



# 2024 年度 變更通知

UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)



免付費電話 **1-800-514-4912**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**  
上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五



**[myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan)**

您在本公司的地址正確嗎？

如果不正確，請告訴我們，這樣我們才能通知您計劃的最新資訊。

United  
Healthcare®

## 尋找明年您計劃的更新資訊

本通知提供有關您計劃的更新資訊，但不包括所有詳細內容。會在本通知的不同地方指引您前往 [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan)，在網上瀏覽詳情。以下文件自 **2023 年 10 月 15 日**起全部都能在網上取得。

### 醫療護理提供者名冊

請在網上檢閱 2024 年醫療護理提供者名冊，確保您的醫療護理提供者 (主治醫生、專科醫生、醫院等) 明年將在網絡中。

### 藥房名冊

請在網上檢閱 2024 年藥房名冊，確認明年哪些藥房在我們的網絡中。

### 藥物清單 (處方藥一覽表)

您可以在我們網站查看您的計劃明年承保哪些藥物，也能檢閱任何新的限制規定。

### 承保證書 (Evidence of Coverage, EOC)

請檢閱您的 2024 年承保證書 (EOC)，查詢有關計劃費用和福利的詳情。承保證書 (EOC) 是您計劃福利具法律效力的詳細說明，其中也會說明您在取得承保服務和處方配藥時享有的權利和應遵循的規則。承保證書也有關於品質方案、如何做出醫療承保決定以及您身為會員的權利和責任方面的資訊。

### 您想取得紙本嗎？

如果您想索取以上所列文件的紙本，請聯絡我們的客戶服務部，電話號碼 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。服務時間為上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五。

### 減少雜亂，更快取得計劃文件。

前往 [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan)，登記不使用紙張遞送文件。

## 聯合健康保險提供的 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)

# 2024 年度變更通知



您目前是以 **UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 1 (HMO-POS D-SNP)** 會員身份參加註冊。

明年本計劃的費用和福利將會有所變更。請參閱第 7 頁的重要費用概覽 (包括保費)。本文件介紹您的計劃變更內容。欲取得更多有關費用、福利或規則的資訊，請參閱我們網站上的承保證書，網址：[UHCCommunityPlan.com](https://UHCCommunityPlan.com)。您也可以致電客戶服務部，要求我們郵寄承保證書給您。

## 現在應該採取的行動

### 1. 詢問：哪些變更適用於您

- 檢查我們的福利和費用變更，確認這些變更是否會影響您。
  - 檢閱醫療護理費用 (醫生、醫院) 的變更。
  - 檢閱我們配藥承保 (包括授權規定和費用) 的變更。
  - 想想您將支付多少保費、自付扣除金和分攤費用。
- 檢查 2024 年藥物清單的變更，確認您目前服用的藥物仍屬於承保範圍。
- 檢查確認您的主治醫生、專科醫生、醫院和其他醫療護理提供者 (包括藥房) 明年仍在我們網絡中。
- 想想您對本計劃是否滿意。

### 2. 比較：瞭解其他計劃選擇

- 檢查您所在地區的承保和計劃費用。使用 [www.medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) 網站上的聯邦醫療保險計劃搜尋工具，或檢閱您的 2024 年聯邦醫療保險與您 (Medicare & You 2024) 手冊背面的清單。
- 您將選擇範圍縮小到您首選的一個計劃後，請在計劃網站確認您的費用和承保。

### 3. 選擇：決定是否想要變更計劃

- 如果您沒有在 2023 年 12 月 7 日前加入另一個計劃，您將參加註冊 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)。
- 如欲變更到**其他計劃**，您可在 10 月 15 日至 12 月 7 日期間轉換計劃。新的承保會在 **2024 年 1 月 1 日**開始。屆時您在 UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 1 (HMO-POS D-SNP) 的參加註冊將會終止。
- 如果您不久前搬進、目前住在或剛搬離某機構 (例如專業護理設施或長期護理醫院)，您可以隨時轉換計劃或轉換到傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) (含或不含獨立的聯邦醫療保險處方配藥計劃)。

