

Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP)
由 **Elderplan, Inc.** 提供。

2026 年度變更通知

您已參保成為 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 的會員。

本資料介紹了我們計劃明年的費用和福利變化。

- 您可以在 **10 月 15 日至 12 月 7 日期間變更您明年的 Medicare 聯邦醫療保險承保範圍**。如果您在 2025 年 12 月 7 日之前沒有加入其他計劃，您將留在 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP)。
- 要更改為**其他計劃**，請瀏覽 www.medicare.gov 或檢視《*2026 年 Medicare 與您*》(Medicare & You 2026) 手冊背面的清單。
- 請注意這只是變化的摘要。有關費用、福利和規則的更多資訊，請參閱「**承保範圍說明書**」。請瀏覽 www.elderplan.org 取得副本，或致電會員服務部 1-800-353-3765 (TTY 使用者請撥打 711) 以透過郵件取得副本。

更多資源

- 本資料免費提供西班牙語和中文版本。
- 請致電會員服務部 1-800-353-3765 (TTY 使用者請撥打 711) 以瞭解更多資訊。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。此為免付費電話。

- 本資訊提供其他格式的版本，包括盲文或其他可選格式。若您需要其他格式或語言的計劃資訊，請撥打上述號碼致電會員服務部。

關於 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP)

- Elderplan（長老計劃）是一項與 Medicare 聯邦醫療保險及 Medicaid 醫療補助簽有合約的 HMO 計劃。能否在 Elderplan（長老計劃）註冊參保視合約續簽情況而定。任何符合 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分資格的人士均可申請。已參保的會員仍須繼續支付其 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分保費（若未透過 Medicaid 醫療補助支付）。
- Elderplan（長老計劃）已受美國國家品質保障委員會 (NCQA) 核准，作為一種特殊需要計劃 (SNP) 運作，直到 2026 年止。NCQA 的核准依據是一份對 Elderplan（長老計劃）護理模式的審查報告。
- 當本資料中出現「我們」或「我們的」時，是指 Elderplan Inc。出現「本計劃」或「我們的計劃」時，是指 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP)。

- 如果您在 **2025 年 12 月 7 日** 之前不採取任何行動，您將自動參保 **Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP)**。從 2026 年 1 月 1 日起，您將透過 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 獲得醫療和藥物保險。有關如何更改計劃以及更改截止日期的更多資訊，請參閱第 3 節。

H3347_EPC17969_M

目錄

2026 年重要費用摘要	5
第 1 節 明年的福利與費用變化	16
第 1.1 節 月繳計劃保費的變化.....	16
第 1.2 節 自付費用金額上限 的變更.....	16
第 1.3 節 提供者網絡變更.....	17
第 1.4 節 藥房網絡變更.....	18
第 1.5 節 醫療服務福利和費用的變更 醫療服務.....	19
第 1.6 節 D 部分藥物保險的變化.....	45
第 1.7 節 處方藥福利變更和費用.....	46
第 2 節 管理變更.....	54
第 3 節 如何變更計劃	54
第 3.1 節 計劃變更的截止時間.....	56
第 3.2 節 是否可在一年中的其他時間變更計劃？	56
第 4 節 取得處方藥費用支付協助	58
第 5 節 有任何疑問？	60
向 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 求助	60
從 Medicare 聯邦醫療保險獲得幫助	62
從 Medicaid 醫療補助獲得幫助	63

2026 年重要費用摘要

	2025 (今年)	2026 (明年)
<p>月繳計劃保費*</p> <p>* 您的保費可能高於或低於此金額。請前往第 1.1 節：瞭解詳細資訊。</p>	<p>\$0 或 \$31.30，對於 D 部分保費。</p>	<p>\$0 或 \$22.70，對於 D 部分保費。</p>
<p>B 部分自付額</p>	<p>B 部分自付額為 \$257。</p> <p>如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，您支付 \$0。</p>	<p>B 部分自付額為 \$283。</p> <p>如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，您支付 \$0。</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
<p>最高自付費用金額 這是您為網絡內和網絡外合計承保的 A 部分和 B 部分服務支付的最高自付費用。 (詳見第 1.2 節。)</p>	<p>網絡內和網絡外合計 \$9,350 如果您有資格享受 Medicaid 醫療補助中的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助，則您無需為承保的 A 部分</p>	<p>網絡內和網絡外合計 \$9,250 如果您有資格享受 Medicaid 醫療補助中的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助，則您無需為承保的 A 部分</p>
<p>最高自付費用金額 (續)</p>	<p>和 B 部分服務支付自付額上限中的任何自付費用。</p>	<p>和 B 部分服務支付自付額上限中的任何自付費用。</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
主治醫生診室就診	<p>網絡內：</p> <p>您支付 每次就診支付 0% 或 20% 每次就診 若您符合 Medicaid 醫療補 助中的 Medicare 聯邦醫療保險費 用分攤補助資 格，您每次就診 需支付 \$0。</p>	<p>網絡內：</p> <p>您支付 每次就診支付 0% 或 20% 共同保險 每次就診 若您符合 Medicaid 醫療補 助中的 Medicare 聯邦醫療保險費 用分攤補助資 格，您每次就診 需支付 \$0。 2026 年無變更。</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
專科醫生診室 就診。	網絡內和網絡外 每次就診您需支 付 0% 或 20% 的 共同保險。 若您符合 Medicaid 醫療補 助中的 Medicare 聯邦醫療保險費 用分攤補助資 格，您每次就診 需支付 \$0。	網絡內和網絡外 每次就診您需支 付 0% 或 20% 的 共同保險。 若您符合 Medicaid 醫療補 助中的 Medicare 聯邦醫療保險費 用分攤補助資 格，您每次就診 需支付 \$0。 2026 年無變更。

	2025 (今年)	2026 (明年)
<p>住院</p> <p>包括急性住院護理、住院復健、長期護理住院及其他類型的住院服務。住院醫院護理從您聽從醫生要求正式住院的那天開始算起。出院的前一天是您住院的最後一天。</p>	<p>網絡內：</p> <p>2025 年，每個受益期的金額為 \$0* 或：\$1,676 的自付額。</p> <p>第 1-60 天：每天 \$0 的共付額。</p> <p>第 61-90 天：每天 \$419 的共付額。</p> <p>第 91 天及之後：每個終身儲備日的共付額為 \$838。</p> <p>超出終身儲備日後：您支付所有費用。</p> <p>需要授權。</p>	<p>網絡內：</p> <p>2026 年，每個受益期的金額為 \$0* 或：\$1,736 的自付額。</p> <p>第 1-60 天：每天 \$0 的共付額。</p> <p>第 61-90 天：每天 \$434 的共付額。</p> <p>第 91 天及之後：每個終身儲備日的共付額為 \$868。</p> <p>超出終身儲備日後：您支付所有費用。</p> <p>需要授權。</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
住院 (續)	<p>如果您在緊急狀況穩定後從網絡外醫院接受經授權的住院治療，您應支付的費用為您在網絡內醫院應支付的費用分攤。</p> <p>如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，您支付 \$0。</p>	<p>如果您在緊急狀況穩定後從網絡外醫院接受經授權的住院治療，您應支付的費用為您在網絡內醫院應支付的費用分攤。</p> <p>如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，您支付 \$0。</p>
D 部分藥物承保自付額 (詳見第 1.5 節。)	D 部分自付額為 \$590，不包括承保的胰島素產品及大多數成人 D 部分疫苗。	D 部分自付額為 \$615，不包括承保的胰島素產品及大多數成人 D 部分疫苗。

