



2025 年 參加註冊指南

UHC Senior Care Options MA-Y001 (HMO D-SNP)
UHC Senior Care Options NHC MA-Y002 (HMO D-SNP)

H2226-001-000
H2226-003-000

服務地區： Massachusetts - Bristol, Essex, Franklin, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk, Worcester 諸郡

United
Healthcare®
Community Plan

SCO
Senior Care Options
Medicare Advantage



MA-Y001 QMB+, SLMB+ (含表格)
MA-Y002 QMB+, SLMB+ with LTC

聯合健康保險為您提供值得信賴的聯邦醫療保險承保，讓您在未來的每一步擁有堅強後盾



以貼心實用的福利簡化您的日常生活

聯合健康保險為您提供值得信賴的承保，讓您在未來的每一步擁有堅強後盾。我們針對各種預算、階段和年齡提供量身打造的 Senior Care Options，是美國最多人選擇¹ 的雙重資格特殊需求品牌。



讓您的聯邦醫療保險花費更值得

無需自付費用即可取得可靠護理。面對未來大大小小的計劃，請放心借助聯合健康保險來全方位管理您的健康。



為當下和未來需求改變時提供專業指引

請放心，聯合健康保險會在過程中隨時提供容易理解的聯邦醫療保險資源、實用的網上工具，以及值得信賴的聯邦醫療保險計劃專家² 給您指引。憑藉我們聯合健康保險獨家提供的 Right Plan Promise^{®3}，您可以仰賴我們 45 年的聯邦醫療保險經驗，幫助您找到符合需求和預算的聯合健康保險計劃。

¹最多人選擇是以 2023 年 5 月聯邦醫療保險與醫療補助服務機構 (CMS) 參加註冊資料中的雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP) 參加註冊總人數為依據。

²聯邦醫療保險計劃專家是持照保險營業代表 / 保險業務員。

³Right Plan Promise 是我們承諾為您提供工具和營業代表 / 保險業務員支持，幫助您在聯合健康保險的聯邦醫療保險計劃組合中找到符合需求的計劃。這並不保證聯合健康保險提供的計劃符合每位消費者的需求。計劃建議會以您針對您的健康承保需求所提供的資訊為依據。要求退出或變更計劃仍須遵守適用的聯邦醫療保險規定以及聯邦和州法律 / 法規規定。

只要一個簡單的計劃 就能取得您所有的醫 療福利



聯合健康保險提供的 Senior Care Options (SCO) 計劃是一種協調式護理計劃，將您的 MassHealth Standard 福利和傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 福利結合成為一個計劃。本計劃的網絡由優質的醫生、醫院、藥房和其他當地醫療護理提供者組成，目的是要幫助您取得所需的護理。

本管理式健康保險機構雙重資格特殊需求計劃 (HMO D-SNP) 運作方式如下



一律使用網絡醫療護理提供者。本計劃不承保從網絡以外的醫療護理提供者取得的醫療護理。(急診護理、緊急護理和洗腎服務不在此限。)



選擇一位網絡主治醫生來監督和幫助管理您的護理。雖然這是本計劃的規定，但這麼做對您的長期身心健康也很有幫助。



從網絡醫療護理提供者取得的承保藥物或其他經核准的健康護理福利沒有自付費用。如果您向網絡外醫療護理提供者取得護理，您可能必須自行支付全額費用。



向網絡專科醫生或其他醫療護理提供者求診不須取得轉介。



在全球任何地方取得的急診護理和緊急護理服務都屬於承保範圍。



本計劃包括醫療上所必需的牙科護理承保 (例如根管治療、牙冠和植牙)，不會向您收費。



向您的個人護理經理取得支持。護理經理可安排約診和交通運輸服務，還能幫助您充分利用您的計劃。

請前往 [UHC.com/CommunityPlan](https://www.uhc.com/CommunityPlan)，使用網上名冊搜尋網絡醫療護理提供者或藥房。您也可以檢視計劃藥物清單 (處方藥一覽表)，確認哪些藥物屬於承保範圍以及是否有任何限制規定。請參閱承保證書查詢所有承保服務的清單。

Benefit Highlights

UHC Senior Care Options MA-Y001 (HMO D-SNP)

UHC Senior Care Options NHC MA-Y002 (HMO D-SNP)

As a UHC Senior Care Options MA-Y001 (HMO D-SNP) or a UHC Senior Care Options NHC MA-Y002 (HMO D-SNP) member, **you have no out-of-pocket expenses**. You will not be responsible for any copayments or coinsurance for drugs or other covered services provided by plan providers. This is a short description of your 2025 plan benefits. For complete information, please refer to your Summary of Benefits or Evidence of Coverage. Limitations, exclusions, and restrictions may apply.

Plan costs	
Monthly plan premium	\$0
Medical benefits	
Doctor's office visit	
Primary care provider (PCP)	\$0
Specialist	\$0 (no referral needed)
Virtual visits	\$0 to talk with a network telehealth provider online through live audio and video
Preventive services	
	\$0
Inpatient hospital care	
	\$0 per stay for unlimited days
Skilled nursing facility (SNF)	
	\$0 per day: days 1-100
Outpatient hospital, including surgery	
	\$0
Outpatient mental health	
Group therapy	\$0
Individual therapy	\$0
Virtual visits	\$0 to talk with a network telehealth provider online through live audio and video
Diabetes monitoring supplies	
	\$0 for covered brands
Diagnostic radiology services (such as MRIs, CT scans)	
	\$0

Medical benefits

Diagnostic tests and procedures (non-radiological)	\$0
Lab services	\$0
Outpatient x-rays	\$0
Ambulance	\$0 for ground or air
Emergency care	\$0 (worldwide)
Urgently needed services	\$0 (worldwide)

Benefits and Services Beyond Original Medicare

Acupuncture	\$0
Adult day health	\$0
Adult foster care (AFC)/Group adult foster care (GAFC)	\$0
Chiropractic care/services	\$0
Dental services	\$0
Comprehensive dental (beyond regular Medicaid-covered dental benefits)	
Fitness program	\$0, which includes a free gym membership, online fitness classes, and memory activities.
Foot care	\$0
Routine foot care (Medicaid covered)	
Geriatric support services coordination (GSSC)	\$0
Hearing-routine exam	\$0, 1 per year
Food, over-the-counter (OTC) and utility bill credit	\$125 credit every month to pay for covered healthy food, OTC products and utility bills from network utility companies
Personal care attendant services	\$0
Transportation	\$0 for unlimited one-way trips to or from approved medically related appointments and pharmacies

Vision – Routine eyewear	<p>\$0</p> <p>Plan pays up to \$300 every year toward your purchase of 1 pair of frames (with standard lenses covered in full) or contact lenses (fitting and evaluation may be an additional cost) through network providers.</p> <p>Home delivered eyewear available through select network providers (select products only).</p> <p>You are responsible for all eyewear costs from providers outside of the network.</p>
-------------------------------------	---

Vision - Routine eye exam (beyond regular Medicaid-covered benefits)	\$0, 1 per year
---	-----------------

Prescription drugs	
30-day or 100-day supply from retail network pharmacy	
Generic (including brand drugs treated as generic)	\$0 copay (Some covered drugs are limited to a 30-day supply)
All other drugs	\$0 copay (Some covered drugs are limited to a 30-day supply)



UnitedHealthcare Senior Care Options is a Coordinated Care plan with a Medicare contract and a contract with the Commonwealth of Massachusetts Medicaid program. Enrollment in the plan depends on the plan’s contract renewal with Medicare. This plan is a voluntary program that is available to anyone 65 and older who qualifies for MassHealth Standard and Original Medicare and does not have any other comprehensive health insurance, except Medicare. If you have MassHealth Standard, but you do not qualify for Original Medicare, you may still be eligible to enroll in our MassHealth Senior Care Option plan and receive all of your MassHealth benefits through our Senior Care Options program. This information is not a complete description of benefits. Contact the plan for more information. You must continue to pay your Medicare Part B premium, if not otherwise paid for under Medicaid or by another third party. The formulary, pharmacy network, and/or provider network may change at any time. You will receive notice when necessary. You must live in our service area to enroll.

