

2024

elderplan®

帶領您到優質綜合醫療。SM



福利摘要

Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日

H3347_EPC17456_M

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

擬定生效日期 ____/____/____

主治醫生

姓名 _____

地址 _____

電話號碼 (____) _____

銷售代表姓名

重要電話號碼

會員服務部

1-800-353-3765，聽障專線 711
每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)



福利摘要

Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日


布朗士區、國王縣、納蘇縣、紐約、皇后區及威徹斯特縣

關於 Elderplan（長老計劃）

Elderplan（長老計劃）隸屬於 MJHS 醫療系統，是一家非營利健康護理組織，由四位布碌崙女士於 1907 年成立，其核心價值觀是仁愛、尊嚴和尊重。MJHS 在為不同種族、族裔、信仰、原國籍、性別認同或表達方式、性取向和服役狀況處於風險當中的紐約市民提供照護方面有悠長歷史。

成為 Elderplan/HomeFirst（長老計劃/第一家）會員的其中一個好處是，我們隸屬於 MJHS 醫療系統家族。該家族包括：MJHS 居家護理、MJHS 臨終關懷和舒緩治療服務，以及 MJHS Isabella 康復和護理中心及 MJHS Menorah 康復和護理中心。因此，如果您需要長期的額外援助，並願意接受 MJHS 的服務，Elderplan（長老計劃）團隊可以與來自整個系統的同事協作，更好地協調您的護理。

Elderplan（長老計劃）發現，保持健康有時並不像看醫生或按醫囑服藥那麼容易。遺憾的是，在享受優質健康護理服務上，因種族、族裔、性別和經濟穩定性而產生的差距仍然普遍存在。Elderplan（長老計劃）忠於我們的價值，透過致力於推動平等健康帶領您到優質綜合醫療，縮減護理差距，並確保我們的所有會員都能取得高品質計劃和服務。



Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

計劃概述

一項專為同時享有 Medicaid 醫療補助的 Medicare 聯邦醫療保險受益人設計的健康計劃，該計劃提供醫療、住院和處方藥承保，一切都匯集於一個簡單的計劃中。此外，還有額外的福利，例如無需支付額外費用即可在任何牙醫或專科醫生處就診、新的且範圍更廣泛的非處方 (OTC)** 和 Flex 消費卡，以及透過幫助協調您的福利、回答您的問題等來隨時為您提供支援和指引的專屬護理管理人。

本計劃的會員還可以參加我們的健康獎勵計劃（會員只需接受符合條件的篩查和疫苗接種即可獲得獎勵）。此外，本計劃的會員還可獲得健身房會籍以幫助保持健康，並可以使用我們備受好評的會員互動計劃。

Elderplan（長老計劃），帶領您到優質綜合醫療。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

目錄

第 I 節：福利摘要簡介	7
• Elderplan（長老計劃）聯絡資訊	
• 哪些人可以參保？	
• 關於 Medicare 聯邦醫療保險的有用資訊	
• 關於 Elderplan for Medicaid Beneficiaries 的資訊	
第 II 節：福利摘要	16
• 每月保費、自付額和最高自付費用	
• Medicare 聯邦醫療保險承保福利	
• 補充性預防和綜合牙科服務	
• 處方藥福利	
• 其他承保福利	
第 III 節：Elderplan（長老計劃）不承保的 Medicaid 醫療補助福利摘要	49
• Medicaid 醫療補助福利	

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

福利概覽

 新福利！可自由選擇任何專科醫生或牙醫，無需額外費用	\$0
 每月保費*	
 醫生看診（主治醫生護理）*	
 專科醫生護理*	
 擴展的針灸服務	
 BrainHQ® 提供的健腦遊戲	
 補充性預防牙科服務和 補充性綜合牙科服務	
 常規聽力檢查	
 常規足病學護理	
 常規視力檢查	
 Silver&Fit® 健身計劃	
 載送服務	
 使用 Teladoc® 24/7 輕鬆獲得護理	
 Flex 卡‡	
 非處方 (OTC) 福利	
 傳統的 OTC，現在還包括支付租金/房屋貸款、公用事業費用、網際網路費用、某些食品雜貨用品費用、送餐到家服務費用。 **	

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

*如果您未接受 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險分攤費用補助：

- 您每月需支付計劃保費 \$33.90。
- 對於主治醫生護理，您需支付 20% 的共同保險。
- 對於專科醫生護理，您需支付 20% 的共同保險。

~補充性預防牙科服務僅限於指定的服務代碼。補充性綜合牙科服務僅限於指定的服務代碼，並且每年的網絡內和網絡外合計補貼為 \$1500；補充性預防牙科服務費用不計入每年的網絡內和網絡外合併年度最高金額。

**對於符合資格的會員（患有某些慢性疾病），慢性病特殊補充福利與 OTC 福利相結合，可支付租金/抵押貸款、公用事業費用、網際網路費用、某些雜貨用品費用和送餐到家服務費用（作為 OTC 補貼的一部分）。符合資格的會員將獲得通知及有關如何獲取該福利的說明。

‡Flex 卡福利提供 \$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。

第 I 節：福利摘要簡介

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。能否參保 Elderplan（長老計劃）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）。

本手冊概述了本計劃的承保範圍及您需要支付的費用。本文件並未羅列出我們承保的所有服務，亦未列舉每種限制或排除在外的項目。如要獲得我們所承保服務的完整清單，請查看 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)「承保範圍說明書」。「承保範圍說明書」的副本已列於我們的網站：
www.elderplan.org。

Elderplan（長老計劃）聯絡資訊

Elderplan for Medicaid Beneficiaries 服務時間

- 10 月 1 日到 3 月 31 日期間，您可在每週 7 天的上午 8 點至晚上 8 點（美國東部時間）聯絡我們。
- 4 月 1 日到 9 月 30 日期間，您可在週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點（美國東部時間）聯絡我們。