### 其他資源

- 聯合健康保險不會因種族、膚色、原國籍、性別、年齡或殘疾而在健康計劃和活動中歧視任何人。
- 聯合健康保險提供免費服務以協助您與我們溝通。例如：其他語言版本、盲人點字、大字體、語音內容，或者，您可申請口譯員。如需其他資訊，請聯絡我們的客戶服務部，電話號碼 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。服務時間上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五。
- UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. For more information, please call us toll-free at the number on your member ID card or the front of your plan booklet.
- UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunice con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande, o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para obtener más información, llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro o en la portada de la guía de su plan.
- **本計劃承保符合合格健康承保 (Qualifying Health Coverage, QHC) 資格**，也符合病患保護與平價醫療法案 (Affordable Care Act, ACA) 的個人責任分攤規定。請瀏覽國稅局 (Internal Revenue Service, IRS) 網站 [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)，查詢更多資訊。

### 關於 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)

- 計劃透過聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 或其關聯機構之一提供保險，上述公司是與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽有合約並與州政府醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 方案簽有合約的 Medicare Advantage 組織。參加註冊本計劃視本計劃與聯邦醫療保險的合約是否續約而定。
- 本計劃也與 New York 醫療補助方案簽定書面協議以協調您的醫療補助福利。

- 
- 在本文件中，提及「我們」或「本公司」時，指的是聯合健康保險公司或其關聯機構之一；提及「計劃」或「本計劃」時，指的是 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)。

## 2024 年度變更通知 目錄

<b>2024 年重要費用概覽</b> .....	<b>7</b>
<b>第 1 節 我們即將更改計劃名稱</b> .....	<b>8</b>
<b>第 2 節 明年的福利和費用變更</b> .....	<b>8</b>
第 2.1 節 – 月費的變更 .....	8
第 2.2 節 – 您最高自付費用金額的變更 .....	8
第 2.3 節 – 醫療護理提供者網絡和藥房網絡的變更 .....	9
第 2.4 節 – 醫療服務福利和費用的變更 .....	9
第 2.5 節 – D 部份處方配藥承保的變更.....	12
<b>第 3 節 決定選擇哪個計劃</b> .....	<b>13</b>
第 3.1 節 – 如果您想繼續留在 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) .....	13
第 3.2 節 – 如果您想變更計劃 .....	13
<b>第 4 節 變更計劃</b> .....	<b>14</b>
<b>第 5 節 提供聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 免費諮詢的方案</b> .....	<b>15</b>
<b>第 6 節 幫助支付處方配藥費用的方案</b> .....	<b>15</b>
<b>第 7 節 有疑問？</b> .....	<b>16</b>
第 7.1 節 – 取得 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 的協助 .....	16
第 7.2 節 – 取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的協助 .....	17
第 7.3 節 – 取得醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 的協助 .....	17

## 2024 年重要費用概覽

以下表格針對幾個重要部份比較 2023 年和 2024 年 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 的費用。請注意，這只是費用概覽。如果您是符合資格聯邦醫療保險受益人 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) 或享有完全醫療補助福利，您為您的自付扣除金、醫生診所門診和住院支付定額手續費 \$0。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
<b>計劃月費*</b> *您的保費也許會高於此金額。 (請參閱第 2.1 節查詢詳情。)	\$0	\$0
<b>最高自付費用金額</b> 這是您為 A 部份和 B 部份承保服務支付的自付費用上限。 (請參閱第 2.2 節查詢詳情。)	自網絡醫療護理提供者： \$0  對於 A 部份和 B 部份承保服務的最高自付費用金額，您不須負責支付任何自付費用。	自網絡醫療護理提供者： \$0  對於 A 部份和 B 部份承保服務的最高自付費用金額，您不須負責支付任何自付費用。
<b>醫生診所門診</b>	主治醫生門診： 您每次支付定額手續費 \$0。  專科醫生門診： 您每次支付定額手續費 \$0。	主治醫生門診： 您每次支付定額手續費 \$0。  專科醫生門診： 您每次支付定額手續費 \$0。
<b>住院護理</b>	每次聯邦醫療保險承保的住院您支付定額手續費 \$0，沒有天數限制。	每次聯邦醫療保險承保的住院您支付定額手續費 \$0，沒有天數限制。
<b>D 部份處方配藥承保</b> (請參閱第 2.5 節查詢詳情。) 如欲瞭解哪些藥物是承保胰島素藥物，請檢閱我們以電子方式提供的最新版藥物清單。如果您有關於藥物清單的疑問，您也可以致電客戶服務部。	自付扣除金： • \$0  所有承保藥物： • 定額手續費 \$0	自付扣除金： • \$0  所有承保藥物： • 定額手續費 \$0