Y0066_MABH_2025_M H2226001000_H2226003000

UHCSCO_MABH_2025_M H2226001000_H2226003000

CSMA25HM0238271_000



福利概覽 2025

UHC Senior Care Options MA-Y001 (HMO D-SNP)
UHC Senior Care Options NHC MA-Y002 (HMO D-SNP)

查看內文，進一步瞭解本計劃及本計劃承保的健康和配藥服務。
與我們聯絡，查詢更多本計劃相關資訊。

 UHCCommunityPlan.com

 免付費電話 **1-888-867-5511**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**
每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時

United
Healthcare®
Community Plan

SCO
Senior Care Options
Medicare Advantage



Y0066_SB_H2226_001_000_H2226_003_000_2025_CT_M
UHCSCO_SB_H2226_001_000_H2226_003_000_2025_M CT

簡介

本文件概要說明 UHC Senior Care Options MA-Y001 (HMO D-SNP) 和 UHC Senior Care Options NHC MA-Y002 (HMO D-SNP) (UHC Senior Care Options) 承保的福利和服務。內容包括常見問題回答、重要聯絡資訊、所提供福利和服務的概覽，以及您身為 UHC Senior Care Options 會員享有的權利相關資訊。重要用語和其定義按英文字母順序列於**承保證書**的最後一章。

目錄

A.	免責聲明	3
B.	常見問題 (Frequently asked questions, FAQ)	10
C.	承保服務清單	13
D.	UHC Senior Care Options 以外的承保福利	20
E.	UHC Senior Care Options、聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和 MassHealth (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 不承保的服務	21
F.	您身為本計劃會員享有的權利	22
G.	如何在服務遭到拒絕時提出投訴或上訴	24
H.	如果您懷疑有詐欺情形怎麼辦	24

如果您有疑問，請致電 UHC Senior Care Options，電話 **1-888-867-5511**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請瀏覽網站 **UHCCommunityPlan.com**。

A. 免責聲明



這是 2025 年 1 月 1 日至 2025 年 12 月 31 日 UHC Senior Care Options 承保健康服務的摘要。本文件只是概覽。請閱讀**承保證書**，查詢福利的完整清單。如果您沒有**承保證書**，請撥打本頁底部的 UHC Senior Care Options 客戶服務部電話索取，或可至 UHCCommunityPlan.com 在網上瀏覽。

- UHC Senior Care Options (HMO D-SNP) 是與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和 MassHealth (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 簽有合約的健保計劃，為計劃參加者提供兩種方案的福利。本計劃適用年滿 65 歲享有 MassHealth Standard (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 的民眾。
- 聯合健康保險 (UnitedHealthcare) Senior Care Options 是與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽有合約並與 Commonwealth of Massachusetts 醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 方案簽有合約的協調式護理計劃。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。本計劃是自願方案，只要年滿 65 歲且符合 MassHealth Standard (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 和傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 資格並且沒有任何其他綜合健康保險 (聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 不在此限) 的民眾都可以參加。如果您有 MassHealth Standard (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 但不符合傳統聯邦醫療保險資格，您可能仍符合資格參加註冊我們的 MassHealth Standard Senior Care Options 計劃，並可透過我們的 SCO 方案取得您所有的 MassHealth Standard 福利。您必須住在我們的服務地區內才能參加註冊。
- 根據 UHC Senior Care Options 規定，您可以在一項稱為 Senior Care Options 計劃的健保計劃取得您的聯邦醫療保險和 MassHealth (醫療補助) 服務。UHC Senior Care Options 護理協調員 / 經理將幫助管理您的健康護理需求。
- 福利將可能在每年 1 月 1 日變更。
- 除 C 部份福利和 D 部份福利外，計劃還可能提供輔助福利。
- 如需更多有關聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的資訊，您可以閱讀聯邦醫療保險與您 (Medicare & You) 手冊，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。您可以到聯邦醫療保險網站 (medicare.gov) 下載，或致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 索取，每週 7 天，每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 **1-877-486-2048**。
- 處方藥一覽表、藥房網絡和 / 或醫療護理提供者網絡將可能隨時變更。您會在必要時收到通知。
- 保費、定額手續費、共同保險和自付扣除金可能因您是否取得額外補助 (Extra Help) 而有差異。更多詳情請與本計劃聯絡。計劃參加者沒有自付費用。
- Optum® Home Delivery Pharmacy 和 Optum Rx 是聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 的關聯機構。您不一定要使用 Optum Home Delivery Pharmacy 也能取得您固定服用的藥物。如果您還沒有用過 Optum Home Delivery Pharmacy，您必須先核准醫生第一次直接傳送給藥房的處方箋，然後才能購買該處方配藥。處方配藥應該會在藥房收到完整訂單後 5 個工作日內寄達。我們的網絡中可能還有其他藥房。請隨時聯絡 Optum® Home Delivery Pharmacy，電話 **1-877-266-4832**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**。

如果您有疑問，請致電 UHC Senior Care Options，電話 **1-888-867-5511**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請瀏覽網站 UHCCommunityPlan.com。

- 本資訊免費提供其他語言版本。請利用本手冊第一頁的號碼致電我們的客戶服務部。
- 本資訊並非完整的福利說明。請聯絡本計劃查詢詳情。可能會有限制和不予承保規定。
- 如需更多有關**聯邦醫療保險 (Medicare, 俗稱「紅藍卡」)**的資訊，您可以閱讀**聯邦醫療保險與您 (Medicare & You)**手冊，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。您可以到聯邦醫療保險網站 (<https://medicare.gov>) 下載，或致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 索取，每週 7 天，每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 **1-877-486-2048**。如需更多有關 **MassHealth (醫療補助 (Medicaid, 俗稱「白卡」))** 的資訊，請致電 **1-800-841-2900**。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 **1-800-497-4648**。
- **ATTENTION:** If you speak Spanish, Chinese, Vietnamese, or Russian, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-888-867-5511 (TTY 711)**, 8 a.m.–8 p.m. local time, 7 days a week. The call is free.
- **Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, chino, vietnamita o ruso, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al **1-888-867-5511 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratis.
- **Chinese:** 請注意：如果您講西班牙語、中文、越南語或俄羅斯語，可免費向您提供語言協助服務。請致電 **1-888-867-5511** (聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**)，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。此為免付費電話。
- **Vietnamese:** XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Tây Ban Nha, Trung, Việt, hoặc Nga, chúng tôi cung cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi **1-888-867- 5511 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo giờ địa phương, 7 ngày trong tuần. Cuộc gọi này là miễn phí.
- **Russian:** ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на испанском, китайском, вьетнамском или русском языке, мы можем предложить вам бесплатные услуги перевода. Звоните по телефону **1-888-867-5511** (линия ТТУ: **711**), ежедневно с 8 часов утра до 8 часов вечера по местному времени. Звонок бесплатный.
- 您可以免費取得本文件的其他格式，例如大字體、盲人點字或語音內容。請致電 **1-888-867-5511** 和聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。此為免付費電話。
- 您可以致電客戶服務部，要求我們在系統中註明您現在和未來都想收到西班牙文、大字體、盲人點字或語音版本的資料。
- 不一定每一種計劃都會在您所在地區提供。我們提供的任何資訊僅適用於我們在您所在地區提供的相關計劃。欲取得有關您所有選項的資訊，請瀏覽 **Medicare.gov** 或致電 **1-800-MEDICARE**。

如果您有疑問，請致電 UHC Senior Care Options，電話 **1-888-867-5511**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請瀏覽網站 **UHCCommunityPlan.com**。

- Massachusetts 監察員方案會協助參加註冊 MassHealth (醫療補助 (Medicaid, 俗稱「白卡」)) 的民眾處理有關服務或帳單方面的問題。此方案能協助您對本計劃提起申訴或提出上訴。長期護理 (LTC) 監察員方案會協助民眾取得有關護理之家的資訊，並協助解決護理之家與住院民眾或與其家人之間的問題。如欲聯繫任何方案，請致電：**1-855-781-9898** (免付費電話) 視訊電話 (耳聾和聽障)：**1-339-224-6831** (撥打這個電話需要使用特殊的電話設備)。您也可以寫信寄到其電子郵件地址：**info@myombudsman.org**，或辦公室地址 25 Kingston St 4th floor, Boston, MA 02111。辦公室設有輪椅無障礙設施。您也可以透過其網站 **myombudsman.org** 取得資訊。
- 網絡外 / 非合約醫療護理提供者沒有義務治療 UnitedHealthcare Senior Care Options 會員，但緊急狀況除外。請撥打我們的客戶服務部電話或參閱**承保證書**查詢詳情，包括網絡外服務適用的分攤費用。
- 參加健身計劃屬於自願性質。開始運動計劃或進行生活型態或例行健康護理變更前，請先詢問您的醫生。健身計劃包括標準健身會籍和其他產品服務。健身會籍、器材、課程、個人化健身計劃和活動可能因地點而異。特定服務、折扣、課程、活動和網上健身產品服務由聯合健康保險公司的關聯機構或其他與聯合健康保險沒有關聯的第三方提供。參加這些第三方服務必須接受其各自的條款和政策。聯合健康保險不為第三方提供的服務或資訊擔負責任。透過這些服務提供的資訊僅供參考之用，不能取代醫生諮詢。健身計劃將因計劃 / 地區而異。使用的健身機構和健身地點網絡可能因地點和計劃而異。