Elderplan for Medicaid Beneficiaries 電話號碼和網站

- 如您為本計劃的會員，請撥免費電話：**1-800-353-3765**。（聽障人士可致電 **711**。）服務時間：上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。
- 如您不是本計劃的會員，請撥免費電話：**1-866-695-8101**。（聽障人士可致電 **711**。）服務時間：早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。
- 我們的網站：www.elderplan.org。

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：早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。本資訊提供其他格式的版本，包括盲文或其他格式。若您需要其他格式或語言的計劃資訊，請透過上述號碼致電會員服務部。

哪些人可以參保？

要參保 Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)，您須符合 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分資格，參保了 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分並居住在我們的服務區內。

我們的服務區包含紐約的以下縣區：布朗士區、國王縣、納蘇縣、紐約、皇后區及威徹斯特。

符合 Medicare 聯邦醫療保險和 Medicaid 醫療補助資格的人士稱之為雙重資格受益人。您必須符合 Medicaid 醫療補助的承保資格，並符合 Elderplan for Medicaid Beneficiaries 的參保資格要求。您可獲得的 Medicaid 醫療補助福利由紐約州決定，並且根據您的收入和資產情況可能會各有不同。藉由 Medicaid 醫療補助提供的援助，某些雙重資格受益人無需支付特定的 Medicare 聯邦醫療保險費用。作為符合 Medicaid 醫

療補助承保資格的 Elderplan for Medicaid Beneficiaries 會員，您可能額外獲得 Medicaid 醫療補助提供的福利。

關於 Medicare 聯邦醫療保險的有用資訊

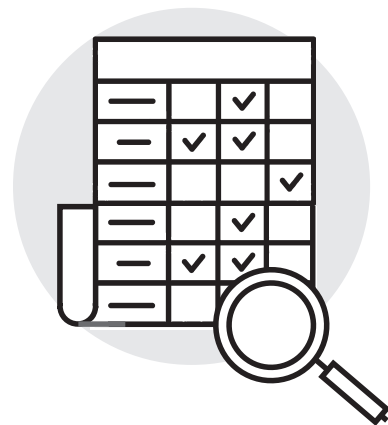
您可以選擇獲取 Medicare 聯邦醫療保險福利的方式

- 一個選擇是透過傳統的聯邦醫療保險（按服務收費的 Medicare 聯邦醫療保險）獲取您的 Medicare 聯邦醫療保險福利。傳統的聯邦醫療保險直接由聯邦政府營運。瀏覽 Medicare 聯邦醫療保險網站 (www.medicare.gov)。
- 另一個選擇是透過參保 Medicare 聯邦醫療保險健康計劃（如 Elderplan For Medicaid Beneficiaries [HMO-POS D-SNP]），獲取您的 Medicare 聯邦醫療保險福利。

Medicare 聯邦醫療保險選擇對比提示

本福利摘要手冊概述了 Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 的承保範圍及您需要支付的費用。

- 您可使用本福利摘要對比 Elderplan for Medicaid Beneficiaries 及傳統的聯邦醫療保險。本手冊中的圖表羅列了部分重要健康福利。就每項福利而言，您可看到我們計劃的承保內容。我們的會員可獲得傳統的聯邦醫療保險提供的所有福利。Medicaid 醫療補助部分包括了有關您從 Medicaid 醫療補助可能獲得的服務的資訊。該等承保福利可能會逐年變更。



福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

- 如要進一步瞭解傳統的聯邦醫療保險的承保範圍和費用，請查看最新的「**Medicare 聯邦醫療保險與您**」手冊。線上瀏覽 <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf> 或致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 索取副本，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**。
- 如要比較我們的計劃與其他 Medicare 聯邦醫療保險健康計劃，請向其他計劃索取其福利摘要手冊。或使用 www.medicare.gov/plan-compare 上的 Medicare 聯邦醫療保險計劃搜尋器。



關於 Elderplan for Medicaid Beneficiaries 的資訊

我們計劃的特殊資格要求

我們的計劃旨在滿足享有某些 Medicaid 醫療補助福利之人士的需求。（Medicaid 醫療補助是一項聯邦與州政府的聯合計劃，幫助為某些收入和資產有限的人士支付醫療費用。）要符合我們計劃的參保條件，您必須：同時符合 Medicare 聯邦醫療保險和 Medicaid 醫療補助，或符合 Medicare 聯邦醫療保險和 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險分攤費用補助的資格。此外，您：

- 必須已參保 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分。
- 必須居住在計劃的服務區內：布朗士區、國王縣、納蘇縣、紐約、皇后區及威徹斯特縣。
- 必須是美國公民或在美國合法居留。
- 必須滿足下述特殊資格要求。

您可獲得的 Medicaid 醫療補助福利由紐約州決定，並且根據您的收入和資產情況可能會各有不同。藉由 Medicaid 醫療補助提供的援助，某些雙重資格受益人無需支付特定的 Medicare 聯邦醫療保險費用。我們的計劃提供的 Medicaid 醫療補助福利類別和援助類型列示如下：

- **符合全部福利雙重資格的人士 (FBDE)：**幫助支付 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分保費及其他分攤費用（如自付額、共同保險和共付費）。這些人士也有權享有完整 Medicaid 醫療補助福利。
- **符合條件的 Medicare 聯邦醫療保險受益人 (QMB 和 QMB+)：**幫助支付 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分保費及其他分攤費用（如自付額、共同保險和共付費）。（某些 QMB 受保人也

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

符合完整 Medicaid 醫療補助福利的條件 [QMB+]。)

- **符合條件的個人 (QI)**：幫助支付 B 部分保費。
- **符合條件的有殘障但仍在工作的個人 (QDWI)**：幫助支付 A 部分保費。

請注意：如果您喪失了資格，但是合理預期可於三 (3) 個月內重獲資格，則您仍然有資格成為我們計劃的會員（「承保範圍說明書」第 4 章第 2.1 節向您說明視為仍然符合資格期間的承保和分攤費用）。

