

Elderplan Flex (HMO-POS) 由 Elderplan, Inc. 提供

2024 年度變更通知

您目前已參保成為 Elderplan Flex (HMO) 的會員。明年的計劃費用和福利將會有一些變更。**請查看第 5 頁的重要費用概述，包括保費。**

本文件將介紹對您的計劃所做的變更。如需詳細瞭解費用、福利或規則，請查看我們的網站 www.elderplan.org 上的「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：哪些變更適用於您

- ☐ 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、自付額和分攤費用上花多少錢。
- ☐ 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。

- 查看您的主治醫生、專科醫生、醫院和其他醫療服務提供者（包括藥房）明年是否還在我們的網絡內。
- 想一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 日之前未加入其他計劃，您將停留在 Elderplan Flex (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。您的新保險將在 **2024 年 1 月 1 日** 開始生效。這將終止您的 Elderplan Flex (HMO-POS) 參保。
- 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），您可以隨時轉換計劃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）。

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。此為免付費電話。
- 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 (Internal Revenue Service, IRS) 網站 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 瞭解更多資訊。

關於 Elderplan Flex (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。已參保之會員仍須繼續支付其 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分保費。
- 當本文件中出現「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 Flex (HMO-POS)。

H3347_EPC17469_M

2024 年度變更通知 目錄

2024 年重要費用概述.....	5
第 1 節 我們即將變更計劃的名稱	14
第 2 節 明年的福利與費用變更	14
第 2.1 節 – 月繳保費的變更.....	14
第 2.2 節 – 您的最高自付費用金額的變更.....	15
第 2.3 節 – 醫療服務提供者與藥房網絡的變更.....	16
第 2.4 節 – 醫療服務福利和費用的變更.....	17
第 2.5 節 – D 部分處方藥承保的變更.....	38
第 3 節 決定選擇哪個計劃	46
第 3.1 節 – 如果您希望繼續參保 Elderplan Flex (HMO-POS).....	46
第 3.2 節 – 如果您希望變更計劃.....	46
第 4 節 變更計劃的截止日期	48
第 5 節 提供 Medicare 聯邦醫療保險免費諮詢的 計劃.....	49
第 6 節 幫助支付處方藥費用的計劃.....	50
第 7 節 您有任何問題？	51
第 7.1 節 – 從 Elderplan Flex (HMO-POS) 獲取幫助	51
第 7.2 節 – 從 Medicare 聯邦醫療保險獲取幫助	52

2024 年重要費用概述

下表在幾個重要方面對 Elderplan Flex (HMO-POS) 的 2023 年費用和 2024 年費用進行了比較。請注意，這只是對變更的概述。

費用	2023（今年）	2024（明年）
月繳計劃保費* * 您的保費可能高於此金額。請查看第 2.1 節瞭解詳情。	您不需要支付 D 部分保費。	您不需要支付 D 部分保費。 2024 年無變更。
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 這是指您為承保的 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。）	網絡內 \$7,550	網絡內和網絡外合計 \$7,550

費用	2023（今年）	2024（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 的共付額。	主治醫生就診： 每次就診您需支付 \$0 的共付額。 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 \$35 的共付額。	專科醫生就診： 每次就診您需支付 \$35 的共付額。
	網絡外	
	不承保專科醫生就診。	

費用	2023（今年）	2024（明年）
住院	網絡內： 2023 年每個受益期的金額為： 第 1–5 天：每天 \$390 的共付額。 第 6 天及之後：每天 \$0 的共付額 需要授權。	網絡內： 2024 年每個受益期的金額為： 第 1–5 天：每天 \$390 的共付額。 第 6 天及之後：每天 \$0 的共付額 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（不包括承保的胰島素產品及大多數成人 D 部分疫苗）的 D 部分自付額為 \$375。	自付額： 第 4 級：非首選原廠藥和 第 5 級：特殊級藥（不包括承保的胰島素產品及大多數成人 D 部分疫苗）的 D 部分自付額為 \$375。