如果您有疑問，請致電 UHC Senior Care Options，電話 **1-888-867-5511**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請瀏覽網站 **UHCCommunityPlan.com**。



UnitedHealthcare Community Plan 不會因會員的生理性別、年齡、種族、膚色、殘疾或原國籍而給予差別待遇。

如果您認為自己因為生理性別、年齡、種族、膚色、殘疾或原國籍而遭到不公平的待遇，您可以將投訴寄至：

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

您必須在發現相關情況起 60 天內寄出投訴。我們會在 30 天內寄決定函給您。如果您不同意該決定，您有 15 天的時間可以要求我們重新審查。

如果您在投訴過程中需要協助，請撥打您健保計劃會員卡上所列的免付費會員電話號碼，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711，每週 7 天，上午 8 時至晚上 8 時。

您也可以向美國健康及人類服務部提出投訴。

網上：

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

投訴表可上網取得，網址：

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

電話：

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

郵寄：

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

如果您在投訴過程中需要協助，請撥打您會員卡上所列的免付費會員電話號碼。

我們提供免費服務以協助您與我們溝通。例如，其他語言版本或大字體信函。或者，您可申請口譯員。如欲尋求協助，請撥打您健保計劃會員卡上所列的免付費會員電話號碼，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711，每週 7 天，上午 8 時至晚上 8 時。



UnitedHealthcare Community Plan does not treat members differently because of sex, age, race, color, disability or national origin.

If you think you were treated unfairly because of your sex, age, race, color, disability or national origin, you can send a complaint to:

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

You must send the complaint within 60 days of when you found out about it. A decision will be sent to you within 30 days. If you disagree with the decision, you have 15 days to ask us to look at it again.

If you need help with your complaint, please call the toll-free member phone number listed on your health plan member ID card, TTY **711**, 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.

You can also file a complaint with the U.S. Dept. of Health and Human Services.

Online:

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

Complaint forms are available at

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Phone:

Toll-free **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TDD)

Mail:

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

If you need help with your complaint, please call the toll-free member phone number listed on your member ID card.

We provide free services to help you communicate with us. Such as, letters in other languages or large print. Or, you can ask for an interpreter. To ask for help, please call the toll-free member phone number listed on your health plan member ID card, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Please call the toll-free member phone number listed on your ID card.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número de teléfono gratuito para miembros que aparece en la tarjeta de ID.

Português (Portuguese)

ATENÇÃO: Se você fala português, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue para o número de telefone gratuito para membros do seu cartão de ID.

中文 (Chinese)

請注意：如果您說中文，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打您會員卡所列的免付費會員電話號碼。

Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl ayisyen, ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo telefòn gratis pou manm lan ki endike sou kat ID ou.

Tiếng Việt (Vietnamese)

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí dành cho hội viên ghi trong thẻ ID hội viên của quý vị.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является русским. Позвоните на бесплатный номер телефона для участника, указанный на вашей идентификационной карте участника.

(Arabic) العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متوفرة من أجلك. من فضلك اتصل على رقم الخدمة المجاني الخاص بالعضو والموجود على بطاقة التعريف الخاصة بك.

ភាសាខ្មែរ (Khmer)

សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសា ដោយឥតគិតថ្លៃ មានផ្តល់ជូនអ្នក។ សូមទូរសព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃដូចមានសរសេរនៅក្នុងអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អ្នក។

Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro de téléphone gratuit figurant sur votre carte d'affilié.

Italiano (Italian)

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per favore chiamate il numero di telefono verde indicato sulla vostra tessera identificativa.

한국어 (Korean)

알림: 한국어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 ID 카드에 기재된 무료 회원 전화번호로 전화하십시오.

Ελληνικά (Greek)

ΠΡΟΣΟΧΗ : Αν μιλάτε Ελληνικά, υπάρχει δωρεάν βοήθεια στη γλώσσα σας. Παρακαλείστε να καλέσετε το δωρεάν αριθμό τηλεφώνου που βρίσκεται στο δελτίο ταυτότητας μέλους.

Polski (Polish)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny członkowski numer telefonu podany na karcie identyfikacyjnej.

हिंदी (Hindi)

कृपया ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएं, निःशुल्क उपलब्ध हैं। कृपया अपने पहिचान-पत्र की सूची में दिए गए टोल फ्री सदस्य फोन नंबर पर कॉल करें।

ગુજરાતી (Gujarati)

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો આપને ભાષાકીય મદદરૂપ સેવા વિના મૂલ્યે પ્રાપ્ય છે. મહેરબાની કરી તમારા આઈડી કાર્ડની સૂચિ પર આપેલા સભ્ય માટેના ટોલ-ફ્રી નંબર ઉપર કોલ કરો.

B. 常見問題 (Frequently asked questions, FAQ)

下表列出常見問題。

常見問題	回答
甚麼是 Senior Care Options 計劃？	<p>Senior Care Options 計劃是與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和 MassHealth Standard 簽有合約的健保計劃，為計劃參加者提供兩種方案的福利。本計劃適用年滿 65 歲並擁有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 及 MassHealth Standard 承保且沒有其他綜合健康保險的民眾。Senior Care Options 計劃是由醫生、醫院、藥房、長期服務和支持 (Long-term Services and Supports, LTSS) 醫療護理提供者和其他醫療護理提供者組成的組織，也有護理協調員 / 經理可幫助您管理您的所有醫療護理提供者以及服務和支持。他們都會一起合作，提供您需要的護理。</p> <p>我們的護理之家入住資格認證 (NHC) 計劃適用年滿 65 歲並已參加註冊聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份及 MassHealth Standard 承保且沒有其他綜合健康保險，且住在長期護理機構，或住在社區中但因為身體機能缺陷而接受家庭和社區型支持服務的長者。這些服務幫助通常符合資格入住護理之家 (可取得護理之家入住資格認證) 的民眾繼續安全地住在家裡。</p>
我能使用 UHC Senior Care Options 取得與我現在一樣的聯邦醫療保險和 MassHealth (醫療補助) 福利嗎？(次頁繼續)	<p>您將直接從 UHC Senior Care Options 取得您大部份的聯邦醫療保險和 MassHealth (醫療補助) 承保福利。您將與一組醫療護理提供者合作，由這個團隊幫助確定哪些服務最能滿足您的需求。也就是說，您現在取得的某些服務可能會根據您的需求以及醫生和護理團隊評估而有所變更。您也能比照現在的方式，直接向精神健康部或發展服務部等州政府機構取得其他福利。</p> <p>參加註冊 UHC Senior Care Options 時，您和您的護理團隊將一起擬定個人化的護理計劃，以滿足您的健康和支持需求，實踐您的個人偏好和目標。</p>
我能使用 UHC Senior Care Options 取得與我現在一樣的聯邦醫療保險和 MassHealth (醫療補助) 福利嗎？(承前頁)	<p>如果您在服用 UHC Senior Care Options 通常不承保的聯邦醫療保險 D 部份處方配藥，您可以取得暫時藥量，我們會幫助您轉換使用其他藥物，或在醫療上所必需時向 UHC Senior Care Options 取得例外處理以承保您的藥物。如需更多資訊，請撥打本頁底部所列的客戶服務部電話。</p>

如果您有疑問，請致電 UHC Senior Care Options，電話 **1-888-867-5511**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 UHCCommunityPlan.com。

