



2026 年度 變更通知

UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)



myUHC.com/CommunityPlan



免付費電話 1-800-514-4912，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711

上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五

您在本公司的地址是否正確？

如果不正確，請告訴我們，這樣我們才能通知您計劃的最新資訊。

**United
Healthcare®**

尋找明年您計劃的更新資訊

本通知提供有關您計劃的更新資訊，但不包括所有詳細內容。會在本通知的不同地方指引您前往 myUHC.com/CommunityPlan，在網上瀏覽詳情。以下資料在 **2025 年 10 月 15 日**後全部都能在網上取得。

醫療護理提供者名冊

請在網上檢閱 2026 年醫療護理提供者名冊，確認您的醫療護理提供者 (主治醫生、專科醫生、醫院等) 明年將在網絡中。

藥房名冊

請在網上檢閱 2026 年藥房名冊，確認明年哪些藥房在我們的網絡中。

藥物清單 (處方藥一覽表)

您可以在我們網站查看您的計劃明年承保哪些藥物，也能檢閱任何新的限制規定。

承保證書 (Evidence of Coverage, EOC)

請檢閱您的 2026 年承保證書 (EOC)，查詢有關計劃費用和福利的詳情。承保證書 (EOC) 是您計劃福利具法律效力的詳細說明，其中也會說明您在取得承保服務和處方配藥時享有的權利和應遵循的規則。承保證書也有關於品質方案、如何作出醫療承保決定以及您身為會員的權利和責任方面的資訊。

減少雜亂，更快取得計劃資料。

前往網站 myUHC.com/CommunityPlan，登記無紙化服務。

您想取得紙本嗎？

如果您想索取以上所列文件的紙本，請聯絡我們的客戶服務部，電話號碼 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。服務時間為上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五。

聯合健康保險提供的 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)

2026 年度變更通知



您是以 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 會員身份參加註冊。

本資料說明本計劃明年的費用和福利變更。

- 您可以在 10 月 15 日至 12 月 7 日期間變更您明年的聯邦醫療保險承保。如果您沒有在 2025 年 12 月 7 日前加入另一個計劃，您將繼續留在 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)。
- 欲變更至不同的計劃，請瀏覽網站 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) 或檢閱您的 2026 年聯邦醫療保險與您 (Medicare & You 2026) 手冊背面的清單。
- 請注意，這只是變更概覽。更多有關費用、福利和規則的資訊請參閱承保證書。請到網站 myUHC.com/CommunityPlan 下載，或致電客戶服務部要求郵寄紙本，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

更多資源

- 聯合健康保險不會因為種族、膚色、原國籍、性別、年齡或殘疾而在健康方案和活動中歧視任何人。
- 聯合健康保險提供免費服務以協助您與我們溝通。例如：其他語言版本、盲人點字、大字體、語音的資料，或者，您可申請口譯員。請撥打您的 UnitedHealthcare UCard® 上或計劃手冊封面所列的免付費電話與我們聯絡。
- UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as materials in other languages, braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Call us toll-free at the number on your UnitedHealthcare UCard® or the front of your plan booklet.
- UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, materiales en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Llámenos al número gratuito que se encuentra en su UCard® de UnitedHealthcare o en la portada de la guía de su plan.

關於 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)

- 計劃透過聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 或其關聯機構之一提供保險，上述公司是與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽有合約並與州政府醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 方案簽有合約的 Medicare Advantage 組織。參加註冊本計劃視本計劃與聯邦醫療保險的合約是否續約而定。

-
- 本計劃也與 New York 醫療補助方案簽定書面協議以協調您的醫療補助福利。
 - 在本資料中，提及「我們」或「本公司」時，指的是聯合健康保險公司或其關聯機構之一；提及「計劃」或「本計劃」時，指的是 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)。
 - **如果您在 2025 年 12 月 7 日前沒有採取任何行動，您將自動參加註冊 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)。**從 2026 年 1 月 1 日開始，您將透過 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 取得您的醫療和配藥承保。請參閱第 3 節，查詢更多有關如何變更計劃以及變更期限的資訊

2026 年度變更通知 目錄

2026 年重要費用概覽.....	6
第 1 節 明年的福利和費用變更.....	10
第 1.1 節— 計劃月費的變更	10
第 1.2 節— 您最高自付費用金額的變更	10
第 1.3 節— 醫療護理提供者網絡的變更	11
第 1.4 節— 藥房網絡的變更	11
第 1.5 節— 醫療服務福利和費用的變更	11
第 1.6 節— D 部份配藥承保的變更	16
第 1.7 節— 處方配藥福利和費用的變更	16
第 2 節 管理變更	20
第 3 節 如何變更計劃.....	21
第 3.1 節— 變更計劃的期限	21
第 3.2 節— 年度當中是否有其他時候可以進行變更？	21
第 4 節 取得協助支付處方配藥費用	22
第 5 節 有疑問？	23
取得 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 的協助.....	23
取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 免費諮詢.....	23
取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的協助.....	24
取得醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 的協助.....	24

2026 年重要費用概覽

如果您是符合資格聯邦醫療保險受益人 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) 或享有完全醫療補助福利，您為您的自付扣除金、醫生診所門診和住院支付定額手續費 \$0。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
計劃月費* * 您的保費可能高於此金額。 (請參閱第 1.1 節查詢詳情。)	\$0	\$0
最高自付費用金額 這是您為 A 部份和 B 部份承保服務支付的自付費用上限。 (請參閱第 1.2 節查詢詳情。)	自網絡醫療護理提供者： \$0 對於 A 部份和 B 部份承保服務的最高自付費用金額，您不須負責支付任何自付費用。	自網絡醫療護理提供者： \$0 對於 A 部份和 B 部份承保服務的最高自付費用金額，您不須負責支付任何自付費用。
主治醫生診所門診	您支付每次定額手續費 \$0。	您支付每次定額手續費 \$0。
專科醫生診所門診	您支付每次定額手續費 \$0。	您支付每次定額手續費 \$0。
住院護理 包括住院急症護理、住院復健、長期護理醫院和其他類型的住院服務。住院護理從您經醫生囑咐而正式住院當天起算。最後住院日則是您出院前一天。	聯邦醫療保險承保的住院 您支付每次定額手續費 \$0，沒有天數限制。	聯邦醫療保險承保的住院 您支付每次定額手續費 \$0，沒有天數限制。