費用	2023（今年）	2024（明年）
D 部分處方藥承保（續）	初始承保階段期間： 標準零售分攤費用（網絡內）*Ω 初始承保階段期間，在提供標準分攤費用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 – 您需支付 \$4 的共付額。 第 2 級： 副廠藥 – 您需支付 \$10 的共付額。	初始承保階段期間： 標準零售分攤費用（網絡內）*Ω 初始承保階段期間，在提供標準分攤費用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 – 您需支付 \$0 的共付額。 第 2 級： 副廠藥 – 您需支付 \$10 的共付額。

費用	2023（今年）	2024（明年）
D 部分處方藥承保（續）	第 3 級： 首選原廠藥 – 您需支付 \$47 的共付額。 第 4 級： 非首選藥物 – 您需支付 \$100 的共付額。 第 5 級： 特殊級藥 – 您需支付 25% 的共同保險。 初始承保階段期間，在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取延長供藥（最多 90 天）†^Ω 的費用：	第 3 級： 首選原廠藥 – 您需支付 \$47 的共付額。 第 4 級： 非首選藥物 – 您需支付 \$100 的共付額。 第 5 級： 特殊級藥 – 您需支付 25% 的共同保險。 初始承保階段期間，在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取延長供藥（最多 90 天）†^Ω 的費用：

費用	2023 (今年)	2024 (明年)
D 部分處方藥承保 (續)	第 1 級： 首選副廠藥 – 零售 – 您需支付 \$12 的共付額。 郵購 – 您需支付 \$8 的共付額。 第 2 級： 副廠藥 – 零售 – 您需支付 \$30 的共付額。 郵購 – 您需支付 \$20 的共付額。 第 3 級： 首選原廠藥 – 零售 – 您需支付 \$141 的共付額。 郵購 – 您需支付 \$94 的共付額。	第 1 級： 首選副廠藥 – 零售 – 您需支付 \$0 的共付額。 郵購 – 您需支付 \$0 的共付額。 第 2 級： 副廠藥 – 零售 – 您需支付 \$30 的共付額。 郵購 – 您需支付 \$20 的共付額。 第 3 級： 首選原廠藥 – 零售 – 您需支付 \$141 的共付額。 郵購 – 您需支付 \$94 的共付額。

費用	2023（今年）	2024（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 的共付額。 郵購 – 您需支付 \$200 的共付額。 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。 †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。	第 4 級： 非首選藥物 – 零售 – 您需支付 \$300 的共付額。 郵購 – 您需支付 \$200 的共付額。 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。 †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。

費用	2023（今年）	2024（明年）
D 部分處方藥承保（續）	Ω – 無論 B 部分和 D 部分藥物的分攤費用如何，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 部分藥物的分攤費用如何，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： 在此付款階段期間，計劃將為您的承保藥物支付大部分費用。	重大傷病承保階段： 在此付款階段期間，計劃將為您的承保 D 部分藥物支付全部費用。您無需付費。

費用	2023（今年）	2024（明年）
D 部分處方藥承保（續）	對於每份處方，您需支付（以金額較大者為準）：相當於藥費 5% 的共同保險，或共付額（副廠藥或被視作副廠藥的藥物為 \$4.15，所有其他藥物則為 \$10.35）。 如果您獲得了幫助支付藥費的「額外補助」，則可享受更低的分攤費用。請查看「低收入補貼 (LIS) 附則」。	如果您獲得了幫助支付藥費的「額外補助」，則可享受更低的分攤費用。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 Flex (HMO) 變更為 Elderplan Flex (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），我們會為您寄送新卡。

您將在未來提及計劃名稱的信件中看到新的計劃名稱。

第 2 節 明年的福利與費用變更**第 2.1 節 – 月繳保費的變更**

費用	2023（今年）	2024（明年）
每月保費 （您必須繼續繳納您的 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分保費。）	您不需要支付 D 部分保費。	您不需要支付 D 部分保費。 2024 年無變更。