常見問題	回答
我可以向我現在的醫生求診嗎？	<p>通常可以。如果您的醫療護理提供者 (包括醫生、醫院、治療師、藥房和其他健康護理提供者) 與 UHC Senior Care Options 合作並與我們簽有合約，您就能繼續向他們求診。</p> <ul style="list-style-type: none"> 與我們簽有協議的醫療護理提供者稱為「網絡內」。網絡醫療護理提供者與本計劃簽約。也就是說，他們接受本計劃的會員並提供本計劃承保的服務。您必須使用 UHC Senior Care Options 網絡中的醫療護理提供者。如果您使用不在我們網絡中的醫療護理提供者或藥房，本計劃可能不會支付相關服務或藥物的費用。 如果您需要緊急護理、急診護理或地區外洗腎服務，您可以使用 UHC Senior Care Options 計劃網絡外的醫療護理提供者。 <p>如欲查明您的醫療護理提供者是否屬於本計劃網絡，請致電客戶服務部，或到計劃網站閱讀 UHC Senior Care Options 醫療護理提供者名冊，網址 UHCCommunityPlan.com。</p> <p>如果您剛加入 UHC Senior Care Options，我們會與您一起擬定個人化的護理計劃，以滿足您的需求。</p>
甚麼是 UHC Senior Care Options 護理協調員 / 經理？	UHC Senior Care Options 護理協調員 / 經理是指您主要的聯絡人。這個人幫助管理您的所有醫療護理提供者和服務，確保您取得所需的服務。
甚麼是長期服務和支持 (Long-term Services and Supports, LTSS)？	長期服務和支持會給需要協助從事日常活動的民眾相關協助，例如洗澡、如廁、穿衣、準備食物和服用藥物。這類服務多半會在您家裡或社區中提供，但也可在護理之家或醫院提供。
甚麼是長者服務支持協調員 (Geriatric Services Supports Coordinator, GSSC)？	UHC Senior Care Options 長者服務支持協調員 (GSSC) 是您的聯絡對象並納入您的護理團隊，這個人是家庭和社區型服務和支持方面的專家，幫助您取得有助於您獨立住在自己家裡的服務。
如果我需要服務但 UHC Senior Care Options 網絡沒有人可以提供怎麼辦？	大多數服務將由我們的網絡醫療護理提供者提供。如果您需要無法在我們網絡內提供的服務，UHC Senior Care Options 會支付網絡外醫療護理提供者的費用。
哪裡有提供 UHC Senior Care Options？	本計劃的服務地區包括：Massachusetts 的 Bristol、Essex、Franklin、Hampden、Hampshire、Middlesex、Norfolk、Plymouth、Suffolk、Worcester 諸郡。您必須住在這些地區之一才能加入計劃。

如果您有疑問，請致電 UHC Senior Care Options，電話 **1-888-867-5511**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請瀏覽網站 **UHCCommunityPlan.com**。

常見問題	回答
甚麼是事前授權？	<p>事前授權是指您取得服務前先得 UHC Senior Care Options 核准，才能在我們網絡外尋求服務或取得我們網絡通常不承保的服務。如果您或您的醫療護理提供者不取得事前授權，UHC Senior Care Options 可能不會承保相關服務、程序、用品或藥物。</p> <p>如果您需要緊急護理、急診護理或地區外洗腎服務，您不需要先取得事前授權。 UHC Senior Care Options 可以提供清單給您或您的醫療護理提供者，列出必須先經 UHC Senior Care Options 事前授權後才能提供的服務或程序。如果您有關於特定服務、程序、用品或藥物是否需要事前授權的疑問，請撥打本頁底部的客戶服務部電話尋求協助。</p>
我是否要按月支付 UHC Senior Care Options 規定的金額 (也稱為保費)？	<p>否。因為您有 MassHealth (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」))，您將不需為您的健康承保支付任何月費，包括您的聯邦醫療保險 B 部份保費。</p>
我擁有 UHC Senior Care Options 會籍期間是否要支付自付扣除金？	<p>否。您在 UHC Senior Care Options 期間不需要支付自付扣除金。</p>
我擁有 UHC Senior Care Options 會籍期間支付的醫療服務自付費用上限金額是多少？	<p>UHC Senior Care Options 的醫療服務沒有分攤費用，所以您的年度自付費用將是 \$0。</p> <p>可能適用限制項目、不予承保項目和 / 或網絡限制規定。自付費用上限不包括保費、處方配藥費用以及非聯邦醫療保險承保福利。</p>

如果您有疑問，請致電 UHC Senior Care Options，電話 **1-888-867-5511**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請瀏覽網站 UHCCommunityPlan.com。

C. 承保服務清單

下表快速說明您可能需要的服務、您的費用以及福利相關規則。

健康需求或問題	您可能需要的服務	您使用網絡內醫療護理提供者的費用	限制、例外處理和福利資訊 (福利相關規則) — 服務必須是醫療上所必需
您需要醫院護理	住院護理	\$0	除了急診狀況以外，您的健康護理提供者必須向計劃通知您住院了。您的醫療護理提供者必須取得服務的事前授權。
	醫生或外科醫生護理	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
	門診醫院服務，包括觀察	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
	門診手術中心 (Ambulatory surgical center, ASC) 服務	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
您想要看醫生	傷害或疾病治療門診	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
	專科醫生護理	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
	保健看診，例如身體檢查	\$0	年度例行身體檢查每日曆年度以一次為限。
	避免您生病的護理，例如流感和新冠病毒疾病 (COVID-19) 疫苗注射以及癌症篩檢檢查	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
	「歡迎參加註冊聯邦醫療保險」(預防保健看診，限一次)	\$0	僅限您擁有聯邦醫療保險 B 部份的最初 12 個月內屬於承保範圍。

如果您有疑問，請致電 UHC Senior Care Options，電話 **1-888-867-5511**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請瀏覽網站 UHCCommunityPlan.com。

健康需求或問題	您可能需要的服務	您使用網絡內醫療護理提供者的費用	限制、例外處理和福利資訊 (福利相關規則) — 服務必須是醫療上所必需
您需要急診護理	急診室服務	\$0	可提供全球承保。您擁有 Senior Care Options 計劃會籍期間支付 \$0。您不需要授權就可以使用任何急診室，即使網絡外也是如此。
	緊急護理	\$0	可提供全球承保。您擁有 Senior Care Options 計劃會籍期間支付 \$0。您不需要授權就可以使用任何緊急護理中心，即使網絡外也是如此。
您需要醫療測試	診斷放射服務 (例如 X 光或其他造影服務，如電腦斷層 (CAT) 掃描或核磁共振成像 (MRIs))	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
	化驗和診斷程序，例如驗血	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
您需要聽力 / 聽覺護理服務	聽覺篩檢	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。例行聽覺檢查不需要授權。
	助聽器	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。 聯合健康保險網絡中有其他聽覺檢查醫療護理提供者。計劃僅承保自 UnitedHealthcare Hearing 網絡醫療護理提供者取得的助聽器。
您需要牙科護理	牙科檢查和預防護理	\$0	每六個月以一次為限。
	修復和急診牙科護理	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。

如果您有疑問，請致電 UHC Senior Care Options，電話 **1-888-867-5511**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 UHCCommunityPlan.com。

健康需求或問題	您可能需要的服務	您使用網絡內醫療護理提供者的費用	限制、例外處理和福利資訊 (福利相關規則) — 服務必須是醫療上所必需
您需要眼睛護理	眼睛檢查	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。例行眼睛檢查不需要授權。
	眼鏡或隱形眼鏡	\$0	計劃每年最多為透過 UnitedHealthcare Vision 取得的鏡框或隱形眼鏡支付 \$300。標準單焦點、雙焦點、三焦點或多焦點鏡片全額承保。可透過 UnitedHealthcare Vision 提供遞送到府配鏡 (僅限特定產品)。
	其他視覺護理	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
您有行為健康病況	行為健康服務	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
	為需要行為健康護理的民眾提供的住院和門診護理以及社區型服務	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
您有物質使用失調	物質使用失調服務	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
您需要住在有人可以協助您的地方	專業護理	\$0	每日曆年度最多 100 天。您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
	護理之家護理	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
	成人托顧服務和團體成人托顧服務	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
您需要中風後或意外事故後的治療	職能、物理或言語治療	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。

如果您有疑問，請致電 UHC Senior Care Options，電話 **1-888-867-5511**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 UHCCommunityPlan.com。