有疑問？請致電客戶服務部電話 **1-800-514-4912**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，上午 8 時至晚上 8 時；10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
D 部份配藥承保自付扣除金 (請參閱第 1.7 節查詢詳情。) D 部份配藥承保 (請參閱第 1.7 節查詢詳情，包括年度自付扣除金、初始承保和重額承保階段。) 重要注意事項： 聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 已決定於 2025 年 12 月 31 日終止價值型保險設計 (Value Based Insurance Design, VBID) 方案。這項波及整個業界的變動將對所有 Medicare Advantage 保險公司產生影響。我們過去得以透過此方案，為您計劃的會員提供所有 D 部份承保處方配藥 \$0 的優惠。2026 年屬於承保範圍的第一層次藥物仍將維持定額手續費 \$0。由於價值型保險設計 (VBID) 方案即將終止，您為第二至第五層次藥物支付的費用將有所變動。請參閱本表瞭解您的分攤費用。如需更多詳情，請參閱第 1.7 節。	如果您確實符合資格自聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 取得額外補助 (Extra Help) 幫助您支付處方配藥費用	
	\$0	\$0
	如果您不符合資格自聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 取得額外補助 (Extra Help) 幫助您支付處方配藥費用 \$590，但承保胰島素產品和大多數成人 D 部份疫苗除外	第一層次 \$0 第二層次、第三層次、第四層次和第五層次 \$615，但承保胰島素和大多數成人 D 部份疫苗除外。
	如果您確實符合資格自聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 取得額外補助 (Extra Help) 幫助您支付處方配藥費用	
	所有承保藥物： 定額手續費 \$0¹	如果您參加註冊聯邦醫療保險 A 和 B 部份並取得 New York 州醫療補助方案 (醫療補助) 福利，則根據您的收入和長期護理機構狀態，您支付以下金額之一： 副廠藥 (包括當作副廠藥的原廠藥)： - 定額手續費 \$0 或 - 定額手續費 \$1.60 或 - 定額手續費 \$5.10 所有其他承保藥物： - 定額手續費 \$0 或



有疑問？請致電客戶服務部電話 **1-800-514-4912**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，上午 8 時至晚上 8 時；10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
		• 定額手續費 \$4.90 或 • 定額手續費 \$12.65 如果您支付的定額手續費和共同保險總金額達到 \$2,100，您不需為您的 D 部份承保藥物支付任何費用。
	如果您不符合資格自聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 取得額外補助 (Extra Help) 幫助您支付處方配藥費用	
	您支付總費用的 25%。 ¹	初始承保階段中，一個月 (30 天) 藥量的定額手續費 / 共同保險： 第一層次藥物：每份處方配藥標準零售分攤費用 (網絡內) \$0。 第二層次藥物：標準零售分攤費用 (網絡內) 總費用的 25%。 第三層次藥物：標準零售分攤費用 (網絡內) 總費用的 25%。 對於本層次的每種承保胰島素產品，每個月藥量您支付 25% 至最多 \$35¹



有疑問？請致電客戶服務部電話 **1-800-514-4912**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
	重額承保階段： 在本付款階段中，您不需為您的 D 部份承保藥物支付任何費用。	第四層次藥物：標準零售分攤費用 (網絡內) 總費用的 25%。 第五層次藥物：標準零售分攤費用 (網絡內) 總費用的 25%。 重額承保階段： 在本付款階段中，您不需為您的 D 部份承保藥物支付任何費用。

¹ 2025 年您為每 1 個月藥量的 D 部份承保胰島素藥物支付的費用不會超過 \$0。2026 年您支付的金額不會超過定額手續費 \$35 或藥物總費用的 25% (以金額較低者為準)，直到您達到重額承保階段 (此階段中您的費用將降為 \$0)。即使您尚未支付自付扣除金，也仍須支付上述金額。



有疑問？請致電客戶服務部電話 **1-800-514-4912**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五

第 1 節 明年的福利和費用變更

第 1.1 節 計劃月費的變更

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
計劃月費 (您還必須繼續支付您的聯邦醫療保險 B 部份保費，除非醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 替您支付該保費。)	\$0	\$0
B 部份保費減免 此金額將會從您的 B 部份保費中扣除。也就是說，您將為 B 部份支付較少費用。 如果您的 B 部份保費低於減免金額，差額部份將不會以現金形式支付給您。這項減免僅適用於您應繳的 B 部份保費，除非醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 替您支付該保費。	最多 \$0.30 如果您的聯邦醫療保險 B 部份保費是由醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 支付或由其他人代您支付，您將不會看到這項減免。	最多 \$0.40 如果您的聯邦醫療保險 B 部份保費是由醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 支付或由其他人代您支付，您將不會看到這項減免。

第 1.2 節 您最高自付費用金額的變更

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 規定所有健保計劃均須對您在年度中支付的自付費用設定上限。此限制稱為最高自付費用金額。一旦您已支付此金額，日曆年度剩餘期間您通常不需再為 A 部份和 B 部份承保服務支付任何費用。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
最高自付費用金額 對於 A 部份和 B 部份承保服務的最高自付費用金額，您不須負責支付任何自付費用。 您為網絡醫療護理提供者提供的承保醫療服務支付的費用 (例如定額手續費和自付扣除金) 會計入您的網絡內最高自付費用金額。本計劃保費和處方配藥費用不會計入您的最高自付費用金額。	\$0 對於 A 部份和 B 部份承保服務的最高自付費用金額，您不須負責支付任何自付費用。	\$0 對於 A 部份和 B 部份承保服務的最高自付費用金額，您不須負責支付任何自付費用。

第 1.3 節 醫療護理提供者網絡的變更

明年我們的醫療護理提供者網絡已有所變更。請檢閱 2026 年醫療護理提供者名冊 (myUHC.com/CommunityPlan)，確認您的醫療護理提供者 (主治醫生、專科醫生、醫院等) 是否在我們的網絡中。請透過以下方式取得最新版醫療護理提供者名冊：