- 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。

第 2.2 節 – 您的最高自付費用金額的變更

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。

費用	2023（今年）	2024（明年）
最高自付費用金額 您的承保醫療服務費用（例如共付額）計入您的網絡內和網絡外最高自付費用合計。 您的計劃保費和處方藥費用不計入您的網絡內最高自付費用金額。	網絡內： \$7,550 如果您已為網絡內的 A 部分和 B 部分服務支付了 \$7,550 的自付費用，則無需為該歷年剩餘時間的承保 A 部分和 B 部分服務支付任何費用。	網絡內和網絡外合計： \$7,550 如果您已為網絡內和網絡外合計承保的 A 部分和 B 部分服務支付了 \$7,550 的自付費用，則無需為該歷年剩餘時間的 A 部分和 B 部分承保服務支付任何費用。

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 www.elderplan.org 上可查閱最新的目錄。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。請檢閱 **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。如果年中的提供者變更對您造成了影響，請聯絡會員服務部，以便我們為您提供協助。

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（今年）	2024（明年）
針灸服務（非 Medicare 聯邦醫療保險承保）	網絡內 每次就診您無需支付共同保險或共付額。 您每年最多僅可接受 20 次針灸服務。	網絡內 每次就診您無需支付共同保險或共付額。 對於以下服務，您每年最多可就診 20 次： • 針灸 • 拔罐/艾灸 • 針壓療法 • 推拿 • 刮痧

費用	2023（今年）	2024（明年）
針灸服務（非 Medicare 聯邦醫療保險承保）（續）		• 反射療法 • 紅外線療法
脊椎推拿服務	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 的共付額。	網絡內 您需為 Medicare 聯邦醫療保險承保的脊椎推拿服務支付 \$15 的共付額。
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 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。 您需為下列補充性預防牙科服務支付 \$0 的共付額：	補充性預防牙科服務 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。 您需為下列補充性預防牙科服務支付 \$0 的共付額：

費用	2023 (今年)	2024 (明年)
牙科服務 – 補充性預防牙科服務 (續)	• 口腔檢查：每 6 個月 1 次 • 洗牙 (預防療法)：每 6 個月 1 次 • 牙科 X 光檢查：每 12 個月 1 次 • 全口系列牙科 X 光檢查：每 36 個月 1 次 • 全景攝片與頭部測量攝片：每 12 個月 1 次 • 口腔/面部攝影影像：每 12 個月 1 次	• 口腔檢查：每 6 個月 1 次 • 洗牙 (預防療法)：每 6 個月 1 次 • 牙科 X 光檢查：每 12 個月 1 次 • 全口系列牙科 X 光檢查：每 36 個月 1 次 • 全景攝片與頭部測量攝片：每 12 個月 1 次 • 口腔/面部攝影影像：每 12 個月 1 次
網絡外	如需詳細瞭解	
不承保補充性預防牙科服務。	哪些服務受保，請聯絡會員服務部。	

費用	2023（今年）	2024（明年）
牙科服務 – 補充性綜合牙科服務	補充性綜合牙科服務： 網絡內 您需支付：\$100 的自付額。 在達到網絡內自付額後，您需為補充性綜合牙科服務支付 \$0 的共付額，直至達到 \$1,500 的年度最高福利金額。 您需支付超出最高福利金額的所有費用。根據美國牙醫學會 (American Dental Association, 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。	補充性綜合牙科服務： 網絡內和網絡外合計 您需為補充性綜合牙科服務支付 \$0 的共付額，直至達到 \$1,500 的年度最高福利金額。 您需支付超出最高福利金額的所有費用。根據 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。

