# Elderplan Extra Help (HMO-POS) 由 Elderplan, Inc. 提供

### 2024年度變更通知

您目前已是參保 Elderplan Extra Help (HMO) 計劃的會員。明年的計劃費用和福利將會有所變更。**重要費用概述(包括**保費)請參閱第5頁。

您可透過本文件瞭解計劃的變更。如想獲得更多關於費用、福利或規則的資訊,請前往我們的網站: www.elderplan.org,檢閱「承保範圍說明書」。您也可以致電會員服務部要求我們為您郵寄一份「承保範圍說明書」。

• 您必須在 10 月 15 日至 12 月 7 日期間變更您來年的 Medicare 聯邦醫療保險。

### 現在應該採取的行動

- 1. 問:哪些變更對您有影響
- □ 檢查我們的福利與費用的變更以便瞭解是否會對您造成 影響。
  - 檢閱醫療護理費用(醫生、醫院)的變更。
  - 檢閱我們的藥物承保範圍的變更,包括授權要求和 費用。
  - 想一想您將在保費、自付額和費用分攤上花多少錢。
- □ 查看 2024 年「藥物清單」中的變更,以確保您目前使用 的藥物仍在承保範圍內。

- □ 檢查您的主治醫生、專科醫生、醫院及其他醫療服務提供 者(包括藥房)是否會在我們明年的網絡內。
- □想想您是否滿意我們的計劃。

### 2. 對比:瞭解其他計劃選擇

- □查看您所在地區的計劃承保範圍和費用。使用 www.medicare.gov/plan-compare網站上的Medicare聯邦醫療保險計劃搜尋器或檢閱「2024 年 Medicare 聯邦醫療保 險與您」手冊背面的清單。
- □ 在您將自己的選擇範圍縮小到首選計劃後,請在該計劃的網站上確認您的費用和承保範圍。

### 3. 選擇:決定您是否要變更計劃

- 如果您在 2023 年 12 月 7 日之前沒有加入其他計劃,您 將繼續留在 Elderplan Extra Help (HMO-POS)。
- 如果您想變更為**其他計劃**,則您可以在 10 月 15 日至 12 月 7 日期間轉換計劃。新的承保將於 **2024 年 1** 月 1 日生效。這將終止您的參保 Elderplan Extra Help (HMO-POS)。
- 如果您在近期住進、居住於或剛剛搬出某個機構(比如專業護理設施或長期護理醫院),您可隨時變更計劃或轉至傳統的聯邦醫療保險(附帶或不附帶單獨 Medicare聯邦醫療保險處方藥計劃)。

### 其他資源

• 本文件免費提供西班牙文和中文版本。

- 如需更多資訊,請致電會員服務部,電話號碼: 1-800-353-3765。(聽障人士可致電 711)。服務時間 為早上 8 點至晚上 8 點,每週 7 天。此電話為免費 電話。
- 本資訊提供其他格式的版本,包括盲文和其他可選形式。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。
- 本計劃的承保範圍滿足 Qualifying Health Coverage (QHC) 的要求,並達到《患者保護與可負擔醫療法案》(Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) 的個人分擔責任要求。請瀏覽國稅局 (IRS) 網站www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families瞭解更多資訊。

# 關於 Elderplan Extra Help (HMO-POS)

- Elderplan (長老計劃)是一項簽有 Medicare 聯邦醫療保險合約的 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。
- 本文件出現「我們」或「我們的」時,是指 Elderplan, Inc.,出現「計劃」或「我們的計劃」時,是指 Elderplan Extra Help (HMO-POS)。

H3347 EPC17463 M

# **2024** 年度變更通知 目錄

20	24	4年	重	要費用概述	5
第	1	節		我們即將變更計劃的名稱	15
第	2	節		明年的福利與費用變更	15
	第	2.1	節	<ul><li>每月保費的變更</li></ul>	15
	第	2.2	節	- 您的最高自付費用金額變更	16
	第	2.3	節	-醫療服務提供者與藥房網絡的變更	17
	第	2.4	節	- 醫療服務福利和費用的變更	18
	第	2.5	節	- D 部分處方藥承保的變更	37
第	3	節		決定選擇哪個計劃	45
	第	3.1	節	– 如果您希望繼續留在 Elderplan Extra Help	
				(HMO-POS)	
	第	3.2	節	- 如果您希望變更計劃	45
第	4	節		變更計劃的截止期限	47
第	5	節		提供 Medicare 聯邦醫療保險免費諮詢的	
				計劃	48
第	6	節		幫助支付處方藥費用的計劃	48
第	7	節		您有任何疑問?	50
	第	7.1	節	– 從 Elderplan Extra Help (HMO-POS)	
				獲取幫助	50
	第	7.2	節	- 從 Medicare 聯邦醫療保險獲取幫助 OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29	

# 2024 年重要費用概述

下表從幾個重要方面對 Elderplan Extra Help (HMO-POS) 的 2023 年和 2024 年費用進行了比較。**請注意,這只是對變更的概述。** 

費用	<b>2023</b> 年 (今年)	<b>2024</b> 年 (明年)
月繳計劃保費* * 您的保費可能高於 或低於此金額。請 查看第 2.1 節瞭解 詳情。	對於 D 部分 保費,\$38.90	對於 D 部分 保費, \$34.70
B部分自付額	沒有 B 部分 自付額。	沒有 B 部分 自付額。
		2024 年無變更。
最高自付費用金額 這是指您為網絡內 和網絡外合計的承保	網絡內	網絡內和網絡外合計
A 部分和 B 部分服務 支付的最高自付費用。(請查看第2.2節 瞭解詳情。)	\$7,550	\$7,550

費用	<b>2023</b> 年 (今年)	<b>2024</b> 年 (明年)
醫生診室就診	網絡內	網絡內
		主治醫生就診: 每次就診您需 支付 \$0 的共 付費。
		2024 年無變更。
	網絡內	網絡內和網絡外
		專科醫生就診: 每次就診您需 支付 \$25 的共 付費。
	網絡外	
	專科醫生就診 不獲承保。	