健康需求或問題	您可能需要的服務	您使用網絡內醫療護理提供者的費用	限制、例外處理和福利資訊 (福利相關規則) — 服務必須是醫療上所必需
您需要幫助取得健康服務	救護服務	\$0	非緊急狀況的聯邦醫療保險承保陸上和空中救護運輸需要授權。
	急診交通運輸	\$0	全球及美國和其領土境內不需授權即可提供。
	醫療約診和服務的交通運輸接送服務	\$0	不限趟單程往 / 返 Commonwealth of Massachusetts 境內經核准的醫療相關約診地點和藥房。州外交通運輸須事前授權。必須預約。由 ModivCare® 提供。例行交通運輸不適用於緊急狀況。
您需要藥物治療疾病或病況	聯邦醫療保險 B 部份處方配藥	\$0	B 部份藥物包括您的醫生在其診所使用的藥物、某些口服癌症藥物，以及某些搭配特定醫療器材使用的藥物。請閱讀 承保證書 ，查詢更多有關這類藥物的資訊。
	副廠藥 (非原廠藥)	\$0	承保的藥物類型可能會有限制。請參閱 UHC Senior Care Options 的 承保藥物清單 (藥物清單) 查詢更多資訊。 零售藥房地點和 / 或郵購藥房可提供更長天數的藥量，不向您額外收費。 您為每 1 個月藥量的 D 部份承保胰島素藥物最多將支付 \$0。
	非處方 (Over-the-counter, OTC) 藥物	\$0	承保的藥物類型可能會有限制。請參閱 UHC Senior Care Options 的 承保藥物清單 (藥物清單) 查詢更多資訊。

如果您有疑問，請致電 UHC Senior Care Options，電話 **1-888-867-5511**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 UHCCommunityPlan.com。

健康需求或問題	您可能需要的服務	您使用網絡內醫療護理提供者的費用	限制、例外處理和福利資訊 (福利相關規則) — 服務必須是醫療上所必需
您需要協助讓自己好轉或您有特殊健康需求	復健服務	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
	家庭護理的醫療器材	\$0	特定醫療器材須事前授權。請與您的護理協調員 / 經理一起確認是否需要事前授權。
	洗腎服務	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
您需要足部護理	足部護理服務	\$0	六次例行足部護理和所有醫療上所必需的門診。您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
	矯形服務	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
您需要耐用醫療器材 (durable medical equipment, DME) 備註： 這不是承保耐用醫療器材 (DME) 的完整清單。如需完整清單，請聯絡客戶服務部或參閱 承保證書 第 4 章。	輪椅、丁字拐杖和助行器	\$0	特定醫療器材須事前授權。請與您的護理協調員 / 經理一起確認是否需要事前授權。
	噴霧器	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
	氧氣設備和用品	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
您需要居家生活協助	家庭健康服務	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
	居家服務，例如清潔或處理家務	\$0	特定居家服務須事前授權。請與您的護理協調員 / 經理一起確認是否需要事前授權。
	成人日間護理或其他支持服務	\$0	您必須向您的健保計劃取得事前授權。
	日間創建服務	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
	幫助您獨立生活的服務 (家庭健康護理服務或個人護理助理服務)	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。

如果您有疑問，請致電 UHC Senior Care Options，電話 **1-888-867-5511**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請瀏覽網站 UHCCommunityPlan.com。

健康需求或問題	您可能需要的服務	您使用網絡內醫療護理提供者的費用	限制、例外處理和福利資訊 (福利相關規則) — 服務必須是醫療上所必需
額外服務 (次頁繼續)	脊椎護理服務	\$0	最多 20 次，不須授權
	糖尿病用品和服務	\$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 Verio Reflect®、OneTouch® Verio、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。 您的醫療護理提供者可能必須為某些服務取得事前授權。
	健身計劃	\$0	您的健身計劃幫助您無論是在健身機構、在家中，還是在您的社區內，都能保持活動並與他人保持聯繫。這項服務不會向您收費，並包括： <ul style="list-style-type: none"> • 免費健身機構會籍 • 使用大型全國健身機構和健身地點網絡 • 隨選運動影片和線上直播健身課程 • 網上記憶力健身活動

如果您有疑問，請致電 UHC Senior Care Options，電話 **1-888-867-5511**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 UHCCommunityPlan.com。

健康需求或問題	您可能需要的服務	您使用網絡內醫療護理提供者的費用	限制、例外處理和福利資訊 (福利相關規則) — 服務必須是醫療上所必需
額外服務 (續)	非處方 (Over-the-Counter, OTC) 產品卡	\$0	每月資助額 \$125，用於支付承保的食品雜貨、非處方 (OTC) 產品和特定公用事業帳單
	義具服務	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
	放射治療	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
	幫助您管理疾病的服務	\$0	您的醫療護理提供者可能必須取得服務的事前授權。
	網路醫療看診	\$0	利用電腦或行動裝置諮詢網絡遠距保健服務提供者。
	網路行為健康看診	\$0	利用電腦或行動裝置諮詢網絡遠距保健服務提供者。

以上提供的福利概覽僅供參考之用，不是福利的完整清單。如需完整清單和更多有關您福利的資訊，您可以閱讀 UHC Senior Care Options **承保證書**。如果您沒有**承保證書**，請撥打本頁底部的 UHC Senior Care Options 客戶服務部電話索取。如果您有疑問，也可以致電 UHC Senior Care Options 客戶服務部或瀏覽網站 **UHCCommunityPlan.com**。

如果您有疑問，請致電 UHC Senior Care Options，電話 **1-888-867-5511**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請瀏覽網站 **UHCCommunityPlan.com**。

D. UHC Senior Care Options 以外的承保福利

有些您可以取得的服務不屬於 UHC Senior Care Options 的承保範圍，但屬於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 或 MassHealth (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 的承保範圍。這不是完整清單。請撥打本頁底部所列的客戶服務部電話查詢相關服務。

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 或 MassHealth (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 承保的其他服務	您的費用
特定善終護理服務屬於 UHC Senior Care Options 以外的承保範圍 (如果您只有 MassHealth Standard，您將負責支付費用，除非該善終護理機構與聯合健康保險簽有合約。)	\$0
心理社會復健	請致電向 MassHealth (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 查詢詳情。
目標個案管理	請致電向 MassHealth (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 查詢詳情。
療養院膳宿	請致電向過渡期協助部查詢詳情。

如果您有疑問，請致電 UHC Senior Care Options，電話 **1-888-867-5511**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請瀏覽網站 UHCCommunityPlan.com。

E. UHC Senior Care Options、聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和 MassHealth (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 不承保的服務

這不是完整清單。請撥打本頁底部所列的客戶服務部電話查詢其他不予承保的服務。

UHC Senior Care Options、聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和 MassHealth (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 不承保的服務

在美國和美國領土以外接受的任何醫療護理，但急診和緊急護理服務不在此限	整容外科手術或其他整容工作，除非是因為意外傷害或改善畸形身體部位而有需要。不過，計劃會承保乳房切除術後以及為了讓另一邊乳房可以相稱而進行的乳房重建。
選擇性的子宮切除術、輸卵管結紮術或輸精管切除術 (如果這些程序的主要適應症是絕育)。絕育復原程序、陰莖真空引勃器或非處方避孕用品。	選擇性或自願性的增強程序或服務 (包括減重、生髮、性能力、運動表現、美容目的、抗老化和心智表現)，除非是醫療上所必需
調節空氣的器材或用品以及其他主要非醫療器材	實驗性質的醫療和外科手術治療、用品和藥物，除非屬於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)、聯邦醫療保險核准的臨床研究或本計劃的承保範圍。實驗性質的治療和用品是指醫學界通常不接受的治療和用品。
為了國外旅行的免疫接種	自然療法服務 (使用自然治療或替代治療)
您在醫院或專業護理設施病房內的個人用品，例如電話或電視	醫院單人病房，除非是醫療上所必需
根據傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 的標準視為不合理且非醫療上所必需的服務，除非屬於 MassHealth (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 的承保範圍	病態性肥胖的外科手術治療，但醫療上所必需時不在此限

如果您有疑問，請致電 UHC Senior Care Options，電話 **1-888-867-5511**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請瀏覽網站 **UHCCommunityPlan.com**。