我可以使用哪些醫生、醫院和藥房？

Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 擁有一個由醫生、醫院、藥房和其他提供者組成的服務網絡。我們的計劃允許您根據我們提供的廣泛福利在網絡內和網絡外提供者處就診。我

們的計劃承保我們的醫療服務提供者和藥房目錄中列出的任何網絡內提供者的服務和福利。我們的計劃還包括針對任何未選擇退出 Medicare 聯邦醫療保險的 Medicare 聯邦醫療保險認證提供者的某些服務和福利的服務點承保。

一般而言，您必須使用網絡內藥房配取承保的 D 部分處方藥。您可以在我們的網站 www.elderplan.org 上查看本計劃的醫療服務提供者和藥房目錄，或致電給我們，我們將向您寄送醫療服務提供者和藥房目錄的副本。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

我們承保什麼？

像所有 Medicare 聯邦醫療保險健康計劃一樣，我們承保傳統的聯邦醫療保險承保的所有項目，範圍甚至比傳統的聯邦醫療保險的更廣。

- 我們的會員可獲得傳統的聯邦醫療保險承保的所有福利。
- 我們的會員還可獲得傳統的聯邦醫療保險承保範圍以外的福利。本手冊列出了部分額外福利。
- 我們承保 D 部分藥物。另外，我們承保 B 部分藥物，例如化療藥物和您的提供者所施用的部分藥物。

您可以在我們的網站

www.elderplan.org 上查看完整的計劃處方藥一覽表（D 部分處方藥清單）和任何限制，或致電給我們，我們將向您寄送處方藥一覽表的副本。

如何確定我的藥費？

我們的大部分 Elderplan for Medicaid Beneficiaries 會員接受其處方藥費用的「額外補助」。若您領取「額外補助」，您的自付額和分攤費用金額取決於您所獲得的「額外補助」等級。作為我們計劃的會員，您將收到一份說明您藥物保險的單獨插頁，該插頁稱為「取得額外補助支付處方藥之人士的承保證書附則」（也稱為「低收入補貼附則」或「LIS 附則」）。請查看「LIS 附則」，獲取關於自付額和分攤費用金額的資訊。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

如果您**未**接受「額外補助」，您需要自己支付 D 部分藥物費用。若您對「額外補助」存有疑問，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，電話：**1-800-772-1213**，服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 7 點。聽障人士可致電 **1-800-325-0778**（申請）；或
- 紐約州衛生署（社會服務部）HRA Medicaid 熱線：**1-888-692-6116**，服務時間為週一至週五，上午 9 點至下午 5 點。聽障人士可致電 **711**。



福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

第 II 節：福利摘要

以下是 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 計劃的健康護理費用。如果您符合此計劃中的資格要求，則 Medicaid 醫療補助可能會幫助您支付您可能會產生的任何健康護理費用。

Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)		
每月保費 (D 部分保費)	\$0 或 \$33.90	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）。 如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險分攤費用補助資格，則您需支付的計劃保費為 \$0。
B 部分自付額	\$0 或 \$240	如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險分攤費用補助資格，則您需支付的 B 部分自付額為 \$0。 本計劃有住院服務和住院精神病服務的自付額。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

合計最高自付費用

\$8,850 網絡內和網絡外合計

像所有的 Medicare 聯邦醫療保險健康計劃一樣，本計劃對您的醫療和醫院護理自付費用設有年度限額，以保護您的利益。

如果您達到網絡內和網絡外合計自付費用的限額，可繼續獲得承保的醫院和醫療服務，我們將全額支付年內剩餘時間的費用。

請注意，您仍需支付您的計劃保費及 D 部分處方藥的分攤費用。

如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險分攤費用補助資格，對於承保的 A 部分和 B 部分服務，您無需負責支付任何計入合計最高自付費用的自付費用。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Medicare 聯邦醫療保險承保福利			
健康需求或問題	承保福利	您的分攤費用	您應瞭解的事宜
您需要住院護理	住院服務	<p>在指定的受益期期間，適用按住院標準計算的自付額。2024 年每個受益期的金額為 \$0* 或：\$1,632 的自付額。</p> <p>第 1 至 60 天：每天的共付費為 \$0。</p> <p>第 61 至 90 天：每天的共付費為 \$408。</p> <p>第 91 天及之後：每個終身儲備日 \$816 的共付費。</p> <p>超出終身儲備日後：您支付所有費用。</p>	需要授權。

*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險分攤費用補助資格，則需支付 \$0。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Medicare 聯邦醫療保險承保福利			
健康需求或問題	承保福利	您的分攤費用	您應瞭解的事宜
您需要住院護理 (續)	門診醫院服務	0% 或 20% 的共同保險。*	
	門診手術中心 (ASC)	0% 或 20% 的共同保險。*	

*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險分攤費用補助資格，則需支付 \$0。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Medicare 聯邦醫療保險承保福利			
健康需求或問題	承保福利	您的分攤費用	您應瞭解的事宜
您想去看醫生	主治醫生	對於每次就診， 0% 或 20% 的共同保險。*	此項福利也可以透過遠程醫療服務獲得。請致電您當前的提供者獲取詳細資訊。
	專科醫生	網絡內： 對於每次就診， 0% 或 20% 的共同保險。* 網絡外： 對於每次就診， 0% 或 20% 的共同保險。*	此項福利也可以透過遠程醫療服務在網絡內獲得。請致電您當前的提供者獲取詳細資訊。
	執業護士和醫生助理	網絡內： 對於每次就診， 0% 或 20% 的共同保險。* 網絡外： 對於每次就診， 0% 或 20% 的共同保險。*	僅上門看診需要授權。