**有疑問？** 致電客戶服務部電話 1-800-514-4912，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711，上午 8 時至晚上 8 時；10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五

## 第 1 節 我們即將更改計劃名稱

本計劃名稱將於 2024 年 1 月 1 日從 UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 1 (HMO-POS D-SNP) 變更為 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)。

我們會郵寄新的聯合健康保險會員卡給您。如果您有疑問，或如果您的聯合健康保險會員卡污損、遺失或失竊，請立即致電客戶服務部 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)，我們會郵寄新卡給您。

未來通訊如提到本計劃名稱，都會使用新的計劃名稱。

## 第 2 節 明年的福利和費用變更

### 第 2.1 節 月費的變更

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
<b>月費</b> (您還必須繼續支付您的聯邦醫療保險 B 部份保費，除非醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 替您支付該保費。)	\$0	\$0

### 第 2.2 節 您最高自付費用金額的變更

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
<b>最高自付費用金額</b> 因為我們的會員也自 New York 州衛生部 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 取得補助，所以很少會員會達到此自付費用上限。	對於 A 部份和 B 部份承保服務的最高自付費用金額，您不須負責支付任何自付費用。	對於 A 部份和 B 部份承保服務的最高自付費用金額，您不須負責支付任何自付費用。



費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
對於 A 部份和 B 部份承保服務的最高自付費用金額，您不須負責支付任何自付費用。您為網絡醫療護理提供者提供的承保醫療服務支付的費用 (例如定額手續費和自付扣除金) 會計入您的網絡內最高自付費用金額。您的計劃保費和處方配藥費用不會計入您的最高自付費用金額。		

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 規定所有健保計劃均須對您在年度中支付的「自付費用」設定上限。此限制稱為「最高自付費用金額」。一旦您達到此金額，年度剩餘期間您通常不需再為 A 部份和 B 部份承保服務支付任何費用。

### 第 2.3 節 醫療護理提供者網絡和藥房網絡的變更

最新版名冊請瀏覽我們的網站 [myuhc.com/communityplan](http://myuhc.com/communityplan)。您也可以致電客戶服務部查詢最新的醫療護理提供者和 / 或藥房資訊，或要求我們郵寄名冊給您，我們會在三個工作日內寄出。

明年我們的醫療護理提供者網絡將會變更。請檢視 2024 年醫療護理提供者名冊，確認您的醫療護理提供者 (主治醫生、專科醫生、醫院等) 是否在我們的網絡中。

明年我們的藥房網絡將有所變更。請檢閱 2024 年藥房名冊，確認哪些藥房在我們的網絡中。

請您務必瞭解，我們可能會在年度期間變更您計劃中的醫院、醫生和專科醫生 (醫療護理提供者) 以及藥房。如果醫療護理提供者在年度當中的變更影響到您，請與客戶服務部聯絡以便我們提供協助。

### 第 2.4 節 醫療服務福利和費用的變更

請注意，年度變更通知只告訴您聯邦醫療保險福利和費用的變更。

明年我們將會變更某些醫療服務的費用和福利。以下資訊說明相關變更。

視您的醫療補助資格級別而定，若是聯邦醫療保險承保的服務：

如果您是符合資格聯邦醫療保險受益人 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) 或享有完全醫療補助福利，您為您的聯邦醫療保險分攤費用支付定額手續費 \$0。

