

2024 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2024年1月1日至2024年12月31日期
間承保的藥物和保健服務的介紹**

**✓ MetroPlusHealth
城市保健**

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。更有豐厚的會員獎勵計劃！



請致電我們每週7天，每天24小時開放的求助熱線：**866.986.0356**（聽力障礙電傳：711），我們的代表樂意為您服務。

牙科服務：**866.986.0356**

視力服務：**866.986.0356**

參保前核對清單 (PECL)

在做出參保決定之前，您必須瞭解我們的福利和規則。在完成參保前，必須審查以下項目。如果您還有其他疑問，請致電我們每週7天，每天24小時開放的求助熱線：**866.986.0356**（聽力障礙電傳：711）。

- ☐ 《承保福利說明(EOC)》完整列明瞭所有承保範圍和服務。請務必在您參保前查看計劃承保範圍、費用和福利。瀏覽metroplusmedicare.org或致電我們每週7天，每天24小時開放的電話：**866.986.0356**（聽力障礙電傳：711），查看EOC副本。
- ☐ 查看《醫生名錄》（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《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。
- ☐ 查看《處方一覽表》，以確保您所使用的藥品在承保範圍內。

瞭解以下重要規定：

- ☐ 除了您的每月計劃保費外，如果您還需要繳納其他計劃保費（參保某些計劃的會員支付0元保費），則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2024年1月1日發生變化。
- ☐ 除急診、緊急狀況或某些州/聯邦政府規定的情況外，我們通常不承保網絡外醫療服務提供者提供的服務。
- ☐ 如果您正在參保我們的雙重資格特別需求計劃之一，即MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)或MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)，則您參保該計劃的能力取決於您是否經驗證有資格獲得Medicare以及獲得Medicaid下州計劃的醫療協助。如果您正在參保我們的MetroPlus Platinum Plan (HMO)，則您參保該計劃的能力僅取決於您是否經驗證有資格獲得Medicare。
- ☐ 對目前保險的影響。一旦新的Medicare承保生效，您目前的醫療健康保險將停止。例如，如果您參保了Tricare或Medicare計劃，一旦新保險生效，您將不能再享受該計劃的福利。

說明：如果您沒有主治醫生或專科醫師，或沒有服用處方藥，請勿填寫相應行，並輸入未提供資訊的原因。例如「在參保時我不瞭解此資訊」。

網絡內醫療服務提供者

主治醫生(PCP) _____

專科醫師 _____

處方藥 _____

在下方簽名，即代表受益人和代理人均證明已審查《參保前核對清單》。

代表/經紀人簽名： _____

代表/經紀人ID： _____

會員簽名： _____

所提供的福利資訊並不會列出我們所承保的每項服務，也不會列出每一項限制或排除。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)**，您必須有資格獲得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，且居住在曼哈頓、布碌崙、皇后區、布朗士或史泰登島。

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醫生，計劃將不為這些服務付款。您可瀏覽我們的網站metroplusmedicare.org，查看我們計劃的《醫生/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《醫生/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	您支付\$132。	您必須繼續支付您的聯邦醫療保險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\$8,850。	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。
住院承保	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。「在生命存續期」內計劃承保60天。 無需事先授權和轉診。
門診保險 • 醫院門診服務 • 門診手術中心	您支付費用的20%。 \$50自付費用。	需要轉診。
醫生診療 • 初級 • 專科醫生	您不必支付。 每次就診\$40自付費用。	無需轉診。 專科醫師需要轉診。
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享受承保。
急診護理	\$100自付費用。	如果您在3日內入院，您無需支付您的緊急護理分擔費用。
緊急需要服務	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 - 診斷檢測和程序 - 實驗室服務 - 放射診斷服務 (例如MRI) - 門診X光	您支付費用的20%。 您支付費用的20%。 您支付費用的20%。 您支付費用的20%。	需要轉診。您的醫生或其他網絡服務提供者提供的某些服務需要事先授權。 欲知更多資訊，請聯絡該計劃。
聽力服務 - 常規聽力檢查 (每年最多1次) - 為診斷和治療聽力與平衡問題進行檢查 - 調試/評估助聽器 - 助聽器 (每3年1副)	\$20自付費用。 \$20自付費用。 \$20自付費用。 您不必支付。	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。
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。	需要轉診和事先授權。
心理健康服務 (門診團體或個人治療就診)	\$40自付費用。	無需轉診。
專業護理機構	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\$200。 這些是2023年的費用分攤額，2024年的金額可能發生變化。MetroPlus Platinum Plan (HMO)將在更新價格發佈後立即提供給您。	計劃所承保SNF內期限最多為100天。 需要事先授權和轉診。
物理治療	\$25自付費用。	需要轉診。10次診療後需要事先授權。

保費和福利	MetroPlus Platinum Plan (HMO)	您應當瞭解的事項
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 (足科服務) • 如您還有糖尿病相關的神經損傷和/或滿足某些條件, 可獲得足部檢查和治療	\$30自付費用。	需要轉診。
醫療設備/用品 • 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; 門診藥物濫用個人治療; 糖尿病自我處理訓練。除行為健康服務外, 需要轉診。
類鴉片治療計劃服務	您不必支付。	僅針對住院服務需要獲得事先授權。
針灸 (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。 需要轉診和事先授權。

門診病患處方藥			
第1階段:	年度自負額階段	本計劃把\$545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\$5,030時，您將進入下一個階段（甜甜圈孔階段）。
	• 學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）	您需支付25%的共同保險	
	• 所有其他藥品	您需支付25%的共同保險	
第3階段:	甜甜圈孔階段		或者，當您的年度自付費用達到\$8,000時，您將進入下一個階段（重病保險階段）。
	• 學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）	您需支付25%的共同保險	
	• 所有其他藥品	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。
	• 學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）	您支付0元	
	• 所有其他藥品	您支付0元	

請翻至背面，瞭解有關疫苗和胰島素的承保資訊。

聯絡資訊

牙科服務: 866.986.0356

視力服務: 866.986.0356

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 [medicare.gov](https://www.medicare.gov) 或聯絡 **800.MEDICARE (800.633.4227)** 獲得一份手冊，該號碼每週7天，每天24小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 **877.486.2048**。

您可以請求其他格式的本文件，例如盲文、大字型印刷或音訊。請致電我們每週7天，每天24小時開放的求助熱線：**866.986.0356**（聽力障礙電傳：711），我們的代表樂意為您服務。

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：**866.693.4615**，或線上註冊：[caremark.com](https://www.caremark.com)。



如需更多資訊，請致電以下電話聯絡我們，或瀏覽我們的網站metroplusmedicare.org。

請致電我們每週7天，每天24小時開放的求助熱線：**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，如化療藥物及您的醫生給予的某些藥物。

您可瀏覽我們的網站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, Inc.是一家擁有Medicare合約的HMO、HMO D-SNP計劃。MetroPlus Health Plan, Inc.與New York State Medicaid for MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)簽有合約，且與紐約州衛生廳簽有MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)的福利協調協議。**MetroPlusHealth 不隸屬於聯邦政府、CMS、HHS和/或Medicare，也不受其認可或以其他方式與其相關聯。**參加MetroPlus Health Plan, Inc.依照續約情況而定。MetroPlus Health Plan, Inc.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。ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 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（聽力障礙電傳：711）。

✓ MetroPlusHealth
城市保健

METROPLUSMEDICARE.ORG 866.986.0356 • 聽力障礙電傳：711



H0423_MKT24_2210c_M Accepted 09022023