*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險分攤費用補助資格，則需支付 \$0。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Medicare 聯邦醫療保險承保福利			
健康需求或問題	承保福利	您的分攤費用	您應瞭解的事宜
您想去看醫生 (續)	預防性護理	\$0 的共付費。	在福利年期間，Medicare 聯邦醫療保險可能會承保預防性護理服務。
		<ul style="list-style-type: none"> • 腹主動脈瘤篩檢 • 酒精濫用篩檢和諮詢 • 基於血液的生物標誌物檢測 • 心血管疾病 (行為治療) • 心血管疾病篩檢 • 子宮頸癌和陰道癌篩檢 • 結腸直腸癌篩檢 <ul style="list-style-type: none"> - 多目標糞便 DNA 測試 - 鋇灌腸篩檢 - 結腸鏡篩檢 - 糞便隱血篩檢 - 軟式乙狀直腸內視鏡篩檢 	

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Medicare 聯邦醫療保險承保福利			
健康需求或問題	承保福利	您的分攤費用	您應瞭解的事宜
您想去看醫生 (續)	預防性護理 (續)		<ul style="list-style-type: none"> • 憂鬱症篩檢 • 糖尿病篩檢 • B 型肝炎病毒 (HBV) 感染篩檢 • C 型肝炎篩檢測試 • HIV 篩檢 • 肺癌篩檢 • 乳房 X 光檢查 (篩檢) • Medicare 聯邦醫療保險糖尿病預防計劃 • 營養治療服務 • 肥胖症篩檢和諮詢 • 前列腺癌篩檢 (PSA) • 性傳染疾病 (STI) 篩檢和諮詢 • 戒菸諮詢 • COVID-19 疫苗、流感疫苗、B 型肝炎疫苗、肺炎鏈球菌疫苗 • 「歡迎加入 Medicare 聯邦醫療保險」預防性診斷 (僅一次) • 健康年檢

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Medicare 聯邦醫療保險承保福利			
健康需求或問題	承保福利	您的分攤費用	您應瞭解的事宜
您想去看醫生 (續)	預防性護理 (續)	0% 或 20% 的共同保險。*	<ul style="list-style-type: none"> • 糖尿病自我管理培訓 • 青光眼測試
您需要緊急護理	緊急護理	對於每次就診，0% 或 20% 的共同保險 (最多 \$100)。*	如果您在 24 小時內住院，則無分攤費用。
	急症護理	對於每次就診，0% 或 20% 的共同保險 (最多 \$55)。*	此項福利也可以透過遠程醫療服務獲得。請致電您當前的提供者獲取詳細資訊。

*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險分攤費用補助資格，則需支付 \$0。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Medicare 聯邦醫療保險承保福利			
健康需求或問題	承保福利	您的分攤費用	您應瞭解的事宜
您需要醫學檢測	診斷服務/ 化驗/影像 拍攝 • Medicare 聯邦醫療 保險承保 的化驗 服務 • 門診血液 服務	每次服務 \$0 的共 付費。	
	診斷服務/ 化驗/影像 拍攝 • 診斷測試 和程序 • 門診 X 光 檢查	對於每項服務， 0% 或 20% 的共同 保險*。	

*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險分攤費用補助資格，則需支付 \$0。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Medicare 聯邦醫療保險承保福利			
健康需求或問題	承保福利	您的分攤費用	您應瞭解的事宜
您需要醫學檢測 (續)	<ul style="list-style-type: none"> 放射線治療服務 (如癌症的放射治療) 放射線診斷服務 (如 MRI 和 CT 掃描) 	對於每項服務，0% 或 20% 的共同保險*。	僅正電子放射斷層掃描 (PET)、磁共振成像 (MRI)、磁共振血管造影 (MRA) 和 CAT 掃描 (CT) 需要授權。

*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險分攤費用補助資格，則需支付 \$0。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Medicare 聯邦醫療保險承保福利			
健康需求或問題	承保福利	您的分攤費用	您應瞭解的事宜
您需要聽力護理	聽力檢查	對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的聽力檢查，0% 或 20% 的共同保險。*	
		對於每 3 年一次的非 Medicare 聯邦醫療保險承保的（常規）聽力檢查，\$0 的付款。	
	助聽器	每 3 年雙耳合計的最高福利限額為 \$1,300。 每 3 年一次的助聽器驗配和評估的共付費為 \$0。	助聽器需要醫生或專科醫生授權。

*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險分攤費用補助資格，則需支付 \$0。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Medicare 聯邦醫療保險承保福利			
健康需求或問題	承保福利	您的分攤費用	您應瞭解的事宜
您需要牙科護理	綜合性牙科服務	對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的服務，0% 或 20% 的共同保險。*	
	補充性預防性牙科服務	補充性預防牙科服務僅限於下列類別中選定的服務代碼。服務在網絡內和網絡外合計。	補充性預防牙科服務費用不計入綜合牙科服務網絡內和網絡外合計費用的年度最高限額。
	補充性綜合牙科服務	補充性綜合牙科服務的承保範圍僅限於下列類別中選定的服務代碼，且網絡內和網絡外合計年度補貼為 \$1,500。服務在網絡內和網絡外合計。	\$1,500 的網絡內和網絡外合計年度福利限額用完之後，會員將承擔全部費用。

*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險分攤費用補助資格，則需支付 \$0。

補充性預防和綜合牙科服務

網絡內和網絡外

承保服務	共付費	頻率
補充性診斷和預防牙科服務		
檢查		
定期口腔評估	免費	每 6 個月一次
有限口腔檢查	免費	每月一次
綜合口腔檢查	免費	每 6 個月一次
針對問題的口腔檢查	免費	每 6 個月一次
跟進檢查	免費	每 6 個月一次
綜合牙周檢查	免費	每 6 個月一次
X 光檢查		
全口系列 X 光檢查	免費	每 36 個月一次
根尖 X 光檢查	免費	承保
根尖 X 光檢查， 每增拍一片	免費	承保
咬合 X 光檢查	免費	每 6 個月一次
二維投影 X 光檢查	免費	每 6 個月一次
咬合 X 光檢查 – 單片	免費	每 6 個月一次
咬合 X 光檢查 – 雙片	免費	每 6 個月一次
咬合 X 光檢查 – 三片	免費	每 6 個月一次

