

2027 年度 變更通知

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



下載聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 應用程式



瀏覽網站 myuhc.com/CommunityPlan



致電免付費電話 **1-800-514-4912**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**
當地時間上午 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



充滿自信，為明年做好準備

聯合健康保險連續 18 年一直是美國最多人選擇的 Medicare Advantage 品牌。您的身心健康是我們一切所做所為的核心。我們在此協助您取得所需的護理。我們的目標是讓您的承保維持合理價格，並讓您的聯邦醫療保險使用體驗更加順利。有些計劃的細節可能會每年變更，但我們對您的承諾不會改變。

聯邦醫療保險業界的變動可能會影響某些計劃福利

每年，聯邦醫療保險計劃可能會因為產業法規和聯邦資助而有所變動。我們知道，瞭解 2027 年的變更至關重要。這有助於您為您的健康和預算作出最佳選擇。

2027 年您的計劃變更

本年度變更通知解說您的 2027 年計劃更新內容。其中包括您的費用、福利和承保的任何變更。立即檢閱變更內容可幫助您決定這個聯合健康保險計劃是否符合您的需求。

以下是您 2027 年計劃的幾個福利重點：



您的計劃仍有非處方 (over-the-counter, OTC) 資助額，幫助您滿足日常需求，但明年金額將有所變更。使用您的資助額和獲得的獎勵金，購買數千種承保非處方 (OTC) 產品，而且符合資格的會員還能用來購買有益健康食物和支付公用事業帳單。



您的計劃包括 \$200 視覺護理補貼。您可以用此補貼購買一副眼鏡 (鏡片和鏡框) 或隱形眼鏡。

您的計劃可能有其他變更。請檢閱本年度變更通知以瞭解完整詳情。

2027 年的新特色：2 張卡片，提供更多保護與可靠性

2027 年，您將會收到 2 張容易使用的卡片：

- 您的會員卡 – 在醫生診所和藥房使用
- 您的 UnitedHealthcare UCard® – 使用此卡片取得計劃福利，例如：非處方 (OTC) 資助額及獲得的獎勵金

持有不同的卡片有助於保護您的個人健康資訊。也讓您更容易使用福利。您的兩張卡片將會分別郵寄。請留意這兩張卡片。

非處方 (OTC) 資助額使用準則

如要繼續使用非處方 (OTC) 資助額支付有益健康食物和公用事業帳單，我們必須確認您患有合格慢性病並且有複雜的健康需求。好消息是我們已經在審查您的資格了。我們會儘快寄送更新資訊給您。

如何為明年做好準備

- ✓ 檢閱您的 2027 年度變更通知。
- ✓ 瀏覽您會員網站或 UnitedHealthcare® 應用程式上的**為明年做好準備 (Prepare for Next Year)** 頁面。您可以查看您今年計劃的使用情況，並瞭解年度註冊期之前預計會發生哪些事。
- ✓ 留意我們提供的更多資訊，瞭解您明年的福利和承保。

您的參加註冊將會自動續約

如果本計劃仍符合您的需求，您無須採取任何行動。您的參加註冊將會自動續約。您將可繼續取得您目前享有的聯合健康保險計劃承保、福利和支持。

如果感覺本計劃已不再適合您，請在 10 月 1 日後與我們聯絡。我們很樂意協助您探索可能更符合您健康護理需求和預算的其他選項。

感謝您信任我們，讓我們為您提供聯邦醫療保險體驗

如果您有疑問，請撥打您會員卡上的免付費電話號碼聯絡客戶服務部。您也可以聯絡您當地的持照營業代表 (如有)。

我們非常感謝您成為我們的會員，並期待協助您在 2027 年有個美好的開始。

掃描二維碼 (QR code) 或瀏覽網站 **uhc.care/covered**，進入您的**為明年做好準備 (Prepare for Next Year)** 頁面，並且進一步瞭解聯邦醫療保險產業的變更和計劃體驗的更新。

© 2026 聯合健康保險服務公司。保留所有權利。

Y0000_00000000000_C CT

P0000000_A

將於 2026 年 10 月 15 日之後在網上提供更多資訊

本年度變更通知 (Annual Notice of Change, ANOC) 提供有關您明年計劃變更的重點提示，但可能不包括所有的更新內容。

如欲查看您計劃的完整最新詳情，請於 2026 年 10 月 15 日之後在網站 myuhc.com/CommunityPlan 檢閱 2027 年計劃資料。



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

查看明年有哪些藥房在我們的網絡中。



藥物清單 (處方藥一覽表)