如果您不是符合資格聯邦醫療保險受益人 (QMB)，或您沒有完全的醫療補助福利，則您必須支付您的聯邦醫療保險分攤費用。

聯邦醫療保險分攤費用包括定額手續費、共同保險和自付扣除金。請聯絡 New York 州衛生部 (醫療補助 (Medicaid, 俗稱「白卡」)) 查詢詳情, 電話 1-800-541-2831。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
<b>牙科護理服務</b> 綜合和預防牙科護理	<p>您為承保的預防護理和診斷服務支付定額手續費 \$0。</p> <p>您為承保的綜合牙科護理服務支付定額手續費 \$0。</p> <p>您每年的承保上限為 \$1,500。福利為網絡內和網絡外合計。</p> <p>您可以向網絡外牙醫取得牙科護理服務。如果網絡外牙醫的收費超過您計劃支付的金額, 您可能會被收取差額, 即使是列為定額手續費 \$0 的服務也是如此。</p>	<p>您為承保的預防護理和診斷服務支付定額手續費 \$0。</p> <p>您為承保的綜合牙科護理服務支付定額手續費 \$0。</p> <p>您每年的承保上限為 \$1,000。福利為網絡內和網絡外合計。</p> <p>您可以向網絡外牙醫取得牙科護理服務。如果網絡外牙醫的收費超過您計劃支付的金額, 您可能會被收取差額, 即使是列為定額手續費 \$0 的服務也是如此。</p> <p>您計劃承保的服務清單已變更。請參閱您的承保證書查詢更多資訊。</p>

如果您是符合資格聯邦醫療保險受益人 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) 或享有完全醫療補助福利, 那麼您要為傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保服務支付的自付扣除金、共同保險和 / 或定額手續費可能會比較少。請參閱**醫療服務福利和費用的變更表**。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
<b>聽覺護理服務</b> 助聽器	<p>您每年可取得最多 2 副處方助聽器的補貼 \$2,000 (僅限特定產品)。</p> <p>可透過 UnitedHealthcare Hearing 提供全國各地助聽器遞送到府服務 (僅限特定產品)。</p> <p>您必須使用 UnitedHealthcare Hearing 醫療護理提供者才能取得本福利。</p>	<p>您每年可取得最多 2 副非處方 (OTC) 或處方助聽器的補貼 \$2,000 (僅限特定產品)。</p> <p>可透過 UnitedHealthcare Hearing 提供全國各地助聽器遞送到府服務 (僅限特定產品)。</p> <p>您必須使用 UnitedHealthcare Hearing 醫療護理提供者才能取得本福利。</p>
<b>食物、非處方 (over-the-counter, OTC)、居家和浴室安全裝置及公用事業帳單資助額</b>	<p>每月資助額 \$200 加值到您的聯合健康保險 UCard®，用於購買屬於承保範圍的非處方產品、有益健康食物及支付特定公用事業帳單。您的資助額金額在每月結束時到期。</p> <p>居家和浴室安全裝置不屬於承保範圍。</p>	<p>每月資助額 \$213 加值到您的聯合健康保險 UCard®，用於購買屬於承保範圍的非處方產品、特定居家和浴室安全裝置、有益健康食物及支付特定公用事業帳單。您的資助額金額在每月結束時到期。</p> <p>請在網上或到商店使用您的 UCard 以取得您的福利。</p> <p>請參閱您的承保證書查詢更多資訊。</p>
<b>交通運輸 (額外例行服務)</b>	<p>您為 48 趟單程往 / 返計劃核准地點支付定額手續費 \$0，例如醫療相關約診地點、藥房和特定其他幫助您使用福利的地點。</p>	<p>您為 36 趟單程往 / 返計劃核准地點支付定額手續費 \$0，例如醫療相關約診地點、藥房和特定其他幫助您使用福利的地點。</p> <p>交通運輸服務由 SafeRide 提供。</p>

如果您是符合資格聯邦醫療保險受益人 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) 或享有完全醫療補助福利，那麼您要為傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保服務支付的自付扣除金、共同保險和 / 或定額手續費可能會比較少。請參閱**醫療服務福利和費用的變更表**。

費用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
視覺護理 額外例行配鏡	您購買鏡框 / 鏡片和隱形眼鏡時，每年可獲得資助額總額 \$350。  以每年 1 副鏡框 / 鏡片和隱形眼鏡為限。	您購買鏡框 / 鏡片和隱形眼鏡時，每年可獲得資助額總額 \$200。  以每年 1 副鏡框 / 鏡片和隱形眼鏡為限。

如果您是符合資格聯邦醫療保險受益人 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) 或享有完全醫療補助福利，那麼您要為傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保服務支付的自付扣除金、共同保險和 / 或定額手續費可能會比較少。請參閱**醫療服務福利和費用的變更表**。