F. 您身為本計劃會員享有的權利

身為 UHC Senior Care Options 會員，您享有特定權利。您可以行使這些權利，不會因此受到懲罰。您使用這些權利時也不會無法使用您的健康護理服務。我們每年會至少告知一次您的相關權利。如需更多有關您權利的資訊，請閱讀**承保證書**。您的權利包括但不限於以下項目：

- **您有權得到尊重、公平待遇和尊嚴。** 這包括有權：
 - 取得承保服務，不需要擔心醫療病況、健康狀態、接受健康服務、請款經驗、醫療病史、殘疾 (包括精神障礙)、婚姻狀態、年齡、性別 (包括性別刻板印象和性別認同)、性傾向、原國籍、種族、膚色、宗教、信仰或公共補助
 - 免費取得其他格式的資訊 (例如，大字體、盲人點字或語音內容)
 - 不受任何形式的身體約束或隔離
- **您有權取得關於您健康護理的資訊。** 包括有關治療以及您治療選項的資訊。這些資訊應該以您可以理解的格式提供。這包括有權取得下列相關資訊：
 - 我們承保服務的說明
 - 如何取得服務
 - 服務要花您多少錢 (SCO 會員沒有自付費用)
 - 健康護理提供者的姓名 / 名稱
- **您有權決定自己的護理，包括拒絕治療。** 這包括有權：
 - 選擇主治醫生 (primary care provider, PCP) 和在年度期間隨時更換主治醫生 (PCP)
 - 向婦女健康護理提供者求診，不需要轉介
 - 快速取得您的承保服務和藥物
 - 知道所有治療選項，無論費用多寡或是否屬於承保範圍
 - 拒絕治療，即使您的健康護理提供者持反對意見
 - 停用藥物，即使您的健康護理提供者持反對意見
 - 要求第二意見。UHC Senior Care Options 會支付您取得第二意見的就診費用
 - 使用事前醫療指示表達您想要的健康護理

如果您有疑問，請致電 UHC Senior Care Options，電話 **1-888-867-5511**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請瀏覽網站 **UHCCommunityPlan.com**。

- **您有權及時取得護理而沒有任何溝通障礙或實際障礙。** 這包括有權：
 - 及時取得醫療護理
 - 進出健康護理提供者的診所。這是指按美國殘障人士法案規定的無障礙設施，讓殘疾人士能夠進出診所
 - 請口譯員幫助與您的健康護理提供者和健保計劃溝通
- **您有權在必要時尋求急診和緊急護理。** 這是指您有權：
 - 在緊急狀況時，不需要事前授權就取得急診護理服務
 - 必要時向網絡外緊急或急診醫療護理提供者求診
- **您有權享有資訊保密和隱私。** 這包括有權：
 - 以您能理解的方式索取和取得您的病歷複本，以及要求變更或更正您的紀錄
 - 確保您的個人健康資訊獲得保密
- **您有權提出有關承保服務或護理的投訴。** 這包括有權：
 - 對我們或我們的醫療護理提供者提出投訴或提起申訴
 - 要求進行州公平聽證會
 - 取得服務遭到拒絕的詳細理由

如需更多有關您權利的資訊，您可以閱讀**承保證書**。如果您有疑問，您可以撥打本頁底部的 UHC Senior Care Options 客戶服務部電話。

您也可以撥打我的監察員 (My Ombudsman) 專線 **1-855-781-9898** (或使用 MassRelay 號碼 **711** 來撥打 **1-800-872-0166** 或視訊電話 (Videophone, VP) **339-224-6831**)。

瞭解遺產追收：MassHealth 必須按照聯邦法律規定，向年滿 55 歲以及任何年齡並在護理之家或其他醫療機構接受長期護理的特定 MassHealth 會員追收遺產中的資金。如需更多有關 MassHealth 遺產追收的資訊，請瀏覽網站 mass.gov/estaterecovery。

如果您有疑問，請致電 UHC Senior Care Options，電話 **1-888-867-5511**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請瀏覽網站 UHCCommunityPlan.com。

G. 如何在服務遭到拒絕時提出投訴或上訴

如果您想投訴或認為 UHC Senior Care Options 應該承保我們拒絕的項目，請撥打本頁底部的電話號碼。您也許能對我們的決定提出上訴。

如有關於投訴和上訴的疑問，您可以閱讀**承保證書**第 8 章。您也可以致電 UHC Senior Care Options 客戶服務部。

您也可以寫信告訴我們您的申訴 (投訴) 或上訴相關內容。

投訴 / 申訴或醫療上訴：

UnitedHealthcare Appeals and Grievances Department
PO Box 6103 MS CA120-0360
Cypress, CA 90630-0023

僅限 D 部份或醫療補助藥物上訴：

UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance Department
PO Box 6103 MS CA120-0368
Cypress, CA 90630-0023

H. 如果您懷疑有詐欺情形怎麼辦

大多數提供服務的健康護理專業人員和組織都誠實無欺。遺憾的是，可能有些人並不老實。

如果您認為某醫生、醫院或其他藥房的行徑有問題，請與我們聯絡。

- 請撥打我們的 UHC Senior Care Options 客戶服務部電話。電話號碼請參閱本概覽封面。
- 或者，請撥打 MassHealth (醫療補助) 客戶服務中心電話 **1-800-841-2900**。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 **1-800-497-4648**。
- 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)**。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 **1-877-486-2048**。您每週 7 天，每天 24 小時均可免費撥打前述電話。

如果您有疑問，請致電 UHC Senior Care Options，電話 **1-888-867-5511**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請瀏覽網站 **UHCCommunityPlan.com**。

如果您有一般性的疑問，或關於本計劃、服務、服務地區、帳單或聯合健康保險會員卡的疑問，請致電 UHC Senior Care Options 客戶服務部：



撥打 **1-888-867-5511**

撥打本號碼不需付費。每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。客戶服務部也有免費提供口譯服務。

聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711

撥打本號碼不需付費。每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。

如果您有關於健康的疑問：

- 打電話給您的主治醫生 (primary care provider, PCP)。如果非診所上班時間，請遵照主治醫生 (PCP) 的指示取得護理。
- 如果非主治醫生 (PCP) 診所上班時間，您也可以致電健康服務專線。護士會仔細瞭解您的問題，然後告訴您如何取得護理。(例如：緊急護理、急診室。) 健康服務專線的電話是：



撥打 **1-888-867-5511**

撥打本號碼不需付費。每週 7 天，每天 24 小時。UHC Senior Care Options 也有免費提供口譯服務。

聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711

撥打本號碼不需付費。每週 7 天，每天 24 小時。

如果您需要立即取得行為健康護理，請致電行為健康危機專線：



撥打 **1-888-867-5511**

撥打本號碼不需付費。每週 7 天，每天 24 小時。UHC Senior Care Options 也有免費提供口譯服務。

聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711

撥打本號碼不需付費。每週 7 天，每天 24 小時。

實用資源

您可能符合資格可取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的額外補助 (Extra Help)

額外補助 (Extra Help) 是專為收入和資源有限的民眾提供的方案，幫助支付其 D 部份保費、自付扣除金和定額手續費。欲確認您是否符合資格可取得額外補助 (Extra Help)，請致電：

- 社會安全局電話 **1-800-772-1213**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **1-800-325-0778**，或瀏覽網站 **ssa.gov**
- MassHealth 客戶服務中心電話 **1-800-841-2900**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，或瀏覽網站 **mass.gov**

為護理者提供的資源

聯合健康保險為我們的會員與其護理者提供資源和支持。您下次致電時可洽詢我們的護理資源，或請瀏覽網站 **uhc.com/caregiving**。

我們在此協助您

保持身體健康不能只靠醫生看診。食物、住房、交通運輸這些資源和財務穩定等其他因素也同樣重要。我們也許能協助您取得折扣和服務，讓您的生活更輕鬆，而且您全都不須支付任何費用。這些服務可協助您：



節省公用事業帳單費用、處方配藥費用，甚至還能省下住家修繕費用



確定醫療補助資格 (視您的收入而定)



尋找當地支持團體



瞭解退伍軍人服務和支持



如需協助，請致電查詢相關方案和資格詳情，電話 **1-866-427-1873**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，週一至週六，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。

清楚瞭解聯邦醫療保險 (Medicare Made Clear®)

清楚瞭解聯邦醫療保險 (Medicare Made Clear) 是聯合健康保險提供的教育方案，專門用來幫助您瞭解有關聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的所有必備知識，以便您能在知情的情況下對您的健康和聯邦醫療保險承保作決定。



