

2022 METROPLUS PLATINUM PLAN (HMO) 福利簡介

MetroPlus Platinum Plan 是一家擁有Medicare合約的HMO計劃。參加該計劃依續約情況而定。

這是**METROPLUS PLATINUM PLAN (HMO)**
在**2022年1月1日至2022年12月31日**期間
承保的藥物和保健服務的介紹



讓我們一起健康起來。

我們的 **MetroPlus Platinum Plan (HMO)** 為會員提供Original Medicare包含的一切福利，覆蓋五個行政區內的強大網絡和更完善的聽力保險。此外，更有激動人心的會員獎勵計劃，會員完成健康活動即可獲得積分！

預註冊清單

在作出參保決定前，您應完全瞭解我們的福利和規定。如果您有任何疑問，請致電我們24小時開放的求助熱線：**1.866.986.0356**（聽力障礙電傳：711），我們的代表樂意為您服務。

瞭解福利

- 查看《承保福利說明(EOC)》中列出的完整福利清單，尤其是您經常在就診時接受的服務。瀏覽 www.metroplusmedicare.org 或致電**1.866.986.0356**（聽力障礙電傳：711），查看EOC副本。
- 查看醫療服務提供者/藥房名錄（或直接諮詢您的醫生），確保您現在的醫生屬於我們的服務網絡。如果他們未被列出，則您可能需要選擇一名新的醫生。
- 查看醫療服務提供者/藥房名錄，確保您配取處方藥的藥房屬於我們的服務網絡。如果藥房未被列出，則您可能需要選擇一個新的藥房以配取處方藥。

瞭解重要規定

- 除了您的每月計劃保費外，您必須繼續支付您的Medicare B部分保費。此費用通常按月從您的Social Security支票中扣除。
- 福利、保費和/或自付費用/共同保險費可能於2023年1月1日發生變化。
- 除急診或緊急狀況外，我們不承保網絡外醫療服務提供者（未在醫療服務提供者/藥房名錄上列出的醫生）提供的服務。

此處提供的福利資訊並未列出我們提供的所有服務或所有限制及除外事項。如想獲得我們承保服務的完整清單，請聯絡會員服務部索取一份《承保福利說明》(電話號碼已印於本手冊的封底)。

要加入**MetroPlus Platinum Plan (HMO)**，您必須有資格獲Medicare A部分，註冊了Medicare B部分，是一名美國公民或在美國有合法居住權，且居住在Manhattan、Brooklyn、Queens、Bronx或Staten Island。

MetroPlus Platinum Plan (HMO)有一個由醫生、醫院、藥房及其他服務提供者組成的網絡。如您選用我們網絡外的服務提供者，計劃將不為這些服務付款。您可瀏覽我們的網站www.metroplusmedicare.org，查看我們計劃的醫療服務提供者/藥房名錄和《承保福利說明》。或致電我們，我們將向您寄送一份**服務提供者/藥房名錄**副本。

保費和福利	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	您應當瞭解的事項
每月計劃保費	您需支付\$149。	您必須繼續支付您的Medicare B部分保費。
自負額	您不必支付。	本計劃無醫療自負額。
最高自付責任 (不包括處方藥物)	每年\$7,550。	您當年支付最多的自付費用、共同保險和其他醫療服務費用。
住院保險	第1天至第8天：每天的自付費用為\$225。 第9天至第90天不必支付費用。	計劃承保90天的住院時間。在「終生額外天數」內計劃承保60天。 需要事先授權和轉診。
門診保險		
• 醫院門診服務	您支付費用的20%。	
• 移動手術中心	自付費用為\$50。	需要轉診。
醫生診療		
• 初級	您不必支付。	
• 專科醫生	每次就診的自付費用為\$40。	需要轉診。
預防性保健	您不必支付。	合約期內每年的Medicare認可的附加預防性服務也被承保。
急診護理	自付費用為\$90。	如果您在3日內入院，您無需支付您的緊急護理分攤費用。
緊急需要的服務	您不必支付。	

保費和福利	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	您應當瞭解的事項
診斷服務/實驗室/造影		
• 診斷檢查和程序	您支付費用的20%。	需要轉診。您的醫生或其他網絡內服務提供者提供的某些服務需要事先授權。欲知更多資訊，請聯絡我們。
• 實驗室服務	您支付費用的20%。	
• 放射診斷服務 (例如MRI)	您支付費用的20%。	
• 門診X光	您支付費用的20%。	
聽力服務		
• 常規聽力檢查 (每年最多1次)	自付費用為\$20。	需要轉診。 聽力輔助服務需要事先授權。 我們的計劃每3年最多承保\$500的助聽器費用。
• 為診斷和治療聽力與平衡問題進行檢查	自付費用為\$20。	
• 調試/評估助聽器	自付費用為\$20。	
• 助聽器 (每3年1副)	您不必支付。	
牙科服務	您不必支付。	受限的牙科服務 (不包括與牙齒護理、治療、填充、取出或更換相關的服務)。需要事先授權。
視力服務	您不必支付。	為診斷和治療眼部疾病和宿疾，包括每年的青光眼篩查。需要轉診。
心理健康服務 (住院病患)	第1天至第8天：每天的自付費用為\$195。 第9天至第90天不必支付費用。	需要轉診和事前授權。
心理健康服務 (門診團體或個人治療就診)	自付費用為\$40。	
專業康復機構	第1天至第20天不必支付費用。 第21天至第100天：每天的自付費用為\$194.50。	計劃所承保SNF內期限最多為100天。需要事先授權和轉診。
理療	自付費用為\$25。	需要轉診。 10次診療後需要事先授權。
救護車	\$100自付費/單程。	如果您入院，您無需支付您的救護服務分攤費用。
就醫交通	不承保。	
Medicare B部分藥物	化療藥物費用的20%。 其他B部分藥物費用的20%。	可能需要事先授權或逐步治療。
足部護理 (足病治療服務)		
• 如您還有糖尿病相關的嚴重傷害和/或滿足某些條件將進行足部檢查和治療	自付費用為\$30。	需要轉診。

