

# 2026

## 年度變更通知



# ElderServe MAP

(HMO D-SNP)

如需更多資訊，請致電 **1-800-362-2266** (TTY/TDD 711) 與我們聯絡  
每週 7 天，東部時間上午 8 點至晚上 8 點。

[www.ElderServeHealth.org](http://www.ElderServeHealth.org)

H6776\_ANOC002CY26\_M

由 *ElderServe Health* 提供的 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 。

## 2026 年年度變更通知

您已註冊成為 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 會員。

本資料介紹了我們計劃明年的費用和福利變化。

- 您可以在 **10 月 15 日至 12 月 7 日** 期間變更您明年的 **Medicare** 承保範圍。如果您在 2025 年 12 月 7 日之前沒有加入其他計劃，您將留在 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*。
- 要更改為其他計劃，請瀏覽 [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) 或檢視您的 2026 年 *Medicare* 與您手冊。
- 請注意這只是變化的摘要。有關費用、福利和規則的更多資訊，請參閱「*承保證書*」。請瀏覽 [www.ElderServeHealth.org](http://www.ElderServeHealth.org) 取得副本，或致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者應撥打 711）以透過郵件取得副本。

### 更多資源

- 本資料免費提供西班牙語、漢語和俄語版本。
- 請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請撥打 711）以瞭解更多資訊。工作時間為每週 7 天，東部時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。
- 您可以免費取得此資訊的其他格式版本，例如大號字體印刷版、盲文或音訊。

### 關於 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*

- *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 是一項與 Medicare 和 Medicaid 簽有合約的計劃。能否參保 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 視合約續簽情況而定。我們的計劃同時還與 New York Medicaid 計劃簽訂了書面協議以協調您的 Medicaid 福利。
- 當本資料提及「我們」或「我們的」時，即指 *ElderServe Health*。當提到「計劃」或「我們的計劃」時，是指 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*。
- 如果您在 **2025 年 12 月 7 日** 之前不採取任何行動，您將自動參保 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*。從 2026 年 1 月 1 日起，您將透過 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 獲得醫療和藥物保險。有關如何變更計劃以及變更截止期限的更多資訊，請參閱第 3 節。

H6776\_ANOC002CY26\_M

## 目錄

<b>2026 年重要費用摘要 .....</b>	<b>3</b>
<b>第 1 節 明年的福利與費用變化 .....</b>	<b>6</b>
第 1.1 節 月繳計劃保費的變更 .....	6
第 1.2 節 自付費用金額上限的變更 .....	6
第 1.3 節 提供者網絡變更 .....	7
第 1.4 節 藥房網絡的變更 .....	7
第 1.5 節 醫療服務福利和費用的變化 .....	8
第 1.6 節 D 部分藥物承保的變化 .....	11
第 1.7 節 處方藥福利和費用的變更 .....	11
<b>第 2 節 管理變更 .....</b>	<b>14</b>
<b>第 3 節 如何變更計劃 .....</b>	<b>14</b>
第 3.1 節 計劃變更的截止時間 .....	15
第 3.2 節 是否可在一年中的其他時間變更計劃？ .....	15
<b>第 4 部分 取得處方藥費用支付協助 .....</b>	<b>16</b>
<b>第 5 節 有任何疑問？ .....</b>	<b>17</b>
從 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 獲得幫助 .....	17
獲得 Medicare 免費諮詢 .....	17
從 Medicare 獲得幫助 .....	17
從 Medicaid 獲得幫助 .....	18