- 前往我們的網站 myUHC.com/CommunityPlan。
- 致電客戶服務部查詢最新的醫療護理提供者資訊，或要求我們郵寄醫療護理提供者名冊給您，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

我們可以在年度期間變更本計劃中的醫院、醫生和專科醫生 (醫療護理提供者)。如果醫療護理提供者在年度當中的變更影響到您，請致電客戶服務部尋求協助，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。如需更多有關網絡醫療護理提供者離開本計劃時您有哪些權利的資訊，請參閱承保證書第 3 章第 2.3 節。

第 1.4 節 藥房網絡的變更

您要為處方配藥支付多少金額可能取決於您所使用的藥房。聯邦醫療保險配藥計劃設有藥房網絡。大多數情況下，您的處方配藥只有在我們的網絡藥房購買才會屬於承保範圍。

明年我們的藥房網絡已有所變更。請檢閱 2026 年藥房名冊 (myUHC.com/CommunityPlan)，確認哪些藥房在我們的網絡中。請透過以下方式取得最新版藥房名冊：

- 前往我們的網站 myUHC.com/CommunityPlan。
- 致電客戶服務部查詢最新的藥房資訊，或要求我們郵寄藥房名冊給您，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

我們可以在年度期間變更本計劃中的藥房。如果藥房在年度當中的變更影響到您，請致電客戶服務部尋求協助，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

第 1.5 節 醫療服務福利和費用的變更

年度變更通知是要告訴您聯邦醫療保險福利和費用的變更。

視您的醫療補助資格級別而定，若是聯邦醫療保險承保的服務：

如果您是符合資格聯邦醫療保險受益人 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) 或享有完全醫療補助福利，您為您的聯邦醫療保險分攤費用支付定額手續費 \$0。

如果您不是符合資格聯邦醫療保險受益人 (QMB)，或您沒有完全醫療補助福利，則您必須支付您的聯邦醫療保險分攤費用。

聯邦醫療保險分攤費用包括定額手續費、共同保險和自付扣除金。如果您沒有額外補助 (Extra Help)，則必須負責支付所有 D 部份分攤費用金額。請聯絡 New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 查詢更多詳情，電話 1-800-541-2831，週一至週五，東部時間 (ET) 上午 8 時至晚上 8 時，週六東部時間 (ET) 上午 9 時至下午 1 時。

有益健康食物福利是一項特殊輔助福利，僅適用於患有合格病況 (例如高血壓、高膽固醇、慢性且導致殘疾的精神健康病況、糖尿病和 / 或心血管疾病) 的慢性病計劃參加者，並且這些計劃參加者還必須符合所有適用的計劃承保標準。可能還有其他未列出的合格病況。請與我們聯絡查詢詳情。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
慢性護理管理服務，包括慢性疼痛管理和治療計劃服務	這個部份並未出現在您的 2025 年承保證書中。 如果您患有嚴重慢性病並取得慢性護理管理服務，您的醫療護理提供者會每月制定一份綜合護理計劃，列出您的健康問題和目標、醫療護理提供者、藥物、您享有和需要的社區服務，以及有關您健康的其他資訊。您轉換至不同的健康護理場所時，您的醫療護理提供者也會幫助協調您的護理。	您支付的費用取決於提供您慢性護理管理服務的人員。您須支付由主治醫生、專科醫生、專科護理師、醫生助理或其他非醫生級健康護理專業人員提供的服務所適用的分攤費用。 請檢視承保證書，查詢您的特定分攤費用金額。

如果您是符合資格聯邦醫療保險受益人 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) 或享有完全醫療補助福利，那麼您要為傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保服務支付的自付扣除金、共同保險和 / 或定額手續費可能會比較少。請參閱**醫療服務福利和費用的變更表**。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務和用品	您支付定額手續費 \$0。 我們只承保 Accu-Chek® 和 OneTouch® 品牌。 承保的血糖監測器包括：OneTouch Verio Flex®、OneTouch® Ultra 2、Accu-Chek® Guide Me 和 Accu-Chek® Guide。 試紙：OneTouch Verio®、OneTouch Ultra®、Accu-Chek® Guide、Accu-Chek® Aviva Plus 和 Accu-Chek® SmartView。 其他品牌不屬於您計劃的承保範圍。如果您使用的用品品牌不屬於您計劃的承保範圍，您應該和醫生討論，開立承保品牌的新處方箋。	您支付定額手續費 \$0。 我們只承保 Contour® 和 Accu-Chek® 品牌。其他品牌不屬於您計劃的承保範圍。 承保的血糖監測器包括：Contour Plus Blue、Contour Next EZ、Contour Next Gen、Contour Next One、Accu-Chek Guide Me 和 Accu-Chek Guide。 試紙：Contour、Contour Plus、Contour Next、Accu-Chek Guide 和 Accu-Chek Aviva Plus。 如果您使用的用品品牌不屬於您計劃的承保範圍，您應該和醫療護理提供者討論，開立承保品牌的新處方箋。
聽覺護理服務 助聽器	您每年可取得最多 2 副非處方 (OTC) 或處方助聽器的補貼 \$2,200。 全國各地均可透過網絡醫療護理提供者提供助聽器遞送到府服務 (僅限特定產品)。 您必須使用網絡醫療護理提供者才能取得本福利。	您每 2 年可取得最多 2 副非處方 (OTC) 或處方助聽器的補貼 \$2,200。 全國各地均可透過網絡醫療護理提供者提供助聽器遞送到府服務 (僅限特定產品)。 您必須使用網絡醫療護理提供者才能取得本福利。