費用	2023（今年）	2024（明年）
牙科服務 – 補充性綜合牙科服務（續）	<u>修復服務</u> - 選定代碼，每顆牙共付額僅為 \$0/每 6 個月承保 1 次。 - 選定代碼，每顆牙共付額僅為 \$0/每 24 個月承保 1 次。 - 選定代碼，每顆牙共付額為 \$0/每 60 個月承保 1 次。	<u>修復服務</u> - 選定代碼，每顆牙共付額僅為 \$0/每 6 個月承保 1 次。 - 選定代碼，每顆牙共付額僅為 \$0/每 24 個月承保 1 次。 - 選定代碼，每顆牙共付額為 \$0/每 60 個月承保 1 次。
	<u>牙髓治療服務</u> 選定代碼，每顆牙共付額僅為 \$0/終身承保 1 次。	<u>牙髓治療服務</u> 選定代碼，每顆牙共付額僅為 \$0/終身承保 1 次。

費用	2023（今年）	2024（明年）
牙科服務 – 補充性綜合牙科服務（續）	<u>牙周病治療服務</u> - 選定代碼，共付額僅為 \$0/每 36 個月承保 1 次。 - 選定代碼，每象限共付額僅為 \$0/每 36 個月承保 1 次。 - 選定代碼，每象限共付額僅為 \$0/每 60 個月承保 1 次。	<u>牙周病治療服務</u> - 選定代碼，共付額僅為 \$0/每 36 個月承保 1 次。 - 選定代碼，每象限共付額僅為 \$0/每 36 個月承保 1 次。 - 選定代碼，每象限共付額僅為 \$0/每 60 個月承保 1 次。
	<u>頤面服務</u> - 選定代碼，共付額僅為 \$0。 - 選定代碼，共付額僅為 \$0/每 12 個月承保 1 次。 - 選定代碼，共付額僅為 \$0/每 60 個月承保 1 次。	<u>頤面服務</u> - 選定代碼，共付額僅為 \$0。 - 選定代碼，共付額僅為 \$0/每 12 個月承保 1 次。 - 選定代碼，共付額僅為 \$0/每 60 個月承保 1 次。

費用	2023（今年）	2024（明年）
牙科服務 – 補充性綜合牙科服務（續）	<u>假牙修復服務</u> - 選定代碼，每副假牙共付額僅為 \$0。 - 選定代碼，每顆牙共付額僅為 \$0/每 60 個月承保 1 次。	<u>假牙修復服務</u> - 選定代碼，每副假牙共付額僅為 \$0。 - 選定代碼，每顆牙共付額僅為 \$0/每 60 個月承保 1 次。
	<u>口腔和頷面外科服務</u> - 選定代碼，共付額僅為 \$0。 - 選定代碼，每顆牙共付額僅為 \$0/終身承保 1 次。 - 選定代碼，每象限共付額僅為 \$0/每 12 個月承保 1 次。	<u>口腔和頷面外科服務</u> - 選定代碼，共付額僅為 \$0。 - 選定代碼，每顆牙共付額僅為 \$0/終身承保 1 次。 - 選定代碼，每象限共付額僅為 \$0/每 12 個月承保 1 次。

費用	2023（今年）	2024（明年）
牙科服務 – 補充性綜合牙科服務（續）	<u>附加一般服務</u> 選定代碼，共付額僅為 \$0。 如需詳細瞭解哪些服務受保，請聯絡會員服務部。 網絡外 不承保補充性綜合牙科服務。	<u>附加一般服務</u> 選定代碼，共付額僅為 \$0。 如需詳細瞭解哪些服務受保，請聯絡會員服務部。

費用	2023（今年）	2024（明年）
Flex 卡	2023 年 <u>不</u> 承保 Flex 卡。	不需要為 Flex 卡支付共同保險或共付額。 Flex 卡福利提供 \$500 的補貼，用於支付 2024 年的牙科、視力、聽力和/或健身服務自付費用。 任何未使用的福利金額將於該歷年結束時或您退出計劃時失效。