費用	<b>2023</b> 年 (今年)	<b>2024</b> 年 (明年)
住院	網絡內:	網絡內:
	2023 年每個受益期的金額為:	2024 年每個受益期的金額為:
	第 1-5 天: 每天 \$390 的 共付費。	第 1-5 天: 每天 \$390 的 共付費。
	第6天及之後: 每天 \$0 的 共付費。	第 6 天及之後: 每天 <b>\$</b> 0 的 共付費。
	需要授權。	需要授權。
		2024 年無變更。
D部分處方藥承保 (請查看第 2.5 節瞭 解詳情。)		自付額:第4 級:非首選原廠 藥和第5級:特 殊級藥的D 分自付額為 \$545,不包括 承保的胰島素 產品及大多數 成五 疫苗。

費用	<b>2023</b> 年 (今年)	<b>2024</b> 年 (明年)
D 部分處方藥承保 (續)	在初始承保階 段期間:	在初始承保階段期間:
	標準零售費用分 攤(網絡內)* <sup>1</sup>	標準零售費用分 攤(網絡內)*Ω
	初始承保階段期間,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:	初始承保階段期間,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: 首選副廠藥 –	第1級: 首選副廠藥-
	您需支付 \$4 的 共付費。	您需支付 \$4 的 共付費。
	第2級: 副廠藥-	第2級: 副廠藥-
	您需支付 \$10 的 共付費。	您需支付 \$10 的 共付費。

費用	<b>2023</b> 年 (今年)	<b>2024</b> 年 (明年)
D部分處方藥承保 (續)	第3級: 首選原廠藥- 您需支付\$47 的共付費。 第4級:	第3級: 首選原廠藥- 您需支付\$47 的共付費。 第4級:
	非首選藥物 – 您需支付 \$100 的共付費。 第 5 級:	非首選藥物 – 您需支付 \$100 的共付費。 第 5 級:
	特殊級藥 – 您需支付 25% 的共同保險。	特殊級藥 – 您需支付 25% 的共同保險。
	初始承保階段期間,在提供標準費用分攤的網絡內藥房配取長期供藥量(最長90天) <sup>† n</sup> 的費用:	初始承保階段期間,在提供標準費用分攤的網絡內藥房配取長期供藥量(最長90天) <sup>†</sup> <sup>1</sup> <sup>1</sup> 的費用:

費用	<b>2023</b> 年 (今年)	<b>2024</b> 年 (明年)
D 部分處方藥承保 (續)	第1級: 首選副廠藥-	第1級:首選副 廠藥 –
	零售 - 您需支付 \$12 的共付費。	零售 - 您需支付 \$12 的共付費。
	郵購 - 您需支付 \$8 的共付費。	郵購 – 您需支付 \$8 的共付費。
	第2級: 副廠藥 –	第2級: 副廠藥-
	零售 - 您需支付 \$30 的共付費。	零售 - 您需支付 \$30 的共付費。
	郵購 – 您需支付 \$20 的共付費。	郵購 - 您需支付 \$20 的共付費。
	第3級: 首選原廠藥-	第3級: 首選原廠藥-
	零售 - 您需 支付 \$141 的 共付費。	零售 - 您需 支付 \$141 的 共付費。
	郵購 - 您需支付 \$94 的共付費。	郵購 - 您需支付 \$94 的共付費。

費用	<b>2023</b> 年 (今年)	<b>2024</b> 年 (明年)
D 部分處方藥承保 (續)	第4級: 非首選藥物 - 零售 - 您需 支付 \$300 的 共付費。 郵購 - 您需 支付 \$200 的 共付費。	第 4 級: 非首選藥物 - 零售 - 您需 支付 \$300 的 共付費。 郵購 - 您需 支付 \$200 的 共付費。
	第 5 級: 特殊級藥 - 零售 - 您需支付 25%的共同 保險。 郵購 - 您需 支付 25%的 共同保險。	第 5 級: 特殊級藥 - 零售 - 您需支付 25%的共同 保險。 郵購 - 您需 支付 25%的 共同保險。
	*標準零售也可提供 60 天份量的供藥。	*標準零售也可提供 60 天份量的供藥。

2023年 (今年)

2024年 (明年)

D部分處方藥承保 (續)

供藥。

天數供藥。某 天數供藥。某 些特殊藥物每 些特殊藥物每 次配藥最多提 次配藥最多提 供 30 天份量的 供 30 天份量的 供藥。

有支付自付額。 有支付自付額。

 $\Omega$  – 無論 B 部分  $\Omega$  – 無論 B 部分 和 D 部分藥物 和 D 部分藥物 的費用分攤,對 的費用分攤,對 於我們計劃承保 於我們計劃承保 的每個胰島素產 的每個胰島素產 品,一個月份量品,一個月份量 的藥費不會超過 的藥費不會超過 \$35,即使您沒\$35,即使您沒

2023年 (今年)

2024年 (明年)

D部分處方藥承保 (續)

重大傷病承保: 重大傷病承保:

- 在此付款階 在此付款階 段期間,本 計劃將為您 的承保藥物 支付大部分 費用。
- 對於每次處 方,您需支 付以下費用 付費(副廠 副廠藥的藥 (LIS) 附則」。 物為 \$4.15, 所有其他藥 物則為 \$10.35) 。

段期間,本 計劃將為您 的承保D部 分藥物支付 全部費用。 您無需 付費。

較大者: 共 如果您獲得了幫 同保險,等 助支付藥費的 於該藥費用 「額外補助」, 的 5%,或共 則可享受更低的 費用分攤。請查 藥或被視作 看「低收入補貼

# Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024 年度變更通知

費用	<b>2023</b> 年 (今年)	<b>2024</b> 年 (明年)
D 部分處方藥承保 (續)	如果您獲得了 幫助支付藥費 的「額外補 助」,則可等 受更低的費用 分攤。請查看 「低收入補貼 (LIS) 附則」。	

### 第1節 我們即將變更計劃的名稱

2024年1月1日,我們的計劃名稱將從 Elderplan Extra Help (HMO) 變更為 Elderplan Extra Help (HMO-POS)。

我們將為您郵寄一張新的 Elderplan (長老計劃)會員身份卡。如有疑問,或如果您的 Elderplan (長老計劃)會員身份卡損壞、丟失或被盜,請立即致電會員服務部,電話:1-800-353-3765 (聽障人士可致電 711),我們會向您寄送新卡。

今後的通訊中,當提及計劃名稱時,您將看到新的計劃 名稱。

# 第2節 明年的福利與費用變更

## 第 2.1 節 - 每月保費的變更

費用	<b>2023</b> 年 (今年)	<b>2024</b> 年 (明年)
每月保費	\$38.90	\$34.70
(您必須繼續繳納您的 Medicare 聯邦醫療保險 B部分保費。)	您的 D 部分 保費	您的 D 部分 保費