## 2026 年重要費用摘要

	2025 (今年)	2026 (明年)
<p><b>月繳計劃保費*</b></p> <p>* 您的保費可能高於或低於此金額。詳見第 1 節。</p>	對於 D 部分保費為 \$0 或 72.30	對於 D 部分保費， \$0 或 \$58.80
<p><b>B 部分自付額</b></p>	<p>B 部分自付額為 \$257，透過耐用醫療設備提供的胰島素除外。</p> <p>若您適用 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤補助，您需支付 \$0。</p>	<p>B 部分自付額為 \$257，但透過耐用醫療設備提供的胰島素除外。</p> <p>若您適用 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤補助，您需支付 \$0。</p> <p>這些是 2025 年的費用分攤金額，在 2026 年可能有變。ElderServe MAP 將在發佈後立即提供更新的費率。</p>
<p><b>最高自付費用金額</b></p> <p>這是您將為承保的 A 部分和 B 部分服務支付的<u>最多</u>自付費用。（詳見第 1 節。）</p>	<p>\$8,900</p> <p>您無需為承保的 A 部分和 B 部分服務的自付費用支出而支付任何自付費用。</p>	<p>\$9,250</p> <p>您無需為承保的 A 部分和 B 部分服務的自付費用支出而支付任何自付費用。</p>
<p><b>主治醫生診室就診</b></p>	<p>每次就診 \$0</p>	<p>每次就診 \$0</p> <p>若您符合 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤補助資格，您每次就診需支付 \$0。</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
專科醫生診室就診	<p>每次就診 \$0</p> <p>若您符合 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤補助資格，您每次就診需支付 \$0。</p>	<p>每次就診 \$0</p> <p>若您符合 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤補助資格，您每次就診需支付 \$0。</p>
<p><b>住院</b></p> <p>包括急性住院護理、住院康復、長期護理住院及其他類型的住院醫院服務。住院治療從您聽從醫師要求正式住院的那天開始算起。出院的前一天是您住院的最後一天。</p>	<p>\$0 共同保險或共付額。</p> <p>如果您有資格享受 Medicaid 項下的 Medicare 分攤費用補助，您需支付 \$0。</p>	<p>\$0 共同保險或共付額。</p> <p>如果您有資格享受 Medicaid 項下的 Medicare 分攤費用補助，您需支付 \$0。</p>
<p><b>D 部分藥物承保自付額</b></p> <p>(詳見第 1.7 節。)</p>	<p>自付額：\$590，承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗除外</p> <p>*根據您的 Medicaid 資格等級，您可能沒有任何費用分擔責任。(請參閱「LIS 附則」單獨插頁，以瞭解您的自付額。)</p>	<p>\$615，承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗除外</p> <p>*根據您的 Medicaid 資格等級，您可能沒有任何費用分擔責任。(請參閱「LIS 附則」單獨插頁，以瞭解您的自付額。)</p>
<p><b>D 部分藥物承保</b></p> <p>(有關詳細資訊，請參閱第 1.6 節，包括年度自付額、初始承保和災難承保階段。)</p>	<p>初始承保階段適用的共付額/共同保險：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>第 1 級藥物： 根據您的 Medicaid 資格，您需要支付： </li> </ul> <p>對於副廠藥（包括被視為副廠藥的原廠藥物）： \$0 的共付額；或</p>	<p>初始承保階段適用的共付額/共同保險：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>第 1 級藥物： 根據您的 Medicaid 資格，您需要支付： </li> </ul> <p>對於副廠藥（包括被視為副廠藥的原廠藥物）： \$0 的共付額；或</p>

2025 (今年)	2026 (明年)
<p>\$1.60 的共付額；或 \$4.90 的共付額；或 25% 的費用。</p> <p>對於所有其他藥物： \$0 的共付額；或 \$4.80 的共付額；或 \$12.15 的共付額；或 25% 的費用。</p> <p>對於此等級承保的每種胰 島素產品的一個月藥量， 您需支付 \$35。</p> <p>災難承保階段： 在此付款階段，您無需為 承保的 D 部分藥物支付任 何費用。</p>	<p>\$1.60 的共付額；或 \$5.10 的共付額；或 25% 的費用。</p> <p>對於所有其他藥物： \$0 的共付額；或 \$5.10 的共付額；或 \$12.65 的共付額；或 25% 的費用。</p> <p>對於此等級承保的每種 胰島素產品的一個月藥 量，您需支付 \$35。</p> <p>災難承保階段： 在此付款階段，您無需 為承保的 D 部分藥物支 付任何費用。</p>

## 第 1 節 明年的福利與費用變化

### 第 1.1 節 月繳計劃保費的變更

	2025 (今年)	2026 (明年)
<b>月繳計劃保費</b> (您還必須繼續支付您 Medicare B 部分保費，除非已由您的 Medicaid 支付。)	對於 D 部分保費， \$0 或 \$72.30	對於 D \$0 或 \$58.80

### 第 1.2 節 自付費用金額上限的變更

Medicare 要求所有保健計劃對您在一年中支付的自付費用金額進行限制。該限制稱為最高自付費用金額。如果您已支付此費用，一般您就不需要為該日曆年剩餘時間內承保的 A 部分和 B 部分服務支付任何費用。