費用	2023（今年）	2024（明年）
門診精神健康護理	網絡內 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的精神健康專家服務 – 個人就診，您需支付 \$20 的共付額。 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的精神健康專家服務 – 團體就診，您需支付 \$5 的共付額。 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的精神科服務 – 個人就診，您需支付 \$25 的共付額。	網絡內和網絡外 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的精神健康專家服務 – 個人就診，您需支付 \$20 的共付額。 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的精神健康專家服務 – 團體就診，您需支付 \$5 的共付額。 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的精神科服務 – 個人就診，您需支付 \$25 的共付額。

費用	2023（今年）	2024（明年）
門診精神健康護理 （續）	對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的精神科服務 – 團體就診，您需支付 \$5 的共付額。	對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的精神科服務 – 團體就診，您需支付 \$5 的共付額。
	網絡外	
	不承保門診精神健康護理。	
門診復健服務	網絡內	網絡內和網絡外
	對於職能治療、物理治療或言語/語言病理學服務，每次就診您需支付 \$35 的共付額。	對於職能治療、物理治療或言語/語言病理學服務，每次就診您需支付 \$35 的共付額。
	需要授權。	需要授權。
	網絡外	
	不承保門診復健服務。	

費用	2023（今年）	2024（明年）
非處方 (OTC) 用品	每季度您可購買最多 \$120 的合資格 OTC 用品。OTC 卡上的餘額不能結轉至下個季度。 您的 OTC 福利承保在指定的藥房和/或零售店購買的 COVID 19 檢測試劑。 對於符合資格的會員，慢性病特殊補充福利 (SSBCI) 與 OTC 福利相結合。請查看「慢性病特殊補充福利」一節瞭解詳情。	每季度您可購買最多 \$140 的合資格 OTC 用品。OTC 卡上的餘額不能結轉至下個季度。 您的 OTC 福利承保在指定的藥房和/或零售店購買的 COVID 19 檢測試劑和 Naloxone 鼻腔噴霧劑。 對於符合資格的會員，慢性病特殊補充福利 (SSBCI) 與 OTC 福利相結合。請查看「慢性病特殊補充福利」一節瞭解詳情。

費用	2023 (今年)	2024 (明年)
醫生/執業醫護人員服務，包括醫生診室就診	網絡內 對於下列服務，您無需為每次診室就診支付共同保險或共同保險： • 主治醫生 (PCP) 服務。 • 內分泌科醫生服務。	網絡內 對於下列服務，您無需為每次診室就診支付共同保險或共同保險： • 主治醫生 (PCP) 服務。
	對於下列 Medicare 聯邦醫療保險承保的服務，您需為每次診室就診支付共付額： • 對於專科醫生服務，\$35 的共付額。	網絡內和網絡外 對於下列 Medicare 聯邦醫療保險承保的服務，您需為每次診室就診支付共付額： • 對於內分泌科醫生服務，\$0 的共付額。

費用	2023 (今年)	2024 (明年)
醫生/執業醫護人員服務，包括醫生診室就診（續） 網絡外 丕承保醫生/執業醫護人員服務，包括醫生診室就診。	對於其他醫療護理專業人員服務，\$35 的共付額。只有直接由執業護士或醫生助理出具賬單的居家訪視需要授權。	- 對於專科醫生服務，\$35 的共付額。 - 對於其他醫療護理專業人員服務，\$35 的共付額。只有直接由執業護士或醫生助理出具賬單的居家訪視需要授權。

費用	2023（今年）	2024（明年）
足科服務 – 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 付額。	您需為 Medicare 聯邦醫療保險承 保的足科服務 支付 \$35 的共 付額。
	網絡外	
	不承保 Medicare 聯邦醫療保險承 保的足科服務。	

費用	2023（今年）	2024（明年）
足科服務 – 補充性足 科服務	網絡內	網絡內
	您需為補充性足 科服務支付 \$35 的共付額。	您需為補充性足 科服務支付 \$35 的共付額。
	您每年最多可獲 得 12 次常規足 部護理就診。	您每年最多可獲 得 12 次常規足 部護理就診。
	網絡外	網絡外
	不承保補充性足 科服務。	您需為補充性足 科服務支付 \$35 的共付額。
		您每年最多可獲 得 12 次常規足 部護理就診。