- 如果您因為未參保至少與 Medicare 聯邦醫療保險藥物 保險(亦稱為「有信譽度保險」)相若的其他藥物保險 時間達 63 天或以上而需支付終身 D 部分逾期參保罰 金,您的月繳計劃保費將會增加。
- 如果您的收入較高,則您每月需直接向政府繳納額外的 Medicare 聯邦醫療保險處方藥保險費用。
- 如果您獲得處方藥費用的「額外補助」,則您的每月保 費會減少。請查看第7節,瞭解 Medicare 聯邦醫療保 險提供的「額外補助」。

# 第 2.2 節 - 您的最高自付費用金額變更

Medicare 聯邦醫療保險要求所有健康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」。如果達到此金額,一般您就不需要為該年剩餘時間 內的承保 A 部分和 B 部分服務支付任何費用。

2023年 (今年)

2024年 (明年)

# 最高自付費用金額

您的承保醫療服務費 用(例如共付費)計 入您的最高網絡內和 網絡外合計自付 費用。

您的計劃保費和處方 藥費用不計入您的最 高自付費用金額。

網絡內:

網絡內和網絡外

合計:

\$7,550

\$7,550

絡內承保的 服務支付任何 任何費用。 費用。

如果您已為網 如果您已為網絡 內和網絡外合計 A部分和B部 承保的A部分和 分服務支付了 B 部分服務支付 \$7,550 的自付 了 \$7,550 的自付 費用,則無需費用,則無需為 為該歷年剩餘 該歷年剩餘時間 時間的A部分的A部分和B部 和B部分承保分承保服務支付

# 第 2.3 節 - 醫療服務提供者與藥房網絡的變更

在我們的網站上可查閱最新的目錄,網址為 www.elderplan.org。您也可以致電會員服務部瞭解最新的提 供者和/或藥房資訊或要求我們為您郵寄一份目錄,我們將 在三個工作日內郵寄。

我們明年的提供者網絡會有變更。**請查看 2024 年醫療服務** 提供者與藥房目錄,瞭解您的提供者(主治醫生、專科醫 生、醫院等)和藥房是否仍在我們的網絡內。

您務必要瞭解,我們可能會在一年當中對您計劃內的醫院、 醫生和專科醫生(醫療服務提供者)以及藥房進行變更。如 果我們的醫療服務提供者在年中發生的變更對您造成了影響,請聯絡會員服務部,以便我們給您提供幫助。

# 第 2.4 節 - 醫療服務福利和費用的變更

明年我們某些醫療服務的費用和福利將會發生變更。以下資訊將介紹這些變更。

費用	2023年 (今年)	2024年(明年)
針灸服務(非	網絡內	網絡內
Medicare 聯邦醫療 保險承保)	每次就診您無需 支付共同保險或 共付費。	每次就診您無需 支付共同保險或 共付費。
	您每年最多可 就診 20 次針 灸服務。	對於以下服務, 您每年最多可就 診 20 次:
		<ul><li> 針灸</li><li> 拔罐/艾灸</li><li> 針壓療法</li></ul>

費用	2023年(今年)	2024年(明年)
針灸服務(非 Medicare 聯邦醫療 保險承保)(續)		<ul><li> 推拿</li><li> 刮痧</li><li> 反射治療</li><li> 紅外治療</li></ul>
脊椎推拿服務	網絡內	網絡內
	您需為 Medicare 聯邦醫療保險承保的脊椎推拿服務支付 \$20 的共付費。	您需為 Medicare 聯邦醫療保險承保的脊椎推拿服務支付 \$15 的共付費。
牙科服務 – 補充性預 防牙科服務	補充性預防牙科 服務	補充性預防牙科 服務
	網絡內	網絡內和網絡外合計
	補充性預防牙科 服務的承保僅限 於下列類別中選 定的服務代碼。	補充性預防牙科 服務的承保僅限 於下列類別中選 定的服務代碼。

# 2023年(今年) 2024年(明年)

# 牙科服務 - 補充性預 對於以下補充性 對於以下補充性 防牙科服務(續)

預防牙科服務, 預防牙科服務, 共付費。 共付費。

- 您需支付 \$0 的 您需支付 \$0 的
- □腔檢查:每 □腔檢查:每 6個月1次 6個月1次
- 洗牙(預防治 洗牙(預防治
- 牙科 X 光檢 牙科 X 光檢 月1次 月1次
- ◆ 全系列牙科 X 全系列牙科 X
- 月1次 月1次
- □腔/面部攝 □腔/面部攝 12 個月 1 次 12 個月 1 次

- 療):每療):每 6個月1次 6個月1次
- 查:每12個 查:每12個
- 光檢查:每光檢查:每 36 個月 1 次 36 個月 1 次
- 口腔全景攝片 口腔全景攝片 與頭部測量攝 與頭部測量攝 片:每12個 片:每12個
  - 影影像:每影影像:每

2023年(今年)

2024年(明年)

牙科服務 - 補充性預 網絡外 防牙科服務(續)

服務。

• 不承保補充性 如需詳細瞭解哪 預防性牙科 些服務受保, 請聯絡會員服 務部。

牙科服務 – 綜合牙科 補充性綜合牙科 補充性綜合牙科 服務

服務:

服務:

網絡內

網絡內和網絡外 合計

補充性綜合牙科 補充性綜合牙科 僅限於從以下類 僅限於從以下類 別中所選的服務 別中所選的服務 代碼。根據代碼。根據 ADA 指引,福 ADA 指引,福 利頻次可能限於 利頻次可能限於 服務。

服務的承保範圍 服務的承保範圍 每顆牙/每一牙 每顆牙/每一牙 弓/每象限 1 次 弓/每象限 1 次 服務。

		_
777		
<del>///</del>	Н	
1	н	_
_	, ,	

2023年(今年)

2024年(明年)

# 牙科服務 – 綜合牙科 修復服務 修復服務 服務(續)

• 僅選定代碼, • 僅選定代碼, 共付費為 共付費為 承保1次, 承保1次, 

# 主要修復 主要修復

- 共付費為 共付費為 每顆牙。
- 選定代碼,共 選定代碼,共 付費為付費為

## 基礎和樹脂修復 基礎和樹脂修復

\$0/每 24 個月 \$0/每 24 個月

- 僅選定代碼, 僅選定代碼, \$0/每6個月 \$0/每6個月 承保1次, 承保1次, 每顆牙。
  - \$50/每 60 個 \$50/每 60 個 月承保1次, 月承保1次,