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

咬合 X 光檢查 – 四片	免費	每 6 個月一次
垂直咬合 X 光檢查 – 七至八片	免費	每 6 個月一次
口腔全景 X 光檢查	免費	每 36 個月一次
頭顱 X 光檢查	免費	每 36 個月一次
二維攝影成像	免費	每 6 個月兩次

洗牙

預防清潔（洗牙）– 成人	免費	每 6 個月一次
--------------	----	----------

補充性綜合牙科服務

修復服務

白銀補牙 – 單面	免費	每 12 個月一次，每顆牙
白銀補牙 – 雙面	免費	每 12 個月一次，每顆牙
白銀補牙 – 三面	免費	每 12 個月一次，每顆牙
白銀補牙 – 四面或以上	免費	每 12 個月一次，每顆牙
牙齒本色補牙 – 正面一面	免費	每 12 個月一次，每顆牙
牙齒本色補牙 – 正面雙面	免費	每 12 個月一次，每顆牙
牙齒本色補牙 – 正面三面	免費	每 12 個月一次，每顆牙
牙齒本色補牙 – 正面四面或以上	免費	每 12 個月一次，每顆牙
牙齒本色牙冠 – 正面	免費	每 12 個月一次，每顆牙
牙齒本色補牙 – 背面一面	免費	每 12 個月一次，每顆牙

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

牙齒本色補牙 – 背面雙面	免費	每 12 個月一次，每顆牙
牙齒本色補牙 – 背面三面	免費	每 12 個月一次，每顆牙
牙齒本色補牙 – 背面四面或以上	免費	每 12 個月一次，每顆牙
鑲牙 – 金屬，單面	免費	每 60 個月一次，每顆牙
鑲牙 – 金屬，雙面	免費	每 60 個月一次，每顆牙
鑲牙 – 金屬，三面或以上	免費	每 60 個月一次，每顆牙
冠蓋體 – 金屬，雙面	免費	每 60 個月一次，每顆牙
鑲牙 – 烤瓷/陶瓷，雙面	免費	每 60 個月一次，每顆牙
鑲牙 – 烤瓷/陶瓷，三面或以上	免費	每 60 個月一次，每顆牙
牙冠 – 樹脂基複合材料	免費	每 60 個月一次，每顆牙
牙冠 – 3/4 樹脂基複合材料	免費	每 60 個月一次，每顆牙
牙冠 – 高貴金屬樹脂	免費	每 60 個月一次，每顆牙
牙冠 – 主要賤金屬樹脂	免費	每 60 個月一次，每顆牙
牙冠 – 貴金屬樹脂	免費	每 60 個月一次，每顆牙
牙冠 – 烤瓷/陶瓷基材	免費	每 60 個月一次，每顆牙
牙冠 – 高貴金屬熔合烤瓷	免費	每 60 個月一次，每顆牙
牙冠 – 主要賤金屬熔合烤瓷	免費	每 60 個月一次，每顆牙

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

牙冠 – 貴金屬熔合烤瓷	免費	每 60 個月一次，每顆牙
牙冠 – 鈦/鈦合金熔合烤瓷	免費	每 60 個月一次，每顆牙
牙冠 – 全部鑄造高貴金屬	免費	每 60 個月一次，每顆牙
牙冠 – 全部鑄造主要賤金屬	免費	每 60 個月一次，每顆牙
牙冠 – 全部鑄造貴金屬	免費	每 60 個月一次，每顆牙
再膠結或再黏合鑲牙、冠蓋體或牙貼面	免費	承保
再膠結或再黏合牙冠	免費	承保
牙冠 + 根柱及牙核	免費	每 60 個月一次，每顆牙
每一額外的間接製成的根柱	免費	每 60 個月一次，每顆牙
牙冠 + 預製根柱及牙核	免費	每 60 個月一次，每顆牙
根柱摘除	免費	終身一次，每顆牙

牙髓治療服務

牙根管治療，前牙	免費	終身一次，每顆牙
牙根管治療，雙尖齒	免費	終身一次，每顆牙
牙根管治療，後牙	免費	終身一次，每顆牙
牙根管治療後再處理，前牙	免費	終身一次，每顆牙

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

牙根管治療後再處理， 雙尖齒	免費	終身一次，每顆牙
牙根管治療後再處理， 後牙	免費	終身一次，每顆牙
牙周病治療服務		
牙齦治療	免費	每 36 個月一次，每象限
牙齦治療 – 口腔 上部或下部	免費	每 36 個月一次，每象限
牙齦和牙骨治療	免費	每 36 個月一次，每象限
牙齦和牙骨治療	免費	每 36 個月一次，每象限
假牙修復服務		
橋體 – 高貴金屬	免費	每 60 個月一次，每顆牙
橋體 – 鑄造主要賤金屬	免費	每 60 個月一次，每顆牙
橋體 – 鑄造貴金屬	免費	每 60 個月一次，每顆牙
橋體 – 高貴金屬熔合烤瓷	免費	每 60 個月一次，每顆牙
橋體 – 主要賤金屬熔合 烤瓷	免費	每 60 個月一次，每顆牙
橋體 – 貴金屬熔合烤瓷	免費	每 60 個月一次，每顆牙
橋體 – 鈦熔合烤瓷	免費	每 60 個月一次，每顆牙
橋體 – 高貴金屬樹脂	免費	每 60 個月一次，每顆牙
橋體 – 主要賤金屬樹脂	免費	每 60 個月一次，每顆牙

