

Elderplan Flex (HMO-POS) offered by Elderplan, Inc.

2025 年度變更通知

您目前已參保成為 Elderplan Flex (HMO-POS) 的會員。明年的計劃費用和福利將會有所變更。**請查看第 6 頁的重要費用概述，包括保費。**

本文件說明了關於您的計劃的變更。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。
 - 檢閱醫療護理費用的變更（醫生、醫院）。
 - 檢閱我們藥物承保範圍的變化，包括承保範圍限制和分攤費用。
 - 想一想您將在保費、自付額和分攤費用上花多少錢。
 - 查看 2025 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。

- 比較 2024 年和 2025 年計劃資訊，以確定這些藥物在 2025 年是否進入不同的分攤費用等級或將受到不同的限制，例如事先授權、階段療法或數量限制。
- 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。
- 查看您是否有資格獲得補助以支付處方藥費用。收入有限的人士可能有資格享有 Medicare 聯邦醫療保險的「額外補助」。
- 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《2025 年 Medicare 與您》(Medicare & You 2025) 手冊背面的清單。如需其他支援，請聯絡您的州健康保險援助計劃 (SHIP)，與受過專業訓練的顧問交談。
- 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 2024 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。新的承保將於 **2025 年 1 月 1 日** 生效。這將終止您的 Elderplan Flex (HMO-POS) 參保。

- 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）。如果您最近搬離了某個機構，在搬離當月後兩個月內，您可以轉換計劃或轉至傳統的聯邦醫療保險。

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，電話號碼是 1-800-353-3765。（TTY 使用者可致電 711。）服務時間：上午 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。
- 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》(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 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「計劃」或「我們的計劃」時，是指 Elderplan Flex (HMO-POS)。
-

H3347_EPC17729_M

2025 年度變更通知 目錄

2025 年重要費用概述	6
第 1 節 明年的福利與費用變更	16
第 1.1 節 – 每月保費的變更.....	16
第 1.2 節 – 您的最高自付費用金額的變更.....	17
第 1.3 節 – 醫療服務提供者與藥房網絡的變更.....	18
第 1.4 節 – 醫療服務福利和費用的變更.....	18
第 1.5 節 – D 部分處方藥承保的變更.....	30
第 2 節 管理變更	41
第 3 節 決定選擇哪個計劃	42
第 3.1 節 – 如果您希望繼續參保 Elderplan Flex (HMO-POS).....	42
第 3.2 節 – 如果您希望變更計劃.....	42
第 4 節 變更計劃的截止日期	44
第 5 節 提供 Medicare 聯邦醫療保險免費諮詢的 計劃	45
第 6 節 幫助支付處方藥費用的計劃	46
第 7 節 有任何疑問？	48
第 7.1 節 – 從 Elderplan Flex (HMO-POS) 獲取幫助.....	48
第 7.2 節 – 從 Medicare 聯邦醫療保險獲取幫助.....	49

2025 年重要費用概述

下表在幾個重要方面對 Elderplan Flex (HMO-POS) 的 2024 年費用和 2025 年費用進行了比較。請注意，這只是對變更的概述。

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
月繳計劃保費* * 您的保費可能高於此金額。請參見第 1.1 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。 2025 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。 2025 年無變更。
最高自付費用金額 這是您為網絡內和網絡外承保的 A 部分和 B 部分服務支付的最高自付費用。 (請參見第 1.2 節瞭解詳情。)	網絡內和網絡外合計 \$7,550	網絡內和網絡外合計 \$7,550 2025 年無變更。

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
醫生診室就診	網絡內 主治醫生就診： 每次就診您需支 付 \$0 的共付額。	網絡內 主治醫生就診： 每次就診您需支 付 \$0 的共付額。 2025 年無變更。
	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。	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。 2025 年無變更。

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
住院	<p>網絡內：</p> <p>每個受益期的金額為：</p> <p>第 1-5 天：每天 \$390 的共付額。</p> <p>第 6 天及之後：每天 \$0 的共付額。</p> <p>需要授權。</p>	<p>網絡內：</p> <p>每個受益期的金額為：</p> <p>第 1-5 天：每天 \$390 的共付額。</p> <p>第 6 天及之後：每天 \$0 的共付額。</p> <p>需要授權。</p> <p>2025 年無變更。</p>