## 第 2.5 節 D 部份處方配藥承保的變更

### 我們藥物清單的變更

我們的承保藥物清單稱為處方藥一覽表或「藥物清單」。您可致電客戶服務部 (請參閱封底) 或瀏覽我們的網站 ([myuhc.com/communityplan](http://myuhc.com/communityplan)) 取得完整的藥物清單。

我們的藥物清單變更可能包括刪除或新增藥物、變更某些藥物承保適用的限制規定，或將藥物移到不同分攤費用層次。請檢視藥物清單，以確保您的藥物明年仍屬於承保範圍，也確認是否有任何限制規定，或您的藥物是否已移到不同分攤費用層次。

藥物清單的變更多半是在每個年度開始時新進行的變更。不過，我們可能會在年度當中進行聯邦醫療保險規則允許的其他變更。舉例來說，我們可能會立即刪除美國食品與藥物管理局 (FDA) 視為不安全或藥廠撤出市場的藥物。我們會更新我們的網上藥物清單，以提供藥物的最新清單。

如欲瞭解哪些藥物是承保胰島素，請檢閱我們以電子方式提供的最新版藥物清單。如果您有關於藥物清單的疑問，您也可以致電客戶服務部。

如果您在年度開始或年度期間因為配藥承保變更受到影響，請參閱您的承保證書第 9 章並洽詢您的醫生以瞭解您有哪些選項，例如要求取得暫時藥量、申請例外處理和 / 或設法找到新的藥物。您也可以聯絡客戶服務部查詢更多資訊。

### 處方配藥費用的變更

**備註：**如果您目前參加協助支付藥物費用的方案 (「額外補助」(Extra Help))，有關 D 部份處方配藥費用的資訊可能不適用於您。

有四個「藥物付款階段」。

下列資訊顯示明年最初兩個階段 – 年度自付扣除金階段和初始承保階段的變更。(大多數會員並不會達到其他兩個階段 – 承保缺口階段或重額承保階段。)

**自付扣除金階段的變更**

階段	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
<b>階段 1：年度 (D 部份) 自付扣除金階段</b>	因為我們沒有自付扣除金，所以本付款階段不適用於您。	因為我們沒有自付扣除金，所以本付款階段不適用於您。

**您在初始承保階段分攤費用的變更**

階段	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
<b>階段 2：初始承保階段</b> 在本階段中，本計劃為您的藥物支付其分攤費用， <b>您則支付您的分攤費用</b> 。 大多數成人 D 部份疫苗均屬於承保範圍，您可免費取得。 這一系列代表的是您在網絡藥房以標準分攤費用購買處方配藥時一個月 (30 天) 藥量的費用。	您在網絡藥房以標準分攤費用購買一個月 (30 天) 藥量的費用：  <b>所有承保藥物：</b>  • 定額手續費 \$0  一旦您的藥物總費用達到 \$4,660，您就會進入下一階段 (承保缺口階段)。	您在網絡藥房以標準分攤費用購買一個月 (30 天) 藥量的費用：  <b>所有承保藥物：</b>  • 定額手續費 \$0  一旦您的藥物總費用達到 \$5,030，您就會進入下一階段 (承保缺口階段)。

**承保缺口階段和重額承保階段的變更**

其他兩個藥物承保階段 – 承保缺口階段和重額承保階段 – 適用須支付高藥物費用的民眾。**大多數會員不會達到承保缺口階段或重額承保階段。**

自 2024 年起，如果您達到重額承保階段，您就不需再為 D 部份承保藥物支付任何費用。

**第 3 節 決定選擇哪個計劃****第 3.1 節 如果您想繼續留在 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)**

如欲繼續留在本計劃，您無須採取任何行動。如果您沒有在 12 月 7 日前登記不同的計劃或變更為傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)，您就會自動參加註冊我們的 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)。

**第 3.2 節 如果您想變更計劃**

我們希望您明年繼續是我們的會員，但如果您想為 2024 年變更計劃，請遵循以下步驟：

## 第 1 步：瞭解並比較您的選擇

- 您可以加入不同的聯邦醫療保險健保計劃，
- – 或 – 您可以變更為傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)。如果您變更為傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)，即須決定是否要加入聯邦醫療保險配藥計劃。

