用 • 60 天終生額外天數：每天的自付費用為\$868*++ 如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您的自付費用為\$0 * 這些是 2026 年的費用分攤額，2027 年的金額可能發生變化。 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)將在更新價格發佈後立即提供給您。

	2026 (今年)	2027 (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。)	D 部分藥物承保自負額： \$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。 根據您的「Extra Help」層級，您需要支付下列分攤費用： 初始保險階段適用的自付費用/共同保險費： 1-2級藥物：\$0自付費用 第3級藥物： - 對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： \$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） - 對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）： \$0自付費用或 \$4.90自付費用或 \$12.65自付費用或 25%共同保險（若未享受Extra Help）	D 部分藥物承保自負額： \$700，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。 根據您的「Extra Help」層級，您需要支付下列分攤費用： 初始保險階段適用的自付費用/共同保險費： 1-2級藥物：\$0自付費用 第3級藥物： - 對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： \$0自付費用或 \$1.65自付費用或 \$5.80自付費用或 25%共同保險（若未享受Extra Help） - 對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）： \$0自付費用或 \$5.00自付費用或 \$14.40自付費用或 25%共同保險（若未享受Extra Help）

	2026 (今年)	2027 (明年)
	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。 第4級藥物： - 對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： \$0 自付費用或 \$1.60自付費用或 \$5.10自付費用或 27%共同保險（若未享受Extra Help） - 對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）： \$0自付費用或 \$4.90自付費用或 \$12.65自付費用或 27%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。 第5級藥物： - 對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： \$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 第4級藥物： - 對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： \$0 自付費用或 \$1.65自付費用或 \$5.80自付費用或 27%共同保險（若未享受Extra Help） - 對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）： \$0自付費用或 \$5.00自付費用或 \$14.40自付費用或 27%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。 第5級藥物： - 對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： \$0自付費用或 \$1.65自付費用或 \$5.80自付費用或 25%共同保險（若未享受Extra Help）

	2026 (今年)	2027 (明年)
	- 對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）： \$0自付費用或 \$4.90自付費用或 \$12.65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。 - 重病保險： 在此支付階段，您無需為承保D部分藥物支付費用。	- 對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）： \$0自付費用或 \$5.00自付費用或 \$14.40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。 - 重病保險： 在此支付階段，您無需為承保D部分藥物支付費用。

第 1 部分 明年福利和費用變動

第 1.1 節 - 月度計劃保費變更

	2026 (今年)	2027 (明年)
每月計劃保費 (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\$58.80	具體情況取決於您的 「Extra Help」層 級： \$0 或最高\$40.50

第 1.2 節 - 您的最高自付金額變動

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 部分的服务付費。

	2026 (今年)	2027 (明年)
最高自付金額 由參保受益人、Medicaid 及其他附加險支付的費用分攤金額，均計入此最高自付費用。因為我們會員的大部分費用分攤金額由 Medicaid 承擔，因此只有極少數的會員會達到此最高自付費用。 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。我們的計劃保費和	\$9,250	\$9,850 在您為承保的 A 部分和 B 部分服務支付了\$9,850 自付金額後，您在當日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。

	2026 (今年)	2027 (明年)
您的處方藥費用不計入您的最高自付金額。		

第 1.3 節 - 醫生/藥房網絡變動

我們對明年的服務提供者與藥房網絡作出了異動改變。請查閱 2027 年《醫生/藥房名錄》：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《醫生/藥房名錄》的方式如下：

- 瀏覽我們的網站 metroplusmedicare.org
- 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），獲得最新的服務提供者資訊，或申請我們郵寄《醫生/藥房名錄》。

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：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）尋求幫助。如果您的服務提供者退出本計劃網絡，您可能符合特別參保期資格。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。

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絡內藥房開出的處方藥承保。

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：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）尋求幫助。

第 1.4 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。

	2026 (今年)	2027 (明年)
針灸 (補充福利)	每年 20 次就診，您需支付的自付費用為\$0。	
Flex 卡	您需支付\$0的自付費用。 會員每季度都將獲得金額\$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、網絡費）、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。 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。	您需支付\$0的自付費用。 會員每季度都將獲得金額\$780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、網絡費）、配備個人緊急反應系統(PERS)、浴室安全裝置、寵物用品、脊椎按摩師診療服務以及房租補助（房租補助：僅限透過 Visa 網絡使用）。 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 *注意：對於食品、公用事業費用、寵物用品和房租補助，適用其他附加條件。欲瞭解更多資訊，請參閱第 25 頁的聲明。
營養/飲食福利	每年 6 次就診，您需支付的自付費用為\$0。	每年就診次數不限，您需支付的自付費用為\$0。