	2025 (今年)	2026 (明年)
<b>最高自付費用金額</b> 由於我們的會員也從 Medicaid 獲得補助，因此極少有會員曾達到此最高自付費用金額。 您無需為承保的 A 部分和 B 部分服務的自付費用支出而支付任何自付費用。 您的承保醫療服務費用（例如共付額和自付額）計入您的最高自付費用金額。	<b>\$8,900</b> 您就承保的 A 部分和 B 部分服務支付的自費費用達到 \$8,900 後，您在該日曆年剩餘時間內將無需就承保的 A 部分和 B 部分服務支付任何費用。	<b>\$9,250</b> 您就承保的 A 部分和 B 部分服務支付的自費費用達到 \$9,250 後，您在該日曆年剩餘時間內將無需就承保的 A 部分和 B 部分服務支付任何費用。

### 第 1.3 節 提供者網絡變更

我們的服務提供者網絡已為下一年度作出更改。請查看 2026 年 *提供者目錄* [www.ElderServeHealth.org](http://www.ElderServeHealth.org)，瞭解您的醫療服務提供者（初級保健提供者、專科醫生、醫院等）是否在我們的網絡中。以下是取得更新的 *醫療服務提供者目錄* 的方法：

- 瀏覽我們的網站：[www.ElderServeHealth.org](http://www.ElderServeHealth.org)。
- 請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711），獲取最新的醫療服務提供者資訊，或要求我們為您郵寄一份 *提供者目錄*。

我們可能會在一年當中對我們計劃內的醫院、醫師和專科醫生（提供者）的部分進行更改。如果我們的醫療服務提供者在年中發生的變化對您有影響，請致電 1-800-362-2266（TTY 使用者致電 711）聯絡會員服務部，以便我們提供幫助。網絡內醫療服務提供者離開我們的計劃時，如需瞭解更多有關臨床研究的資訊，請參閱 *承保證書* 的第 3 章第 2.3 節。

### 第 1.4 節 藥房網絡的變更

您為處方藥支付的金額依照您所使用的藥房而定。Medicare 藥物計劃擁有一個藥房網絡。在大多數情況下，您的處方藥僅在我們的網絡藥房配取時才獲承保。我們的藥房網絡已為下一年度作出更改。請查看 2026 年的 *藥房名錄* [www.ElderServeHealthPlans.org](http://www.ElderServeHealthPlans.org)，瞭解哪些藥房在我們的網絡中。以下是取得更新的 *藥房目錄* 的方法：

- 瀏覽我們的網站：[www.ElderServeHealth.org](http://www.ElderServeHealth.org)。
- 請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711），獲取最新的藥房資訊，或要求我們為您郵寄一份 *藥房名錄*。

我們可能會在一年當中對我們計劃內的藥房進行更改。如果我們的藥房在年中發生的變化對您有影響，請致電 1-800-362-2266（TTY 使用者致電 711）聯絡會員服務部，以便我們提供幫助。

## 第 1.5 節醫療服務福利和費用的變化

年度變更通告僅向您說明有關您 Medicare 和 Medicaid 福利和費用的變更情況。

	2025 (今年)	2026 (明年)
緊急醫療服務	<p>每次診室就診，您需支付 \$110 的共付額。</p> <p>如果您有資格享受 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助，您需支付的共付額為 \$0。</p>	<p>每次診室就診，您需支付 \$115 的共付額。</p> <p>如果您有資格享受 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助，您需支付的共付額為 \$0。</p>
急症治療服務	<p>您每次看診支付 \$45 共付額。</p> <p>如果您有資格享受 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助，您需支付的共付額為 \$0。</p>	<p>每次就診支付 \$40 共付額。</p> <p>如果您有資格享受 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助，您需支付的共付額為 \$0。</p>
非處方 (OTC) 商品	<p>每月 \$218。任何未使用的金額不能結轉到下一個期間。</p>	<p>每月 \$302。任何未使用的金額不能結轉到下一個期間。</p>