欲進一步瞭解傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 和不同類型的聯邦醫療保險計劃，請使用聯邦醫療保險計劃搜尋工具 ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare))、閱讀 **2024 年聯邦醫療保險與您 (Medicare & You 2024) 手冊**、致電您的州政府醫療保險計劃 (請參閱第 5 節) 或致電聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) (請參閱第 7.2 節)。

**提醒您**，聯合健康保險公司或其關聯機構之一也有提供其他聯邦醫療保險健保計劃和聯邦醫療保險處方配藥計劃。這些其他計劃的承保範圍、月費和分攤費用金額可能不盡相同。

## 第 2 步：變更您的承保

- 欲變更至不同的聯邦醫療保險健保計劃，請參加註冊新的計劃。您將會自動退出 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)。
- 欲變更至含處方配藥計劃的傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)，請參加註冊新的配藥計劃。您將會自動退出 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)。
- 欲變更至不含處方配藥計劃的傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)，您必須採取以下行動之一：
  - 寄給我們書面要求以退出計劃，或前往我們的網站以在網上退出計劃。如果您需要更多該怎麼做的資訊，請聯絡客戶服務部。
  - – 或 – 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 要求退出計劃，每週 7 天，每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-877-486-2048。

如果您轉換到傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)，但**沒有**參加註冊獨立的聯邦醫療保險處方配藥計劃，除非您已選擇不自動參加註冊，否則聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 可能會讓您參加註冊配藥計劃。

## 第 4 節 變更計劃

如果您明年想變更到不同的計劃或變更為傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)，您可以在 **10 月 15 日至 12 月 7 日期間**變更。此變更會在 2024 年 1 月 1 日生效。

### 年度當中是否有其他時候可以進行變更？

特定情況下也會允許在年度中其他時候進行變更。例子包括有醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)、取得「額外補助」(Extra Help) 支付其藥物費用、享有或退出僱主承保以及搬離服務地區的民眾。

因為 New York 州衛生部為您提供承保，所以您也許可以在下列每個特別註冊期終止您的本計劃會籍或轉換到其他計劃一次：

- 1 月至 3 月
- 4 月至 6 月
- 7 月至 9 月

如果您參加註冊 2024 年 1 月 1 日開始的 Medicare Advantage 計劃，但您不喜歡所選擇的計劃，您可以在 2024 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期間轉換到另一個聯邦醫療保險健保計劃 (含或不合聯邦醫療保險處方配藥承保)，或轉換到傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) (含或不合聯邦醫療保險處方配藥承保)。

如果您不久前搬進、目前住在或剛搬離某機構 (例如專業護理設施或長期護理醫院)，您可以隨時變更您的聯邦醫療保險承保。您隨時都可以變更到任何其他聯邦醫療保險健保計劃 (含或不合聯邦醫療保險處方配藥承保) 或轉換到傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) (含或不合獨立的聯邦醫療保險處方配藥計劃)。

## 第 5 節 提供聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 免費諮詢的方案

州政府醫療保險計劃 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 是每一個州都有的獨立政府計劃，並配置受過訓練的諮詢人員。New York 的州政府醫療保險計劃 (SHIP) 稱為 New York 健康保險資訊諮詢和補助計劃 (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP)。

是聯邦政府出資的州計劃，**免費**為享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的民眾提供當地的健康保險諮詢。New York 健康保險資訊諮詢和補助計劃 (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP) 諮詢人員可為您的聯邦醫療保險相關疑問或難題提供協助。他們能協助您瞭解您的聯邦醫療保險計劃選擇，回答轉換計劃的相關問題。您可致電 New York 健康保險資訊諮詢和補助計劃 (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP)，電話 1-800-701-0501。

如有關於您 New York 州衛生部福利的疑問，請聯絡 New York 州衛生部，電話 1-800-541-2831，週一至週五，東部時間 (ET) 上午 8 時至下午 5 時。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711。詢問加入其他計劃或返回傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 對您取得您的 New York 州衛生部承保有何影響。