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
<p>D 部分處方藥承保 (請查看第 1.5 節瞭解詳情。)</p>	<p>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。</p> <hr/> <p>初始承保階段期間： 標準零售費用分攤（網絡內）* Ω</p>	<p>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。</p> <hr/> <p>初始承保階段期間： 標準零售費用分攤（網絡內）* Ω</p>

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
D 部分處方藥承保 (續)	<p>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份藥物份量的費用：</p> <p>第 1 級：首選副廠藥 – 您需支付 \$0 的共付額。</p> <p>第 2 級：副廠藥 – 您需支付 \$10 的共付額。</p> <p>第 3 級：首選原廠藥 – 您需支付 \$47 的共付額。</p>	<p>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份的費用</p> <p>第 1 級：首選副廠藥 – 您需支付 \$0 的共付額。</p> <p>第 2 級：副廠藥 – 您需支付 \$10 的共付額。</p> <p>第 3 級：首選原廠藥 – 您需支付 \$47 的共付額。</p>

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
D 部分處方藥承保 (續)	<p>第 4 級：非首選藥物 – 您需支付 \$100 的共付額。</p> <p>第 5 級：特殊級藥 – 您需支付 25% 的共同保險。</p> <hr/>	<p>第 4 級：非首選藥物 – 您需支付 \$100 的共付額。</p> <p>第 5 級：特殊級藥 – 您需支付 28% 的共同保險。</p> <hr/>
	<p>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：</p>	<p>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：</p>

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
D 部分處方藥承保 (續)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
D 部分處方藥承保 (續)	第 4 級：非首選藥物 –	第 4 級：非首選藥物 –
	零售 – 您需支付 \$300 的共付額。	零售 – 您需支付 \$300 的共付額。
	郵購 – 您需支付 \$200 的共付額。	郵購 – 您需支付 \$200 的共付額。
	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。	零售 – 您需支付 28% 的共同保險。
	郵購 – 您需支付 25% 的共同保險。	郵購 – 您需支付 28% 的共同保險。
*標準零售也可提供 60 天的供藥。	*標準零售也可提供 60 天的供藥。	
†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。	

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
<p>D 部分處方藥承保 (續)</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。</p> <hr/>	<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。</p> <hr/>

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
D 部分處方藥承保 (續)	<p>重大傷病承保階段：</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>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。請參閱「低收入補貼 (LIS) 附則」。</p>	<p>重大傷病承保階段：</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>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。請參閱「低收入補貼 (LIS) 附則」。</p>

第 1 節 明年的福利與費用變更

第 1.1 節 – 每月保費的變更

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
<p>每月保費</p> <p>(您必須繼續繳納您的 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分保費。)</p>	<p>您不需要支付 D 部分保費。</p>	<p>您不需要支付 D 部分保費。</p> <p>2025 年無變更。</p>

- 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 1.2 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	2024 (今年)	2025 (明年)
<p>最高自付費用金額 您的承保醫療服務費用（例如共付額）計入您的最高自付費用金額。您的計劃保費和處方藥費用不計入您網絡內和網絡外合計的最高自付費用金額。</p>	<p>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： \$7,550 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 \$7,550 的自付費用，則無需為該曆年剩餘時間的 A 部分和 B 部分承保服務支付任何費用。</p> <p>2025 年無變更。</p>

第 1.3 節 – 醫療服務提供者與藥房網絡的變更

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。

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。

我們明年的醫療服務提供者網絡和藥房網絡會有變更。請檢閱 **2025 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 1.4 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	2024 (今年)	2025 (明年)
牙科服務 – 補充性 綜合牙科服務	<p>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 的網絡內和網絡外合計年度最高金額。預防性牙科不計入網絡內和網絡外合計年度最高金額。</p> <p>每年的網絡內和網絡外合計福利限額 \$1,500 用完之後，會員將承擔全部費用。</p> <p>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>您需為補充性綜合牙科服務支付 \$0 的共付額，直至達到 \$2,500 的網絡內和網絡外合計年度最高金額。預防性牙科不計入網絡內和網絡外合計年度最高金額。</p> <p>每年的網絡內和網絡外合計福利限額 \$2,500 用完之後，會員將承擔全部費用。</p> <p>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>