	2025 (今年)	2026 (明年)
<p>D 部分 藥物承保 (有關詳細資訊，請參閱第 1.7 節，包括年度自付額、初始承保和災難承保階段。)</p>	<p>初始承保階段期間： 標準零售費用分攤（網絡內） （最多 90 天份量的供藥）* † Ω 在提供標準費用分攤的網絡內藥房配取一個月藥物份量的費用： 第 1 級： 根據您的「額外補助」等級，您需要支付以下費用： 對於副廠藥（包括被視為副廠藥的原廠藥）： \$0 的共付額，或 \$1.60 的共付額，或</p>	<p>初始承保階段期間： 標準零售費用分攤（網絡內） （最多 90 天份量的供藥）* † Ω 在提供標準費用分攤的網絡內藥房配取一個月藥物份量的費用： 第 1 級： 根據您的「額外補助」等級，您需要支付以下費用： 對於副廠藥（包括被視為副廠藥的原廠藥）： \$0 的共付額，或 \$1.60 的共付額，或</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
D 部分 藥物承保 (續)	<p>\$4.90 的共付額，或 25% 的總費用。 對於所有其他藥物： \$0 的共付額，或 \$4.80 的共付額，或 \$12.15 的共付額，或 25% 的費用。 *標準零售也可提供 60 天的供藥。</p>	<p>\$5.10 的共付額，或 25% 的總費用。 對於所有其他藥物： \$0 的共付額，或 \$4.90 的共付額，或 \$12.65 的共付額，或 25% 的費用。 *標準零售也可提供 60 天的供藥。</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
D 部分 藥物承保 (續)	<p>初始承保階段的郵購費用分攤 (最多 90 天份量的供藥) †Ω :</p> <p>第 1 級：根據您的「額外補助」等級，您需要支付以下費用：</p> <p>對於副廠藥 (包括被視為副廠藥的原廠藥) :</p> <p>\$0 的共付額，或 \$1.60 的共付額，或 \$4.90 的共付額，或 25% 的費用。</p> <p>對於所有其他藥物：</p> <p>\$0 的共付額，或</p>	<p>初始承保階段的郵購費用分攤 (最多 90 天份量的供藥) †Ω :</p> <p>第 1 級：根據您的「額外補助」等級，您需要支付以下費用：</p> <p>對於副廠藥 (包括被視為副廠藥的原廠藥) :</p> <p>\$0 的共付額，或 \$1.60 的共付額，或 \$5.10 的共付額，或 25% 的費用。</p> <p>對於所有其他藥物：</p> <p>\$0 的共付額，或</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
D 部分 藥物承保 (續)	<p>\$4.80 的共付額，或</p> <p>\$12.15 的共付額，或</p> <p>25% 的費用。</p> <p>†NDS – 非延長天數供藥。某些特殊藥物每次配藥最多提供 30 天份量的供藥。</p> <p>Ω – 無論 B 部分和 D 部分藥物的費用分攤如何，即使您沒有支付自付額，對於我們計劃承保的每種胰島素產品，一個月份量的供藥費用也不會超過 \$35。</p>	<p>\$4.90 的共付額，或</p> <p>\$12.65 的共付額，或</p> <p>25% 的費用。</p> <p>†NDS – 非延長天數供藥。某些特殊藥物每次配藥最多提供 30 天份量的供藥。</p> <p>Ω – 無論 B 部分和 D 部分藥物的費用分攤如何，即使您沒有支付自付額，對於我們計劃承保的每種胰島素產品，一個月份量的供藥費用也不會超過 \$35。</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
D 部分 藥物承保 (續)	災難承保階段 在此付款階段期 間，您無需為承 保的 D 部分藥物 支付任何費用。	災難承保階段 在此付款階段期 間，您無需為承 保的 D 部分藥物 支付任何費用。

第 1 節 明年的福利與費用變化

第 1.1 節 月繳計劃保費的變化

	2025 (今年)	2026 (明年)
<p>月計劃保費 (您必須繼續支付您 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分保費，除非已由您的 Medicaid 醫療補助支付。)</p>	<p>對於 D 部分保費，\$0 或 \$31.30。</p> <p>您必須繼續支付您的 B 部分保費（除非您的 B 部分保費由 Medicaid 醫療補助或其他第三方為您支付）。</p>	<p>對於 D 部分保費，\$0 或 \$22.70。</p> <p>您必須繼續支付您的 B 部分保費（除非您的 B 部分保費由 Medicaid 醫療補助或其他第三方為您支付）。</p>

第 1.2 節 自付費用金額上限的變更

Medicare 聯邦醫療保險要求所有健保計劃對您在一年中支付的自付費用金額進行限制。該限制稱為「最高自付費用金額」。如果您已支付此金額，一般您就不需要為該日曆年度剩餘時間內的承保 A 部分和 B 部分服務支付任何費用。

	2025 (今年)	2026 (明年)
<p>最高自付費用金額</p> <p>由於我們的會員也從 Medicaid 醫療補助獲得幫助，因此極少有會員曾達到此最高自付費用金額。</p> <p>若您適用於 Medicaid 醫療補助 A 部分與 B 部分共付額和自付額補助，則您無需支付任何</p>	<p>網絡內和網絡外合計</p> <p>\$9,350</p> <p>如果您已為網絡內和網絡外合計的 A 部分和 B 部分服務支付了 \$9,350 的自付費用，則無需為該日曆年剩餘時間的 A 部分和 B 部分承保服務支付任何費用。</p>	<p>網絡內和網絡外合計</p> <p>\$9,250</p> <p>如果您已為網絡內和網絡外合計的 A 部分和 B 部分服務支付了 \$9,250 的自付費用，則無需為該日曆年剩餘時間的 A 部分和 B 部分承保服務支付任何費用。</p>

第 1.3 節 提供者網絡變更

我們的醫療服務提供者網絡已為下一年度作出更改。請查看 2026 年醫療服務提供者與藥房目錄 www.elderplan.org，瞭解您的提供者（主治醫師、專科醫生、醫院等）是否處於我們的網絡中。以下是取得更新的提供者與藥房目錄的方法：

- 瀏覽我們的網站 www.elderplan.org。

- 您也可以撥打 1-800-353-3765（TTY 用戶撥打 711）致電會員服務部，瞭解最新的提供者資訊或要求我們為您郵寄一份 *醫療服務提供者與藥房目錄*。

我們可能會在一年當中對我們計劃內的醫院、醫生和專科醫生（提供者）進行更改。如果我們的醫療服務提供者在年中發生的變化對您有影響，請撥打 1-800-353-3765（TTY 用戶撥打 711）聯絡會員服務部，以便我們提供幫助。網絡內醫療服務提供者離開我們的計劃時，如需瞭解更多有關臨床研究的資訊，請參閱「*承保範圍說明書*」的第 3 章第 2.3 節。

第 1.4 節 藥房網絡變更

您為處方藥支付的金額視乎您所使用的藥房而定。Medicare 聯邦醫療保險藥物計劃擁有一個藥房網絡。在大多數情況下，您的處方藥僅在我們的網絡內藥房配取時才獲承保。

我們的藥房網絡已為下一年度作出更改。請查看 2026 年 *醫療服務提供者與藥房目錄* www.elderplan.org，瞭解哪些藥房處於我們的網絡中。以下是取得更新的 *提供者與藥房目錄* 的方法：

- 登入我們的網站：www.elderplan.org。
- 您也可以撥打 1-800-353-3765（TTY 用戶撥打 711）致電會員服務部，瞭解最新的藥房資訊或要求我們為您郵寄一份 *醫療服務提供者與藥房目錄*。

我們可能會在一年當中對我們計劃內的藥房進行更改。如果我們的藥房在年中發生的變化對您有影響，請撥打 1-800-353-3765（TTY 用戶撥打 711）聯絡會員服務部，以便我們提供幫助。