如果您是符合資格聯邦醫療保險受益人 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) 或享有完全醫療補助福利，那麼您要為傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保服務支付的自付扣除金、共同保險和 / 或定額手續費可能會比較少。請參閱**醫療服務福利和費用的變更表**。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
非處方 (OTC)、居家和浴室安全裝置、健身、家庭支持服務、護理者支持及體重管理資助額 有益健康食物和公用事業帳單 - 為慢性病患者提供的特殊輔助福利	每月資助額 \$211 加值到您的 UnitedHealthcare UCard®, 用於支付屬於承保範圍的非處方 (OTC) 產品、有益健康食物、特定公用事業帳單及居家和浴室安全裝置。 請在網上或到商店使用您的 UCard 以取得您的福利。您的資助額金額在每月結束時到期失效。 有益健康食物和公用事業帳單選項僅透過價值型保險設計 (Value Based Insurance Design, VBID) 方案提供給符合資格的會員。健身器材、穿戴式裝置, 以及家庭護理服務、暫托護理和體重管理的額外支持不在資助額的適用範圍。 重要注意事項: 聯邦醫療保險 (Medicare, 俗稱「紅藍卡」) 已決定於 2025 年 12 月 31 日終止價值型保險設計 (VBID) 方案。這項波及整個業界的變動將對所有 Medicare Advantage 保險公司產生影響。	每月資助額 \$149 加值到您的 UnitedHealthcare UCard®, 用於支付屬於承保範圍的非處方 (OTC) 產品、居家和浴室安全裝置、特定健身器材和穿戴式裝置, 以及家庭護理服務、暫托護理和體重管理的額外支持。如果您符合資格, 還可以用此資助額支付有益健康食物和特定公用事業帳單。 有益健康食物和公用事業帳單選項是透過為慢性病患者提供的特殊輔助福利 (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) 提供的。這些選項僅適用於患有合格病況 (例如慢性高血壓、慢性高膽固醇、慢性且導致殘疾的精神健康病況、糖尿病和 / 或心血管疾病) 的慢性病計劃參加者, 並且這些計劃參加者還必須符合所有適用的計劃承保標準。可能還有其他未列出的合格病況。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
	價值型保險設計 (VBID) 方案使 Medicare Advantage 保險公司能夠為會員提供量身打造的福利，例如食品雜貨補助或處方配藥費用減免。我們過去得以透過此方案，為您計劃的會員提供有益健康食物和公用事業帳單資助額。	請在網上或到商店使用您的 UCard 以取得您的福利。您的資助額金額在每月結束時到期失效。請在 2025 年 10 月 1 日後瀏覽網站 member.uhc.com/community/benefits/ssbci，或檢視您的承保證書以瞭解更多資訊。 重要注意事項：由於價值型保險設計 (VBID) 方案即將終止，我們將透過為慢性病患者提供的特殊輔助福利 (SSBCI) 方案繼續提供有益健康食物和公用事業帳單等福利。因為這項變更的緣故，您將必須患有合格慢性病，才能將您的非處方 (OTC) 資助額用於幫助支付有益健康食物和公用事業帳單。
轉介	服務不需轉介即可獲得承保。	某些網絡服務 (例如就診專科醫生、物理治療、言語治療和職能治療) 將需要取得您主治醫生 (primary care provider, PCP) 的轉介才可獲得承保。您選擇的主治醫生 (PCP) 可能會影響您能就診的專科醫生和醫院。 如需更多資訊，請查看承保證書第 3 章第 2.2 節。

如果您是符合資格聯邦醫療保險受益人 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) 或享有完全醫療補助福利，那麼您要為傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保服務支付的自付扣除金、共同保險和 / 或定額手續費可能會比較少。請參閱**醫療服務福利和費用的變更表**。

第 1.6 節 D 部份配藥承保的變更

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。**您可取得完整的藥物清單**，方法是致電客戶服務部 (電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)) 或瀏覽我們的網站 (myUHC.com/CommunityPlan)。本資料在 **2025 年 10 月 15 日**後將可在網上取得。

我們的藥物清單變更可能包括刪除或新增藥物、變更某些藥物承保適用的限制規定，或將藥物移到不同的分攤費用層次。**請檢閱藥物清單，以確認您的藥物明年仍屬於承保範圍，並查看是否有任何限制規定，或您的藥物是否已移到不同的分攤費用層次。**

藥物清單的變更多半是在每個年度開始時生效的新變更。不過，我們也可能進行聯邦醫療保險規則允許的其他變更，而這些變更會在日曆年度期間影響到您。我們至少每月更新一次我們的網上藥物清單，以提供藥物的最新清單。如果我們作出的變更會影響到您取得所服用的藥物，我們會寄通知告知您變更事宜。

如果您在年度開始或年度期間因為配藥承保變更受到影響，請參閱您的承保證書第 9 章並洽詢您的開立處方者以瞭解您有哪些選項，例如要求取得暫時藥量、申請例外處理和 / 或設法找到新的藥物。請致電客戶服務部查詢更多資訊，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

第 1.7 節 處方配藥福利和費用的變更

您是否取得額外補助 (Extra Help) 來支付您的配藥承保費用？

如果您目前參加協助支付藥物費用的方案 (額外補助 (Extra Help))，**有關 D 部份藥物費用的資訊可能不適用於您**。我們已另外寄送一份資料 (稱為使用額外補助 (Extra Help) 支付處方配藥費用者的承保證書附約)，告訴您配藥費用的資訊。如果您有取得額外補助 (Extra Help)，您會收到低收入補助 (LIS) 附約。如果您沒有收到這份資料，請致電客戶服務部要求郵寄低收入補助 (LIS) 附約給您，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

藥物付款階段

有 **3 個藥物付款階段**：年度自付扣除金階段、初始承保階段和重額承保階段。承保缺口階段和承保缺口折扣方案已不再包含在 D 部份福利中。

- **第 1 階段：年度自付扣除金**

您每個日曆年度都會從這個付款階段開始。在本階段中，您要為您的第二層次、第三層次、第四層次和第五層次藥物支付全額費用，直到您達到年度自付扣除金規定為止。

- **第 2 階段：初始承保**

一旦您支付年度自付扣除金，您就會進入初始承保階段。在本階段中，本計劃為您的藥物支付其分攤費用，您則支付您的分攤費用。在您的年度迄今自付費用達到 \$2,100 之前，您通常會停留在本階段。

● 第 3 階段：重額承保

這是第三個也是最後一個藥物付款階段。在本階段中，您不需為您的 D 部份承保藥物支付任何費用。日曆年度剩餘期間您通常都會停留在本階段。

承保缺口折扣方案已由藥廠折扣方案取代。按照藥廠折扣方案規定，在初始承保階段和重額承保階段期間，藥廠將支付本計劃為 D 部份承保原廠藥和生物製劑所應支付全額費用的一部份。藥廠按照藥廠折扣方案規定所支付的折扣不會計入自付費用。