在我們的網站確認您的計劃明年會承保您的藥物，並檢閱任何新的限制規定。



承保證書 (Evidence of Coverage, EOC)

請檢閱您的 2027 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。

我們知道，有些會員比較習慣收到紙本的計劃資料。如果您想索取印刷版的 2027 年計劃資料，請致電我們的客戶服務部或與他們線上對話。我們很樂意免費將資料寄給您。

您也可以前往網站 myuhc.com/CommunityPlan，登記使用無紙化服務。

您的參加註冊將會自動延續

如果這仍然是適合您的計劃，您不須採取任何行動，明年仍會繼續參加註冊該計劃。您的參加註冊將會自動延續。

2027 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 2026 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 2027 年聯邦醫療保險與您 (Medicare & You 2027) 手冊背面的清單。
- 您不須採取任何行動，明年仍會繼續參加註冊本計劃 - 您的參加註冊將會自動延續。
- 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、語音內容，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.
- 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、語音內容，或者，您可申請口譯員。如需其他資訊，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。

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)。
- **如果您沒有在 2026 年 12 月 7 日前採取任何行動，您將自動參加註冊 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)。**從 2027 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。

2027 年度變更通知

目錄

2027 年重要費用概覽	8
第 1 節 明年的福利和費用變更	12
第 1.1 節— 計劃月費的變更	12
第 1.2 節— 您最高自付費用金額的變更	12
第 1.3 節— 醫療護理提供者網絡的變更	13
第 1.4 節— 藥房網絡的變更	13
第 1.5 節— 醫療服務福利和費用的變更	13
第 1.6 節— D 部份配藥承保的變更	17
第 1.7 節— 處方配藥福利和費用的變更	17
第 2 節 管理變更	20
第 3 節 如何變更計劃	20
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

2027 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。

	2026 年 (今年)	2027 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 包括各種住院，例如急症護理、復健和長期護理。住院從您經醫生囑咐而正式住院當天起算，並在您出院前一天結束。	您為每次聯邦醫療保險承保的住院支付定額手續費 \$0，沒有天數限制。	您為每次聯邦醫療保險承保的住院支付定額手續費 \$0，沒有天數限制。

有疑問？ 在聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 應用程式中找到解答，或在網站 myuhc.com/CommunityPlan 與我們對話。您也可以致電客戶服務部，電話 **1-800-514-4912**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，當地時間上午 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

	2026 年 (今年)	2027 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。)	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	
	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 \$700，但承保胰島素產品和大多數成人 D 部份疫苗除外。
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。)	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	
	如果您參加註冊聯邦醫療保險 A 和 B 部份並取得 New York 州政府醫療補助方案 (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	如果您參加註冊聯邦醫療保險 A 和 B 部份並取得 New York 州政府醫療補助方案 (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 \$1.65 或 • 定額手續費 \$5.80

有疑問？ 在聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 應用程式中找到解答，或在網站 myuhc.com/CommunityPlan 與我們對話。您也可以致電客戶服務部，電話 **1-800-514-4912**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，當地時間上午 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

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
	所有其他承保藥物： • 定額手續費 \$0 或 • 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。	所有其他承保藥物： • 定額手續費 \$0 或 • 定額手續費 \$5 或 • 定額手續費 \$14.40 如果您支付的定額手續費和共同保險總金額達到 \$2,400，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	
	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	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？ 在聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 應用程式中找到解答，或在網站 myuhc.com/CommunityPlan 與我們對話。您也可以致電客戶服務部，電話 **1-800-514-4912**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，當地時間上午 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

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
	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。	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 2026 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 \$35。2027 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為止 (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？ 在聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 應用程式中找到解答，或在網站 myuhc.com/CommunityPlan 與我們對話。您也可以致電客戶服務部，電話 **1-800-514-4912**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，當地時間上午 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

	2026 年 (今年)	2027 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 \$0.50 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。	\$0

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。

	2026 年 (今年)	2027 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。您的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 2027 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)。如果您的醫療護理提供者離開計劃網絡，您可能會有特別註冊期。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 2027 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。