MedicareMadeClear.com

在您參加註冊前

請確定這是適合您的計劃。您參加註冊本計劃前，請務必瞭解本計劃的運作方式以及哪些福利屬於承保範圍。您可以在網站 UHC.com/CommunityPlan 找到計劃文件。



您是否已查看網上藥物清單 (處方藥一覽表)，確認您的處方配藥屬於承保範圍？

本計劃不承保的藥物可能可以改用其他替代藥物。



您是否已查看網上醫療護理提供者名冊，確認您的醫療護理提供者在網絡內？

如果您的醫療護理提供者不在網絡內，您將必須重新選擇網絡醫療護理提供者。



您是否已檢閱網上藥房名冊，確認您使用的藥房在網絡內？

如果您的藥房不在網絡內，您將必須重新選擇網絡藥房。



您是否已瀏覽本手冊中的福利概覽，檢閱您的醫療服務和處方配藥？

您可以在網上承保證書中找到承保、福利和計劃規則的完整清單。



如果您符合下列條件，您便符合資格可參加註冊本雙重資格特殊需求計劃 (Dual Special Needs Plan, D-SNP)：



年滿 65 歲且已參加註冊 MassHealth Standard，而且沒有任何其他健康保險 (聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 除外)



有權取得傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) A 部份和 B 部份



住在計劃的服務地區內
若是 H2226-003，您可能還必須符合下列條件：住在長期護理機構，或接受特定的家庭和社區型服務

如何參加註冊

您準備好要參加註冊時，您有幾個選項可以選擇。首先，無論您選擇哪個選項，請將您的 MassHealth 卡和聯邦醫療保險卡準備好。



電話

致電聯絡我們的持照營業代表，免付費電話 **1-844-560-4944**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時，透過電話參加註冊或與您所在地區的營業代表預約會面時間。

如果您已經有專屬的營業代表，他 / 她可以與您一起檢視本計劃，確保本計劃符合您的需求，然後協助您參加註冊。



透過電話參加註冊，享受最簡便的體驗。或者，您也可以填寫註冊申請表並將填好的表格寄給我們。如果本手冊內沒有參加註冊表，請撥打上方的電話號碼索取。

參加註冊後續步驟

您成為會員後，您關心的大小問題都能找到所需的支持。您可以在聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 應用程式或會員網站上輕鬆管理您的計劃，以及找到有關計劃的解答。



您在這裡
已提交
註冊申請表



下載應用程式或在
網上建立您的帳戶



收到郵寄給您的
會員卡



承保開始！
開始使用
您的計劃

網上管理您的計劃

如果您還沒有在應用程式或網站 MyUHC.com/CommunityPlan 使用您的聯邦醫療保險識別號碼或會員卡號碼和電子郵件地址建立帳戶，請立即行動。您在網上可以使用下列功能：

- 尋找網絡醫療護理提供者和藥房，以及檢閱您的藥物清單 (處方藥一覽表) 等計劃文件

您的承保開始後

- 預約年度身體檢查和保健看診
- 預約由 UnitedHealthcare® HouseCalls 提供的年度家庭預防護理探視。請瀏覽網站 uhhousecalls.com 瞭解更多資訊
- 與能夠幫助您協調護理的護理經理取得聯繫
- 完成您的健康評估，以便善用可幫助您過更健康生活的資源。這是聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和 MassHealth 的規定

感謝您選擇聯合健康保險

如果您有疑問，請致電客戶服務部免付費電話 **1-888-867-5511**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711。

掃描此二維碼可下
載聯合健康保險
(UnitedHealthcare)
應用程式



會談範圍確認表

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 規定，在與聯邦醫療保險受益人 (或其授權代表) 會面之前，營業代表必須使用本表格，確保會談時只專注於您有興趣瞭解的計劃類型和產品。每個聯邦醫療保險受益人都應該單獨填寫一份表格。**請勾選您想要與營業代表討論的產品 (相關定義請參閱本頁背面)：**

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medicare Advantage (C 部份) 計劃和費用計劃 | <input type="checkbox"/> 牙科、視覺、聽覺護理產品 |
| <input type="checkbox"/> 獨立的聯邦醫療保險處方配藥 (D 部份) 計劃 | <input type="checkbox"/> 住院補償保險產品 |
| <input type="checkbox"/> 聯邦醫療保險輔助保險 (Medigap) 產品 | |

您簽署本表格即表示您同意和營業代表會面，討論上方勾選的產品。營業代表是由聯邦醫療保險計劃所僱用或簽約的人員，可能會因您參加註冊計劃而獲得報酬。此類人員不是直接為聯邦政府工作。

簽署本表格不會影響您目前或未來的聯邦醫療保險計劃參加註冊，不會使您參加註冊聯邦醫療保險計劃，也不表示您有義務參加註冊聯邦醫療保險計劃。在本表格提供的所有資訊都是保密資訊。

受益人或授權代表簽名和簽名日期：

受益人 / 授權代表簽名

今天的日期

MM-DD-YYYY

如果您是授權代表，請於上方簽名並在下面以正楷清楚填寫您的姓名：

姓名 (名字和姓氏)

與受益人的關係

由持照營業代表填寫 (請以正楷清楚填寫)

營業代表姓名 (名字和姓氏)

營業代表電話

營業代表編號

■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■

受益人姓名 (名字和姓氏)

受益人電話

會談日期

■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■

MM-DD-YYYY

受益人地址

初始聯絡方法

營業代表將於會面中代理的計劃

營業代表簽名

Medicare Advantage 計劃 (C 部份) 和費用計劃

聯邦醫療保險管理式健康保險機構 (Health Maintenance Organization, HMO) 計劃 — Medicare Advantage 計劃的一種，可提供所有傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) A 部份和 B 部份健康承保，有時亦涵蓋 D 部份處方配藥承保。多數管理式健康保險機構 (HMOs) 只允許您接受計劃網絡醫生或醫院的護理 (急診除外)。

聯邦醫療保險管理式健康保險機構定點服務 (HMO point-of-service, HMO-POS) 計劃 — Medicare Advantage 計劃的一種，可提供所有傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) A 部份和 B 部份健康承保，有時亦涵蓋 D 部份處方配藥承保。管理式健康保險機構定點服務 (HMO-POS) 計劃可允許您在網絡外取得部份服務，但需支付較高的定額手續費或共同保險。

聯邦醫療保險優先醫療機構 (preferred provider organization, PPO) 計劃 — Medicare Advantage 計劃的一種，可提供所有傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) A 部份和 B 部份健康承保，有時亦涵蓋 D 部份處方配藥承保。優先醫療機構 (PPOs) 有網絡醫生、醫療護理提供者和醫院，您亦可使用網絡外醫療護理提供者，但通常費用較高。

聯邦醫療保險私營按服務收費 (private fee-for-service, PFFS) 計劃 — Medicare Advantage 計劃的一種，可去任何經聯邦醫療保險核准的醫生、醫院和醫療護理提供者處就診，但他們必須接受計劃的付款、條款與條件，而且同意 (並非所有醫療護理提供者都會同意) 為您治療。如果您加入有網絡的私營按服務收費 (PFFS) 計劃，便可以去任何已同意無論如何都會治療計劃會員的網絡醫療護理提供者。您向網絡外醫療護理提供者求診時通常必須支付較多費用。

聯邦醫療保險特殊需求計劃 (Special Needs Plan, SNP) — Medicare Advantage 計劃的一種，提供專為有特殊健康護理需求的民眾而規劃的福利組合。所服務的特定族群包括擁有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 兩者的民眾、住在護理之家的民眾，以及患有特定慢性醫療病況的民眾等。

聯邦醫療保險醫療儲蓄帳戶 (Medicare Medical Savings Account, MSA) 計劃 — 醫療儲蓄帳戶 (MSA) 計劃是高自付扣除金健保計劃和銀行帳戶的結合。計劃會將聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的款項存入帳戶。在達到自付扣除金規定前，您都可以使用該筆款項來支付您的醫療費用。

聯邦醫療保險費用計劃 — 聯邦醫療保險費用計劃允許您可使用網絡內和網絡外的醫療護理提供者。如果您取得計劃網絡外之服務，計劃將按傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 規定支付聯邦醫療保險承保服務的費用，您則須負責支付聯邦醫療保險共同保險和自付扣除金。