費用	2023（今年）	2024（明年）
肺病復健服務	網絡內 您需為 Medicare 聯邦醫療保險承保的肺病復健服務支付 \$20 的共付額。需要授權。	網絡內 您需為 Medicare 聯邦醫療保險承保的肺病復健服務支付 \$15 的共付額。需要授權。

費用	2023（今年）	2024（明年）
指定的附加 OTC 福利或交通接送福利	不需要為指定的附加福利支付共同保險或共付額。 參保後，透過您的計劃，您有權選擇兩項補充福利之一：幫助您支付非處方 (OTC) 藥物和/或保健相關用品費用的福利，或者前往計劃核准的保健相關地點的非緊急交通接送服務。您只能選擇這兩項福利之一。	不需要為指定的附加福利支付共同保險或共付額。 參保後，透過您的計劃，您有權選擇兩項補充福利之一：幫助您支付非處方 (OTC) 藥物和/或保健相關用品費用的福利，或者前往計劃核准的保健相關地點的非緊急交通接送服務。您只能選擇這兩項福利之一。

費用	2023（今年）	2024（明年）
指定的附加 OTC 福利或交通接送福利 （續）	選擇 1： OTC 福利 每季度您可購買最多 \$120 的合資格 OTC 用品。OTC 卡上的餘額不能結轉至下個季度。 您的 OTC 福利承保在指定的藥房和/或零售店購買的 COVID 19 檢測試劑。 對於符合資格的會員，慢性病特殊補充福利 (SSBCI) 與 OTC 福利相結合。請查看「慢性病特殊補充福利」一節瞭解詳情。	選擇 1： OTC 福利 每季度您可購買最多 \$140 的合資格 OTC 用品。OTC 卡上的餘額不能結轉至下個季度。 您的 OTC 福利承保在指定的藥房和/或零售店購買的 COVID 19 檢測試劑和 Naloxone 鼻腔噴霧劑。 對於符合資格的會員，慢性病特殊補充福利 (SSBCI) 與 OTC 福利相結合。請查看「慢性病特殊補充福利」一節瞭解詳情。

費用	2023（今年）	2024（明年）
指定的附加 OTC 福利或交通接送福利 （續）	選擇 2：交通接送福利 承保服務包括每年 48 次前往計劃核准的保健相關地點的單程接送服務（搭乘計程車、巴士、地鐵或客貨車）。任何未使用的接送服務不能結轉到下一年。	選擇 2：交通接送福利 承保服務包括每年 48 次前往計劃核准的保健相關地點的單程接送服務（搭乘計程車、巴士、地鐵或客貨車）。任何未使用的接送服務不能結轉到下一年。
慢性病特殊補充福利 (SSBCI)	不需要為慢性病特殊補充福利支付共同保險或共付額。	不需要為慢性病特殊補充福利支付共同保險或共付額。

費用	2023（今年）	2024（明年）
慢性病特殊補充福利 (SSBCI)（續）	有資格享受慢性病特殊補充福利 (SSBCI) 的會員將獲得合併的非處方藥承保福利，某些食品雜貨可獲承保，不過只能在指定的藥房和/或零售店使用。此福利還承保可線上或透過電話訂購的送餐上門服務。 每季度提供的 OTC 承保金額合計高達每季度 \$120。當前季度未使用的福利不能結轉到下個季度。	有資格享受慢性病特殊補充福利 (SSBCI) 的會員將獲得合併的非處方藥承保福利，某些食品雜貨可獲承保，不過只能在指定的藥房和/或零售店使用。此福利還承保可線上或透過電話訂購的送餐上門服務。 每季度提供的 OTC 承保金額合計高達每季度 \$140。當前季度未使用的福利不能結轉到下個季度。