第 1.5 節 醫療服務福利和費用的變更醫療服務

年度變更通知會告知您有關您的 Medicare 聯邦醫療保險福利和費用的變更。

	2025（今年）	2026（明年）
牙科服務 - 補充性診斷和預防性牙科服務	<p>補充性診斷和預防性服務</p> <p>網絡內和網絡外合計</p> <p>補充性診斷和預防牙科服務的承保僅限於下列類別中的指定服務代碼。</p> <p>您需為下列補充性診斷和預防牙科服務支付 \$0 的共付額：</p>	<p>補充性診斷和預防性服務</p> <p>網絡內和網絡外合計</p> <p>補充性診斷和預防牙科服務的承保僅限於下列類別中的指定服務代碼。</p> <p>您需為下列補充性診斷和預防牙科服務支付 \$0 的共付額：</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
牙科服務 - 補充性診斷和預防性牙科服務 (續)	<p><u>口腔檢查服務</u>：指定服務代碼包括但不限於</p> <ul style="list-style-type: none"> • 有限口腔檢查：每月 1 次 • 口腔檢查：1 次，每 6 個月 <p><u>牙科 X 光檢查服務</u>：指定服務代碼包括但不限於</p> <ul style="list-style-type: none"> • 牙科 X 光檢查：1 次，每 6 個月及 1 次，每 12 個月 	<p><u>口腔檢查服務</u>：指定服務代碼包括但不限於</p> <ul style="list-style-type: none"> • 有限口腔檢查：每月 1 次 • 口腔檢查：1 次，每 6 個月或選擇承保的代碼 1 次，每 12 個月 <p><u>牙科 X 光檢查服務</u>：指定服務代碼包括但不限於</p> <ul style="list-style-type: none"> • 牙科 X 光檢查：1 次，每 6 個月及 1 次，每 12 個月

	2025 (今年)	2026 (明年)
牙科服務 - 補充性診斷和預防性牙科服務 (續)	<ul style="list-style-type: none"> • 牙科 X 光檢查：1 次，每 36 個月 • 全景攝片與頭部測量攝片：每 36 個月 1 次 • 口腔/面部攝影影像：2 次，每 6 個月 • 牙科 X 光檢查：每 12 個月承保 2 次 • 牙科 X 光檢查：指定服務代碼的承保無頻次限制。 	<ul style="list-style-type: none"> • 牙科 X 光檢查：1 次，每 36 個月 • 全景攝片與頭部測量攝片：每 36 個月 1 次 • 口腔/面部攝影影像：2 次，每 6 個月 • 牙科 X 光檢查：每 12 個月承保 2 次 • 牙科 X 光檢查：指定服務代碼的承保無頻次限制。

	2025 (今年)	2026 (明年)
牙科服務 - 補充性診斷和預防性牙科服務 (續)	<p><u>預防性服務 (洗牙) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>洗牙 (預防治療) : 1 次, 每 6 個月</u> <p><u>其他診斷性牙科服務 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>指定服務代碼的承保無頻次限制。</u> <p><u>如需詳細瞭解哪些服務受保, 請聯絡會員服務部。</u></p>	<p><u>預防性服務 (洗牙) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>洗牙 (預防治療) : 1 次, 每 6 個月</u> <p><u>其他診斷性牙科服務 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>指定服務代碼的承保無頻次限制。</u> <p><u>如需詳細瞭解哪些服務受保, 請聯絡會員服務部。</u></p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
牙科服務 — 綜合牙科服務 (續)	<p>補充性綜合牙科服務：</p> <p>網絡內和網絡外合計</p> <p>補充性綜合牙科服務的承保範圍僅限於來自以下類別的指定服務代碼。根據美國牙科協會 (ADA) 指引，福利頻次可能限於每顆牙/每一牙弓/每象限 1 次服務。</p>	<p>補充性綜合牙科服務：</p> <p>網絡內和網絡外合計</p> <p>補充性綜合牙科服務的承保範圍僅限於來自以下類別的指定服務代碼。根據美國牙科協會 (ADA) 指引，福利頻次可能限於每顆牙/每一牙弓/每象限 1 次服務。</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
牙科服務 — 綜合牙科服務 (續)	<p><u>修復服務：</u></p> <p>指定服務代碼</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 共付額 1 次，每 12 個月 • \$0 共付額 1 次，每 24 個月 • \$0 共付額 1 次，每 60 個月 • \$0 共付額 2 次，每 12 個月 • \$0 共付額 終身 1 次 • 指定服務代碼 以 \$0 的共付 額承保，且無 頻次限制。 	<p><u>修復服務：</u></p> <p>指定服務代碼</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 共付額 1 次，每 12 個月 • \$0 共付額 1 次，每 24 個月 • \$0 共付額 1 次，每 60 個月 • \$0 共付額 2 次，每 12 個月 • \$0 共付額 終身 1 次 • 指定服務代碼 以 \$0 的共付 額承保，且無 頻次限制。

	2025 (今年)	2026 (明年)
牙科服務 — 綜合牙科服務 (續)	<u>牙髓治療服務：</u> 指定服務代碼 <ul style="list-style-type: none"> • \$0 共付額 終身 1 次 • 指定服務代碼 以 \$0 的共付 額承保，且無 頻次限制。 	<u>牙髓治療服務：</u> 指定服務代碼 <ul style="list-style-type: none"> • \$0 共付額 終身 1 次 • 指定服務代碼 以 \$0 的共付 額承保，且無 頻次限制。
	<u>牙周病治療 服務：</u> 指定服務代碼 <ul style="list-style-type: none"> • \$0 共付額 1 次，每 6 個月 • \$0 共付額 1 次，每 12 個月 	<u>牙周病治療 服務：</u> 指定服務代碼 <ul style="list-style-type: none"> • 共付額 \$0 / 每 年 1 次 6 個月 • \$0 共付額 1 次，每 12 個月

	2025 (今年)	2026 (明年)
牙科服務 — 綜合牙科服務 (續)	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 共付額 1 次，每 24 個月 • \$0 共付額 1 次，每 36 個月 • \$0 共付額 1 次，每 60 個月 • \$0 共付額 終身 1 次 • 指定服務代碼 以 \$0 的共付 額承保，且無 頻次限制。 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 共付額 1 次，每 24 個月 • \$0 共付額 1 次，每 36 個月 • \$0 共付額 1 次，每 60 個月 • \$0 共付額 終身 1 次 • 指定服務代碼 以 \$0 的共付 額承保，且無 頻次限制。

	2025 (今年)	2026 (明年)
牙科服務 — 綜合牙科服務 (續)	<p><u>假牙修復，可摘除假牙：</u> 指定服務代碼</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 共付額 1 次，每 12 個月 • \$0 共付額 2 次，每 12 個月 • \$0 共付額 4 次，每 12 個月 • \$0 共付額 1 次，每 24 個月 • 指定服務代碼 以 \$0 的共付 額承保，且無 頻次限制。 	<p><u>假牙修復，可摘除假牙：</u> 指定服務代碼</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 共付額 1 次，每 12 個月 • \$0 共付額 2 次，每 12 個月 • \$0 共付額 4 次，每 12 個月 • \$0 共付額 1 次，每 24 個月 • 指定服務代碼 以 \$0 的共付 額承保，且無 頻次限制。

	2025 (今年)	2026 (明年)
牙科服務 — 綜合牙科服務 (續)	<p><u>頷面假體服務：</u> 指定服務代碼</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 共付額 2 次，每 12 個月 • 指定服務代碼 以 \$0 的共付 額承保，且無 頻次限制。 <p><u>植入物服務：</u> 指定服務代碼</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 共付額 1 次，每 12 個月 • \$0 共付額 1 次，每 24 個月 	<p><u>頷面假體服務：</u> 指定服務代碼</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 共付額 1 次，每 6 個月 • \$0 共付額 1 次，每 12 個月 • \$0 共付額 2 次，每 12 個月 • \$0 共付額 6 次，每 2 個月 • 指定服務代碼 以 \$0 的共付 額承保，且無 頻次限制。

	2025 (今年)	2026 (明年)
牙科服務 — 綜合牙科服務 (續)	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 共付額 1 次，每 8 歲 • \$0 共付額 終身 1 次 • 選定代碼共付 額為 \$0，且無 頻次限制 	<u>植入物服務：</u> 指定服務代碼 <ul style="list-style-type: none"> • \$0 共付額 1 次，每 12 個月 • \$0 共付額 1 次，每 24 個月
	<u>假牙修復服務</u> <u>(固定義齒)：</u> 指定服務代碼 <ul style="list-style-type: none"> • \$0 的共付額/每 60 個月 1 次 • \$0 的共付額/每 24 個月 1 次 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 共付額 1 次，每 8 歲 • \$0 共付額 終身 1 次 • 選定代碼共付 額為 \$0，且無 頻次限制