眼鏡	您每年享有\$450 的福利額度。	您每年享有 \$500 的福利額度。
助聽器	每年\$500（雙耳累計）	每年 \$2,000 （雙耳累計）
常規聽力檢查	不承保。	每年 1 次常規檢查，您需支付的自付費用為 \$0 。
助聽器驗配	不承保。	每年 1 次常規驗配，您需支付的自付費用為 \$0 。
足病治療服務：常規足部護理	每年 8 次就診，您需支付的自付費用為 \$0 。	每年 12 次就診，您需支付的自付費用為 \$0 。
非緊急交通服務 - 僅限計劃核准的醫療相關地點	每年 48 次單程出行，您需支付的自付費用為 \$0 。	每年 50 次單程出行，您需支付的自付費用為 \$0 。

第 1.5 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《承保藥物清單》或《藥物清單》。我們提供電子版本的《藥物清單》。

您可以致電會員服務部，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），或瀏覽我們的網站 metroplusmedicare.org 獲得完整《藥物清單》。

我們對《藥物清單》作出了變更，包括增加或刪減藥物，變更某些藥物的適用限制，或將其移動到另一費用分攤層級。請查閱《藥物清單》，確保您的藥物明年屬於我們的承保範圍，並瞭解是否存在任何限制，或您的藥物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物，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物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。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）瞭解更多資訊。

第 1.6 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 2026 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 3 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。

- **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 部分藥物付全款，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物費用份額，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總額達到\$2,400 前，您通常將停留在這一階段。

- **第3階段：大病的承保範圍**

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。

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。

	2026 (今年)	2027 (明年)
年度自負額	\$615 根據您的「Extra Help」層級，您在此階段可能支付\$0。 在該階段，您將支付第 1-2 級藥物的\$0 分攤費用和 3-5 級藥物的全部費用，直至您達到年度扣除額。	\$700 根據您的「Extra Help」層級，您在此階段可能支付\$0。 在該階段，您將支付第 1-2 級藥物的\$0 分攤費用和 3-5 級藥物的全部費用，直至您達到年度扣除額。

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物時每張處方的費用。

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\$2,400 的自付金額後，您將進入下一階段（重病保險階段）。

	2026 (今年)	2027 (明年)
第 1 等級 我們變更了我們藥物清單上某些藥物的等級。要瞭解您的藥物是否會處於不同的等級，請在藥物清單上查詢這些藥物。	根據您的「Extra Help」層級，您需要支付下列分攤費用： 初始保險階段適用的自付費用： \$0 自付費用	根據您的「Extra Help」層級，您需要支付下列分攤費用： 初始保險階段適用的自付費用： \$0 自付費用

	2026 (今年)	2027 (明年)
第 2 級 我們變更了我們藥物清單上某些藥物的等級。要瞭解您的藥物是否會處於不同的等級，請在藥物清單上查詢這些藥物。	根據您的「Extra Help」層級，您需要支付下列分攤費用： 初始保險階段適用的自付費用： \$0 自付費用	根據您的「Extra Help」層級，您需要支付下列分攤費用： 初始保險階段適用的自付費用： \$0 自付費用

	2026 (今年)	2027 (明年)
第 3 等級 我們變更了我們藥物清單上某些藥物的等級。要瞭解您的藥物是否會處於不同的等級，請在藥物清單上查詢這些藥物。	根據您的「Extra Help」層級，您需要支付下列分攤費用： 初始保險階段適用的自付費用： 對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： • \$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） 品牌藥 （包括被視為品牌藥的學名藥）： • \$0自付費用或 • \$4.90自付費用或 • \$12.65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。	根據您的「Extra Help」層級，您需要支付下列分攤費用： 初始保險階段適用的自付費用： 對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： • \$0自付費用或 • \$1.65自付費用或 • \$5.80自付費用或 • 25%共同保險（若未享受Extra Help） 品牌藥 （包括被視為品牌藥的學名藥）： • \$0自付費用或 • \$5.00自付費用或 • \$14.40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。