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
牙科服務 – 補充性 綜合牙科服務 (續)	<u>修復服務：指定服務代碼</u> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 的共付額/ 每 6 個月 1 次 • \$0 的共付額/ 每 24 個月 1 次 • \$0 的共付額/ 每 60 個月 1 次 	<u>修復服務：指定服務代碼</u> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 的共付額/ 每 6 個月 1 次 • \$0 的共付額/ 每 24 個月 1 次 • \$0 的共付額/ 每 60 個月 1 次
	<u>牙髓治療服務：指定服務代碼</u> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 的共付額/ 終身 1 次 	<u>牙髓治療服務：指定服務代碼</u> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 的共付額/ 終身 1 次
	<u>牙周病治療服務：指定服務代碼</u> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 的共付額/ 每 36 個月 1 次 • \$0 的共付額/ 每 60 個月 1 次 	<u>牙周病治療服務：指定服務代碼</u> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 的共付額/ 每 36 個月 1 次 • \$0 的共付額/ 每 60 個月 1 次

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
牙科服務 – 補充性 綜合牙科服務 (續)	<u>假牙修復服務</u> <u>(可摘除義齒)</u> ：指定服務 代碼 <ul style="list-style-type: none"> • \$0 的共付額/ 每 12 個月 1 次 • \$0 的共付額/ 每 60 個月 1 次 • 指定服務代碼 以 \$0 的共付額 承保，且無頻 次限制。 	<u>假牙修復服務</u> <u>(可摘除義齒)</u> ：指定服務 代碼 <ul style="list-style-type: none"> • \$0 的共付額/ 每 12 個月 1 次 • \$0 的共付額/ 每 60 個月 1 次 • 指定服務代碼 以 \$0 的共付額 承保，且無頻 次限制。
	<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 • 指定服務代碼 以 \$0 的共付額 承保，且無頻 次限制。 	<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 • 指定服務代碼 以 \$0 的共付額 承保，且無頻 次限制。

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
牙科服務 – 補充性 綜合牙科服務 (續)	<p data-bbox="641 346 974 514"><u>口腔與上頷面手術服務</u>；指定服務代碼</p> <ul data-bbox="649 535 1015 1060" style="list-style-type: none"> • \$0 的共付額/ 每 12 個月 1 次 • \$0 的共付額/ 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 data-bbox="641 1123 966 1239"><u>附加一般服務</u>：指定服務代碼</p> <ul data-bbox="649 1260 1015 1491" style="list-style-type: none"> • 指定服務代碼以 \$0 的共付額承保，且無頻次限制。 	<p data-bbox="1031 346 1364 514"><u>口腔與上頷面手術服務</u>；指定服務代碼</p> <ul data-bbox="1039 535 1404 1060" style="list-style-type: none"> • \$0 的共付額/ 每 12 個月 1 次 • \$0 的共付額/ 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 data-bbox="1031 1123 1356 1239"><u>附加一般服務</u>：指定服務代碼</p> <ul data-bbox="1039 1260 1404 1491" style="list-style-type: none"> • 指定服務代碼以 \$0 的共付額承保，且無頻次限制。

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
耐用醫療設備和相關用品	<p>網絡內： 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的耐用醫療設備 (DME) 和相關用品，您需支付 20% 的共同保險。</p> <p>僅特定物品（譬如但不限於高價值、機動和定製設備或物品）才需獲得授權。</p>	<p>網絡內： 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的耐用醫療設備 (DME) 和相關用品，您需支付 20% 的共同保險。</p> <p>僅特定物品（譬如但不限於高價值、機動和定製設備或物品）才需獲得授權。</p> <p>對於網絡內藥房提供的 Freestyle Libre 持續血糖監測儀和用品，您支付 \$0 的共付額。</p> <p>需要授權</p>