	2025 (今年)	2026 (明年)
牙科服務 — 綜合牙科服務 (續)	<p><u>口腔和上頷面手術：</u> 指定服務代碼</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 的共付額/ 每 24 個月承保 1 次 • \$0 共付額 終身 1 次 • \$0 共付額 終身 2 次 • \$0 共付額 終身 3 次 • 選定代碼共付額為 \$0，且無 頻次限制 <p><u>附加一般服務：</u> 指定服務代碼</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 共付額 1 次，每 6 個月 	<p><u>假牙修復服務</u> <u>(固定義齒)：</u> 指定服務代碼</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 的共付額/ 每 60 個月承保 1 次 • \$0 共付額 1 次，每 24 個月 • 選定代碼， 共付額為 \$0 <p><u>口腔和上頷面手術：</u> 指定服務代碼</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 共付額 1 次，每 6 個月 • \$0 共付額 1 次，每 12 個月

	2025 (今年)	2026 (明年)
牙科服務 — 綜合牙科服務 (續)	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 共付額 1 次，每 12 個月 • \$0 共付額 2 次，每 12 個月 • 指定服務代碼 以 \$0 的共付 額承保，且無 頻次限制。 <p>如需詳細瞭解哪 些服務受保，請 聯絡會員服務 部。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 共付額 1 次，每 24 個月 • \$0 共付額 2 次，每 60 個月 • \$0 共付額 終身 1 次 • \$0 共付額 終身 2 次 • \$0 共付額 終身 3 次 • 選定代碼共付 額為 \$0，且無 頻次限制 <p><u>附加一般服務：</u> 指定服務代碼</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 共付額 每 7 天 1 次

	2025 (今年)	2026 (明年)
牙科服務 — 綜合牙科服務 (續)		<ul style="list-style-type: none"> • \$0 共付額 1 次，每 6 個月 • \$0 共付額 1 次，每 12 個月 • \$0 共付額 2 次，每 12 個月 • 指定服務代碼 以 \$0 的共付 額承保，且無 頻次限制。 <p>如需詳細瞭解哪 些服務受保，請 聯絡會員服務 部。</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
緊急護理	<p>對於每次 Medicare 聯邦醫療保險承保的急診室就診，您需支付 0% 或 20% 的共同保險（最多 \$110）。</p> <p>*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。</p>	<p>對於每次 Medicare 聯邦醫療保險承保的急診室就診，您需支付 0% 或 20% 的共同保險（最多 \$115）。</p> <p>*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
合併網絡內自付額 適用於以下服務：	心臟復健服務、強化心臟復健服務、肺病復健服務、適用於症狀性外周動脈疾病 (PAD) 的監督運動療法 (SET) 服務、部分住院服務、居家保健服務、主治醫生服務、脊椎推拿服務、職能治療服務、專科醫生服務、精神健康專家服務個人和團體治療、足病學服務、其他健康護理專業人員、精神科服務個人和團體治療、物理治療和言語語言病理學服務、其他遠程醫療服	心臟復健服務、強化心臟復健服務、肺病復健服務、適用於症狀性外周動脈疾病 (PAD) 的監督運動療法 (SET) 服務、部分住院服務、密集門診計劃服務、居家保健服務、主治醫生服務、脊椎推拿服務、職能治療服務、專科醫生服務、精神健康專家服務個人和團體治療、足病學服務、其他健康護理專業人員、精神科服務個人和團體治療、物理治療和言語語言病理學

	2025 (今年)	2026 (明年)
合併網絡內自付額 適用於以下服務： (續)	務、診斷程序/ 檢查/化驗服 務、放射線治療 服務、門診 X 光 服務、門診醫院 服務、觀察服 務、門診手術中 心 (ASC) 服務、 門診藥物濫用戒 除服務個人和團 體治療、門診血 液服務、地面救 護車服務、空中 救護車服務、假 體/醫療用品、 透析服務、腎病 教育服務、青光 眼篩檢、糖尿病 自我管理培訓。	服務、其他遠程 醫療服務、診斷 程序/檢查/化驗 服務、放射線治 療服務、門診 X 光服務、門診醫 院服務、觀察服 務、門診手術中 心 (ASC) 服務、 門診藥物濫用戒 除服務個人和團 體治療、門診血 液服務、地面救 護車服務、空中 救護車服務、假 體/醫療用品、 透析服務、腎病 教育服務、青光 眼篩檢、糖尿病 自我管理培訓。

	2025 (今年)	2026 (明年)
住院	<p>網絡內：</p> <p>2025 年，每個受益期的金額為 \$0* 或：\$1,676 的自付額。第 1 至 60 天：每天的共付額為 \$0。第 61-90 天：每天的共付額為 \$419。第 91 天及之後：每個終身儲備日的共付額為 \$838。超出終身儲備日後：您支付所有費用。</p> <p>需要授權。</p>	<p>網絡內：</p> <p>2026 年，每個受益期的金額為 \$0* 或：\$1,736 的自付額。第 1 至 60 天：每天的共付額為 \$0。第 61-90 天：每天的共付額為 \$434。第 91 天及之後：每個終身儲備日的共付額為 \$868。超出終身儲備日後：您支付所有費用。</p> <p>需要授權。</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
住院 (續)	<p>如果您在緊急狀況穩定後從網絡外醫院接受經授權的住院治療，您應支付的費用為您在網絡內醫院應支付的費用分攤。</p> <p>*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。</p>	<p>如果您在緊急狀況穩定後從網絡外醫院接受經授權的住院治療，您應支付的費用為您在網絡內醫院應支付的費用分攤。</p> <p>*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
精神病院住院服務	<p>網絡內：</p> <p>2025 年，每個受益期的金額為 \$0* 或：\$1,676 的自付額。</p> <p>第 1 至 60 天：每天的共付額為 \$0。</p> <p>第 61-90 天：每天的共付額為 \$419。</p> <p>第 91 天及之後：每個終身儲備日的共付額為 \$838。</p> <p>超出終身儲備日後：您支付所有費用。</p>	<p>網絡內：</p> <p>2026 年，每個受益期的金額為 \$0* 或：\$1,736 的自付額。</p> <p>第 1 至 60 天：每天的共付額為 \$0。</p> <p>第 61-90 天：每天的共付額為 \$434。</p> <p>第 91 天及之後：每個終身儲備日的共付額為 \$868。</p> <p>超出終身儲備日後：您支付所有費用。</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
精神病院住院服務 (續)	<p>您將為住院期間從醫生和其他提供者處接受的精神健康服務支付 Medicare 聯邦醫療保險核准金額的 0% 或 20%。需要授權。</p> <p>*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。</p>	<p>您將為住院期間從醫生和其他提供者處接受的精神健康服務支付 Medicare 聯邦醫療保險核准金額的 0% 或 20%。需要授權。</p> <p>*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
<p>Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥</p>	<p>網絡內：</p> <p>對於 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥，您需支付 0% 或 20% 的共同保險。*</p> <p>對於 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分胰島素藥物，您最多需支付 \$35。</p> <p>Medicare 聯邦醫療保險 B 部分化療/放射藥物可能需要授權。</p> <p>某些藥物可能需要獲得授權。</p>	<p>網絡內：</p> <p>對於 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥，您需支付 0% 或 20% 的共同保險。*</p> <p>對於 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分胰島素藥物，您最多需支付 \$35。</p> <p>Medicare 聯邦醫療保險 B 部分化療/放療藥物不需要授權。</p> <p>某些藥物可能需要獲得授權。</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥 (續)	*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。	*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