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

橋體 – 貴金屬樹脂	免費	每 60 個月一次，每顆牙
牙冠保持器 – 高貴金屬樹脂	免費	每 60 個月一次，每顆牙
牙冠保持器 – 主要賤金屬樹脂	免費	每 60 個月一次，每顆牙
牙冠保持器 – 貴金屬樹脂	免費	每 60 個月一次，每顆牙
牙冠保持器 – 烤瓷/陶瓷	免費	每 60 個月一次，每顆牙
牙冠保持器 – 高貴金屬熔合烤瓷	免費	每 60 個月一次，每顆牙
牙冠保持器 – 主要賤金屬熔合烤瓷	免費	每 60 個月一次，每顆牙
牙冠保持器 – 貴金屬熔合烤瓷	免費	每 60 個月一次，每顆牙
牙冠保持器 – 烤瓷/鈦和鈦合金	免費	每 60 個月一次，每顆牙
牙冠保持器 – 全部鑄造高貴金屬	免費	每 60 個月一次，每顆牙
牙冠保持器 – 全部鑄造主要賤金屬	免費	每 60 個月一次，每顆牙
牙冠保持器 – 全部鑄造貴金屬	免費	每 60 個月一次，每顆牙

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

口腔與上頷面手術（口腔手術或拔牙）

常規拔牙	免費	終身一次，每顆牙
拔牙 – 萌出或暴露的牙根	免費	終身一次，每顆牙
手術摘除萌出牙	免費	終身一次，每顆牙
摘除阻生牙 – 軟組織	免費	終身一次，每顆牙
摘除阻生牙 – 部分骨	免費	終身一次，每顆牙
摘除阻生牙 – 全骨化	免費	終身一次，每顆牙
摘除阻生牙 – 全骨化， 伴有異常手術併發症	免費	終身一次，每顆牙
手術摘除殘餘牙根	免費	終身一次，每顆牙

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Medicare 聯邦醫療保險承保福利			
健康需求或問題	承保福利	您的分攤費用	您應瞭解的事宜
您需要眼科護理	視力檢查	對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的視力檢查，0% 或 20% 的共同保險。*	
		對於非 Medicare 聯邦醫療保險承保的視力檢查，\$0 的共付費。配鏡常規視力檢查。	您每年可做一次非 Medicare 聯邦醫療保險承保的（常規）視力檢查。
	視力配鏡	對於白內障手術後所需的一副 Medicare 聯邦醫療保險承保的眼鏡或隱形眼鏡，\$0 的共付費。	
		對於非 Medicare 聯邦醫療保險承保的眼鏡（常規），\$0 的共付費，每年最高福利額為 \$350。	包括隱形眼鏡和眼鏡。

*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險分攤費用補助資格，則需支付 \$0。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Medicare 聯邦醫療保險承保福利			
健康需求或問題	承保福利	您的分攤費用	您應瞭解的事宜
您需要精神健康護理	住院精神健康護理	<p>在指定的受益期期間，適用按住院標準計算的自付額。</p> <p>2024 年每個受益期的金額為 \$0* 或：\$1,632 的自付額。</p> <p>第 1 至 60 天：每天的共付費為 \$0。</p> <p>第 61 至 90 天：每天的共付費為 \$408。</p> <p>第 91 天及之後：每個終身儲備日的共付費為 \$816。</p> <p>超出終身儲備日後：您支付所有費用。</p>	需要授權。

*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險分攤費用補助資格，則需支付 \$0。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Medicare 聯邦醫療保險承保福利			
健康需求或問題	承保福利	您的分攤費用	您應瞭解的事宜
您需要精神健康護理 (續)	門診精神健康護理	<p>精神健康：</p> <p>網絡內： 對於每項個人或團體診室內或遠程醫療服務，0% 或 20%* 的共同保險。</p> <p>網絡外： 對於每項個人或團體服務，0% 或 20%* 的共同保險。</p>	請致電您當前的提供者獲取遠程醫療服務詳細資訊。

*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險分攤費用補助資格，則需支付 \$0。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Medicare 聯邦醫療保險承保福利			
健康需求或問題	承保福利	您的分攤費用	您應瞭解的事宜
您需要精神健康護理 (續)	門診精神健康護理 (續)	精神科服務： 網絡內： 對於每項個人或團體診室內或遠程醫療服務，0% 或 20%* 的共同保險。 網絡外： 對於每項個人或團體服務，0% 或 20%* 的共同保險。	請致電您當前的提供者獲取遠程醫療服務詳細資訊。

*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險分攤費用補助資格，則需支付 \$0。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Medicare 聯邦醫療保險承保福利			
健康需求或問題	承保福利	您的分攤費用	您應瞭解的事宜
您需要康復或專業護理服務	專業護理機構	<p>2024 年*每個受益期的金額為：</p> <p>第 1 至 20 天： 每天 \$0。</p> <p>第 21 至 100 天： 每天的共付費為 \$204。</p> <p>第 101 天及之後： 您支付所有費用。</p>	<p>計劃在每個受益期內承保最長可達 100 天，事前需有為期 3 天的住院期。</p> <p>需要授權。</p>
您需要門診治療	物理治療	<p>網絡內： 對於每次就診，0% 或 20% 的共同保險。*</p> <p>網絡外： 對於每次就診，0% 或 20% 的共同保險。*</p>	<p>需要授權。</p>

*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險分攤費用補助資格，則需支付 \$0。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Medicare 聯邦醫療保險承保福利			
健康需求或問題	承保福利	您的分攤費用	您應瞭解的事宜
您需要獲取健康服務的幫助	救護車	對於每次單程載送，0% 或 20% 的共同保險。*	只有非緊急服務才需要授權。
	載送服務	\$0 的共付費。您每年最多可享受 24 次用於醫療相關目的的單程載送服務。	您可乘坐出租車、公共汽車、地鐵或客貨車。
您需要治療疾病或病症的藥物	Medicare 聯邦醫療保險 B 部分藥物	對於 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分的每種處方藥，0% 或 20% 的共同保險。* 對於 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分胰島素藥物，最多 \$35。	一些 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥可能需遵從階段療法要求。某些藥物可能需要授權。

*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險分攤費用補助資格，則需支付 \$0。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Medicare 聯邦醫療保險 D 部分