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
現金 Flex 卡	<p>不需要為現金 Flex 卡支付共同保險或共付額。</p> <p>您將收到 \$500 補貼，可在 2024 年用於支付牙科、視力、聽力和/或健身服務的自付費用。</p> <p>任何未使用的福利金額將於該曆年結束時或您退出計劃時失效。</p>	<p>不需要為現金 Flex 卡支付共同保險或共付額。</p> <p>您將收到 \$500 的補貼，可在 2025 年用於支付以下服務的自付費用：緊急服務、急症治療服務、職能治療服務、專科醫生服務、精神健康專科服務（個人與團體）、足病學服務、其他醫療保健專業人員、精神科服務</p>

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
現金 Flex 卡 (續)		(個人與團體)、物理治療和言語語言病理學服務、診斷程序/檢查、放射線診斷服務、放射線治療服務、門診 X 光、常規足病學服務、牙科、視力、聽力和/或健身服務。任何未使用的福利金額將於該曆年結束時或您退出計劃時失效。

聽力服務（非 Medicare 聯邦醫療保險承保的聽力服務）

網絡內

不需要為每年一次的非 Medicare 聯邦醫療保險承保的常規聽力檢查、助聽器驗配/評估以及助聽器（所有類型）支付共同保險、共付額。

承保助聽器（所有類型）每年雙耳合計最高福利金額為 \$1,000（每隻耳朵 \$500）。

每年一次助聽器驗配/評估的共付額為 \$0。

需要醫生或專科醫生授權。

網絡內

不需要為每年一次的非 Medicare 聯邦醫療保險承保的常規聽力檢查、助聽器驗配/評估以及助聽器（所有類型）支付共同保險、共付額。

承保助聽器（所有類型）每年雙耳合計最高福利金額為 \$1,500（每隻耳朵 \$750）。

每年一次助聽器驗配/評估的共付額為 \$0。

需要醫生或專科醫生授權。

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥	對於 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥，您需要支付 20% 的共同保險或共付額。	對於 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥，您需要支付 20% 的共同保險或共付額。
	對於 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分胰島素藥物，您最多需支付 \$35。	對於 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分胰島素藥物，您最多需支付 \$35。
	Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥可能需遵從階段療法要求。	Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥不受階段療法要求的約束。
	某些藥物可能需要獲得授權。	某些藥物可能需要獲得授權。

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
監督運動療法 (SET)	對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的每次 SET (適用於 PAD) 治療，您需支付 \$25 的共付額。 需要授權。	對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的每次 SET (適用於 PAD) 治療，您需支付 \$20 的共付額。 需要授權。
視力護理 – 補充性視力護理	對於非 Medicare 聯邦醫療保險承保的眼鏡 (每個曆年的年度最高金額為 \$250)，包括隱形眼鏡或眼鏡 (鏡片和鏡架)，\$0 的共付額。	對於非 Medicare 承保的眼鏡 (每個曆年的年度最高金額為 \$500)，包括隱形眼鏡或眼鏡 (鏡片和鏡架)，\$0 的共付額。

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
全球緊急醫療/緊急載送服務/急症治療承保和旅行救援	不需要為全球緊急醫療/緊急載送服務/急症治療承保支付共同保險或共付額（最高福利金額為 \$50,000）。	不需要為全球緊急醫療/緊急載送服務/急症治療承保支付共同保險或共付額（最高福利金額為 \$50,000）。
	全球緊急旅行救援服務不受承保。	不需要為我們的全球緊急旅行救援服務提供者安排的全球緊急旅行救援服務支付共同保險或共付額。

第 1.5 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，在計劃年度內，我們可能會做出 Medicare 聯邦醫療保險規則允許的其他變更，而這些變更可能會對您有影響。我們會至少每月更新一次線上藥物清單，以提供最新的藥物清單。如果我們所做的變更會影響您獲取使用中的藥物，我們將向您發出有關變更的通知。

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 章並諮詢您的醫生瞭解您的選擇，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。

如果我們以一種新的副廠藥取代某一原廠藥，且該副廠藥與被取代的原廠藥相比處於相同或更低的分攤費用等級，具有相同或更少的限制，我們可能會立即將該原廠藥從藥物清單上刪除。另外，在加入新副廠藥時，我們可能還會決定將該原廠藥保留在藥物清單上，但會立即將其移至不同的分攤費用等級或增設限制，或者同時作出這兩種變更。