您為聯邦醫療保險承保服務支付的金額視您的醫療補助資格級別而定：

- 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 州政府醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 查詢詳情，電話 1-800-541-2831，當地時間上午 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。

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。

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
急診護理 – 全球	屬於承保範圍	在美國和美國領土以外接受的急診護理 (包括緊急狀況救護服務) 不屬於傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 或本計劃的承保範圍。 如果您在美國境外旅行，建議您考慮另外購買旅遊醫療保險保單。
健身計劃	您可以使用身心健康健身計劃，幫助您在健身機構或家中保持活動、專注並與他人保持聯繫。 您支付定額手續費 \$0。 您使用網絡服務提供者時，標準會籍服務不須付費。	您可以使用健身計劃，幫助您在健身機構保持活動。 您支付定額手續費 \$0。 您使用網絡服務提供者時，標準會籍服務不須付費。 數位健身、記憶適能和郵購套件不再屬於承保範圍。 請檢視您的承保證書查詢更多資訊。
聽覺護理服務 助聽器	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。 您支付定額手續費 \$0。 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 副處方助聽器的補貼 \$2,200。 您支付定額手續費 \$0。 您必須使用網絡醫療護理提供者才能取得本福利。 非處方 (Over-the-counter, OTC) 助聽器及遞送到府的助聽器不再屬於承保範圍。

	2026 年 (今年)	2027 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 \$118 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, 以及居家護理服務、暫托護理和體重管理的額外支持。 如果您符合資格, 還可以用您的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) 並且有更複雜健康需求的慢性病計劃參加者。 可能還有其他未列出的合格病況。 您支付定額手續費 \$0。 您的資助額金額在每月結束時到期失效。	每月資助額 \$126 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, 以及居家護理服務、暫托護理和體重管理的額外支持。 如果您符合資格, 還可以用您的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) 並且有更複雜健康需求的慢性病計劃參加者。 可能還有其他未列出的合格病況。 我們會寄信給您, 提供有關您是否符合為慢性病患者提供的特殊輔助福利 (SSBCI) 資格的資訊。 您支付定額手續費 \$0。 您的資助額金額在每月結束時到期失效。

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
		一直到 2026 年 12 月 31 日為止，您可以使用您目前的 UCard。 我們會在新的計劃年度開始前郵寄新的 UCard 給您。 請在 2026 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。
轉介	某些網絡服務 (例如專科醫生、物理治療、言語治療和職能治療就診) 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) 將會影響您能求診的專科醫生和醫院。詳情請檢閱您的承保證書。	物理治療、言語治療和職能治療不再需要轉介。 只有向專科醫生求診才需要取得您主治醫生 (primary care provider, PCP) 的轉介以獲得承保。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。
緊急護理服務 – 全球	屬於承保範圍	在美國和美國領土以外接受的緊急護理服務不屬於傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 或本計劃的承保範圍。 如果您在美國境外旅行，建議您考慮另外購買旅遊醫療保險保單。

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 **2026 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。**請檢視藥物清單，以確保您的藥物明年仍屬於承保範圍，也確認是否有任何限制規定，或您的藥物是否已移到不同分攤費用層次。**

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。

- **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 \$2,400 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。

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。

	2026 年 (今年)	2027 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： \$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支付全額費用，直到您達到年度自付扣除金規定為止。	\$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： \$700 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 階段的藥物費用：初始承保

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 \$2,400 自付費用，您就會進入下一階段 (重額承保階段)。

	2026 年 (今年)	2027 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)	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	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 \$1.65 或 • 定額手續費 \$5.80
所有其他承保藥物	所有其他承保藥物： • 定額手續費 \$0 或 • 定額手續費 \$4.90 或 • 定額手續費 \$12.65	所有其他承保藥物： • 定額手續費 \$0 或 • 定額手續費 \$5 或 • 定額手續費 \$14.40
	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	每份處方配藥您支付 \$0。	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%。	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 。	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%。	您支付總費用的 25%。
第五層次 - 特殊層次	您支付總費用的 25%。	您支付總費用的 25%。

¹ 2026 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 \$35。2027 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為止 (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。