**非處方藥 (OTC) + 水電費 + 食品雜貨福利**

每月 \$218。您可以將 OTC 福利金額的 50% (\$109) 用於食品和農產品。

對於（患有某些慢性病的）合格會員，用於慢性病的特殊補充福利（雜貨福利）與 OTC 福利相結合，作為每月 OTC 津貼的一部分來支付某些雜貨，但只能在特定藥房和/或零售商處購買。

所述福利是慢性病患者特殊補充計劃的一部分。病症的一些範例包括 *心血管疾病、高血壓、骨關節炎、內分泌疾病和胃腸道疾病*。不能僅根據您的疾病保證您有資格獲得此福利。合格會員將收到通知及獲得有關如何享用該福利的說明。

每月 \$302。

此外，這項福利可以用於支付水電費、食品和農產品。福利金不能轉到下個月使用。此項福利不能兌換成現金。

對於（患有某些慢性病的）合格會員，用於慢性病的特殊補充福利（雜貨福利）與 OTC 福利相結合，作為每月 OTC 津貼的一部分來支付某些雜貨，但只能在特定藥房和/或零售商處購買。

所述福利是慢性病患者特殊補充計劃的一部分。病症的一些範例包括 *心血管疾病、高血壓、骨關節炎、內分泌疾病和胃腸道疾病*。不能僅根據您的疾病保證您有資格獲得此福利。合格會員將收到通知及獲得有關如何享用該福利的說明。

**針灸**

每年 30 次就診

每年 40 次就診

## 牙科服務

補充性預防牙科服務：

您為以下補充預防性牙科服務支付 \$0 共付額：

口腔檢查：3 次訪視

每 6 個月進行 1 次口腔定期評估。

牙科 X 光檢查：

口內、根尖週 (D0230、D0240) 每 12 個月 6 次。 - 不承保

咬翼 - 每 12 個月 3 次 - 承保。

唾液造影術 - 每週 2 次 - 承保

全景放射影像 - 每 3 年 1 次 - 不承保

氟化物治療：  
至 20 歲承保 1 次

綜合牙科服務：需要轉介。

補充性預防牙科服務：

您為以下補充預防性牙科服務支付 \$0 共付額：

口腔檢查：1 次就診

每 6 個月 2 次的口腔定期評估

牙科 X 光檢查：

口內、根尖週 (D0230、D0240) 每 12 個月 6 次。 - 承保

咬翼 - 每 12 個月 3 次 - 不承保

唾液造影術 - 每週 2 次 - 不承保

全景放射影像 - 每 3 年 1 次 - 承保

氟化物治療：  
每三個月

綜合牙科服務：**無需轉診。**

## 第 1.6 節 D 部分藥物承保的變化

### 我們藥物清單的變化

我們的承保藥物清單被稱為處方藥一覽表或藥物清單。我們以電子方式提供一份藥物清單。您可獲得完整的藥物清單，方法是致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者致電 711）或瀏覽我們的網站 ([www.ElderServeHealth.org](http://www.ElderServeHealth.org))。

我們對藥物清單進行了變更，其中包括移除或增加藥物，更改對於某些藥物的承保限制，或將它們移至不同的分攤費用等級。請查閱藥物清單，確保您的藥物明年將獲承保，並瞭解您的藥物是否有任何限制，或您的藥物是否被移至不同的費用分攤層級。

大多數藥物清單變更發生在每年年初。不過，我們可能會在日曆年度的其他時間根據 Medicare 的規定作出其他更改，這些更改可能會對您造成影響。我們會至少每月更新一次我們的線上藥物清單，以提供最新的藥物清單。如果我們所做的變更會影響您正在服用的藥物，我們將向您發送有關變更的通知。

如果您在一年年初或年內因藥物承保範圍的變化而受到影響，請查閱承保證書第 9 章，並與您的處方醫生討論，以瞭解您的選擇，例如申請臨時供應量，申請例外處理和/或努力尋找新的藥物。請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請撥打 711）以瞭解更多資訊。

## 第 1.7 節 處方藥福利和費用的變更

### 您是否獲得額外補助來支付您的藥物承保費用？

若您的計劃幫助您支付藥費額外補助，則 D 部分藥物費用的資訊可能對您不適用。我們已向您寄送稱為取得支付處方藥物額外補助「額外補助(Extra Help)」者的承保證書附則的額外資料，以介紹有關您藥品費用的資訊。如果您獲得了額外補助，但在 9 月 30 日之前未收到此資料，請致電 1-800-362-2266（TTY 使用者致電 711）聯絡會員服務部並索取 LIS 附則。