	2025 (今年)	2026 (明年)
專業護理設施 (SNF) 護理	<p>網絡內：</p> <p>2025 年，在 Medicare 承保住院至少 3 天後，每個受益期的金額為 \$0*</p> <p>或</p> <p>第 1 至 20 天：每天 \$0</p> <p>第 21 至 100 天：每天的共付費為 \$209.50</p> <p>第 101 天及之後：您支付所有費用。</p> <p>需要授權。</p>	<p>網絡內：</p> <p>2026 年，在 Medicare 承保住院至少 3 天後，每個受益期的金額為 \$0*</p> <p>或</p> <p>第 1 至 20 天：每天 \$0</p> <p>第 21 至 100 天：每天的共付費為 \$217</p> <p>第 101 天及之後：您支付所有費用。</p> <p>需要授權。</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
專業護理設施 (SNF) 護理 (續)	*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。	*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

	2025 (今年)	2026 (明年)
急症治療服務	<p>每次就診您需支付 0% 或 20% 的共同保險 (最多 \$45) *</p> <p>若您在 24 小時內因相同病症住院，則不需要支付共同保險。</p> <p>*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。</p>	<p>每次就診您需支付 0% 或 20% 的共同保險 (最多 \$40) *</p> <p>若您在 24 小時內因相同病症住院，則不需要支付共同保險。</p> <p>*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。</p>

第 1.6 節 D 部分藥物保險的變化

我們藥物清單的變更

我們的承保藥物清單被稱為處方藥一覽表或藥物清單。提供一份電子版藥物清單。

我們更改了藥物清單，其中包括移除或添加藥物、更改我們針對某些藥物承保的限制，或將其移至其他費用分攤等級。請查閱藥物清單，確保您的藥物明年將獲承保，並瞭解您的藥物是否有任何限制，或您的藥物是否被移至不同的費用分攤等級。

大多數藥物清單的變更發生在每年開始時。不過，我們可能會在日曆年度的其他時間根據 Medicare 聯邦醫療保險的規定作出其他更改，這些更改可能會對您造成影響。我們會至少每月更新一次我們的線上「藥物清單」，以提供最新的藥物清單。如果我們所做的變更會影響您正在服用的藥物，我們將向您發送有關變更的通知。

如果您在一年年初或年內因藥物承保範圍的變化而受到影響，請查閱「承保範圍說明書」第 9 章，並與您的處方醫生討論，以瞭解您的選擇，例如申請臨時供應量，申請例外處理和/或努力尋找新的藥物。請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請撥打 711）以瞭解更多資訊。

第 1.7 節 處方藥福利變更和費用

您是否獲得「額外補助」來支付您的藥物保險費用？

若您的計劃幫助您支付藥費（「額外補助」），則 **D** 部分藥物費用的資訊可能對您不適用。我們包含了稱為「針對接受「額外補助」支付處方藥費用的人群的「承保範圍說明書」附加條款」的額外資料，以介紹有關您藥品費用的資訊。如果您獲得了「額外補助」，但未收到此資料包中的此資料，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請撥打 711）並索取 *LIS 附則*。

藥物付款階段

有 **3** 個藥物付款階段：年度自付額階段、初始承保階段和災難承保階段。D 部分福利中不再存在承保缺口階段和承保缺口折扣計劃。

- **第 1 階段：年度自付額**

您每個日曆年都會從這個付款階段開始。在這一階段，您需要全額支付您的 D 類藥物費用直到達到您的年度自付額。

- **第 2 階段：初始承保**

您在支付年度自付額後，就將進入初始承保階段。階段期間，我們的計劃將支付其應承擔的藥物費用，而您也將支付您應承擔的費用。您通常會停留在這個階段，直到年初至今藥費總額達到 \$2,100。

- **第3階段：災難承保**

這是藥物付款的第三個也是最後一個階段。在此階段，您需要支付承保的 D 部分藥物費用。您通常在曆年的剩餘時間處於本階段。

承保缺口折扣計劃已被製造商折扣計劃取代。根據製造商折扣計劃，藥品製造商在初始承保階段和災難承保階段內為承保的 D 部分原廠藥和生物製劑支付我們計劃全額費用的一部分。製造商折扣計劃下製造商支付的折扣不計入自付費用。

此表顯示了您在此階段每張處方的費用。

	2025 (今年)	2026 (明年)
年度自付額	D 部分自付額為 \$590。 如果您接受了「額外補助」以支付您的處方藥，您的自付額將為 \$0。	D 部分自付額為 \$615。 如果您接受了「額外補助」以支付您的處方藥，您的自付額將為 \$0。

第 2 階段的藥物費用：初始承保

表格顯示在提供標準費用分攤的網絡藥房購買一個月藥物的每張處方的費用。

大多數成人 D 部分疫苗獲免費承保。有關疫苗費用的更多資訊，或有關費用的更多資訊，請參閱「承保範圍說明書」的第 6 章。

當您為 D 部分承保藥物支付了 \$2,100 的自付費用後，您將進入下一個階段（重大傷病承保階段）。

	2025 (今年)	2026 (明年)
初始承保階段	<p>標準零售費用分攤 (網絡內)</p> <p>(最多 90 天份量的供藥) *† Ω</p> <p>在提供標準費用分攤的網絡內藥房配取一個月藥量的費用為：</p> <p>第 1 級：</p> <p>根據您的「額外補助」等級，您需要支付以下費用：</p> <p>對於副廠藥 (包括被視為副廠藥的原廠藥)：</p> <p>\$0 的共付額，或 \$1.60 的共付額，或</p>	<p>標準零售費用分攤 (網絡內)</p> <p>(最多 90 天份量的供藥) *† Ω</p> <p>在提供標準費用分攤的網絡內藥房配取一個月藥量的費用為：</p> <p>第 1 級：</p> <p>根據您的「額外補助」等級，您需要支付以下費用：</p> <p>對於副廠藥 (包括被視為副廠藥的原廠藥)：</p> <p>\$0 的共付額，或 \$1.60 的共付額，或</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
初始承保階段 (續)	<p>\$4.90 的共付額，或</p> <p>25% 的總費用。</p> <p>對於所有其他藥物：</p> <p>\$0 的共付額，或</p> <p>\$4.80 的共付額，或</p> <p>\$12.15 的共付額，或</p> <p>25% 的費用。</p> <p>*標準零售也可提供 60 天的供藥。</p>	<p>\$5.10 的共付額，或</p> <p>25% 的總費用。</p> <p>對於所有其他藥物：</p> <p>\$0 的共付額，或</p> <p>\$4.90 的共付額，或</p> <p>\$12.65 的共付額，或</p> <p>25% 的費用。</p> <p>*標準零售也可提供 60 天的供藥。</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
初始承保階段 (續)	<p>初始承保階段的郵購費用分攤 (最多 90 天份量的供藥) †Ω :</p> <p>第 1 級 :</p> <p>根據您的「額外補助」等級，您需要支付以下費用：對於副廠藥 (包括被視為副廠藥的原廠藥) :</p> <p>\$0 的共付額，或 \$1.60 的共付額，或 \$4.90 的共付額，或 25% 的費用。</p>	<p>初始承保階段的郵購費用分攤 (最多 90 天份量的供藥) †Ω :</p> <p>第 1 級 :</p> <p>根據您的「額外補助」等級，您需要支付以下費用：對於副廠藥 (包括被視為副廠藥的原廠藥) :</p> <p>\$0 的共付額，或 \$1.60 的共付額，或 \$5.10 的共付額，或 25% 的費用。</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
初始承保階段 (續)	<p>對於所有其他藥物：</p> <p>\$0 的共付額，或</p> <p>\$4.80 的共付額，或</p> <p>\$12.15 的共付額，或</p> <p>25% 的費用。</p> <p>†NDS – 非延長天數供藥。某些特殊藥物每次配藥最多提供 30 天份量的供藥。</p>	<p>對於所有其他藥物：</p> <p>\$0 的共付額，或</p> <p>\$4.90 的共付額，或</p> <p>\$12.65 的共付額，或</p> <p>25% 的費用。</p> <p>†NDS – 非延長天數供藥。某些特殊藥物每次配藥最多提供 30 天份量的供藥。</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
初始承保階段 (續)	Ω – 無論 B 部分和 D 部分藥物的費用分攤如何，即使您沒有支付自付額，對於我們計劃承保的每種胰島素產品，一個月份量的供藥費用也不會超過 \$35。	Ω – 無論 B 部分和 D 部分藥物的費用分攤如何，即使您沒有支付自付額，對於我們計劃承保的每種胰島素產品，一個月份量的供藥費用也不會超過 \$35。