從 2025 年開始，我們可能會立即用某些生物仿製藥取代原研生物製品。這意味著，例如，如果您正在使用的原研生物製品即將被生物仿製藥所取代，您可能不會在我們作出變更前 30 天收到變更通知，或無法再從網絡內藥房取得原研生物製品一個月的藥量。如果我們作出變更時您正在使用原研生物製品，您仍會收到有關我們所作變更的資訊，但變更通知可能會在我們作出變更之後送達。

部分此類藥物對您而言可能是全新的藥物。有關藥物類型的定義，請參見《承保範圍說明書》的第 12 章。美國食品藥物管理局 (FDA) 還提供有關藥物的消費者資訊。請參見 FDA 網站：<https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>。

您也可以聯絡會員服務部或詢問您的醫療服務提供者、處方醫生或藥劑師瞭解更多資訊。

處方藥福利與費用的變更

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」）。如果您獲得「額外補助」但未在此資料包中找到此插頁，請致電會員服務部索取「LIS 附則」。

從 2025 年開始，有三個**藥物付款階段**：年度自付額階段、初始承保階段和重大傷病承保階段。承保缺口階段和承保缺口折扣計劃將不再包含在 **D 部分福利** 中。

承保缺口折扣計劃也將被製造商折扣計劃取代。根據製造商折扣計劃，在初始承保階段和重大傷病承保階段，藥物製造商會為承保的 **D 部分原廠藥和生物製品** 支付計劃全額費用的一部分費用。製造商折扣計劃下由製造商支付的折扣不計入自付費用。

自付額階段的變更

階段	2024 (今年)	2025 (明年)
<p>階段 1：年度自付額階段</p> <p>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，包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

初始承保階段分攤費用的變更

階段	2024 (今年)	2025 (明年)
<p>階段 2：初始承保階段</p> <p>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。</p>	<p>標準零售費用分攤 (網絡內) *Ω</p> <p>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：</p> <p>第 1 級： 首選副廠藥 – 您需支付 \$0 的共付額。</p> <p>第 2 級： 副廠藥 – 您需支付 \$10 的共付額。</p>	<p>標準零售費用分攤 (網絡內) *Ω</p> <p>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：</p> <p>第 1 級： 首選副廠藥 – 您需支付 \$0 的共付額。</p> <p>第 2 級： 副廠藥 – 您需支付 \$10 的共付額。</p>

階段	2024 (今年)	2025 (明年)
<p>階段 2：初始承保階段 (續)</p> <p>我們變更了「藥物清單」中某些藥物的等級。若想瞭解您的藥物是否被劃分為其他等級，請查閱「藥物清單」。</p> <p>我們免費為您承保大多數成人 D 部分疫苗。</p>	<p>第 3 級：首選原廠藥 – 您需支付 \$47 的共付額。</p> <p>第 4 級：非首選藥物 – 您需支付 \$100 的共付額。</p> <p>第 5 級：特殊級藥 – 您需支付 25% 的共同保險。</p> <hr/> <p>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：</p>	<p>第 3 級：首選原廠藥 – 您需支付 \$47 的共付額。</p> <p>第 4 級：非首選藥物 – 您需支付 \$100 的共付額。</p> <p>第 5 級：特殊級藥 – 您需支付 28% 的共同保險。</p> <hr/> <p>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：</p>

階段	2024 (今年)	2025 (明年)
階段 2：初始承保 階段 (續)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

階段	2024 (今年)	2025 (明年)
<p>階段 2：初始承保 階段 (續)</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>*標準零售也可提供 60 天份量的供藥。</p>	<p>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。</p> <p>第 5 級：特殊級藥 – 零售 – 您需支付 28% 的共同保險。 郵購 – 您需支付 28% 的共同保險。</p> <p>*標準零售也可提供 60 天份量的供藥。</p>

階段	2024 (今年)	2025 (明年)
<p>階段 2：初始承保 階段 (續)</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。</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。</p>

階段	2024 (今年)	2025 (明年)
階段 2：初始承保 階段 (續)	<p>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。請參閱「低收入補貼 (LIS) 附則」。</p> <hr/> <p>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)。</p>	<p>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。請參閱「低收入補貼 (LIS) 附則」。</p> <hr/> <p>一旦您為 D 部分藥物支付了 \$2,000 的自付費用，您將進入下一個階段 (重大傷病承保階段)。</p>