### 藥物付款階段

有 3 個藥物付款階段：年度自付額階段、初始承保階段和災難承保階段。D 部分福利中不再存在承保缺口階段和承保缺口折扣計劃。

- **第 1 階段：年度自付額**

您每個日曆年都會從這個付款階段開始。在這一階段，您需要全額支付您的 D 類藥物費用直到達到您的年度自付額。

- **第2 階段：初始承保**

您在支付年度自付額後，就將進入初始承保階段。在此階段，我們的計劃將支付應承擔的藥物費用，而您也將支付您應承擔的費用。您通常會停留在這個階段，直到年初至今藥費總額達到 \$2,100。

- **第3 階段：災難承保**

這是藥物付款的第三個也是最後一個階段。在此階段，您需要支付承保的 D 部分藥物費用。您通常在日曆年的剩餘時間處於本階段。

承保缺口折扣計劃已被製造商折扣計劃取代。根據製造商折扣計劃，藥品製造商在初始承保階段和災難承保階段內為承保的 D 部分原廠藥物和生物製劑支付我們計劃的全額費用的一部分。製造商折扣計劃下製造商支付的折扣不計入自付費用。

此表顯示了您在此階段每張處方的費用。

	2025 (今年)	2026 (明年)
年度自付額	\$590 您的自付額可能為 \$0，具體取決於您獲得的額外補助等級。（請參閱「LIS 附則」單獨插頁，以瞭解您的自付額。）	\$615 您的自付額可能為 \$0，具體取決於您獲得的額外補助等級。（請參閱「LIS 附則」單獨插頁，以瞭解您的自付額。）

## 第 2 階段的藥物費用：初始承保

表格顯示在提供標準費用分攤的網絡藥房購買一個月藥物的每張處方的費用。

我們免費為您承保大多數成人 D 部分疫苗。有關疫苗費用的更多資訊，或有關長期供應的費用或郵購處方的資訊，請參見承保證書第 6 章。

當您為 D 部分承保藥物支付了 \$2,100 的自付費用後，您將進入下一個階段（災難承保階段）。

	2025 (今年)	2026 (明年)
<b>第1級：</b>	<p>在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取一個月藥量的費用為 \$：</p> <p><b>對於副廠藥（包括被視為副廠藥的原廠藥物）：</b></p> <p>\$0 的共付額；或 \$1.60 的共付額；或 \$4.90 的共付額；或 25% 的費用。</p> <p><b>對於所有其他藥物：</b></p> <p>\$0 的共付額；或 \$4.80 的共付額；或 \$12.15 的共付額；或 25% 的費用。</p> <p>對於此等級承保的每種胰島素產品的一個月藥量，您需支付 \$35。</p> <p>當您為 D 部分藥物支付了 \$2,000 的自付費用後，您將進入下一個階段（災難承保階段）。</p>	<p>在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取一個月藥量的費用為 \$：</p> <p><b>對於副廠藥（包括被視為副廠藥的原廠藥物）：</b></p> <p>\$0 的共付額；或 \$1.60 的共付額；或 \$5.10 的共付額；或 25% 的費用。</p> <p><b>對於所有其他藥物：</b></p> <p>\$0 的共付額；或 \$5.10 的共付額；或 \$12.65 的共付額；或 25% 的費用。</p> <p>對於此等級承保的每種胰島素產品的一個月藥量，您需支付 \$35。</p> <p>當您為 D 部分藥物支付了 \$2,100 的自付費用後，您將進入下一個階段（災難承保階段）。</p>

### 災難承保階段的變化

有關災難承保階段費用的具體資訊，請參閱您的**承保證書**第 6 章第 6 節。

## 第 2 節 管理變更

	2025 (今年)	2026 (明年)
<b>Medicare 處方藥付款計劃</b>	Medicare 處方藥付款計劃是今年開始實施的一種付款方式，它可以幫助您將本計劃承保藥品的自付費用分攤到整個日曆年（1 月至 12 月）。您可能正在參與此付款選項。	如果您正在參與 Medicare 處方藥支付計劃並繼續使用相同的 D 部分計劃，您的參與將自動續約至 2026 年。 要瞭解有關此付款方式的更多資訊，請致電 1-800-362-2266（TTY 使用者致電 711）或瀏覽 <a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a> 。