重大傷病承保階段的變更

有關重大傷病承保階段費用的具體資訊，請參閱您的*承保範圍說明書*第 6 章第 6 節。

第 2 節 管理變更

	2025 (今年)	2026 (明年)
Medicare 聯邦醫療保險處方藥付款計劃	Medicare 聯邦醫療保險處方藥付款計劃是今年開始實施的一種付款方式，它可以幫助您將本計劃承保藥品的自付費用分攤到整個日曆年（1 月至 12 月）。您可能正在參與此付款選項。	如果您正在參與 Medicare 聯邦醫療保險處方藥支付計劃並繼續使用相同的 D 部分計劃，您的參與將自動續約至 2026 年。 欲知此付款選項詳情，請聯絡我們，1-866-490-2102（TTY 使用者請致電 711 或瀏覽 www.medicare.gov ）。

第 3 節 如何變更計劃

要繼續使用 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP)，您無需採取任何措施。除非您在 12 月 7 日之前沒有參保其他計劃或變更至 Original Medicare，否則您將自動參保我們的 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP)。

如果您想更改 2026 年的計劃，請按照以下步驟操作：

- 若要改為其他 **Medicare 聯邦醫療保險健保計劃**，請參保新的計劃。您將自動退出 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP)。
- 要更改為包含 **Medicare 聯邦醫療保險藥物保險的 Original Medicare**，請參保新的 Medicare 聯邦醫療保險藥物計劃。您將自動退出 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP)。
- 要更改為不包含藥物計劃的 **Original Medicare**，您可以向我們發送書面申請以退出。請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請撥打 711）以取得有關如何操作的更多資訊。或致電 **Medicare 聯邦醫療保險**，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，並要求退保。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。如果您未參保 Medicare 聯邦醫療保險藥物計劃，您可能需要支付 D 部分逾期參保罰款（請參閱第 4 節）。
- 如要瞭解有關 **Original Medicare** 及不同類型的 **Medicare 聯邦醫療保險計劃** 的更多資訊，請訪問 www.medicare.gov，查看《2026 年 Medicare 與您》(Medicare & You 2026) 手冊、致電您的州健康保險援助計劃（請查閱第 6 節）或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。我們想提醒您，Elderplan, Inc. 還提供其他 Medicare 聯邦醫療保險健保計劃。這些其他計劃可能在承保範圍、每月保費和費用分攤金額方面有所不同。

第 3.1 節 計劃變更的截止時間

Medicare 聯邦醫療保險會員可以每年從 **10 月 15 日至 12 月 7 日** 更改其承保範圍。

如果您參保了將於 2026 年 1 月 1 日生效的 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃，但對您選擇的計劃不滿意，您可以在 2026 年 1 月 1 日到 3 月 31 日期間轉到其他 Medicare 聯邦醫療保險健保計劃（包含或不包含 Medicare 聯邦醫療保險藥物承保範圍）或 Original Medicare（包含或不包含 Medicare 聯邦醫療保險藥物承保範圍）。

第 3.2 節 是否可在一年中的其他時間變更計劃？

在某些情況下，人們可能在一年中還有其他機會更改其承保範圍。範例包括以下人士：

- 擁有 Medicaid 醫療補助
- 獲得「額外補助」支付藥費
- 擁有或即將退出雇主保險
- 搬離我們計劃的服務區域

由於您擁有 Medicaid 醫療補助，您可以在一年中的任何月份選擇以下 Medicare 聯邦醫療保險選項之一終止您的計劃會員資格。

- 附帶單獨 Medicare 聯邦醫療保險處方藥計劃的 Original Medicare，
- 不附帶單獨 Medicare 聯邦醫療保險處方藥計劃的 Original Medicare（如果選擇此選項，Medicare 聯邦醫療保險可能會將您加入一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保。），或
- 在一項計劃中為您提供 Medicare 聯邦醫療保險和大多數或全部 Medicaid 醫療補助福利和服務的整合式 D-SNP 計劃（如符合資格）。

如果您最近搬入或目前居住在某個機構（如專業護理設施或長期護理醫院），您可以隨時變更您的 Medicare 聯邦醫療保險。您可以隨時更改為任何其他 Medicare 聯邦醫療保險健保計劃（包含或不包含 Medicare 聯邦醫療保險藥物保險），或轉換至 Original Medicare（包含或不包含 Medicare 聯邦醫療保險藥物保險）。如果您最近搬離某個機構，您有機會在搬離當月後的 2 個月內更改計劃或轉至 Original Medicare。

第 4 節 取得處方藥費用支付協助

您可能符合條件獲得支付處方藥費方面的幫助。我們提供不同類型的幫助：

- **Medicare 聯邦醫療保險提供的「額外補助」。**收入有限的人士可能符合條件獲得處方藥費「額外補助」。如果您符合資格，Medicare 聯邦醫療保險可以為您支付高達 75% 或以上的藥費，包括每月的藥物計劃保費、每年的自付額以及共同保險。此外，符合資格的人士將不受延遲註冊罰款的限制。若要瞭解自己是否符合條件，請致電：
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048，每周 7 天，每天 24 小時。
 - 週一至週五上午 8 點至晚上 7 點撥打 1-800-772-1213 聯絡社會安全局代表。自動應答系統全天 24 小時提供服務。TTY 使用者可致電 1-800-325-0778。
 - 您的州 Medicaid 醫療補助辦公室。
- **您所在州的藥物援助計劃的協助 (SPAP)。**紐約州提供一項名為老年人藥品保險計劃 (EPIC) 的計劃，可根據人們的財務需求、年齡或醫療情況幫助他們支付處方藥費用。有關該計劃的更多詳情，請諮詢您的州健康保險援助計劃 (SHIP)。要取得您所在州的電話號碼，請瀏覽 shiphelp.org 或致電 1-800-MEDICARE。

- **HIV/AIDS 患者的處方藥費用分攤補助。** AIDS 藥物協助計劃 (ADAP) 可以幫助確保符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 患者獲取挽救生命的 HIV 藥物。如要符合參加所在州的 ADAP 的資格，您必須滿足特定條件，包括能夠提供所在州的居住證明和 HIV 患病狀況證明、符合州規定的低收入標準的證明，以及未獲承保/承保不足的證明。同樣受 ADAP 承保的 Medicare 聯邦醫療保險 D 部分藥物有資格透過紐約 AIDS 藥物補助計劃 (ADAP) 獲得處方藥費用分攤補助。有關資格標準、承保藥物、如何參保該計劃，或者如果您目前已參保，如何繼續獲得幫助的資訊，請致電 1-800-542-2437。請務必在致電時告知您的 Medicare 聯邦醫療保險 D 部分計劃名稱或保單號碼。
- **Medicare 聯邦醫療保險處方藥付款計劃。** Medicare 聯邦醫療保險處方藥付款計劃是一種付款選項，可與您目前的藥物承保配合使用，透過將自付費用分攤到整個曆年（1 月 – 12 月）來幫助您對我們計劃承保的藥物費用進行管理。任何擁有 Medicare 聯邦醫療保險藥物計劃或包含藥物承保的 Medicare 聯邦醫療保險健保計劃（例如包含藥物承保的 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃）的任何人都可以使用此付款選項。此付款方式可能對您管理費用有所幫助，但無法為您省錢或降低藥物費用。