保費和福利	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	您應當瞭解的事項
醫療設備/用品 <ul style="list-style-type: none"> 耐用醫療設備 (例如輪椅、氧氣) 假體裝置 (例如支架、義肢) 糖尿病用品 	您支付費用的20%。 您支付費用的20%。 您支付費用的20%。	需要事先授權。
遠端醫療服務	您不必支付。	承保的遠端醫療服務包括：急需的服務；醫生專家服務；心理健康個人治療專家服務；其他醫療專業人士；精神病個人治療專家服務；門診藥品濫用個人治療專家服務；糖尿病自我處理訓練。除行為健康服務外，需要轉診。
類鴉片治療計劃	您不必支付。	僅針對住院服務需要獲得事先授權。
針灸 (僅治療慢性腰部疼痛)	您支付費用的20%。	承保的服務包括： 90天期限內承保12個療程。 為表現出症狀改善的病患承保額外8個療程。 會員症狀如果未改善或出現退化，則必須停止治療。 每年限20次針灸治療。 需要轉診和事前授權。

門診病患處方藥			
第1階段：	年度自負額階段	本計劃把\$480設定為D部分處方藥的自負額。在您付清自負額之前，您必須支付D部分處方藥的全部費用。	
第2階段：	初始保險 (在您支付您的自負額之後，如適用)		當您的總藥品費用達到\$4,430時，您將進入下一個階段(保障缺口階段)。
	<ul style="list-style-type: none"> 普通藥物 (包括作為普通藥品的品牌藥物) 	您需支付25%的共同保險	
	<ul style="list-style-type: none"> 所有其他藥物 	您需支付25%的共同保險	
第3階段：	保障缺口階段		或者，當您的年度付現費用達到\$7,050時，您將進入下一個階段(重病保險階段)。
	<ul style="list-style-type: none"> 普通藥物 (包括作為普通藥品的品牌藥物) 	您需支付25%的共同保險	
	<ul style="list-style-type: none"> 所有其他藥物 	您將支付25%的共同保險，以及部分藥事服務費	
第4階段：	重病保險階段		一旦進入重病保險階段，您都將停留在這一支付階段，直至年末。
	<ul style="list-style-type: none"> 普通藥物 (包括作為普通藥品的品牌藥物) 	您需支付費用的5%或\$3.95的自付費用，以金額較高者為準	
	<ul style="list-style-type: none"> 所有其他藥物 	您需支付費用的5%或\$9.85的自付費用，以金額較高者為準	

計劃可能提供C部分和D部分福利之外的補充福利。

如您想瞭解更多關於Original Medicare的保險和費用，參閱您最新的「*Medicare與您*」手冊。

瀏覽www.medicare.gov或聯絡**1.800.MEDICARE (1.800.633.4227)**，每週7天，每天24小時獲得相關資訊。聽力障礙電傳使用者應致電**1.877.486.2048**。

您可以要求提供其他格式的本文件，例如盲文、大字型印刷或音訊。

MetroPlusHealth 十分高興地通知您，您可以使用我們的郵購計劃提供的免費送貨到家服務，且不必支付額外的費用。這項服務可以節省您的時間，它採用簡單、安全、防篡改的包裝，將您的藥物安全送達。

要註冊這項服務，請致電CVS Caremark的客戶服務部：**1.866.693.4615**，或線上註冊：

www.caremark.com。



欲瞭解更多資訊，請致電下面的電話號碼
或瀏覽我們的網站www.metroplusmedicare.org。
請致電我們24小時開放的求助熱線：**1.866.986.0356**
(聽力障礙電傳：711)，我們的代表樂意為您服務。

我們承保D部分藥物。此外，我們也承保B部分藥物，
如化療藥物及您的服務提供者給予的某些藥物。

您可瀏覽我們的網站www.metroplusmedicare.org，
參閱完整的計劃處方一覽表 (D部分處方藥清單) 及相關限制。

MetroPlus Health Plan是與Medicare簽訂合約並與紐約州衛生廳簽訂福利協調協議的
HMO，HMO SNP計劃。參加MetroPlus Health Plan依照續約情況而定。MetroPlus Health Plan遵守
適用的聯邦民權法律，沒有種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別方面的歧視。 ATTENTION: if you
speak English, free language assistance services are available to you. Call 1.866.986.0356 (TTY:
711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1.866.986.0356 (TTY: 711)。

**MetroPlus Health**

METROPLUSMEDICARE.ORG 1.866.986.0356 • TTY: 711



H0423_MEM22_2597c_M Accepted 09222021