## 第 6 節 幫助支付處方配藥費用的方案

您也許符合資格可以取得協助支付處方配藥費用。以下列出不同種類的協助：

- **聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 提供的「額外補助」 (Extra Help)**。因為您擁有醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)，您已參加註冊「額外補助」 (Extra Help) (也稱為低收入補助)。額外補助 (Extra Help) 支付您的一部份處方配藥保費、年度自付扣除金和共同保險。因為您符合資格，您不會有承保缺口或延遲參加註冊罰款。如果您有關於額外補助 (Extra Help) 的疑問，請致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-877-486-2048，每週 7 天，每天 24 小時；
- 社會安全局辦公室電話 1-800-772-1213，週一至週五，上午 8 時至晚上 7 時可洽詢代表。每天 24 小時均提供自動語音訊息。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-800-325-0778；或
- 您的州政府醫療補助辦公室 (申請)。
- **您的州政府配藥補助方案提供的協助**。New York 有一項方案稱為 New York 州 EPIC 方案，可根據民眾的財務需要、年齡或醫療病況協助其支付處方配藥費用。欲進一步瞭解該方案，請向您的州政府醫療保險計劃查詢。
- **患有人類免疫缺乏病毒 / 愛滋病 (HIV/AIDS) 人的處方配藥分攤費用補助**。愛滋病藥物補助方案 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 幫助確保患有人類免疫缺乏病毒 / 愛滋病 (HIV/AIDS) 且符合愛滋病藥物補助方案 (ADAP) 資格的人取得挽救生命的人類免疫缺乏病毒 (HIV) 藥物。這些人必須符合特定標準，包括州居留和人類免疫缺乏病毒 (HIV) 狀態證明、州政府定義的低收入，以及無保險 / 保額不足狀態。聯邦醫療保險 D 部份處方配藥如果也屬於愛滋病藥物補助方案 (ADAP) 的承保範圍，即符合資格透過您所在州的愛滋病藥物補助方案 (ADAP) 取得處方配藥分攤費用補助。如需資格標準、承保藥物或如何參加註冊方案的相關資訊，請聯絡您所在州的愛滋病藥物補助方案 (ADAP)。您也能在**承保證書**第 2 章找到您所在州的愛滋病藥物補助方案 (ADAP) 聯絡資訊。

## 第 7 節 有疑問？

### 第 7.1 節 取得 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 的協助

有疑問？我們在此協助您。請致電客戶服務部，電話 1-800-514-4912。(聽力語言殘障服務專線 (TTY)，請撥 711。) 我們接聽電話的時間為上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五。撥打這些號碼均不需付費。

#### 閱讀您的 2024 年承保證書 (其中有明年福利和費用的詳情)

本**年度變更通知**提供您 2024 年的福利和費用變更概覽。如需詳細資訊，請查看 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 2024 年**承保證書**。**承保證書**是您計劃福利具法律效力的詳細說明，其中也會說明您在取得承保服務和處方配藥時享有的權利和應遵循的規則。我們的網站 [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan) 可以找到承保證書。您也可以致電客戶服務部，要求我們郵寄承保證書給您。

#### 瀏覽我們的網站

您也可以瀏覽我們的網站 [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan)。提醒您，我們的網站有關於我們的醫療護理提供者網絡 (醫療護理提供者名冊) 和承保藥物清單 (處方藥一覽表) 的最新資訊。



---

## 第 7.2 節 取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的協助

---

欲直接從聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 取得資訊：

### 請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-877-486-2048。

### 瀏覽聯邦醫療保險網站

瀏覽聯邦醫療保險網站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))。其中有關於費用、承保範圍和品質星等的資訊，可幫助您比較您所在地區的聯邦醫療保險健保計劃。欲查看計劃相關資訊，請前往 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)。

### 閱讀 2024 年聯邦醫療保險與您 (Medicare & You 2024)

閱讀 2024 年聯邦醫療保險與您 (Medicare & You 2024) 手冊。每年秋季都會郵寄本文件給享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的民眾。其中摘要說明聯邦醫療保險福利、權利和保障，並回答有關聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的最常見問題。如果您沒有這份文件，您可以到聯邦醫療保險網站 (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 下載，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取，每週 7 天，每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-877-486-2048。

---

## 第 7.3 節 取得醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 的協助

---

如欲向 New York 州衛生部 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 索取資訊，您可撥打 New York 州衛生部 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 的電話 1-800-541-2831。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711。