第 1 階段的藥物費用：年度自付扣除金

下表顯示您在本階段中每份處方配藥的費用。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
年度自付扣除金	\$0 (請參閱另外的低收入補助 (LIS) 附約插頁，瞭解您的自付扣除金金額。) 如果您不符合資格自聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 取得額外補助 (Extra Help) 幫助您支付處方配藥費用： \$590	\$0 (請參閱另外的低收入補助 (LIS) 附約插頁，瞭解您的自付扣除金金額。) 如果您不符合資格自聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 取得額外補助 (Extra Help) 幫助您支付處方配藥費用： \$615 在本階段中，您要為第一層次藥物支付 \$0 (網絡內標準零售 30 天藥量)，第二層次、第三層次、第四層次和第五層次藥物則全額費用，直到您達到年度自付扣除金規定為止。

第 2 階段的藥物費用：初始承保

如果您在 2026 年未取得額外補助 (Extra Help)，則在初始承保階段中，第二層次、第三層次、第四層次和第五層次承保藥物的分攤費用將從定額手續費改為共同保險。請參閱下表，瞭解 2025 年至 2026 年的變更內容。

共同保險是指總費用的一部份，通常以百分比計算。在本計劃中，您要為第二層次、第三層次、第四層次和第五層次藥物支付部份費用。例如，如果您的共同保險是 25%，而您處方配藥的總費用是 \$100，則您需支付 \$25。本計劃支付剩餘部份。您要支付藥物的全額費用，直到您達到自付扣除金規定為止，之後您才會開始支付共同保險金額。

下表顯示您在網絡藥房以標準分攤費用購買每份處方配藥一個月 (30 天) 藥量的費用。

我們變更了藥物清單上某些藥物的層次。欲確認您的藥物是否列在不同的層次，請查看藥物清單。大多數成人 D 部份疫苗均屬於承保範圍，您可免費取得。如需更多有關疫苗費用的資訊，或有關長期藥量或郵購處方配藥的費用資訊，請參閱您**承保證書**的第 6 章。

一旦您已為 D 部份承保藥物支付 \$2,100 自付費用，您就會進入下一階段 (重額承保階段)。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
	如果您確實符合資格自聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 取得額外補助 (Extra Help) 幫助您支付處方配藥費用	
副廠藥 (包括當作副廠藥的原廠藥)	定額手續費 \$0	如果您參加註冊聯邦醫療保險 A 和 B 部份並取得 New York 州醫療補助方案 (醫療補助) 福利，則根據您的收入和長期護理機構狀態，您支付以下金額之一： • 定額手續費 \$0 或 • 定額手續費 \$1.60 或 • 定額手續費 \$5.10
所有其他承保藥物	定額手續費 \$0	如果您參加註冊聯邦醫療保險 A 和 B 部份並取得 New York 州醫療補助方案 (醫療補助) 福利，則根據您的收入和長期護理機構狀態，您支付以下金額之一： • 定額手續費 \$0 或

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
		• 定額手續費 \$4.90 或 • 定額手續費 \$12.65
	如果您不符合資格自聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 取得額外補助 (Extra Help) 幫助您支付處方配藥費用	
第一層次 - 首選副廠藥	您支付總費用的 25%。 ¹	每份處方配藥您支付 \$0。
第二層次 - 副廠藥		您支付總費用的 25%。
第三層次 - 首選原廠藥		您支付總費用的 25%。 對於本層次的每種承保胰島素產品，每個月藥量您支付 25% 至最多 \$35 ¹ 。
第四層次 - 非首選藥物		您支付總費用的 25%。
第五層次 - 特殊層次		您支付總費用的 25%。

¹ 2025 年您為每 1 個月藥量的 D 部份承保胰島素藥物支付的費用不會超過 \$0。2026 年您支付的金額不會超過定額手續費 \$35 或藥物總費用的 25% (以金額較低者為準)，直到您達到重額承保階段 (此階段中您的費用將降為 \$0)。即使您尚未支付自付扣除金，也仍須支付上述金額。

您的價值型保險設計 (VBID) D 部份福利的變更

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 已決定於 2025 年 12 月 31 日終止價值型保險設計 (Value Based Insurance Design, VBID) 方案。這項波及整個業界的變動將對所有 Medicare Advantage 保險公司產生影響。價值型保險設計 (VBID) 方案使 Medicare Advantage 保險公司能夠為會員提供量身打造的福利，例如食品雜貨補助或處方配藥費用減免。我們過去得以透過此方案，為您計劃的會員提供所有 D 部份承保處方配藥 \$0 的優惠。

2026 年屬於承保範圍的第一層次藥物仍將維持定額手續費 \$0。由於價值型保險設計 (VBID) 方案即將終止，您為第二至第五層次藥物支付的費用將有所變動。您支付的金額由聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 決定，並取決於您所處的藥物階段、您取得的額外補助 (Extra Help) 級別，以及該藥物是原廠藥還是副廠藥。如果您達到重額承保階段，您在計劃年度剩餘期間為所有承保藥物支付定額手續費 \$0。如需更多有關您分攤費用的詳情，請參閱上方的 D 部份表格。

重額承保階段的變更

如需有關您在重額承保階段的費用的具體資訊，請參閱您**承保證書**的第 6 章第 6 節。

第 2 節**管理變更**

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
急診護理 - 全球費用補償	您旅行期間的國外急診和緊急護理服務屬於承保範圍。中介機構、請款管理公司或第三方開立帳單者針對在美國境外取得的服務所提出的付款要求不予補償。	您旅行期間的國外急診和緊急護理服務屬於承保範圍。中介機構、請款管理公司或第三方開立帳單者針對在美國境外取得的服務所提出的付款要求不予補償。承保證書 (EOC) 現在包含一些額外指示，說明如何將國外服務的費用直接補償給您或醫療護理提供者。請參閱承保證書 (EOC) 第 7 章第 1 節瞭解完整資訊。
聯邦醫療保險處方配藥付款計劃	聯邦醫療保險處方配藥付款計劃是今年開始實施的付款選項，可以透過將您為本計劃承保藥物支付的自付費用分攤到整個日曆年度期間 (1 月至 12 月) 來幫助您管理費用。您可能正在參加此付款選項。	如果您正在參加聯邦醫療保險處方配藥付款計劃且繼續留在同一個 D 部份計劃，您的參加資格將自動展延至 2026 年。 如欲進一步瞭解此付款選項，請致電 1-800-514-4912 與我們聯絡 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)，或瀏覽網站 Medicare.gov 。
移植服務 - 交通和住宿	如果您在您當地社區護理模式以外的地點接受網絡內移植，與移植相關的部份交通和住宿費用可能屬於承保範圍。	承保證書 (EOC) 已更新以包含更多詳情，說明准許的移植相關交通和住宿費用。請參閱承保證書 (EOC) 第 4 章第 3 節查詢更多詳情。

