

2027年MetroPlus Platinum Plan (HMO)福利簡介

這是MetroPlus Platinum Plan (HMO)在2027年1月1日至2027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。

MetroPlusHealth
城市保健



姓名 _____

電話 _____

電子郵箱 _____

我們的**MetroPlus Platinum Plan (HMO)**為會員提供Original Medicare的全部福利權益，覆蓋紐約五個行政區的完善醫療服務提供者網絡，以及OTC卡、綜合牙科保險等新增福利 - **全部享有$0保費**，另含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）
或致電844.831.9099聯絡DentaQuest



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** 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。

目錄

參保前核對清單(PECL).....5

福利與費用分攤.....7

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** 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/藥房名錄》（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《醫生/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。

☐ MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)、MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)及MetroPlus Platinum Plan (HMO)的急診保障，覆蓋美國境內及全球範圍（美國境外）。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。

☐ 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。

☐ 您有權就醫療服務提供者或藥房的服務品質問題提出投訴，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**，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》*。

保費與福利	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	您應當瞭解的事項
每月計劃保費	您支付$0。	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$9,850。	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。

保費與福利	Original Medicare福利	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	您應當瞭解的事項
住院承保	在達到每個福利期的Original Medicare A部分自負額($1,776)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$444，每個福利期第90天后的每個「終生額外天數」為$888（終生最多60天）。	第1天至第8天，每日自付費用$225。 第9天至第90天，不必支付費用	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。
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。	• 您需支付醫院門診服務費用的20%。	• 無需轉診。
• 移動手術中心		• 在移動手術中心就診時，您需支付$50的自付費用。	• 移動手術中心需要轉診。
醫生診療			
• 初級 • 專科醫生	每次服務的共同保險為20%。適用於B部分自負額。	• 您不必支付。 • 每次就診自付費用$40。	• 無需轉診。 • 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。

保費與福利	Original Medicare福利	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	您應當瞭解的事項
緊急需要的服務	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。	
診斷服務/實驗室/造影			
• 診斷檢測和程序 • 實驗室服務 • 放射診斷服務(例如 MRI) • 門診X光	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。	• 您支付費用的20%。 • 您支付費用的20%。 • 您支付費用的20%。 • 您支付費用的20%。	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。
聽力服務			
• 常規聽力檢查(每年最多1次) • 為診斷和治療聽力與平衡問題進行檢查 • 調試/評估助聽器 • 助聽器(每年1台)	Original Medicare不承保任何常規聽力服務或助聽器。	• $20自付費用。 • $20自付費用。 • $20自付費用。 • 您不必支付。	需要轉診。 聽力輔助服務需要事先授權。 本計劃每年最多承保$2,000。

保費與福利	Original Medicare福利	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	您應當瞭解的事項
預防性牙科服務	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。	口腔檢查、X光檢查、潔牙、塗氟治療（設有就診次數限制）。需要事先授權。
綜合性牙科服務			年度上限$1,500，不含種植牙項目。
視力服務	Original Medicare不承保常規視力服務。Original Medicare承保一些視力服務，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： • 隱形眼鏡 • 眼鏡（鏡片和鏡架） • 鏡片 • 眼鏡鏡架 • 福利升級	為診斷和治療眼部疾病和宿疾，包括每年的青光眼篩查。對於Medicare承保的眼科檢查，您無需支付任何費用。需提前轉診。

保費與福利	Original Medicare福利	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	您應當瞭解的事項
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($1,776)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$444 ，每個福利期第90天后的每個「終生額外天數」為$888（終生最多60天）。	第1天至第8天，每日自付費用$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$222，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，每日自付費用 $222。	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自付費用/單程。	如果您入院，您無需支付您的救護服務分攤費用。

保費與福利	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部分藥物	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自付費用。 1個月用量胰島素的自付上限為$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。

保費與福利	Original Medicare福利	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	您應當瞭解的事項
醫療設備/和相關用品			
• 耐用醫療設備(例如輪椅、制氧設備)	每次服務的共同保險為20%。適用於B部分自負額。	• 您支付費用的20%。	需要事先授權。
• 假體裝置(例如支架、義肢)		• 您支付費用的20%。	
• 糖尿病用品		• 您支付費用的20%。	
遠端醫療服務	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: • 終末期腎病(ESRD)居家透析月度隨訪診療 • 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 • 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 • 行為健康服務(也稱為精神健康服務),包括在您家中 • 糖尿病自我處理訓練 • Medicare營養治療	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。	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。

保費與福利	Original Medicare福利	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	您應當瞭解的事項
類鴉片治療計劃服務	每次服務的共同保險為20%。適用於B部分自負額。	您不必支付。	僅針對住院服務需要獲得事先授權。
針灸(治療慢性腰部疼痛)	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%。	承保的服務包括: • 90天期限內承保12個療程。 • 為表現出症狀改善的病患承保額外8個療程。 • 會員症狀如果未改善或出現退化,則必須停止治療。 • 每年限20次針灸治療。 • 需要轉診和事先授權。

保費與福利	Original Medicare福利	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	您應當瞭解的事項
糖尿病自我處理訓練、糖尿病服務和用品	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。 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。部分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。	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。	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： 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。 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。 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。

保費與福利	Original Medicare福利	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	您應當瞭解的事項
Medicare糖尿病預防計劃(MDPP)	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。 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。	無須為MDPP福利支付共同保險、自付費用或自負額。	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。

保費與福利	Original Medicare福利	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	您應當瞭解的事項
全球急診室		緊急護理的承保上限為Medicare允許金額減去會員在美國和全球(美國境外)發生的任何分攤費用。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,並申請讓我們對承保的醫療必要緊急服務做出適當的償付。	欲索取償付單,請致電**866.986.0356**(聽力障礙電傳:711)。
OTC卡		每季度可獲$60額度。	會員每季度可獲$60額度,可用於購買非處方藥物(OTC)。 請預留三週的OTC卡寄送週期,時長自參保之日起計算。

門診病患處方藥			
第1階段：	**年度自負額階段**	本計劃把$700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。	
第2階段：	**初始保險** (在您支付您的自負額之後，如適用)		
	• **普通藥物**（包括作為普通藥品的品牌藥物） • 所有其他藥品	• 您需要支付25%的共同保險。 • 您需要支付25%的共同保險。	或者，當您的年度自付費用達到$2,400時，您將進入下一個階段（**重病保險階段**）。
第3階段：	**重病保險階段**		
	• **普通藥物**（包括作為普通藥品的品牌藥物） • 所有其他藥品	• 您支付$0。 • 您支付$0。	一旦進入**重病保險階段**，您都將停留在這一支付階段，直至年末。

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**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**，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**。

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**，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。



MetroPlus**Health**
城市保健

H0423_MKT 27_3955zh-TW_M Accepted 09082026