# 2023年(今年) 2024年(明年)

# 牙科服務 - 綜合牙科 嵌體/冠蓋體 服務(續)

# 修復

選定代碼,選定代碼,共付費為共付費為 

# 嵌體/冠蓋體 修復

\$150/每 60 個 \$150/每 60 個 月承保1次, 月承保1次,

# 修復

• 選定代碼, • 選定代碼, 共付費為 共付費為 

# 牙冠 - 僅限單次 牙冠 - 僅限單次 修復

\$150/每 60 個 \$150/每 60 個 月承保1次, 月承保1次,

共付費為 共付費為 \$0/終身 \$0/終身 

# 牙髓治療服務 牙髓治療服務

• 僅選定代碼, • 僅選定代碼, 承保1次, 承保1次,

## 2023年(今年)

## 2024年(明年)

# 牙科服務 - 綜合牙科 ● 僅選定代碼 , ● 僅選定代碼 , 服務(續)

- 共付費為 \$40/終身 \$40/終身 每顆牙。 每顆牙。
- 共付費為 承保1次, 承保1次,

- 共付費為 承保1次, 承保1次,
- 承保1次。
- 共付費為 共付費為 **每**象限。
- 僅選定代碼, 僅選定代碼, 每象限。

## 牙周病治療服務 牙周病治療服務

- 僅選定代碼, 僅選定代碼, 共付費為 \$0/每 36 個月 \$0/每 36 個月
- 僅選定代碼, 僅選定代碼, 共付費為 \$0/每 36 個月 \$0/每 36 個月 承保1次。
- 僅選定代碼, 僅選定代碼, \$40/每 36 個 \$40/每 36 個 月承保1次, 月承保1次, 每象限。
  - 共付費為 \$150/每 60 個 \$150/每 60 個 月承保1次, 月承保1次, 每象限。

2023年(今年)

2024年(明年)

# 牙科服務 - 綜合牙科 頜面服務 服務(續)

- 僅選定代碼, 僅選定代碼, 每 12 個月 每 12 個月
- 僅選定代碼, 僅選定代碼, 共付費為 共付費為

# 領面服務

- 僅選定代碼, 僅選定代碼, 共付費為 \$0。 共付費為 \$0。
  - 共付費為 \$0/ 共付費為 \$0/ 承保1次。 承保1次。
  - \$150/每 60 個 \$150/每 60 個 月承保1次。 月承保1次。

# 假牙修復服務 假牙修復服務

- 僅選定代碼, 僅選定代碼,
- 僅選定代碼, 僅選定代碼, 共付費為 **包顆牙**。

- 共付費為 \$0, 共付費為 \$0, 每副假牙。 每副假牙。
- 共付費為 \$150/每 60 個 \$150/每 60 個 月承保1次, 月承保1次,

# 2023年(今年) 2024年(明年)

# 牙科服務 - 綜合牙科 ● 僅選定代碼 , ● 僅選定代碼 , 服務(續)

- 共付費為 共付費為
- \$100/每 60 個 \$100/每 60 個 月承保1次, 月承保1次,

# 服務 服務

# 口腔和領面外科 口腔和領面外科

- \$0/終身 \$0/終身
- 共付費為共付費為\$0/終身\$0/終身

- 僅選定代碼, 僅選定代碼, 共付費為 共付費為 承保1次, 承保1次,
- 僅選定代碼, 僅選定代碼, 承保1次, 承保1次,
- 僅選定代碼, 僅選定代碼, 共付費為 共付費為 \$0/12 個月 \$0/12 個月 承保1次, 承保1次,

# 2023年(今年)

## 2024年(明年)

# 牙科服務 - 綜合牙科 ● 僅選定代碼 , ● 僅選定代碼 , 服務(續)

- 共付費為 每顆牙。
- 僅選定代碼, 僅選定代碼, 共付費 共付費 為 \$100。 為 \$100。
- 共付費為 \$100/終身 \$100/終身 承保1次, 承保1次, 每顆牙。

# • 僅選定代碼, • 僅選定代碼,

些服務受保, 些服務受保, 請聯絡會員請聯絡會員 服務部。 服務部。

## 附加一般服務 附加一般服務

共付費為 \$0。 共付費為 \$0。

如需詳細瞭解哪 如需詳細瞭解哪

# 網絡外

綜合性牙科服務 不受承保。

費用	2023年(今年)	2024年(明年)
Flex <del> </del>	2023 年 <u>不</u> 承保 Flex 卡。	不需要為 Flex 卡 支付共同保險或 共付費。
		Flex 卡福利提供 \$500的補貼,用 於 2024 年 牙 科、視力、聽力 和/或健身服務 自付費用。
		任何未使用的福利金將于該歷年結束時到期,或如果您退出計劃,則立即終止。
門診精神健康護理	網絡內	網絡內和網絡外
	您需為 Medicare 聯邦醫療保險承保的精神健康專科服務 – 個人就診支付 \$20 的共付費。	

# 2023年(今年)

# 2024年(明年)

# 門診精神健康護理 (續)

您需為 Medicare 您需為 Medicare 付費。

聯邦醫療保險承 聯邦醫療保險承 保的精神健康專 保的精神健康專 科服務 - 團體就 科服務 - 團體就 診支付 \$5 的共 診支付 \$5 的共 付費。

聯邦醫療保險 聯邦醫療保險 承保的精神科 承保的精神科 服務-個人就 服務-個人就 診支付 \$25 的 診支付 \$25 的 共付費。

您需為 Medicare 您需為 Medicare 共付費。

您需為 Medicare 您需為 Medicare 聯邦醫療保險 承保的精神科 服務-團體就 服務-團體就 診支付 \$5 的 診支付 \$5 的 共付費。 共付費。

聯邦醫療保險 承保的精神科

### 網絡外

不承保門診精神 健康護理。

費用	2023年(今年)	2024年(明年)
門診復健服務	網絡內	網絡內和網絡外
	您需為職能治療、物理治療或言語/語言病理學服務每次就診支付 \$35 的共付費。	療、物理治療或 言語/語言病理 學服務每次就診
	需要授權。	需要授權。
	網絡外	
	<u>不</u> 承保門診復健 服務。	