重大傷病承保階段的變更

重大傷病承保階段是第三個階段，也是最後一個階段。從 2025 年開始，在重大傷病承保階段期間，藥物製造商會為承保的 D 部分原廠藥和生物製品支付計劃全額費用的一部分費用。製造商折扣計劃下由製造商支付的折扣不計入自付費用。

有關您在重大傷病承保階段的費用的具體資訊，請參見《承保範圍說明書》第 6 章第 6 節。

第 2 節 管理變更

描述	2024 (今年)	2025 (明年)
<p>Medicare 聯邦醫療保險處方藥付款計劃</p>	<p>不適用</p>	<p>Medicare 聯邦醫療保險處方藥付款計劃 (Medicare Prescription Payment Plan) 是一個新的付款選項，可與您當前的藥物保險配合使用。它透過將您的藥物分攤費用到全年（1 月 – 12 月）每月金額不等的付款中，從而幫助您管理藥物費用。</p> <p>如需進一步瞭解此付款選項，請致電 1-866-490-2102 (TTY: 711) 聯絡我們，或瀏覽 Medicare.gov。</p>

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 2025 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 1.1 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《2025 年 Medicare 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 – 聯絡 Medicare 聯邦醫療保險要求退保，電話：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。

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 2025 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 2025 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 2025 年 1 月 1 日到 3 月 31 日期間轉到另一項 Medicare 聯邦醫療保險健保計劃（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）。如果您最近搬離了某個機構，在搬離當月後兩個月內，您可以轉換計劃或轉至傳統的聯邦醫療保險。

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。您可致電 HIICAP，電話：1-212-602-4180（紐約市五大行政區內）或 1-800-701-0501（紐約市五大行政區外）您可以透過瀏覽他們的網站 (<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-programs>)，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)。TTY 使用者應撥打 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。TTY 使用者可致電 1-800-325-0778；或
 - 您的州 Medicaid 醫療補助辦公室。
- **從您的州醫藥援助計劃獲得幫助。**紐約州提供一項老年人藥品保險計劃 (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 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。要符合您所

在州營運的 ADAP 的資格，個人必須滿足特定條件，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) 獲得處方藥分攤費用補助。如需瞭解關於資格標準、承保藥物、如何參加該計劃的資訊，或想要瞭解如果您現已參加計劃，如何繼續獲得補助，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。**從 2025 年開始，Medicare 聯邦醫療保險處方藥付款計劃是一個新增的付款選項，可幫助您管理藥物自付費用。這個新增的付款選項可與您當前的藥物保險配合使用。它透過將您的藥物費用分攤到全年（1 月 – 12 月）每月金額不等的付款中，從而幫助您管理藥物費用。此付款選項可能有助於您管理費用，但它不能為您節省或降低藥費。

對於符合資格的人士，Medicare 聯邦醫療保險的「額外補助」和來自 SPAP 和 ADAP 的補助比參與 Medicare 聯邦醫療保險處方藥付款計劃更為有利。所有會員均有資格參與此付款計劃，無論收入水平如何，所有附帶藥物保險的 Medicare 聯邦醫療保險藥物計劃及 Medicare 聯邦醫療保險健保計劃必須提供此付款選項。如需進一步瞭解此付款選項，請致電 1-866-490-2102 (TTY: 711) 聯絡我們，或瀏覽 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)。

第 7 節 有任何疑問？

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

有任何疑問？我們將隨時隨地為您提供幫助。請撥打會員服務部號碼 1-800-353-3765（僅 TTY 使用者可致電 711）。電話服務時間為上午 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 **2025 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 2025 年的福利及費用發生的變更。詳情請查看 Elderplan Flex (HMO-POS) 2025 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。也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。TTY 使用者可致電 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、承保範圍和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《2025 年 Medicare 與您》

您可以閱讀《2025 年 Medicare 與您》手冊。每年秋季，該文件均會寄給 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。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。

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
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，民權協調員可向您提供幫助。

您還可透過民權辦公室投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，以電子方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該等投訴：

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（語障專線）

投訴表格可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 取得。

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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية مجانية.

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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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、1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (TTY: 711) پر کال کریں۔ اردو بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت خدمت ہے۔