第 3 節 如何變更計劃

如欲繼續留在本計劃，您無須採取任何行動。除非您在 12 月 7 日前登記不同的計劃或變更為傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)，否則您將自動參加註冊我們的 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)。

如果您想為 2026 年變更計劃，請遵循以下步驟：

- 欲變更至不同的聯邦醫療保險健保計劃，請參加註冊新的計劃。您將會自動退出 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)。
- 欲變更至含聯邦醫療保險配藥承保的傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)，請參加註冊新的聯邦醫療保險配藥計劃。您將會自動退出 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)。
- 欲變更至不含配藥計劃的傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)，您可以寄給我們書面要求以退出計劃，或前往我們的網站以在網上退出計劃 (myUHC.com/CommunityPlan)。請致電客戶服務部查詢更多該怎麼做的資訊，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。或者，請撥打聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 要求退出計劃。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者可撥 1-877-486-2048。如果您不參加註冊聯邦醫療保險配藥計劃，您可能須支付 D 部份延遲參加註冊罰款。
- 欲進一步瞭解傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 和不同類型的聯邦醫療保險計劃，請瀏覽網站 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)、查閱 **2026 年聯邦醫療保險與您 (Medicare & You 2026)** 手冊、致電您的州政府健康保險協助方案 (請參閱第 5 節) 或致電 1-800-MEDICARE。提醒您，聯合健康保險公司或其關聯機構之一也有提供其他聯邦醫療保險健保計劃和 / 或聯邦醫療保險配藥計劃。這些其他計劃可能有不同的承保範圍、計劃月費和分攤費用金額。

第 3.1 節 變更計劃的期限

享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的民眾可以在 **10 月 15 日至 12 月 7 日** 變更承保。

如果您參加註冊 2026 年 1 月 1 日開始的 Medicare Advantage 計劃，但您不喜歡所選擇的計劃，您可以在 2026 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期間轉換到另一個聯邦醫療保險健保計劃 (含或不含聯邦醫療保險配藥承保)，或轉換到傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) (含或不含獨立的聯邦醫療保險配藥承保)。

第 3.2 節 年度當中是否有其他時候可以進行變更？

在某些情況下，民眾在年度期間可以有其他機會變更承保。例子包括符合以下條件的民眾：

- 享有醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)
- 取得額外補助 (Extra Help) 支付其藥物費用
- 享有或即將退出僱主承保
- 搬離本計劃服務地區

因為您享有醫療補助 (Medicaid, 俗稱「白卡」), 所以您可以在年度當中任何月份選擇以下其中一個聯邦醫療保險選項來終止您的本計劃會籍。

- 傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) (含獨立的聯邦醫療保險處方配藥計劃)、
- 傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) (不含獨立的聯邦醫療保險處方配藥計劃) (如果您選擇此選項, 除非您已選擇不自動參加註冊, 否則聯邦醫療保險 (Medicare, 俗稱「紅藍卡」) 可能會為您參加註冊配藥計劃。), 或
- 如果符合資格, 整合式雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP) 可在一個計劃中為您提供聯邦醫療保險和您大部份或全部的醫療補助福利與服務。

如果您不久前搬進或目前住在某機構 (例如專業護理設施或長期護理醫院), 您可以隨時變更您的聯邦醫療保險承保。您隨時都可以變更到任何其他聯邦醫療保險健保計劃 (含或不含聯邦醫療保險配藥承保) 或轉換到傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) (含或不含獨立的聯邦醫療保險配藥承保)。如果您不久前搬離某機構, 您有機會在搬離當月之後的 2 個完整月份內轉換計劃或轉換到傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)。

第 4 節 取得協助支付處方配藥費用

您可能符合資格可以取得協助支付處方配藥費用。您可取得不同種類的協助：

- **聯邦醫療保險 (Medicare, 俗稱「紅藍卡」) 提供的額外補助 (Extra Help)**。收入有限的民眾也許符合資格可取得額外補助 (Extra Help), 幫助支付其處方配藥費用。如果您符合資格, 聯邦醫療保險 (Medicare, 俗稱「紅藍卡」) 最多可以為您支付 75% 或更多的藥物費用, 包括配藥計劃月費、年度自付扣除金和共同保險。此外, 符合資格的民眾不會有延遲參加註冊罰款。欲確認您是否符合資格, 請致電：
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者可撥 1-877-486-2048, 每週 7 天, 每天 24 小時；
 - 社會安全局電話 1-800-772-1213, 週一至週五, 上午 8 時至晚上 7 時可洽詢代表。每天 24 小時均提供自動語音訊息。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-800-325-0778。
 - 您的州政府醫療補助辦公室。
- **您的州政府配藥補助方案 (state's pharmaceutical assistance program, SPAP) 提供的協助**。New York 有一項方案稱為 New York 州 EPIC 方案, 可根據民眾的財務需求、年齡或醫療病況協助其支付處方配藥費用。欲進一步瞭解該方案, 請向您的州政府健康保險協助方案 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 查詢。欲查詢您所在州的電話號碼, 請瀏覽網站 shiphelp.org 或致電 1-800-MEDICARE。
- **人類免疫缺乏病毒 / 愛滋病 (HIV/AIDS) 患者的處方配藥分攤費用補助**。愛滋病藥物補助方案 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 幫助確保患有人類免疫缺乏病毒 / 愛滋病 (HIV/AIDS) 且符合愛滋病藥物補助方案 (ADAP) 資格的人取得挽救生命的人類免疫缺乏病毒 (HIV) 藥物。您必須符合特定標準, 包括州居留和人類免疫缺乏病毒 (HIV) 狀態證明、州政府定義的低收入, 以及無保險 / 保額不足狀態, 才能符合您所在州營運的愛滋病藥物補助方案 (ADAP) 資格。聯邦醫療保險 D 部份藥物如果也屬於愛滋病藥物補助方案 (ADAP) 的承保範圍, 即符合資格透過您所在州的愛滋病藥物補助方案 (ADAP) 取得處方配藥分攤費用補助。如需資格標準、承保藥物、如何參加註冊方案或如何繼續取得補助 (如果您目前已參加註冊) 的相關資訊, 請致電您所在州的愛滋病藥物補助方案 (ADAP)。您可以在**承保證書**第 2 章找