D 部分保費

每月 \$0 或 \$33.90。

D 部分自付額

Elderplan for Medicaid Beneficiaries 計劃中的大多數會員在處方藥費用上獲得「額外補助」。對於 2024 年，D 部分自付額為 \$545。如果您領取「額外補助」，您的自付額金額取決於您所獲的「額外補助」等級。您將支付的 D 部分自付額為 \$0*。會員支付藥物的全部費用，直到達到其自付額額度，然後進入初始承保階段，適用分攤費用。

初始承保階段：一個月供藥量（30 天）和延長供藥量（最多 90 天）*^†Ω

對於副廠藥
（包括被視為
副廠藥的原廠藥）：

根據您的「額外補助」等級，您需要支付：
\$0 的共付費，或
\$1.55 的共付費，或
\$4.50 的共付費，或
25% 的費用

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Medicare 聯邦醫療保險 D 部分

對於**所有其他藥物**：

根據您的「額外補助」等級，您需要支付：

\$0 的共付費，或

\$4.60 的共付費，或

\$11.20 的共付費，或

25% 的費用

*對於標準零售（網絡內）、長期護理（31 天）和網絡外藥房，一個月供藥量的分攤費用。對於標準零售（網絡內）和郵購藥物，延長供藥量的分攤費用。

^標準零售（網絡內）也可提供 60 天的供藥量。

†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。

Ω – 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的一個月供藥量，您支付的費用不會超過 \$35，無論 B 部分和 D 部分藥物的費用分攤等級如何。

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）。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Medicare 聯邦醫療保險 D 部分

承保缺口階段

在本階段期間，您須支付 25% 的原廠藥價格（及部分的配藥費），以及 25% 的副廠藥價格。

如果您獲得「額外補助」，您將不會進入承保缺口階段。相反，您將繼續支付初始承保階段的分攤費用，直到達到重大傷病承保階段為止。

您將停留在這個階段，直到您的「自付費用」（您的付款）總額達到 \$8,000。Medicare 聯邦醫療保險設定了此金額和將費用計入此金額的規則。

重大傷病承保階段

一旦您的「自付費用」（您的付款）總額達到 \$8,000，您將一直停留在這個付款階段，直到該曆年結束。

重大傷病承保

在此付款階段，本計劃將支付您受到承保的 D 部分藥物的全部費用。您無需支付任何費用。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

其他承保服務			
健康需求或問題	承保福利	您的分攤費用	您應瞭解的事宜
您需要醫療設備和用品	糖尿病用品	對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的糖尿病用品，\$0 的共付費。	僅限使用指定製造商製造的糖尿病試紙和血糖儀： Abbott Diabetes Care 和 Ascensia Diabetes Care。
	耐用醫療設備（如輪椅或氧氣設備）	對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的耐用醫療設備 (DME)，0% 或 20% 的共同保險。*	某些用品需要授權。
	醫療用品	對於醫療用品，0% 或 20% 的共同保險。*	需要授權。
	義肢（假肢或撐體）	對於義肢設備，0% 或 20% 的共同保險。*	需要授權。

*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險分攤費用補助資格，則需支付 \$0。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

其他承保服務

健康需求或問題	承保福利	您的分攤費用	您應瞭解的事宜
您需要康復服務	物理治療、 職能治療、 言語治療	網絡內 對於每次就診，0% 或 20% 的共同保險。* 網絡外 對於每次就診，0% 或 20% 的共同保險。*	需要授權。
	心臟康復	對於每次就診，0% 或 20% 的共同保險。*	需要授權。
	肺病康復	對於每次就診，0% 或 20% 的共同保險。*	需要授權。

*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險分攤費用補助資格，則需支付 \$0。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

您計劃的更多福利

擴展的針灸服務

每次就診 \$0 的共付費。對於以下服務，您每年最多可就診 20 次：

- 針灸
- 拔火罐/艾灸
- 針壓療法
- 推拿
- 刮痧
- 反射療法
- 紅外線理療

BrainHQ® 提供的健腦遊戲

不需要為 BrainHQ® 支付共付費或共同保險。會員可以使用線上健腦計劃，透過遊戲、拼圖和其他趣味練習來改善大腦機能。

Flex 卡

不需要為 Flex 卡支付共同保險或共付費。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。所有未使用的福利金額將在 2024 曆年年底或您從計劃退保時失效。

非處方 (OTC)

您可以使用 Elderplan (長老計劃) 提供的 OTC 卡，每月可購買最多 \$210 符合資格的 OTC 用品。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

您計劃的更多福利

OTC + 雜貨 + 餐食 + 公用事業費用 + 租金/房屋貸款援助	對於符合資格的會員（患有某些慢性疾病），慢性病特殊補充福利與 OTC 福利相結合，可支付租金/房屋貸款、公用事業費用、網際網路費用、某些食品雜貨用品費用和送餐到家服務費用（作為 OTC 補貼的一部分）。
補充性足病學服務	網絡內： 每次就診 \$0 的共付費。您每年最多可獲得 12 次常規足病學護理就診。 網絡外： 每次就診 \$0 的共付費。您每年最多可獲得 12 次常規足病學護理就診。
Silver&Fit® 健身計劃	Silver&Fit® 健康老齡化和鍛煉計劃讓 Elderplan（長老計劃）會員能夠使用網絡內的健身中心，並且會員還可以選擇家庭健身套件，例如可穿戴的健身追蹤器和力量設備等。此外，還提供點播健身課程和一對一老年人健康輔導課程，以及健康俱樂部。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

您計劃的更多福利

Teladoc®	<p>Teladoc® 的分攤費用為 \$0，可每天 24 小時，每週 7 天讓您與醫療專科委員會認證的醫生建立聯繫，使用智能手機、平板電腦或電腦進行視訊或電話聊天。</p> <p>這些醫生可幫助診斷、治療甚至開出針對各種非緊急情況的處方。</p>
全球緊急醫療/ 緊急載送服務/ 急症治療承保	<p>對於全球緊急醫療/緊急載送服務/急症治療承保，\$0 的分攤費用。</p> <p>最高福利承保金額為 \$50,000。</p>