第 2 節 管理變更

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
事前授權 - 承保醫院住院或專業護理設施 (skilled nursing facility, SNF) 住院後的膳食福利	除了驗證合格住院外，還須事前授權。	不須再取得事前授權。本計劃會在我們寄送您的訂單前繼續確認符合資格的住院。
聯合健康保險 (UnitedHealthcare) UCard 和會員卡	UCard 是您的會員卡，還有更多用途 – 使用這張卡片，將您的非處方 (OTC) 資助額和獲得的獎勵金用來購買符合資格的用品。	您將會收到透過郵件分別寄送的 2 張卡片 - 會員卡和 UCard。 使用您新的會員卡向醫療護理提供者求診或購買處方配藥。 使用您的 UCard 在商店內或網上付款，將您的非處方 (OTC) 資助額和獲得的獎勵金用於購買符合資格的用品。 UCard 的效期為 3 年，也就是說，您將不會每年都收到新的 UCard。您可以在 2027 年 1 月 1 日銷毀您目前的卡片。 如要查看您的餘額、尋找網絡商店及符合資格的用品，請前往聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 應用程式或您會員網站中的 UCard 中心 (UCard Hub)。

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 日前登記不同類型的聯邦醫療保險健保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 2027 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)。請記得，並非所有聯邦醫療保險健保計劃都會承保處方配藥。此外請注意，對於許多計劃，您無法加入聯邦醫療保險健保計劃並同時購買處方配藥計劃。
- **欲變更至含獨立聯邦醫療保險配藥承保的傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)**，您可以參加註冊 D 部份計劃，而且您將自動退出 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 **2027 年聯邦醫療保險與您 (Medicare & You 2027) 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 2027 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 2027 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)。您也能在**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。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 2027 年。您不需要提交新的選擇要求即可於 2027 年繼續參加。**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

- **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) 使用者請撥 711。)**

我們的電話服務時間是當地時間上午 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 2027 年承保證書**

本**年度變更通知**提供您 2027 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) 2027 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。醫療護理提供者名冊和處方藥一覽表將於 **2026 年 10 月 15 日**之後提供。

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 2027 年聯邦醫療保險與您 (Medicare & You 2027)**

2027 年聯邦醫療保險與您 (Medicare & You 2027) 手冊會郵寄給享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的民眾，此刊物會在每年秋季寄送。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

請致電 New York 州政府醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」))，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。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。

New York 州政府醫療補助方案

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) 711

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

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)

此監察員可以幫助我們健康與復原計劃 (Health and Recovery Plan, HARP) 的計劃參加者，以及我們醫療補助管理式護理 (Medicaid Managed Care, MMC) 計劃之取得長期服務和支持的計劃參加者。

1-844-614-8800，週一至週五，上午 9 時至下午 5 時

聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)

Community Service of Society of New York

633 Third Ave, 10th Floor

New York, NY 10017

電子郵件：ican@cssny.org

www.icannys.org

Community Health Advocates (CHA)

1-888-614-5400，週一至週五，上午 9 時至下午 4 時

聽力語言殘障服務專線 (TTY) 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

www.communityhealthadvocates.org

成癮與精神健康護理之社區健康服務可及性計劃 (Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project, CHAMP)

1-888-614-5400，週一至週三上午 9 時至晚上 7 時，週四至週五上午 9 時至下午 4 時

聽力語言殘障服務專線 (TTY) 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

www.champny.org

New York 州政府長期護理監察員方案

1-855-582-6769，週一至週五，上午 9 時至下午 5 時

2 Empire State Plaza, 5th FL

Albany, NY 12223

電子郵件：ombudsman@aging.ny.gov

www.aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program

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) ، ستوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية والمراسلات المجانية بتنسيقات أخرى مثل الطباعة بأحرف كبيرة. اتصل بالرقم المجاني المدون على بطاقة تعريف العضو خاصتك.

দেখুন: আপনি 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. Chiami 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۔

אויפֿמערק: 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 àtilẹ́yìn èdè ọ́ ọ́ àti àwọn ìbáńìṣẹ̀rò nínú àwọn ìgún-régé, bí àwọn àtẹ̀jádé nílá, wà fún ọ́. Pe nọmbà tí kò nílò owó lórí káàdì idánimò ọmọ ẹgbé rẹ.

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>



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

客戶服務部：



下載聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 應用程式



瀏覽網站 myuhc.com/CommunityPlan



致電 1-800-514-4912

撥打本號碼不需付費。當地時間上午 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。

當地時間上午 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

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。