對於符合資格的人來說，來自 Medicare 聯邦醫療保險以及來自您所在州的藥物援助計劃 (SPAP) 和愛滋病藥物援助計劃 (ADAP) 的「額外補助」比參與 Medicare 聯邦醫療保險處方藥付款計劃更有利。無論收入水平如何，所有會員均有資格參與 Medicare 聯邦醫療保險處方藥支付計劃。欲知此付款選項詳情，請致電 866-490-2102 聯絡我們（TTY 使用者請致電 711）或瀏覽 www.medicare.gov。

第 5 節 有任何疑問？

向 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 求助

- 請撥打會員服務部號碼 **1-800-353-3765**。
（TTY 使用者請撥打 711。）

我們提供電話服務的時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。撥打這些電話是免費的。

- 請閱讀 2026 年「承保範圍說明書」

本年度更改通知概述了您 2026 年的福利及費用發生的變化。有關詳情，請參閱 2026 年 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 「承保範圍說明書」。「承保範圍說明書」是關於我們計劃福利的合法詳細說明。它說明了您的權利以及為獲得承保服務與處方藥需要遵循的規則。在我們的網站 www.elderplan.org 上獲取「承保範圍說明書」，或致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者致電 711），要求我們向您郵寄副本。

- 瀏覽 www.elderplan.org

我們的網站提供關於我們提供者網絡的最新資訊（醫療服務提供者目錄/藥房目錄）以及我們承保藥物的清單（處方集/藥物清單）。

獲得 Medicare 聯邦醫療保險相關免費諮詢

州健康保險援助計劃 (SHIP) 是一項獨立的政府計劃，在每個州都有受過專業訓練的顧問。在紐約，SHIP 被稱為長者健康保險資訊、諮詢與協助計劃 (HIICAP) 辦公室。

請致電 HIICAP 獲得免費的個人化健康保險諮詢。他們可以幫助您瞭解您的 Medicare 聯邦醫療保險和 Medicaid 醫療補助計劃選擇並回答有關轉換計劃的問題。請致電 HIICAP，電話：1-(212)-602-4180（以下行政區內：NYC 的 5 個行政區）或 1-800-701-0501（在 NYC 的 5 個行政區外）要瞭解有關 HIICAP 的更多資訊，請瀏覽 <https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance>。

從 Medicare 聯邦醫療保險獲得幫助

- 致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。

- 在 www.medicare.gov 上進行線上聊天

您可以在 www.medicare.gov/talk-to-someone 上進行線上聊天。

- 寫信至 Medicare 聯邦醫療保險

您可以寫信給 Medicare 聯邦醫療保險，地址為 PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- 請瀏覽 www.medicare.gov

Medicare 聯邦醫療保險官方網站包含關於費用、承保範圍及品質星級評級的資訊，可以幫助您比較您所在地區各個 Medicare 聯邦醫療保險健保計劃。

- 閱讀《2026 年 Medicare 與您》(Medicare & You 2026)

《2026 年 Medicare 與您》(Medicare & You 2026) 手冊每年秋季都會郵寄給 Medicare 聯邦醫療保險受保人。它總結了 Medicare 聯邦醫療保險的福利、權利和保障，並且回答了關於 Medicare 聯邦醫療保險的最常見問題。要獲取副本，請瀏覽 www.medicare.gov 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。

從 Medicaid 醫療補助獲得幫助

請致電紐約州衛生部（社會服務部）HRA Medicaid 醫療補助幫助熱線：1-888-692-6116。如需 Medicaid 醫療補助參保幫助或有福利問題，TTY 使用者請致電 711。您還可瀏覽 <https://www.nyc.gov/site/hra/help/health-assistance.page>

紐約州地方社會服務部網址：

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

Elderplan, Inc.
反歧視通知 – 歧視是違法行為

Elderplan/HomeFirst（長老計劃/第一家）遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。Elderplan, Inc. 不會因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別將人拒之門外或給予差別待遇。Elderplan/HomeFirst（長老計劃/第一家）：

- 向殘障人士提供免費協助和服務，幫助他們與我們進行有效溝通，比如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 其他格式（大號字體印刷版、音訊、可存取電子格式及其他格式）的書面資訊

- 向母語並非英語的人士提供免費語言服務，比如：
 - 合格的口譯員
 - 用其他語言書寫的資訊

若您需要這些服務，請聯絡民權協調員。若您認為 Elderplan/HomeFirst（長老計劃/第一家）因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而未能提供這些服務或在其他方面存在歧視行為，您可向以下人員或機構提出申訴：

Elderplan, Inc.
ATTN Civil Rights Coordinator
55 Water Street, 46th Floor
New York NY 10041

電話：1-877-326-9978，TTY 711
傳真：1-718-759-3643

您可親自或透過郵件、電話或傳真的方式提出申訴。若您在提出申訴時需要幫助，民權協調員可為您提供幫助。

您還可透過民權辦公室投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，以電子形式向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出民權投訴，或者透過郵件或電話進行此投訴：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019，1-800-537-7697 (TDD)

投訴表格可在以下網址獲取：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

English: Elderplan, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATTENTION: If you speak a non-English language or require interpretation assistance, language assistance services and appropriate auxiliary aids are available to you free of charge. If you need these services or have questions about our plan, call 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Spanish: Elderplan, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si usted habla en un idioma que no es inglés o requiere asistencia de interpretación, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística y las ayudas auxiliares adecuadas de forma gratuita. Si necesita estos servicios o tiene preguntas sobre nuestro plan, llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Chinese: Elderplan, Inc. 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障情況或性別而歧視任何人。請注意：如果您說英語以外的語言或需要口譯協助，我們將免費為您提供語言協助服務和適當的輔助工具。如果您需要這些服務或對我們的計劃有疑問，請致電 1-800-353-3765 (TTY: 711)。

Albanian: Elderplan, Inc. u përmbahet ligjeve të zbatueshme federale për të drejtat civile, ndaj nuk ju diskriminon në bazë të racës, ngjyrës, origjinës kombëtare, moshës, aftësive të kufizuara ose seksit. VËMENDJE: Nëse flisni një gjuhë tjetër që nuk është anglisht ose nëse keni nevojë për shërbime përkthimi, për ju ofrohen falas shërbime të ndihmës gjuhësore dhe mjete ndihmëse të përshtatshme. Nëse keni nevojë për këto shërbime ose nëse keni pyetje rreth planit tonë, telefononi 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Arabic

لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل Elderplan Inc. تمتثل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. تنبيه: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية أو تحتاج إلى مساعدة في الترجمة الفورية، فإن خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات المعينة المناسبة متاحة لك مجاناً. إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات أو كانت لديك أسئلة حول خطتنا، فاتصل بالرقم 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Bengali: Elderplan, Inc. প্রযোজ্য ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন মেনে চলে এবং জাতি, বর্ণ, জাতীগত উৎপত্তি, বয়স, অক্ষমতা বা লিঙ্গের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। লক্ষ্য করুন: যদি আপনি ইংরেজি ছাড়া অন্য কোনো ভাষায় কথা বলেন বা দোভাষী সহায়তার প্রয়োজন হয়, আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং প্রয়োজনীয় সহায়ক উপকরণ উপলব্ধ আছে। আপনার যদি এই পরিষেবাগুলির প্রয়োজন হয় বা আমাদের পরিকল্পনা সম্পর্কে প্রশ্ন থাকে তবে 1-800-353-3765 (TTY: 711) নম্বরে ফোন করুন।

French: Elderplan, Inc. se conforme aux lois fédérales applicables en matière de droits civils et ne fait aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, l'âge, le handicap ou le sexe. ATTENTION : Si vous parlez une langue autre que l'anglais ou si vous avez besoin d'une assistance d'interprétation, des services d'assistance linguistique et des aides auxiliares appropriées sont à votre disposition gratuitement. Si vous avez besoin de ces services ou si vous avez des questions sur notre régime d'assurance maladie, appelez le 1-800-353-3765 (TTY : 711).