## 第 3 節 如何變更計劃

要繼續使用 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*，您無需採取任何措施。除非您在 12 月 7 日之前沒有參保其他計劃或變更至 Original Medicare，否則您將自動參保 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*。

如果您想變更 2026 年的計劃，請按照以下步驟操作：

- 若要改為其他 **Medicare 健康計劃**，請參保新的計劃。您將自動從 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 退保。
- 要更改為包含 **Medicare 藥物保險的 Original Medicare**，請參保新的 Medicare 藥物計劃。您將自動從 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 退保。
- 要更改為不包含藥物計劃的 **Original Medicare**，您可以向我們發送書面申請以退出。請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711）以取得有關如何操作的更多資訊。或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare**，並要求退保。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。如果您未參保 Medicare 藥物計劃，您可能需要支付 D 部分延遲註冊罰款。

- 如要瞭解有關 **Original Medicare** 及不同類型的 **Medicare** 計劃的更多資訊，請瀏覽 [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)，查看 2026 年 *Medicare* 與您手冊、致電您的州健康保險援助計劃（請查閱第 5 節）或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。特此提醒，*ElderServe Health* 提供其他 Medicare 處方藥計劃。這些其他計劃的承保範圍、每月計劃保費和費用分攤金額可能有所不同。

### 第 3.1 節 計劃變更的截止時間

Medicare 會員可以每年從 **10 月 15 日至 12 月 7 日** 更改其承保範圍。

如果您參保了將於 2026 年 1 月 1 日生效的 Medicare Advantage 計劃，但對您選擇的計劃不滿意，您可以在 2026 年 1 月 1 日到 3 月 31 日期間轉到其他 Medicare 健康計劃（包含或不包含 Medicare 藥物承保範圍）或 Original Medicare（包含或不包含 Medicare 藥物承保範圍）。

### 第 3.2 節 是否可在一年中的其他時間變更計劃？

在某些情況下，人們可能在一年中還有其他機會更改其承保範圍。範例包括以下人士：

- 享有 Medicaid
- 獲得額外補助支付藥費
- 擁有或即將退出雇主承保
- 搬離我們計劃的服務區域

由於您擁有 Medicaid，您可以在一年中的任何月份選擇以下 Medicare 選項之一終止您的計劃會員資格。

- 附帶單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare，
- 不附帶單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare（如果您選擇此選項，則 Medicare 可能會將您加入一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保）或
- 如果符合條件，可在一個計劃中提供您的 Medicare 以及大部份或全部 Medicaid 福利和服務的綜合 D-SNP。

如果您最近搬進或目前住在一個機構（如專業護理機構或長期護理醫院），您可以在**任何時候**變更您的 Medicare 承保範圍。您可以隨時更改為任何其他 Medicare 健康計劃（包含或不包含 Medicare 藥物承保），或轉換至 Original Medicare（包含或不包含 Medicare 藥物承保）。如果您最近搬離某個機構，您有機會在搬離當月後的 2 個月內更改計劃或轉至 Original Medicare。