# 2023年(今年) 2024年(明年)

# 非處方 (OTC)

季度。

每季度您可購買 每季度您可購買 最多 \$80 的合資 最多 \$140 的合 格 OTC 用品。 資格 OTC 用 OTC 卡上的餘額 品。OTC 卡上的 不能結轉至下個 餘額不能結轉至 下個季度。

節瞭解詳情。節瞭解詳情。

對於符合資格的 對於符合資格的 會員,慢性病特 會員,慢性病特 殊補充福利殊補充福利 (SSBCI) 與 OTC (SSBCI) 與 OTC 福利相結合。請 福利相結合。請 查看「慢性病特 查看「慢性病特 殊補充福利」一 殊補充福利」一

您的 OTC 福利 您的 OTC 福利 和/或零售店 測試。

承保在選定藥房 承保在選定藥房 和/或零售店的 的 COVID 19 COVID 19 測試 和 Naloxone 鼻 腔噴霧劑。

2023年(今年)

2024年(明年)

# 醫生/執業醫護人員 網絡內 服務,包括醫生診所 就診

或共付費: 或共付費:

- 主治醫生 主治醫生 (PCP)服務。
- 內分泌科醫生 服務。

Medicare 聯邦醫 Medicare 聯邦醫 療保險承保服務 療保險承保服務 的每次診所就診 的每次診所就診 支付共付費: 支付共付費:

• 對於專科醫生 • 對於內分泌科 共付費。

### 網絡內

您無需為以下服 您無需為以下服 務的每次診所就 務的每次診所就 診支付共同保險 診支付共同保險

(PCP)服務。

# 網絡內和網絡外

您需為下列您需為下列

- 服務,\$35的 醫生服務,\$0 的共付費。
  - 對於專科醫生 服務,\$25的 共付費。

# 2023年(今年)

# 2024年(明年)

醫生/執業醫護人員 ● 對於其他醫療 ● 對於其他醫療 服務,包括醫生診所 保健專業人員 就診(續)

- 授權。
- 保健專業人員 服務,\$35的 服務,\$25的 共付費。僅執 共付費。僅執 業護士或醫生 業護士或醫生 助理開出的上 助理開出的上 門看診需要 門看診需要 授權。

# 網絡外

醫生/執業醫護 人員服務,包括 醫生診所就診不 獲承保。

費用	2023年(今年)	2024年(明年)
足科 – Medicare 聯邦醫療保險承保	網絡內	網絡內和網絡外
	您需為 Medicare 聯邦醫療保險承保的足科服務支付 \$35 的共付費。	您需為 Medicare 聯邦醫療保險承保的足科服務支付 \$25 的共付費。
	網絡外	
	Medicare 聯邦醫療保險承保的足科不承保。	
足科 – 補充性足科	網絡內	網絡內
服務	您需為補充性足 科服務支付 \$35 的共付費。	您需為補充性足 科服務支付 \$25 的共付費。
	您每年最多可獲得 10 次常規足部護理就診。	您每年最多可獲得 10 次常規足部護理就診。

費用	2023年(今年)	2024年(明年)
足科 – 補充性足科服務(續)	網絡外	網絡外
	<u>不</u> 承保補充性足 科服務。	您需為補充性足 科服務支付 \$25 的共付費。
		您每年最多可獲得 10 次常規足部護理就診。
肺病復健服務	網絡內	網絡內
	對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的肺病復健服務,您需支付\$20的共付費。	對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的肺病復健服務,您需支付\$15的共付費。
	需要授權。	需要授權。

# 2023年(今年)

# 2024年(明年)

# 慢性病特殊補充福利 不需要為慢性病 不需要為慢性病 (SSBCI)

付費。 付費。

特殊補充福利支 特殊補充福利支 付共同保險或共 付共同保險或共

有資格享受慢性 有資格享受慢性 門送餐。門送餐。

病特殊補充福利 病特殊補充福利 (SSBCI) 的會員 (SSBCI) 的會員 將獲得合併的非 將獲得合併的非 處方藥承保福 處方藥承保福 利,某些食品雜 利,某些食品雜 貨可獲承保,不 貨可獲承保,不 過只能在選定藥 過只能在選定藥 房和/或零售店 房和/或零售店 使用。此福利還 使用。此福利還 承保可線上或透 承保可線上或透 過電話訂購的上 過電話訂購的上

處方藥保險。 處方藥保險。

而不符合慢性病 而不符合慢性病 特殊補充福利 特殊補充福利 (SSBCI) 資格的 (SSBCI) 資格的 會員僅可獲得非 會員僅可獲得非

#### 費用

2023年(今年)

2024年(明年)

慢性病特殊補充福利 每個季度提供的 每個季度提供的 (SSBCI)(續)

下一季度。 下一季度。

非處方 (OTC) 承 非處方 (OTC) 承 保金額合共高達 保金額合共高達 每季度 \$80。當 每季度 \$140。當 前季度未使用的 前季度未使用的 福利不會結轉至 福利不會結轉至

#### 第 2.5 節 - D 部分處方藥承保的變更

#### 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」。我 們提供一份電子版「藥物清單」。

我們對「藥物清單」進行了變更,其中包括移除或增加藥 物,更改對於某些藥物的承保適用的限制,或將其移至不同 的費用分攤等級。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。但是,在這 一年中,我們可能會做出 Medicare 聯邦醫療保險規則允許 的其他變更。例如,我們可能會立即刪除 FDA 認為不安全 的藥物或由產品製造商撤出市場的藥物。我們更新了我們的 線上「藥物清單」,以提供最新的藥物清單。

如果您在年初或年內受到藥物承保範圍變化的影響,請查看「承保範圍說明書」的第9章並諮詢醫生瞭解您的選擇,例如申請臨時性供藥、申請例外處理和/或努力尋找新藥。您還可以聯絡會員服務部以瞭解詳細資訊。

#### 處方藥費用的變更

註:若您的計劃幫助您支付藥費(「額外補助」),則 D 部分處方藥費用的資訊可能對您不適用。我們隨附了一份單獨的插頁來說明您的藥物費用,該插頁稱為「取得額外補助支付處方藥之人士的承保範圍說明書附則」(也稱為低收入補貼附則或 LIS 附則)。如果您接受「額外補助」但未在此資料包中收到此插頁,請致電會員服務部索取「LIS 附則」。