費用	2023（今年）	2024（明年）
慢性病特殊補充福利 (SSBCI)（續）	而不符合慢性病特殊補充福利 (SSBCI) 資格的會員僅可獲得非處方藥保險。	而不符合慢性病特殊補充福利 (SSBCI) 資格的會員僅可獲得非處方藥保險。
視力護理（補充）	每個曆年一次的配鏡例行眼科檢查。 眼鏡，包括處方眼鏡和隱形眼鏡 – 每個曆年的年度最高金額限於 \$200。	每個曆年一次的配鏡例行眼科檢查。 眼鏡，包括處方眼鏡和隱形眼鏡 – 每個曆年的年度最高金額限於 \$250。

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，其中包括增減藥物、變更對某些藥物承保適用的限制，或將其移至不同的分攤費用等級。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分攤費用等級。

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更的影響，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。您也可以聯絡會員服務部瞭解詳細資訊。

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（今年）	2024（明年）
階段 1：年度自付額階段 在此階段中，您需為第 4 級：非首選藥物和第 5 級：特殊級藥支付全部費用，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，包括帶狀疱疹、破傷風和旅行疫苗。	第 1 級：首選副廠藥，第 2 級：副廠藥，以及第 3 級：首選原廠藥無自付額。 第 4 級：非首選藥物和第 5 級：特殊級藥的 D 部分自付額為 \$375。在此階段中，您需為第 4 級：非首選藥物和第 5 級：特殊級藥支付全部費用，直至達到年度自付額。	第 1 級：首選副廠藥，第 2 級：副廠藥，以及第 3 級：首選原廠藥無自付額。 第 4 級：非首選藥物和第 5 級：特殊級藥的 D 部分自付額為 \$375。在此階段期間，您需為第 4 級：非首選藥物和第 5 級：特殊級藥支付全部費用，直至達到年度自付額。

初始承保階段分攤費用的變更

階段	2023（今年）	2024（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。 我們免費為您承保大多數成人 D 部分疫苗。	標準零售分攤費用（網絡內）*Ω 初始承保階段期間，在提供標準分攤費用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 – 您需支付 \$4 的共付額。 第 2 級： 副廠藥 – 您需支付 \$10 的共付額。 第 3 級： 首選原廠藥 – 您需支付 \$47 的共付額。	標準零售分攤費用（網絡內）*Ω 初始承保階段期間，在提供標準分攤費用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 – 您需支付 \$0 的共付額。 第 2 級： 副廠藥 – 您需支付 \$10 的共付額。 第 3 級： 首選原廠藥 – 您需支付 \$47 的共付額。

階段	2023 (今年)	2024 (明年)
階段 2：初始承保階段 (續) 此欄所列費用是您在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取一個月 (30 天) 藥物份量的費用。 有關長期供藥或郵購處方藥費用的資訊，請查看「承保範圍說明書」第 6 章的第 5 節。 我們變更了「藥物清單」中某些藥物的等級，若要瞭解您的藥物是否處於不同的等級，請查閱「藥物清單」。	第 4 級： 非首選藥物 – 您需支付 \$100 的共付額。 第 5 級： 特殊級藥 – 您需支付 25% 的共同保險。 初始承保階段期間，在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取延長供藥 (最長 90 天) [†] ^Ω 的費用： 第 1 級： 首選副廠藥 – 零售 – 您需支付 \$12 的共付額。 郵購 – 您需支付 \$8 的共付額。	第 4 級： 非首選藥物 – 您需支付 \$100 的共付額。 第 5 級： 特殊級藥 – 您需支付 25% 的共同保險。 初始承保階段期間，在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取延長供藥 (最長 90 天) [†] ^Ω 的費用： 第 1 級： 首選副廠藥 – 零售 – 您需支付 \$0 的共付額。 郵購 – 您需支付 \$0 的共付額。