到您所在州的愛滋病藥物補助方案 (ADAP) 聯絡資訊。致電時，請務必告知您的聯邦醫療保險 D 部份計劃名稱或保單編號。

- **聯邦醫療保險處方配藥付款計劃**。聯邦醫療保險處方配藥付款計劃是一個付款選項，與您目前的配藥承保搭配運作，透過將您為本計劃承保藥物支付的自付費用分攤到整個日曆年度期間 (1 月至 12 月) 來幫助您管理費用。任何擁有聯邦醫療保險配藥計劃或含配藥承保的聯邦醫療保險健保計劃 (例如含配藥承保的 Medicare Advantage 計劃) 的人都可使用此付款選項。**這個付款選項可能有助於您管理費用，但不會幫您省錢或降低您的藥物費用。**
- 對於符合資格的民眾來說，聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的額外補助 (Extra Help) 與您的州政府配藥補助方案 (SPAP) 和愛滋病藥物補助方案 (ADAP) 提供的補助比參加聯邦醫療保險處方配藥付款計劃更有利。所有會員無論收入級別為何，都符合資格可參加聯邦醫療保險處方配藥付款計劃。如欲進一步瞭解此付款選項，請致電 1-800-514-4912 與我們聯絡 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)，或瀏覽網站 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)。

第 5 節 有疑問？

取得 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 的協助

- **致電客戶服務部，電話 1-800-514-4912。(聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711。)**
我們的電話服務時間是上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五。撥打這些號碼均不需付費。
- **閱讀您的 2026 年承保證書**
本**年度變更通知**提供您 2026 年的福利和費用變更概覽。如需詳細資訊，請參閱 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 2026 年**承保證書**。**承保證書**是您計劃福利具法律效力的詳細說明，其中也會說明您在取得承保服務和處方配藥時享有的權利和應遵循的規則。請在我們的網站 myUHC.com/CommunityPlan 下載**承保證書**，或致電客戶服務部要求我們郵寄一份給您，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。
- **瀏覽網站 myUHC.com/CommunityPlan**
我們的網站有關於我們的醫療護理提供者網絡 (醫療護理提供者名冊) 和承保藥物清單 (處方藥一覽表 / 藥物清單) 的最新資訊。在 **2025 年 10 月 15 日**後將可取得醫療護理提供者名冊和處方藥一覽表。

取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 免費諮詢

州政府健康保險協助方案 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 是每一個州都有的獨立政府方案，並配置受過訓練的諮詢人員。在 New York，州政府健康保險協助方案 (SHIP) 稱為 New York 健康保險資訊諮詢和協助方案 (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP)。

請致電 New York 健康保險資訊諮詢和協助方案 (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP) 取得免費的個人化健康保險諮詢。他們能協助您瞭解您的聯邦醫療保險計劃選擇，回答轉換計劃的相關問題。請致電 New York 健康保險資訊諮詢和協助方案 (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP)，電話 1-800-701-0501。

取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的協助

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

您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者可撥 1-877-486-2048。

- **透過網站 Medicare.gov 即時對話**

您可以在 Medicare.gov/talk-to-someone 即時對話。

- **寫信給聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)**

您可以寫信給聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)，地址 PO Box 1270, Lawrence, KS 66044。

- **瀏覽網站 Medicare.gov**

聯邦醫療保險官方網站有關於費用、承保範圍和品質星等的資訊，可幫助您比較您所在地區的聯邦醫療保險健保計劃。

- **閱讀 2026 年聯邦醫療保險與您 (Medicare & You 2026)**

每年秋季都會郵寄 2026 年聯邦醫療保險與您 (Medicare & You 2026) 手冊給享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的民眾。其中摘要說明聯邦醫療保險福利、權利和保障，並回答有關聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的最常見問題。請在網站 Medicare.gov 下載，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者可撥 1-877-486-2048。

取得醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 的協助

New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」))

1-800-541-2831，週一至週五，東部時間 (ET) 上午 8 時至晚上 8 時；週六東部時間 (ET) 上午 9 時至下午 1 時。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者可撥 711，洽詢醫療補助參加註冊或福利相關問題。

您可以寫信至您的地方社會服務部 (Local Department of Social Services, LDSS)。請上網查詢地方社會服務部 (LDSS) 的地址，網址：www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss
www.health.ny.gov/health_care/medicaid

Community Health Advocates (CHA)

1-888-614-5400，週一至週五，上午 9:00 至下午 4:00。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者可撥 711。

Community Health Advocates (CHA)

Community Service Society of New York

633 Third Ave, 10th Floor

New York, NY 10017

電子郵件：cha@cssny.org

communityhealthadvocates.org

Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP)

1-888-614-5400，週一至週三，上午 9:00 至晚上 7:00，週四至週五，上午 9:00 至下午 4:00。

聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者可撥 711。

Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP)

Community Service Society of New York

633 Third Ave, 10th Floor

New York, NY 10017

電子郵件：ombuds@oasas.ny.gov

champny.org

語言協助服務和替代格式 提供通知

ATTENTION: Free language assistance services and free communications in other formats, such as large print, are available to you. Call the toll-free number on your member identification card.

ملاحظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية (Arabic)، ستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية والمراسلات المجانية بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة. اتصل بالرقم المجاني المدون على بطاقة تعريف العضو خاصتك.

দেখু : আপুনি যদি বাংলায় (Bengali) কথা বলেন, তাহলে বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং বড় মুদ্রণের মতো অন্যান্য ফরম্যাটে যোগাযোগগুলি আপনার জন্য বিনামূল্যে উপলব্ধ। আপনার সদস্যের পরিচয়পত্রের কার্ডের টোল-ফ্রি নম্বরে কল করুন।

請注意：如果您說中文 (Chinese)，您可以獲得免費語言協助服務和大字體等其他格式的免費通訊。請致電您的會員身份卡上的免付費電話號碼。

ATTENTION : Si vous parlez français (French), des services d'assistance linguistique et des communications dans d'autres formats, notamment en gros caractères, sont mis à votre disposition gratuitement. Appelez le numéro gratuit figurant sur votre carte de membre.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά (Greek), υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και δωρεάν επικοινωνία σε άλλες μορφοποιήσεις, όπως μεγάλα γράμματα. Καλέστε τον αριθμό χωρίς χρέωση στην κάρτα μέλους σας.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole), gen sèvis lang gratis ak kominikasyon nan lòt fòm lo disponib, tankou sa ki enprime ak gwo lèt. Rele nimewo gratis ki sou kat idantifikasyon manm ou an.

ATTENZIONE: se parla italiano (Italian), può usufruire di servizi di assistenza linguistica gratuiti e comunicazioni gratuite in altri formati, come ad esempio la stampa a caratteri grandi. Chiama il numero verde riportato sul Suo tesserino identificativo.

알림 사항: 한국어(Korean)를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스와 대형 활자체 등 다른 형식으로 된 의사 소통 매체를 이용하실 수 있습니다. 회원 ID 카드에 나와 있는 무료 전화번호로 전화해 주십시오.

UWAGA: Dla osób mówiących po **polsku (Polish)** dostępne są bezpłatne usługi pomocy językowej i bezpłatne komunikaty w innych formatach, takich jak duży druk. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny numer podany na karcie identyfikacyjnej.

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ **ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)** ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਹੋਰ ਫਾਰਮੈਟਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ, ਵਿੱਚ ਮੁਫਤ ਸੰਚਾਰ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਆਪਣੇ ਮੈਂਬਰ ਪਛਾਣ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਟੋਲ-ਫ੍ਰੀ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на **русском языке (Russian)**, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки и бесплатные материалы в других форматах, например напечатанные крупным шрифтом. Звоните по бесплатному номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте участника.

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas y comunicaciones en otros formatos como letra grande, sin cargo, a su disposición. Llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika at libreng komunikasyon sa ibang mga format, tulad ng malalaking print. Tawagan ang walang bayad na numero na nasa iyong ID card ng miyembro.

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Якщо ви розмовляєте **українською (Ukrainian)**, ви можете безоплатно користуватися послугами мовної підтримки, а також безоплатно отримувати інформаційні матеріали в інших форматах, як от набрані великим шрифтом. Телефонуйте на безкоштовний номер телефону, зазначений на вашій ідентифікаційній картці учасника.

توجہ دیں: اگر آپ **اردو (Urdu)** زبان بولتے ہیں تو زبان کی معاون خدمات اور دیگر فارمیٹس میں مواصلات، جیسے بڑے پرنٹ، آپ کے لیے مفت دستیاب ہیں۔ اپنے ممبر شناختی کارڈ پر دیئے گئے ٹول فری نمبر پر کال کریں۔

אויפמערק: אויב איר רעדט **אידיש (Yiddish)**, קענט איר באקומען אומזיסטע שפראך הילף סערוויסעס און אומזיסטע קאמיוניקאציע אויף אנדערע פארמאטן, אזוי ווי גרויסע אותיות. רופט דעם אומזיסטן נומער אויף אייער מעמבער אידענטיפיקאציע קארטל.

ÀKÍYÈSÍ: Tí o bá n ọ́ ọ́ **Yorùbá (Yoruba)**, àwọn ọ́ ọ́ àtìlẹ̀yìn èdè ọ́ ọ́ àtì àwọn ìbáńsẹ̀rọ̀ nínú àwọn ìgúnrégé, bí àwọn àtẹ̀jáde nílá, wà fún ọ́. Pe nọmbà tí kò nílò owó lórí káàdì idánimọ ọmọ ẹgbẹ ọ́.

不歧視通知

本集團公司遵守適用的民權法律規定，不會因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別 (包括懷孕、性傾向和性別認同) 而歧視任何人。我們不會因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別而排除任何人或給予較不利的待遇。

我們提供免費輔助與服務以協助您與我們溝通。您可以申請口譯員和 / 或以其他語言版本或格式取得通訊，例如大字體。我們也為殘疾人士提供合理的調整。

如果您需要上述服務，請撥打您會員卡上的免付費電話號碼 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711)。

如果您認為我們基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別而未能提供上述服務或有其他歧視行為，您可寄送投訴給民權協調員：

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UT 84130
UHC_Civil_Rights@uhc.com

Optum Civil Rights Coordinator
1 Optum Circle
Eden Prairie, MN 55344
Optum_Civil_Rights@Optum.com

如果您需要協助提出投訴，請撥打您會員卡上的免付費電話號碼 (聽力語言殘障服務專線 (TTY 711))。

您也可以向美國健康及人類服務部民權辦公室提出民權投訴：

網上：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

電話：**1-800-368-1019、800-537-7697** (聽力語言殘障服務專線 (TDD))

郵寄：
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

投訴表可上網取得，網址：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

本通知可上網瀏覽，網址：<https://www.uhc.com/nondiscrimination-med>
<https://www.optum.com/en/language-assistance-nondiscrimination.html>

如需更多資訊，請致電客戶服務部：

UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)

客戶服務部：



致電 1-800-514-4912

撥打本號碼不需付費。上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五。客戶服務部也為非英語使用者免費提供口譯服務。

聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711

撥打本號碼不需付費。

上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五。



寫信：P.O. Box 30770

Salt Lake City, UT 84130-0770



myUHC.com/CommunityPlan