有四個藥物付款階段。以下資訊顯示了前兩個階段的變更 – 年度自付額階段和初始承保階段。(多數會員不會達到其他兩個階段 – 承保缺口階段或重大傷病承保階段。)

### 自付額階段的變更

#### 階段

# 2023年(今年)

#### 2024年(明年)

# **階段 1:年度自付額** 第 1 級:首選副 第 1 級:首選副 階段

在此階段中, 您需支 付第4級:非首選藥 物和第5級:特殊級 藥的全部費用,直至 達到年度自付額。自 付額不適用於承保的 胰島素產品以及大多 數成人 D 部分疫苗, 包括帶狀皰疹、破傷 風和旅行疫苗。

廠藥,第2級: 廠藥,第2級: 藥無自付額。

藥物和第 5 級: 藥物和第 5 級: 物和第5級:特藥物和第5級: 度自付額。

副廠藥,以及第 副廠藥,以及第 3級:首選原廠 3級:首選原廠 藥無自付額。

第4級:非首選 第4級:非首選 特殊級藥的 D 部 特殊級藥的 D 部 分 自 付 額 為 分 自 付 額 為 \$505。在此階段 \$545。在此階段 中,您需支付第中,您需支付 4級:非首選藥 第4級:非首選 殊級藥的全部費 特殊級藥的全部 用,直至達到年 費用,直至達到 年度自付額。

#### 初始承保階段費用分攤的變更

階段

2023年(今年)

2024年(明年)

# 階段 2:初始承保 階段

您在支付年度自付額 後,就將進入初始承 保階段。在此階段期 間,本計劃將支付其 應承擔的藥物費用, 而您也將**支付您應承** 擔的費用。

大多數成人D部分疫 苗免費向您承保。

此欄所列費用是您在 提供標準費用分攤的 網絡內藥房配取一個 月(30天)藥物份 量的費用。

# 

初始承保階段期 初始承保階段期 間,在提供標準間,在提供標準 費用分攤的網絡 費用分攤的網絡 內藥房配取一個 內藥房配取一個 月藥物份量的 月藥物份量的 費用:

# 第1級: 第1級: 首選副廠藥 - 首選副廠藥 -

共付費。

# 副廠藥 –

共付費。

共付費。

# 標準零售費用分 標準零售費用分

費用:

您需支付 \$4 的 您需支付 \$4 的 共付費。

第2級: 第2級: 副廠藥 -

您需支付 \$10 的 您需支付 \$10 的 共付費。

第3級: 第3級:

首選原廠藥 - 首選原廠藥 -

您需支付 \$47 的 您需支付 \$47 的 共付費。

#### 階段

2023年(今年)

2024年(明年)

# 階段 2:初始承保 階段(續)

有關長期補給或郵購 處方藥費用的詳情, 請查看「承保範圍說 明書」第 6 章的 第5節。

我們更改了「藥物清 單」中某些藥物的等 級。如需瞭解您的藥 物是否處於不同的等 級,請查看「藥物 清單」。

## 第4級: 第4級: 非首選藥物 - 非首選藥物 -

您需支付 \$100 您需支付 \$100 的共付費。

## 第5級: 第5級: 特殊級藥 - 特殊級藥 -

共同保險。
共同保險。

初始承保階段期 初始承保階段期 費用:

# 第1級: 第1級: 首選副廠藥 - 首選副廠藥 -

\$12 的共付費。 \$12 的共付費。 \$8 的共付費。 \$8 的共付費。

的共付費。

您需支付25%的 您需支付25%的

間,在提供標準間,在提供標準 費用分攤的網絡 費用分攤的網絡 内藥房配取長內藥房配取長 期供藥量(最期供藥量(最 長 90 天) <sup>† o</sup>的 長 90 天) <sup>† o</sup>的 費用:

零售 - 您需支付 零售 - 您需支付 郵購 - 您需支付 郵購 - 您需支付

階段	2023年(今年)	2024年(明年)
階段2:初始承保階段(續)	第2級: 副廠藥 –	第2級: 副廠藥-
	零售 - 您需支付 \$30 的共付費。	零售 - 您需支付 \$30 的共付費。
	郵購 - 您需支付 \$20 的共付費。	郵購 - 您需支付 \$20 的共付費。
	第 3 級: 首選原廠藥 –	第3級: 首選原廠藥-
	零售 - 您需支付 \$141 的共付費。	零售 - 您需支付 \$141 的共付費。
	郵購 - 您需支付 \$94 的共付費。	郵購 - 您需支付 \$94 的共付費。
	第 <b>4</b> 級: 非首選藥物 –	第 <b>4</b> 級: 非首選藥物 –
	零售 - 您需支付 \$300 的共付費。	零售 - 您需支付 \$300 的共付費。
	郵購 – 您需支付 \$200 的共付費。	郵購 - 您需支付 \$200 的共付費。

階段	2023年(今年)	2024年(明年)
階段 2:初始承保階段(續)	第 5 級: 特殊級藥 –	第 5 級: 特殊級藥 –
	零售 - 您需 支付 25% 的 共同保險。 郵購 - 您需 支付 25% 的 共同保險。	零售 – 您需 支付 25% 的 共同保險。 郵購 – 您需 支付 25% 的 共同保險。
		*標準零售也可 提供 60 天份量 的供藥。
	†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。	†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。

階段

2023年(今年) 2024年(明年)

階段 2:初始承保 階段(續)

(LIS) 附則」。 (LIS) 附則」。

 $\Omega$  – 無論 B 部分  $\Omega$  – 無論 B 部分 和 D 部分藥物的 和 D 部分藥物的 費用分攤,對於 費用分攤,對於 我們計劃承保的 我們計劃承保的 每個胰島素產 每個胰島素產 品,一個月份量 品,一個月份量 的藥費不會超過 的藥費不會超過 \$35,即使您沒\$35,即使您沒 有支付自付額。 有支付自付額。 如果您獲得了幫 如果您獲得了幫 助支付藥費的 助支付藥費的 「額外補助」,「額外補助」, 則可享受更低的 則可享受更低的 費用分攤。請查 費用分攤。請查 看「低收入補貼 看「低收入補貼