German: Elderplan, Inc. hält alle geltenden Bundesbürgerrechtsgesetze ein und diskriminiert nicht aufgrund von Ethnie, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht. HINWEIS: Wenn Sie eine andere als die englische Sprache sprechen oder einen Dolmetscher benötigen, stehen Ihnen Sprachassistentendienste und geeignete Hilfsmittel kostenlos zur Verfügung. Falls Sie solche Dienste benötigen oder Fragen zu unserem Plan haben, rufen Sie uns bitte unter der Nummer +1-800-353-3765 (TTY: 711) an.

Greek: Η Elderplan, Inc. συμμορφώνεται με τους ισχύοντες ομοσπονδιακούς νόμους περί πολιτικών δικαιωμάτων και δεν κάνει διακρίσεις με βάση τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, την ηλικία, την αναπηρία ή το φύλο. ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε άλλη γλώσσα εκτός από τα αγγλικά ή χρειάζεστε τη βοήθεια διερμηνείας, παρέχονται δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης και κατάλληλα βοηθητικά μέσα. Εάν χρειάζεστε αυτές τις υπηρεσίες ή έχετε ερωτήσεις σχετικά με το πρόγραμμά μας, καλέστε στο 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Haitian Creole: Elderplan, Inc. konfòme l avèk lwa Federal sou dwa sivil ki aplikab yo epi li pa fè diskriminasyon sou baz ras, koulè, orijin nasyonal, laj, andikap oswa sèks. ATANSYON: Si ou pale yon lang ki pa Angle oswa ou bezwen asistans entèprèt, sèvis asistans lang ak èd oksilyè ki apwopriye yo disponib pou ou gratis. Si ou bezwen sèvis sa yo oswa ou gen kesyon sou plan nou an, rele 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Hindi: Elderplan, Inc. लागू संघीय नागरिक अधिकार कानूनों का अनुपालन करता है और नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, उम्र, विकलांगता या लिंग के आधार पर भेदभाव नहीं करता है। ध्यान दें: यदि आप एक गैर-अंग्रेजी भाषा बोलते हैं या आपको भाषांतरण सहायता की आवश्यकता है, तो भाषा सहायता सेवाएँ और उपयुक्त सहायक उपकरण आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। यदि आपको इन सेवाओं की आवश्यकता है या हमारी योजना के बारे में प्रश्न हैं, तो 1-800-353-3765 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Italian: Elderplan, Inc. è conforme a tutte le leggi federali vigenti in materia di diritti civili e non pone in essere discriminazioni sulla base di razza, colore, origine nazionale, età, disabilità o sesso. ATTENZIONE: Se parla una lingua diversa dall'inglese o ha bisogno dell'assistenza di un interprete, può usufruire gratuitamente di servizi di assistenza linguistica e di appositi supporti ausiliari. Se necessita di questi servizi o ha domande sul nostro piano, chiami il numero 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Japanese: Elderplan, Inc. は適用される連邦公民権法を遵守し、人種、肌の色、出身国、年齢、障害、性別に基づいて差別しません。注意：英語以外の言語を話す場合や通訳のサポートが必要な場合は、言語サポートサービスと適切な補助器具を無料でご利用いただけます。これらのサービスが必要な場合、または当社のプランについてご質問がある場合は、1-800-353-3765 (TTY: 711) までお電話ください。

Korean: Elderplan, Inc.는 해당 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 근거로 차별하지 않습니다. 주의: 영어 이외의 언어를 구사하거나 통역 지원이 필요한 경우 언어 지원 서비스 및 적절한 보조 장치를 무료로 이용할 수 있습니다. 이러한 서비스가 필요하거나 플랜에 대해 질문이 있는 경우 1-800-353-3765 (TTY: 711) 로 전화하십시오.

Polish: Elderplan, Inc. przestrzega obowiązujących federalnych przepisów dotyczących praw obywatelskich i nie dyskryminuje ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, wiek, niepełnosprawność ani płeć. UWAGA: Jeśli mówisz w języku innym niż angielski lub potrzebujesz pomocy tłumacza, możesz bezpłatnie skorzystać z usług pomocy językowej i odpowiednich narzędzi pomocniczych. Jeśli potrzebujesz tych usług lub masz pytania dotyczące naszego planu, zadzwoń pod numer 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Portuguese: A Elderplan, Inc. cumpre as leis federais de direitos civis aplicáveis e não discrimina com base em raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou sexo. ATENÇÃO: Se fala uma língua diferente do inglês ou necessita de assistência de interpretação, estão disponíveis gratuitamente serviços de assistência linguística e recursos auxiliares apropriados. Se precisar destes serviços ou tiver dúvidas sobre o nosso plano, ligue para 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Punjabi: Elderplan, Inc. ਲਾਗੂ ਸੰਘੀ ਨਾਗਰਿਕ ਅਧਿਕਾਰ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਉਮਰ, ਅਪਾਹਜਤਾ, ਜਾਂ ਲਿੰਗ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਵਿਤਕਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਵਿਆਖਿਆ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਉਚਿਤ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਾਂ ਸਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ 1-800-353-3765 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Russian: Компания Elderplan, Inc. соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола. ВНИМАНИЕ: Если вы не говорите на английском языке или вам нужна помощь переводчика, вам будут бесплатно предоставлены услуги языковой помощи и соответствующие вспомогательные средства. Если вам нужны такие услуги или у вас есть вопросы о нашем плане, позвоните по номеру 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Tagalog: Sumusunod ang Elderplan, Inc. sa naaangkop na mga batas sa Pederal na mga karapatang sibil at hindi nandiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan, o kasarian. ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng wikang hindi Ingles o nangangailangan ng tulong sa interpretasyon, ang mga serbisyo ng tulong sa wika at naaangkop na mga pantulong na tulong ay magagamit mo nang walang bayad. Kung kailangan mo ang mga serbisyo ng ito o may mga tanong tungkol sa aming plano, tawagan ang 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Urdu

Elderplan/HomeFirst قابل اطلاق وفاقی شہری حقوق کے قوانین کی تعمیل کرتا ہے اور نسل، رنگ، قومیت، عمر، معذوری، یا جنس کی بنیاد پر امتیازی سلوک نہیں کرتا۔ توجہ: اگر آپ غیر انگریزی زبان بولتے ہیں یا تشریح میں مدد کی ضرورت ہے تو، زبان کی مدد کی خدمات اور مناسب معاون امداد آپ کے لئے مفت دستیاب ہیں۔ اگر آپ کو ان خدمات کی ضرورت ہے یا ہمارے منصوبے کے بارے میں سوالات ہیں تو، (TTY: 711) 1-800-353-3765 پر کال کریں۔

Vietnamese: Elderplan, Inc. tuân thủ luật dân quyền Liên bang hiện hành và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. CHÚ Ý: Nếu quý vị nói ngôn ngữ không phải tiếng Anh hoặc cần được hỗ trợ thông dịch thì chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ và các phương tiện phụ trợ phù hợp miễn phí cho quý vị. Nếu quý vị cần những dịch vụ này hoặc có thắc mắc về chương trình của chúng tôi, hãy gọi số 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Yiddish

Elderplan, Inc. פאָלגט די אָנווענדלעכע פעדעראלע ציווילע רעכט געזעצן און דיסקרימינירט נישט אויף דער באַזע פון ראַסע, קאָליר, נאַציאָנאַלער אָפּשטאַם, עלטער, דיסאַביליטי, אָדער געשלעכט. ופּמערקזאַמקייט: אויב איר רעדט אַ נישט-ענגלישע שפּראַך אָדער דאַרפֿט הילף מיט איבערזעצונג, זענען שפּראַך הילף באַדינונגען און פּאַסיק הילפּסמיטלען בנימצא פֿאַר אײַך אָן קײן אָפּצאַל. אויב איר דאַרפֿט די סערוויסעס אדער האָט פֿראַגעס וועגן אונדזער פּלאַן, רופֿט אָן 1-800-353-3765 (TTY: 711)