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

階段	2023（今年）	2024（明年）
階段 2：初始承保 階段（續）	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。 †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。	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。 †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（今年）	2024（明年）
階段 2：初始承保 階段（續）	Ω – 無論 B 部分和 D 部分藥物的分攤費用如何，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。 如果您獲得了幫助支付藥費的「額外補助」，則可享受更低的分攤費用。請查看「低收入補貼 (LIS) 附則」。 一旦您的總藥費達到 \$4,660，您將進入下一個階段（承保缺口階段）。	Ω – 無論 B 部分和 D 部分藥物的分攤費用如何，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。 如果您獲得了幫助支付藥費的「額外補助」，則可享受更低的分攤費用。請查看「低收入補貼 (LIS) 附則」。 一旦您的總藥費達到 \$5,030，您將進入下一個階段（承保缺口階段）。

承保缺口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 章的第 6 節和第 7 節。

第 3 節 決定選擇哪個計劃

第 3.1 節 – 如果您希望繼續參保 Elderplan Flex (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 日之前未參保其他計劃或變更為傳統的聯邦醫療保險，您將自動參保我們的 Elderplan Flex (HMO-POS)。

第 3.2 節 – 如果您希望變更計劃

我們希望您能在明年繼續保持會員身份，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 聯邦醫療保險健康計劃，
- – 或者 – 您可以轉至傳統的聯邦醫療保險。如果您變更為傳統的聯邦醫療保險，您需要決定是否加入 Medicare 聯邦醫療保險藥物計劃。如果您沒有加入 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。

若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（請查看第 7.2 節）。

我們想提醒您，Elderplan, Inc. 還提供其他 Medicare 聯邦醫療保險健康計劃。這裡所說的其他計劃可能具有不同的承保範圍、每月保費和分攤費用金額。

第 2 步：變更您的保險

- 若要變更為其他 Medicare 聯邦醫療保險健康計劃，請參保新的計劃。您將會自動從 Elderplan Flex (HMO-POS) 退保。
- 若要變更為包含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 Flex (HMO-POS) 退保。

- 若要變更為不包含處方藥計劃的傳統的聯邦醫療保險，您必須：
 - 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 變更計劃的截止日期

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** 聯邦醫療保險健康計劃（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 聯邦醫療保險健康計劃（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。若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，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天；
 - 社會安全局辦事處代表，電話 1-800-772-1213，服務時間為早上 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
 - 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、年齡或醫療狀況幫助其支付處方藥費用。有關該計劃的更多詳情，請諮詢您的州健康保險援助計劃。

- **HIV/AIDS 患者的處方藥分攤費用補助。** 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 Drug Assistance Program 獲得處方藥分攤費用補助。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 您有任何問題？

第 7.1 節 – 從 Elderplan Flex (HMO-POS) 獲取幫助

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早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 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。詳情請查看 Elderplan Flex (HMO-POS) 2024 年「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遵循的規則。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。我們想提醒您，我們的網站提供關於我們的提供者網絡的最新資訊（「醫療服務提供者與藥房目錄」），以及我們的「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

若要直接從 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各個 Medicare 聯邦醫療保險健康計劃。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，Medicare 都會將此文件郵寄給 Medicare 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：
 - 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：
 - 合格的翻譯員
 - 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。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：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，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 pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasalang-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 quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-353-3765 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpfen. 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 대해 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 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم بمساعدتك. هذه خدمة فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-353-3765 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية مجاناً.

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.

Português: 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。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 রয়েছে। একজন দোভাষী পেতে, আমাদের কেবল 1-800-353-3765 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন। বাংলা বলতে পারেন এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারবেন। পরিষেবাটি বিনামূল্যে।

Greek: Διαθέτουμε υπηρεσία δωρεάν διερμηνείας προκειμένου να απαντούμε σε οποιοσδήποτε 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 אונזער העלט אדער דראג פלאן. צו באקומען א דאלמעטשער, רופט אונז אויף 1-800-353-3765 (TTY: 711) איינער וואס רעדט אידיש/שפראך קען 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 1-800-353-3765 (TTY: 711) پر کال کریں۔ اردو بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت خدمت ہے۔