## 第 4 部分 取得處方藥費用支付協助

您可能符合資格獲得支付處方藥費方面的幫助。我們提供不同類型的幫助：

- **Medicare 提供的額外補助。** 收入有限的人士可能有資格獲得額外補助，以支付其處方藥費用。如果您符合資格，Medicare 可以為您支付高達 75% 或以上的藥費，包括每月的藥物計劃保費、年度自付額以及共同保險。此外，符合資格的人士將不受延遲註冊罰款的限制。要瞭解自己是否符合資格，請致電：
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。
  - 週一至週五上午 8 點至晚上 7 點撥打 1-800-772-1213 聯絡社會安全局代表。自動語音留言全天候服務。TTY 使用者可致電 1-800-325-0778。
  - 您的州 Medicaid 辦公室。
- **您所在州的藥物援助計劃的協助 (SPAP)。** New York 州有被稱為長者醫藥保險 (EPIC) 的計劃，根據人們的財政需要、年齡或醫療狀況協助人們支付處方藥費用。有關該計劃的更多詳情，請諮詢您的州健康保險援助計劃 (SHIP)。要取得您所在州的電話號碼，請瀏覽 [shiphelp.org](http://shiphelp.org) 或致電 1-800-MEDICARE。
- **愛滋病病毒/愛滋病 (HIV/AIDS) 患者的處方藥分攤費用補助。** AIDS 藥物協助計劃 (ADAP) 可以幫助確保符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 患者獲取挽救生命的 HIV 藥物。如要符合參加所在州的 ADAP 的資格，您必須符合特定標準，包括能夠提供所在州的居住證明和 HIV 患病狀況證明、符合州規定的低收入標準的證明，以及未獲承保/承保不足的證明。由 ADAP 承保的 Medicare D 部分藥可透過 New York 州 HIV 無保險照護計劃獲得處方藥費用分攤資助。有關資格標準、承保藥物、如何參保該計劃，或者如果您目前已參保，如何繼續獲得幫助的資訊，請致電 1-800-542-2437。請務必在致電時告知您的 Medicare D 部分計劃名稱或保單號碼。
- **Medicare 處方藥付款計劃。** Medicare 處方藥付款計劃是一種付款選項，可與您目前的藥物承保配合使用，透過將自付費用分攤到整個曆年（1 月 - 12 月）來幫助您對我們計劃承保的藥物費用進行管理。任何擁有 Medicare 藥物計劃或包含藥物承保的 Medicare 健康計劃（例如包含藥物承保的 Medicare Advantage 計劃）的任何人都可以使用此付款選項。此付款方式可能對您管理費用有所幫助，但無法為您省錢或降低藥物費用。

對於符合資格的人來說，來自 Medicare 以及來自您的 SPAP 和 ADAP 的額外補助比參與 Medicare 處方藥付款計劃更有利。無論收入水平如何，所有會員均有資格參與 Medicare 處方藥支付計劃。要瞭解有關此付款方式的更多資訊，請致電 1-800-362-2266（TTY 使用者致電 711）或瀏覽 [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)。

## 第 5 節 有任何疑問？

---

### 從 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 獲得幫助

- 致電 1-800-362-2266 聯絡會員服務部。（TTY 使用者請撥打 711。）

我們每週 7 天上午 8:00 至晚上 8:00 提供電話服務。這些均為免費電話。

- 請閱讀 2026 年「*承保證書*」

本年度更改通知概述了您 2026 年的福利及費用發生的變化。有關詳細資訊，請參閱 2026 年 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 「*承保證書*」。承保證書是關於我們計劃福利的合法詳細說明。它說明了您的權利以及為獲得承保服務與處方藥需要遵循的規則。在我們的網站 [www.ElderServeHealth.org](http://www.ElderServeHealth.org) 上獲取「*承保證書*」，或致電 1-800-362-2266（TTY 使用者致電 711）聯絡會員服務部，要求我們向您郵寄副本。

- 請瀏覽 [www.ElderServeHealth.org](http://www.ElderServeHealth.org)

我們的網站提供關於我們醫療服務提供者網絡的最新資訊（*提供者目錄/藥房名錄*）以及我們的 *承保藥物清單*（*處方藥一覽表/藥物清單*）。

### 獲得 Medicare 免費諮詢

州健康保險援助計劃 (SHIP) 是一項獨立的政府計劃，在每個州都有受過專業訓練的諮詢師。在 *New York* 州，SHIP 被稱為老年人健康保險資訊、諮詢及援助計劃 (HIICAP) 辦公室。

請致電 HIICAP 獲得免費的個人化健康保險諮詢。他們可以幫助您瞭解您的 Medicare 和 Medicaid 計劃選擇並回答有關轉換計劃的問題。請致電 1-800-701-0501 聯絡 HIICAP。要瞭解有關 HIICAP 的更多資訊，請瀏覽 (<https://www.aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance>)

### 從 Medicare 獲得幫助

- 請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

您可每週 7 天，每天 24 小時撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。

- 在 [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) 上進行線上聊天

您可以在 [www.Medicare.gov/talk-to-someone](http://www.Medicare.gov/talk-to-someone). 上進行線上聊天

- 寫信至 **Medicare**

您可以寫信給 Medicare ，地址為 PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- 請瀏覽 [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)