階段)。

一旦您的總藥費 一旦您的總藥費 達到 \$4,660, 您 達到 \$5,030, 您 將進入下一個階 將進入下一個階 段(承保缺口段(承保缺口 階段)。

#### 承保缺口階段和重大傷病承保階段的變更

其他兩種藥物承保階段 – 承保缺口階段和重大傷病承保階段 – 適用於藥費較高的人士。**多數會員不會達到承保缺口階段或重大傷病承保階段。** 

自 2024 年開始,如果您達到重大傷病承保階段,您無需為承保的 D 部分藥物支付任何費用。

有關您在這些階段的費用的具體資訊,請查看「*承保範圍說* 明書」第6章第6節和第7節。

#### 第3節 決定選擇哪個計劃

# 第 3.1 節 – 如果您希望繼續留在 Elderplan Extra Help (HMO-POS)

若要繼續留在我們的計劃內,您不需要採取任何措施。如果您在12月7日前沒有參保其他計劃或更改為傳統的聯邦醫療保險,您將自動參保我們的 Elderplan Extra Help (HMO-POS)。

#### 第 3.2 節 - 如果您希望變更計劃

我們希望您明年繼續成為我們的會員,但如果您希望變更 2024年的計劃,請遵循以下步驟:

#### 第1步:瞭解和比較您的可選方案

- 您可以加入其他 Medicare 聯邦醫療保險保健計劃,
- 或者-您可以轉至傳統的聯邦醫療保險。如果您更改為傳統的聯邦醫療保險,您需要決定是否加入一個Medicare聯邦醫療保險藥物計劃。如果您沒有加入一個Medicare聯邦醫療保險藥物計劃,請查看第 2.1 節,瞭解可能會產生的 D 部分逾期參保罰金。

要瞭解關於傳統的聯邦醫療保險以及不同類型的 Medicare 聯邦醫療保險計劃的更多資訊,請使用 Medicare 聯邦醫療保險計劃搜尋器 (www.medicare.gov/plan-compare),閱讀「2024年 Medicare 聯邦醫療保險與您」手冊,致電您的州健康保險援助計劃(請查看第5節),或致電 Medicare 聯邦醫療保險(請參見第7.2節)。

我們想提醒您, Elderplan, Inc. 還提供其他 Medicare 聯邦醫療保險保健計劃。這裡所說的其他計劃可能具有不同的承保範圍、每月保費和費用分攤額。

#### 第2步:變更您的保險

- 若要改為其他 Medicare 聯邦醫療保險保健計劃,請參保新的計劃。您將會自動從 Elderplan Extra Help (HMO-POS)退保。
- 若要改為附帶處方藥計劃的傳統的聯邦醫療保險,請 參保新的藥物計劃。您將會自動從 Elderplan Extra Help (HMO-POS) 退保。

- 若要**改為不帶處方藥計劃的傳統的聯邦醫療保險**,您 必須:
  - o 向我們寄送書面退保請求。若您需要有關如何操作 的更多資訊,請聯絡會員服務部。
  - - 或者 您可致電 Medicare 聯邦醫療保險: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 要求退保,服務 時間為每天 24 小時,每週 7 天。聽障人士可致電 1-877-486-2048 •

### 第4節 變更計劃的截止期限

如果您想在下一年變更為其他計劃或傳統的聯邦醫療保險, 您可以在 10 月 15 日至 12 月 7 日期間進行變更。變更將於 2024年1月1日生效。

#### 本年內是否有其他時間允許變更計劃?

在某些情況下,也可以在本年內的其他時間變更計劃。例 如,在藥物方面獲得「額外補助」、擁有或退出僱主保險以 及搬離服務區域的 Medicaid 醫療補助受保人。

如果您參保了將於 2024 年 1 月 1 日生效的 Medicare Advantage Plan (聯邦醫療保險優勢計劃),但不喜歡您的 計劃選擇,您可以在2024年1月1日到3月31日期間轉到 另一項 Medicare 聯邦醫療保險保健計劃(包含或不包含 Medicare 聯邦醫療保險處方藥承保),或轉到傳統的聯邦醫 療保險(包含或不包含 Medicare 聯邦醫療保險處方藥 承保)。

如果您最近搬入、目前居住在或剛搬出某個機構(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。您可以隨時變更為其他任何 Medicare 聯邦醫療保險保健計劃(包含或不包含 Medicare 聯邦醫療保險處方藥承保),或轉換為傳統的聯邦醫療保險(包含或不包含單獨的 Medicare 聯邦醫療保險處方藥計劃)。

### 第 5 節 提供 Medicare 聯邦醫療保險免費諮詢的計劃

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。在紐約州,SHIP 被稱為老年人健康保險資訊、諮詢及援助計劃 (HIICAP) 辦公室。

它是一個由聯邦政府出資為 Medicare 聯邦醫療保險受保人提供本地免費健康保險諮詢的州計劃。HIICAP 顧問可以幫助您解決 Medicare 聯邦醫療保險方面的疑問或問題。他們可以幫助您瞭解您的 Medicare 聯邦醫療保險計劃選擇並回答有關轉換計劃的問題。您可以致電 HIICAP:1 (212) 602-4180 (區內)或 1-800-701-0501 (區外)。您可以透過瀏覽他們的網站(https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance),瞭解更多關於 HIICAP 的資訊。

#### 第6節 幫助支付處方藥費用的計劃

您可能符合條件獲得支付處方藥費方面的幫助。我們在下文列出了不同類型的補助:

- 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,包括每月的處方藥保費、每年 的自付額以及共同保險。另外,符合資格的人士不必經 歷承保缺口階段,也無需繳納逾期參保罰金。要瞭解自 己是否符合條件,請致電:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士可 致電 1-877-486-2048, 每天 24 小時, 一週 7 天;
  - o 社會保障辦事處代表,電話 1-800-772-1213,服務 時間:早上8點至晚上7點,週一至週五。自動應 答系統全天 24 小時提供服務。聽障人士可致電 1-800-325-0778;或
  - o 您的州 Medicaid 醫療補助辦公室(提出申請)。
- **從您的州醫藥援助計劃獲得幫助**。紐約州提供一項 Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC),可根 據人們的財務需求、年齡或醫療情況幫助其支付處方藥 費用。如需進一步瞭解該計劃,請查閱您的州健康保險 援助計劃。

• HIV/AIDS 患者的處方藥費用分攤補助。AIDS Drug Assistance Program (AIDS 藥物補助計劃,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。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 分處方藥有資格透過紐約州 AIDS 藥物補助計劃 (ADAP) 獲得處方藥費用分攤補助。如需瞭解關於資格 標準、承保藥物或如何參加該計劃的資訊,請致電 1-800-542-2437 •