第 III 節：Elderplan（長老計劃）不承保的 Medicaid 醫療補助福利摘要

您可能有資格從 Medicaid 醫療補助獲得一些 Elderplan for Medicaid Beneficiaries 未承保的服務。您可以使用 Medicaid 醫療補助福利卡從接受 Medicaid 醫療補助的任何提供者處獲得這些服務。

如果您對從 Medicaid 醫療補助獲取援助有任何疑問，請使用以下資訊聯絡相應的紐約州衛生署（社會服務部）辦公室。請查看 Medicaid 醫療補助聯絡資訊表。

下述服務不獲 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 承保，但卻可透過 Medicaid 醫療補助獲得：

Medicaid 醫療補助福利

Elderplan（長老計劃）不承保的 Medicaid 醫療補助服務

送餐到家或聚餐服務

社交型日間護理

社會及環境支援

療養院護理（住宿型健康護理機構）

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Medicaid 醫療補助福利

Elderplan (長老計劃) 不承保的 Medicaid 醫療補助服務

居家護理

- a. 護理
- b. 家庭健康助手
- c. 物理治療 (PT)
- d. 職能治療 (OT)
- e. 言語病理學 (SP)
- f. 醫務社會服務

成人日間健康護理

個人護理

DME – 包含醫療/手術用品、經腸道及非經腸道配方、助聽器電池、義肢、矯具和矯形鞋。經腸道配方僅限於鼻飼、空腸造口術或胃造口管進食；或先天性代謝缺陷治療。

個人應急應答服務

非緊急載送服務

足病學

牙科

驗光/眼鏡

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Medicaid 醫療補助福利

Elderplan (長老計劃) 不承保的 Medicaid 醫療補助服務

醫生或其他持照專業人士開處的門康復健服務將作為具有醫療必需性的服務獲得承保（就診次數不限），其中包括物理治療 (PT)、職能治療 (OT) 和言語治療 (ST)。

聽力學/助聽器

呼吸治療

營養學

私人護士

消費者主導的個人援助服務

Medicaid 醫療補助按服務收費

住院服務

門診醫院服務

醫生服務（包含於門診、診所、設施或家中提供的服務）

化驗服務

放射線及放射性同位素診斷服務

緊急載送

農村健康診所服務

慢性腎透析

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Medicaid 醫療補助福利

Medicaid 醫療補助按服務收費

精神健康服務

酒精及藥物濫用服務

OPWDD 服務

家庭計劃服務

處方藥及非處方藥、混合處方藥

「第十九條州立計劃」中列出的所有其他服務



可透過 Medicaid 醫療補助按服務收費為您提供的其他服務。

紐約州 Medicaid 計劃聯絡資訊

方式	紐約州衛生署（社會服務部）– 聯絡資訊
致電	HRA Medicaid 熱線：1-888-692-6116 納蘇縣：516-227-8000 服務時間：週一至週五， 上午 9 點至下午 4 點 紐約市：718-557-1399 服務時間：週一至週五， 上午 9 點至下午 5 點 威徹斯特縣：914-995-3333 服務時間：週一至週五， 上午 8:30 至下午 5:00
聽障專線	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅 面向聽力或語言有障礙的人士。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

方式	紐約州衛生署（社會服務部）– 聯絡資訊
寫信	<p>New York City Human Resources Administration Medical Assistance Program Correspondence Unit 785 Atlantic Avenue 1st Floor Brooklyn, NY 11238</p> <p>Nassau County Department of Social Services 60 Charles Lindbergh Boulevard Uniondale, NY 11553</p> <p>Westchester County Department of Social Services 85 Court Street White Plains, NY 10601</p>
網站	<p>https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm</p>

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 1-877-891-6447 (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 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 1-877-891-6447 (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۔

參保前檢查清單

決定參保前，請務必完全瞭解我們的福利與規則。如果您有任何問題，請致電客戶服務代表，電話：**1-800-353-3765**。

瞭解各種福利

- 承保範圍說明書 (EOC) 提供所有承保範圍和服務的完整清單。參保之前，請務必檢閱計劃承保範圍、費用和福利。請瀏覽 www.elderplan.org 或致電 **1-800-353-3765** 以檢視 EOC 副本。
- 查看醫療服務提供者目錄（或諮詢您的醫生），確保您看診的醫生目前在我們的網絡內。如果目錄中沒有列出他們，您可能需要重新選擇一位醫生。
- 查看藥房目錄，確保您獲得任何處方藥的藥房在網絡內。如果目錄中沒有列出該藥房，您可能需要重新選擇一間藥房來配取處方藥。
- 查看處方藥一覽表，確保您的藥物受到承保。

福利摘要 – 2024 年 Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

瞭解重要規則

- 除月繳計劃保費外，您還必須繼續支付您的 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分保費。通常情況下，該保費每月會從您的社會保障金支票中扣除。
- 福利、保費和/或共付費/共同保險在 **2025 年 1 月 1 日** 可能會有變更。
- 我們的計劃允許您向我們網絡外的提供者（非合約提供者）求診。然而，雖然我們會為某些承保服務付費，但該提供者必須同意對您進行治療。除緊急情況或急症情況外，非合約提供者可能會拒絕提供護理服務。
- 本計劃是一項雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP)。您是否能夠參保將取決於您是否已獲得確認有權參保 Medicare 聯邦醫療保險和 Medicaid 醫療補助計劃下的州醫療援助計劃。
- 您的醫療和處方藥保險已根據您當前的保險承保範圍進行審查。參保經驗證後，您將成為 Elderplan（長老計劃）的會員，並且不再享有您當前計劃的承保。

如需更多資訊，請致電我們的免費電話

1-800-353-3765

早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。

聽障/語障人士可致電

711

瀏覽我們的網站

Elderplan.org

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。能否參保 Elderplan（長老計劃）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）。