## 多語言口譯服務

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, please call us using the toll-free number on your member identification card. Someone who speaks your language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Contamos con servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro. Una persona que habla su idioma podrá ayudarle. Es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费口译服务，解答您对我们的健康或药物计划的任何疑问。如需寻找一名口译员，请使用您的会员身份证上的免费电话号码联系我们。一名与您讲相同语言的人可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 我們提供免費的口譯服務，可回答您可能對我們的健康或藥物計劃的任何問題。如需口譯員，請撥打您的會員識別卡上的免付費電話號碼聯絡我們。會說您的語言的人可協助您。這是免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong na maaaring mayroon ka tungkol sa kalusugan o plano ng gamot. Para makakuha ng interpreter, pakitawagan kami gamit ang libreng numero sa iyong kard ng pagkakakilanlan ng kasapi. Sinumang nagsasalita ng wika mo ay puwedeng makatulong sa iyo. Ang serbisyong ito ay libre.

**French:** Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance-médicaments. Pour recevoir l'aide d'un interprète, veuillez nous appeler en composant le numéro gratuit figurant sur votre carte d'identification de membre. Quelqu'un parlant votre langue peut vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi mà bạn có về chương trình sức khỏe hay thuốc của chúng tôi. Để gặp thông dịch viên, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn phí trên thẻ nhận dạng thành viên của bạn. Người nói cùng ngôn ngữ với bạn có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Wir verfügen über kostenlose Dolmetscherdienste, um alle Fragen zu beantworten, die Sie über unseren Gesundheits- oder Medikamentenplan haben mögen. Um einen Dolmetscher zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter der kostenfreien Nummer auf Ihrem Mitgliedsausweis an. Jemand, der Ihre Sprache spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist eine kostenlose Dienstleistung.

**Korean:** 건강 또는 의약품 플랜에 관한 질문에 답변해드리기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역 서비스를 이용하려면, 가입자 ID 카드에 있는 수신자 부담 전화번호로 전화해 주십시오. 한국어를 사용하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.

**Russian:** Если у Вас возникнут какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане по приобретению препаратов, мы предоставим Вам бесплатные услуги устного перевода. Для того чтобы воспользоваться услугами устного перевода, пожалуйста, свяжитесь с нами по бесплатному номеру телефона, указанному на Вашей идентификационной карте участника плана. Сотрудник, который говорит на Вашем языке, сможет Вам помочь. Данная услуга предоставляется бесплатно.

**Arabic:** لدينا خدمات ترجمة فورية للرد على أي أسئلة قد تكون لديك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية الخاصة بنا. للحصول على مترجم، اتصل بنا باستخدام رقم الهاتف المجاني على بطاقة تعريف عضويتك. سيساعدك شخص ما يتحدث لغتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं मौजूद हैं। दुभाषिया पाने के लिए, कृपया अपने सदस्य पहचान पत्र पर टोल-फ्री नंबर का उपयोग करके हमें कॉल करें। आपकी भाषा बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

**Italian:** Mettiamo a disposizione un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per avvalersi di un interprete, si prega di chiamare il numero verde riportato sulla tessera identificativa. Una persona che parla italiano potrà fornire l'assistenza richiesta. Il servizio è gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de intérprete gratuitos para esclarecer quaisquer dúvidas que tenha sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número gratuito no seu cartão de identificação de membro. Alguém que fala a sua língua pode ajudá-lo(a). Este é um serviço gratuito.

**French Creole:** Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou gendwa genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, tanpri rele nou apati nimewo apèl gratis ki sou kat idantifikasyon kòm manm ou an. Yon moun ki pale lang ou ka ede ou. Sa se yon sèvis gratis.

**Polish:** Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe, aby odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, proszę zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu podany na karcie identyfikacyjnej członka planu. Osoba posługująca się Pana/Pani językiem Panu/Pani pomoże. Usługa ta jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の医療または処方薬プランに関する質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳が必要な場合には、会員IDカードに記載されているフリーダイヤル番号を使用して、当社までお問い合わせください。お客様の言語を話す通訳者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。

如需更多資訊，請致電客戶服務部：

## UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 客戶服務部：



**撥打 1-800-514-4912**

撥打本號碼不需付費。上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五。客戶服務部也為非英語使用者免費提供口譯服務。

**聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711**

撥打本號碼不需付費。

上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五。



**寫信：P.O. Box 30770**

**Salt Lake City, UT 84130-0770**



**[myuhc.com/communityplan](http://myuhc.com/communityplan)**