Medicare 官方網站包含關於費用、承保範圍及品質星級評級的資訊，可以幫助您比較您所在地區各個 Medicare 健康計劃。

- 閱讀 **2026 年 Medicare 與您**

2026 年 Medicare 與您手冊每年秋季都會郵寄給 Medicare 受保人。它總結了 Medicare 的福利、權益和保障，並且回答了關於 Medicare 的最常見問題。要獲取副本，請瀏覽 [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。

## 從 Medicaid 獲得幫助

您可以在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 致電 1-800-541-2831 New York Medicaid 幫助熱線。如需 Medicaid 參保幫助或有福利問題，TTY 使用者請致電 711。

## ElderServe Health, Inc. 非歧視性聲明

ElderServe Health, Inc. 遵守適用的聯邦民權法，不因種族、膚色、原國籍（包括有限的英語能力和主要使用語言）、年齡、殘障或性別（與 45 CFR § 92.101(a)(2) 所述的性別歧視範圍一致）而歧視任何人。ElderServe Health, Inc. 不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別將人拒之門外或對其不太友好。

ElderServe Health, Inc.：

- 為殘障人士提供合理的修改並免費提供適當的輔助工具和服務，以便與我們進行有效溝通，例如：
  - 合格手語傳譯員
  - 其他格式的書面資訊（大字版、語音版、無障礙電子版、其他格式）
- 為母語非英語的人士提供免費語言服務，其中可能包括：
  - 合格口譯員
  - 以其他語言書寫的資訊

如果您需要合理的修改、適當的輔助設備和服務或語言協助服務，請聯絡民權協調員。如果您認為 ElderServe Health, Inc. 未能提供這些服務，或是基於種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別，用另一種方式歧視您，您可以提出申訴：

ElderServe MAP (HMO D-SNP)  
ATTN Civil Rights Coordinator  
80 West 225th Street  
Bronx, NY, 10463  
電話：1-347-842-3660, TTY 711  
傳真：1-888-341-5009

您也可親自或者透過郵件、電話或傳真提出申訴。如果您在提出申訴時需要幫助，民權協調員可以為您提供幫助。

您還可透過民權辦公室投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，以電子形式向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出民權投訴，或者透過郵件或電話進行此投訴：

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)

投訴表格於該網址獲得：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

## Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

**English ATTENTION:** If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call **800-362-2266** (TTY: **711**); or speak to your provider.

**Español (Spanish) ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al **800-362-2266** (TTY: **711**) o hable con su proveedor.

**中文 (Simplified Chinese) 注意:** 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 **800-362-2266** (文本电话: **711**) 或咨询您的服务提供商。

**РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону **800-362-2266**(TTY: **711**) или обратитесь к своему поставщику услуг.

**Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan **800-362-2266**(TTY: **711**) oswa pale avèk founisè w la.

**한국어 (Korean) 주의:** [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. **800-362-2266**(TTY: **711**) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

**Italiano (Italian) ATTENZIONE:** se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l' **800-362-2266** (TTY: **711**) o parla con il tuo fornitore.

**יידיש (Yiddish) ש נאטיץ:** אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פאר דיר פריי. צונעמען און באדינונגס אלאר צראוויידינג אינאלארמאציע אין צוטריטלעך אלארמאטירונגען זענען אויך בנימצא פריי. רופן (TTY: **800-362-2266**) **711** אָדער רעדן מיט דיין טרעגער.

**(Bengali)** ইংরেজিতে মনোযোগ: আপনি যদি অন্য ভাষা বলতে পারেন, তাহলে বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা আপনার জন্য উপলব্ধ। অ্যাক্সেসযোগ্য ফর্ম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহায়তা এবং পরিষেবাগুলিও বিনামূল্যে পাওয়া যায়। 800-362-2266 (TTY: 711; অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

**POLSKI (Polish) UWAGA:** Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer **800-362-2266**(TTY: **711**) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

### العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم **800-362-2266** (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة .

**Français (French) ATTENTION :** Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le **800-362-2266**(TTY: **711**) ou parlez à votre fournisseur.

### اردو (Urdu)

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ (711) **800-362-2266** پر کال کریں یا

اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

**Tagalog (Tagalog) PAALALA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa **800-362-2266**(TTY: **711**) o makipag-usap sa iyong provider.

**Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ:** Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το **800-362-2266** (TTY: **711**) ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

Hindi **हिंदी ध्यान दें:** यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 800-362-2266 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।