	2026 (今年)	2027 (明年)
第 4 級 我們變更了我們藥物清單上某些藥物的等級。要瞭解您的藥物是否會處於不同的等級，請在《藥物清單》上查詢這些藥物。]	根據您的「Extra Help」層級，您需要支付下列分攤費用： 初始保險階段適用的自付費用： 對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： • \$0自付費用或 • \$1.60自付費用或 • \$5.10自付費用或 • 27%共同保險（若未享受Extra Help） 品牌藥 （包括被視為品牌藥的學名藥）： • \$0自付費用或 • \$4.90自付費用或 • \$12.65自付費用或 • 27%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。	根據您的「Extra Help」層級，您需要支付下列分攤費用： 初始保險階段適用的自付費用： 對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： • \$0自付費用或 • \$1.65自付費用或 • \$5.80自付費用或 • 27%共同保險（若未享受Extra Help） 品牌藥 （包括被視為品牌藥的學名藥）： • \$0自付費用或 • \$5.00自付費用或 • \$14.40自付費用或 • 27%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。

	2026 (今年)	2027 (明年)
第 5 級 我們變更了我們藥物清單上某些藥物的等級。要瞭解您的藥物是否會處於不同的等級，請在藥物清單上查詢這些藥物。	根據您的「Extra Help」層級，您需要支付下列分攤費用： 初始保險階段適用的自付費用： 對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： • \$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） 品牌藥 （包括被視為品牌藥的學名藥）： • \$0自付費用或 • \$4.90自付費用或 • \$12.65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。	根據您的「Extra Help」層級，您需要支付下列分攤費用： 初始保險階段適用的自付費用： 對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： • \$0自付費用或 • \$1.65自付費用或 • \$5.80自付費用或 • 25%共同保險（若未享受Extra Help） 品牌藥 （包括被視為品牌藥的學名藥）： • \$0自付費用或 • \$5.00自付費用或 • \$14.40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。

我們變更了我們藥物清單上某些藥物的等級。要瞭解您的藥物是否會處於不同的等級，請在藥物清單上查詢這些藥物。

第 2 部分 如何變更計劃

要續保 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)，您無需再做任何事。除非您在 12 月 7 日前註冊其他 Medicare 醫療保險或變更至 Original Medicare，您將自動續保，成為我們 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) 的會員。

如果您想在 2027 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 Advantage Plan (HMO D-SNP)。請記住，並非所有 Medicare 醫療保險均承保處方藥。另外請注意，多數計劃設有規則限制：您不可在參保 Medicare 醫療保險的同時，另行購買處方藥計劃。
- 如您想轉為附帶單獨 Medicare 藥物保險的 Original Medicare，可參保 D 部分計劃，屆時您將自動退出 MetroPlus Advantage Plan (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。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），瞭解具體操作方式的更多資訊。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。
- 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 2027》手冊；致電 State Health Insurance Assistance Program（見第 5 節）；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 2.1 部分 - 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 2027 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 2027 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 2.2 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 2 個月內變更計劃或更換為 Original Medicare 計劃。

第 3 部分 獲得幫助支付處方藥費用

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% 或以上的藥物費用，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。
 - 請於週一至週五早 8 點至晚 7 點之間致電 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可致電：1-800-325-0778。
 - 所在的州 Medicaid 辦公室。

- 您所在州的州藥物輔助計劃(SPAP)提供的協助。紐約制訂了一項 Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC)計劃，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，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 AIDS Drug Assistance Program (ADAP)，符合處方藥分攤費用幫助資格。如需瞭解有關資格標準、承保藥物、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 1-800-542-2437 或 1-844-682-4058（聽力障礙電傳 711），工作時間為週一至週五，早 9 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。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 2027 年自動續保：您無需提交新的選擇申請即可在 2027 年繼續參保。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。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 4 部分 有疑問嗎？

從 MetroPlus Advantage Plan (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（非工作時段，請致電：800.442.2560）。您可免費致電這些電話號碼。

- 閱讀您的 2027 年《承保福利說明》

本《年度變更通知》概述了 2027 年的福利和費用變更。有關詳情，請參閱 2027 年《承保福利說明》，瞭解 MetroPlus Advantage Plan (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。您可在我們的網站 metroplusmedicare.org 上獲得《承保福利說明》，也可致電會員服務部 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）申請郵寄紙本副本。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《承保藥物清單》（《處方一覽表》/《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)。