#### 第7節 您有任何疑問?

### 第 7.1 節 – 從 Elderplan Extra Help (HMO-POS) 獲取幫助

您有任何疑問?我們在此為您提供幫助。請撥打會員服務部 號碼 1-800-353-3765。(僅聽障人士可致電 711)。提供電 話服務的時間為上午8點至晚上8點,每週七天。撥打這些 電話是免費的。

閱讀您的 2024 年「承保範圍說明書」(其中包含關於明年 的福利及費用的詳情)

本年度變更通知概述了您 2024 年的福利及費用發生的變 更。詳情請參閱 Elderplan Extra Help (HMO-POS) 的 2024 「承保範圍說明書」。「承保範圍說明書」是關於您的計劃 福利的詳細法律說明。它說明了您的權利以及為獲得承保服 務與處方藥需要導循的規則。可到我們的網站上查閱「承保 範圍說明書」副本: www.elderplan.org。您也可以致電會員 服務部要求我們為您郵寄一份「承保範圍說明書」。

#### 瀏覽我們的網站

您還可以瀏覽我們的網站 www.elderplan.org。在此提醒您, 我們的網站提供關於我們提供者與藥房網絡的最新資訊(醫 療服務提供者及藥房目錄)以及我們承保藥物清單(處方藥 一覽表/「藥物清單」)。

### 第 7.2 節 - 從 Medicare 聯邦醫療保險獲取幫助

要直接從 Medicare 聯邦醫療保險獲取資訊:

### 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。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

#### 瀏覽 Medicare 聯邦醫療保險網站

瀏覽 Medicare 聯邦醫療保險網站 (www.medicare.gov)。其中包含關於費用、承保範圍、品質星級評級的資訊,可以幫助您比較您所在地區的各個 Medicare 聯邦醫療保險保健計劃。若要查看有關計劃的資訊,請瀏覽www.medicare.gov/plan-compare。

#### 閱讀「2024 年 Medicare 聯邦醫療保險與您」

您可以閱讀「2024 年 Medicare 聯邦醫療保險與您」手冊。每年秋季,此文件均會寄給 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。如果未收到該文件的副本,可以透過以下方式獲取: 瀏覽 Medicare 聯邦醫療保險網站(https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227),服務時間為每天 24 小時,每週 7 天。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

# Elderplan, Inc. Notice of Nondiscrimination – Discrimination is Against the Law

#### 繁體中文 (Chinese)

Elderplan/HomeFirst 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/HomeFirst 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障 或性別而排斥任何人或以不同的方式對待他們。

#### Elderplan/HomeFirst:

- 向殘障人士免費提供各種援助和服務,以幫助他們與我們進行有效溝通,如:
  - o 合格的手語翻譯員
  - 以其他格式提供的書面資訊(大號字體、音訊、無障礙電子格式、其他格式)
- 向母語非英語的人員免費提供各種語言服務,如:
  - o 合格的翻譯員
  - o 以其他語言書寫的資訊

如果您需要此類服務,請聯絡 Civil Rights Coordinator。如果您認為 Elderplan/HomeFirst 未能提供此類服務或者因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而透過其他方式歧視您,您可以親自提交投訴,或者以郵寄、傳真或電郵的方式提交投訴。如果您在提交投訴方面需要幫助 Civil Rights Coordinator 可以幫助您。

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

電話:1-877-326-9978,聽障專線711

傳直: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。如果您在提出申訴時需要幫助,民權協調員可以幫到您。

您還可以向 U.S. Department of Health and Human Services(美國衛生及公共服務部)的 Office for Civil Rights(民權辦公室)提交民權投訴,透過 Office for Civil Rights Complaint Portal 以電子方式投訴:<a href="https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf">https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf</a>,或者透過郵寄或電話的方式投訴:

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)(聾人用電信設備)

登入 http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html 可獲得投訴表格。

#### **Multi-language Interpreter Services**

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-353-3765 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Simplified: 我们提供免费的翻译服务,帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务,请致电 1-800-353-3765 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Traditional: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問,為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務,請致電 1-800-353-3765 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-353-3765 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-353-3765 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-353-3765 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-353-3765 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-353-3765 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-353-3765 (ТТҮ: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

اننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم على مترجم الغربية بمساعدتك. هذه خدمة فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على .(TTY:711) 3765-353-080-1. سيقوم شخص ما يتحدث العربية محانية .

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-353-3765 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-353-3765 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-353-3765 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-353-3765 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-353-3765 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-800-353-3765 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

**Albanian:** Ne ofrojmë shërbime interpretimi pa pagesë për t'ju përgjigjur çdo lloj pyetjeje që mund të keni rreth planit tonë të shëndetit ose të mjekimit. Për t'u lidhur me një interpret, telefononi në 1-800-353-3765 (TTY: 711). Një shqip folës mund t'ju ndihmojë. Ky shërbim është pa pagesë.

**Bengali:** আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধপত্র বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কিত আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে৷ একজন দোভাষী পেতে, আমাদের কেবল 1-800-353-3765 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন৷ বাংলা বলতে পারেন এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারবেন৷ পরিষেবাটি বিনামূল্যে৷

**Greek:** Διαθέτουμε υπηρεσία δωρεάν διερμηνείας προκειμένου να απαντούμε σε οποιεσδήποτε απορίες σας σχετικά με το πρόγραμμα υγείας ή φαρμάκων που προσφέρουμε. Προκειμένου να χρησιμοποιήσετε την υπηρεσία διερμηνείας, επικοινωνήστε μαζί μας καλώντας το 1-800-353-3765 (TTY: 711). Θα λάβετε βοήθεια από ένα άτομο που μιλά ελληνικά. Αυτή είναι μια υπηρεσία που παρέχεται δωρεάν.

Yiddish: מיר האבן אומזיסטע דאלמעטשער סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט מעגליך האבן וועגן מיר האבן אוינער וואס (TTY:711) 1-800-353-3765 אונזער העלט אדער דראג פלאן. צו באקומען א דאלמעטשער, רופט אונז אויף אייך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.

Urdu: ہماری صحت یا دوا کے پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت مترجم کی خدمات موجود ہیں۔ مترجم حاصل کرنے کے لیے، ہمیں بس (TTY: 711) 3765-353-800 پر کال کریں۔ اردو بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت خدمت ہے۔