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 HIICAP：800.701.0501。請瀏覽 <https://aging.ny.gov>，瞭解更多關於 HIICAP 的資訊。

獲得 Medicare 協助

- 請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

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。

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

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

- 寫信給 Medicare

您可致信 Medicare，地址：PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- 瀏覽 [Medicare.gov](https://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 2027》

《Medicare 與您 2027》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。請瀏覽 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) 或致電 1-800-MEDICARE (800.633.4227) 獲得副本。聽力障礙電傳使用者可致電：1-877-486-2048。

獲得 Medicaid 協助

如需從 Medicaid 獲得資訊，您可以致電紐約州 Medicaid 計劃：800.541.2831（聽力障礙電傳：711）。致電時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 1 點。您也可以瀏覽紐約 Medicaid 網站([health.ny.gov/health_care/medicaid](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid))。

紐約州 Medicaid 計劃 - 聯絡資訊

致電	1.800.541.2831 週一至週五，早 8 點至晚 8 點；週六，早 9 點至下午 1 點
聽力障礙電傳	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。
寫信	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： www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss 。
網址	www.health.ny.gov/health_care/medicaid

紐約州監察員計劃協助參保 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。

消費者獨立維權網絡(ICAN) - 聯絡資訊

該監察員可以為我們的 Health and Recovery Plan (HARP) 的參保者提供幫助，還可為加入我們的 Medicaid Managed Care (MMC) 計劃並獲得長期服務和支援的人士提供幫助

致電	1.844.61.-8800 週一至週五早 9 點至下午 5 點
----	-------------------------------------

聽力障礙電傳	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。
寫信	Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 電子郵件： ican@cssny.org
網址	www.icannys.org

社區健康維護者(CHA) - 聯絡資訊

致電	1.888.614.5400 週一至週五，早9點至下午4點
聽力障礙電傳	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。
寫信	Community Health Advocates Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th fl. New York, NY 10017 電子郵件： cha@cssny.org
網址	www.communityhealthadvocates.org

成癮和心理保健社區健康通道專案(CHAMP) - 聯絡資訊

致電	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
聽力障礙電傳	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。
寫信	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 電子郵件地址：ombuds@oasas.ny.gov
網址	www.champny.org

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及其家人之間的問題。

紐約州長期保健監察員計劃 - 聯絡資訊

致電	1.855.582.6769，週一至週五，早9點至下午5點
寫信	2 Empire State Plaza, 5th fl. Albany, NY 12223 電子郵件：ombudsman@aging.ny.gov
網址	www.aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program

所有會員均可獲得一張 **Flex** 卡；但僅符合慢性病病患特殊補充福利(SSBCI)資格的會員，可使用 **Flex** 卡餘額支付食品、公用事業費用、寵物用品及房租補助費用。所有會員 - 即使不符合上述資格 - 均可使用 **Flex** 卡支付非處方(OTC)用品、家居及浴室安全裝置、脊椎指壓療法就診以及個人緊急反應系統(PERS)服務。如需使用 **Flex** 卡支付食品、公用事業費用、寵物用品及房租補助，需同時滿足以下條件：1)您患有慢性病，包括但不限於心血管疾病、糖尿病、腎病、癌症、致殘性心理健康疾病，以及其他未列明的疾病；2)本計劃須認定您屬於「慢性病病患」；以及 3)上述額外福利須能夠合理改善您的健康狀況或身體功能。請注意，可能適用其他附加條件、限制和要求。

PRA 披露聲明 根據《1995 年減少文書工作法案》，除非顯示有效的 OMB 控制號碼，任何人都~~不~~需要回應資訊收集。本次資訊收集的有效 OMB 控制編號為 0938-1444。如果您對如何完善本表格有意見或建議，請致函：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。



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 (телетайп: 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: לרשותכם שירותי סיוע בשפה, ועזרים ושירותים גלויים ללא תשלום. רופט 1.866.986.0356 (TTY: 711).	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 فراہم کی جاتی ہیں۔ کال کریں 1.866.986.0356 (TTY: 711)	Urdu
LƯU 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
ध्यान दें: भाषा सहायता सेवाएँ, और सहायक सहायता एवं सेवाएँ आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1.866.986.0356 (TTY: 711) पर कॉल करें।	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