獨立的聯邦醫療保險處方配藥 (D 部份) 計劃

聯邦醫療保險處方配藥計劃 (prescription drug plan, PDP) — 獨立配藥計劃的一種，可在傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)、部份聯邦醫療保險費用計劃、部份聯邦醫療保險私營按服務收費 (PFFS) 計劃以及聯邦醫療保險醫療儲蓄帳戶 (MSA) 計劃加入處方配藥承保。

其他相關產品

聯邦醫療保險輔助保險 (Medigap) 產品 — 幫助支付傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) A 部份和 B 部份不支付的部份自付費用的保險計劃，例如聯邦醫療保險核准服務的自付扣除金和共同保險金額。

牙科、視覺、聽覺護理產品 — 為想要牙科、視覺或聽覺護理承保的消費者提供額外福利的計劃。這些計劃並未與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 關聯或相關。

住院補償保險產品 — 提供額外福利的計劃；根據消費者的醫療使用情況付款；有時會用來支付定額手續費 / 共同保險。這些計劃並未與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 關聯或相關。聯合健康保險 (UnitedHealthcare) Senior Care Options 是與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽有合約並與 Commonwealth of Massachusetts 醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 方案簽有合約的協調式護理計劃。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。本計劃是自願方案，只要年滿 65 歲且符合 MassHealth Standard 和傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 資格並且沒有任何其他綜合健康保險 (聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 不在此限) 的民眾都可以參加。如果您有 MassHealth Standard 但不符合傳統聯邦醫療保險資格，您可能仍符合資格參加註冊我們的 MassHealth Senior Care Option 計劃，並可透過我們的 Senior Care Options 方案取得您所有的 MassHealth 福利。

H2226_SOA_240601_CT_C

UHCSCO_240601_092200_CT

CSMA25HM0237864_000

個人資訊分享授權表

請將填好的表格寄至：

UnitedHealthcare Community & State Medicaid
P.O. Box 30753, Salt Lake City, UT 84130
傳真：1-844-386-9286

本人要求聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company, UHIC) 代表自己和關聯機構將本人的個人健康資訊，包括醫療、請款和 / 或福利紀錄公開給下列人士： _____

(收受者姓名 - 請以正楷填寫)

這些紀錄可能包含與本人接受過的特定治療或服務相關之資訊。這些紀錄可能包含其他人建立的資訊。

本個人資訊分享授權表允許聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company, UHIC) 代表自己和關聯機構與您選定的人士討論您的個人健康資訊或向該人士提供您的個人健康資訊。本人授權聯合健康保險公司 (UHIC) 公開本人全部的健康資訊，包括醫療、藥房、牙科護理、視覺護理、精神健康、濫用藥物、人類免疫缺乏病毒 / 愛滋病 (HIV/AIDS)、心理治療、生殖、傳染病和方案資訊。健康保險可攜性和問責性法案 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 規定，我們必須先取得您的許可後才能公開您的資訊。

第 1 節：會員資訊

會員姓名 (請以正楷填寫)

會員卡號碼

永久地址 (城市、州、郵遞區號)

電話號碼

□ □ □ - □ □ □ - □ □ □ □ □

電子郵件地址 (非必填)*

第 2 節：有效期限與撤銷

本人瞭解：

- 1) 本授權有效期限為本人簽署本授權表的日期起一年，或於下列日期到期：

- 2) 本人可隨時終止本授權。本人必須以書面方式終止。本人必須寄送書面要求給健保計劃。本人可在承保證書中找到計劃聯絡資訊。如果聯合健康保險公司 (UHIC) 在收到本人書面要求前已經公開本人的任何個人健康資訊，本人的要求將不會取消任何在收到書面要求前已經提出的資訊要求。
- 3) 本許可屬於自願性質。本人可拒絕簽署本表格。如果本人拒絕，將不影響本人的健康福利。
- 4) 本人的相關健康資訊公開後，可能會被再次公開，還可能不受聯邦隱私法律保護。

第 2 節 (續)

會員姓名 (請以正楷填寫)

會員簽名

日期

M M - D D - Y Y Y Y

只有當會員因身體限制、不識字或其他理由而簽署「X」時才需要見證人簽名。見證人應該是以上所列個人 / 實體以外的其他人。

見證人姓名 (請以正楷填寫)

見證人簽名

日期

M M - D D - Y Y Y Y

第 3 節 (非必填) : 收受者資訊

收受者姓名

永久地址 (城市、州、郵遞區號)

電話號碼

■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■

與會員的關係

電子郵件地址 (非必填)*

個人代表資訊

姓名

地址 (城市、州、郵遞區號)

電話號碼

■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■

與會員的關係： 授權代理人 監護人 保護人 其他 _____

代表簽名

日期

M M - D D - Y Y Y Y

*您提供電子郵件地址即表示允許聯合健康保險公司 (UHIC) 不定期寄送計劃最新資訊給您。聯合健康保險公司 (UHIC) 不會向我們聯合健康集團機構以外的公司銷售或分享資訊。您可以隨時退訂這些電子郵件。

請注意：本授權並不允許以上所列個人 / 實體在請款上訴時代表您或幫您做任何治療決定或直接護理決定。如果您想要他人代表您做健康護理和治療決定，您將需要額外的法律文件且必須提交不同的表格。



2025 MassHealth SCO Medicare Advantage 註冊申請表

UHC Senior Care Options MA-Y001 (HMO D-SNP) H2226-001-000

UHC Senior Care Options NHC MA-Y002 (HMO D-SNP) H2226-003-000

本表格適用擁有 MassHealth Standard (醫療補助) 福利並選擇參加註冊 UnitedHealthcare® Senior Care Options 的民眾。您也必須參加聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份。

如果您有 MassHealth Standard 但不符合傳統聯邦醫療保險資格，您可能仍符合資格參加註冊我們的 MassHealth Senior Care Option 計劃，並可透過我們的 UnitedHealthcare® SCO 方案取得您所有的 MassHealth 福利。

MassHealth Standard (醫療補助) 資訊

您是否已參加註冊 MassHealth? 是 否

請寫下您的 MassHealth 號碼或附上您的 MassHealth 卡影本。您的 MassHealth 號碼是位於您姓名下方的 12 位數字。

MassHealth 號碼 _____

您必須擁有 MassHealth Standard 福利，才能參加註冊長者護理組織計劃。如欲申請 MassHealth，請致電 1-888-834-3721 (失去部份或全部聽力的民眾請撥聽力語言殘障服務專線 (TTY) 1-800-497-4648)。

您的相關資訊 (請打字或用黑色或藍色墨水筆以正楷填寫)

姓氏	名字	中間名首字母
出生日期	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
住家電話號碼 () -	行動電話號碼 () -	

本人同意聯合健康保險和其關聯機構可使用自動撥號器和 / 或預錄語音技術撥打本人所提供的電話號碼。

社會安全號碼

(參加註冊雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP) 的人必填) : _____ - _____ - _____

專業護理設施名稱 (若適用)

計劃參加者姓名 _____

營業代表姓名 / 識別號碼 _____

H2226_ERF_2025_CT_C

UHMA25HM0254868_000

UHCSCO_ERF_H2226_2025_CT

聯邦醫療保險編號

永久居住地址 (請勿填寫郵政信箱。備註：若是無家可歸者，郵政信箱可視為您的永久居住地址)

城市	郡	州	郵遞區號
----	---	---	------

郵寄地址 (與以上地址不同時才需要填寫。您可以提供郵政信箱。)

城市	州	郵遞區號
----	---	------

電子郵件地址 (非必填)

您是否有其他可承保處方配藥的保險？ 是 否
 (例如：其他私營保險、軍人醫療保險計劃 (TRICARE)、聯邦員工承保、退伍軍人管理局 (VA) 福利或州政府方案。)
 如果答是，是哪種保險？

其他保險的名稱

會員編號	團體編號	RxBin	RxPCN (非必填)
------	------	-------	-------------

您可以選擇是否回答這些問題。不能因為您沒有回答問題就拒絕為您提供承保。

請回答幾個問題幫助我們管理您的計劃

1. 您是否偏好其他語言版本或無障礙閱讀格式的計劃資訊？

如果您偏好以其他語言或無障礙格式獲取計劃資訊，請勾選您想要的選項： 西班牙文
 中文 盲人點字 大字體 語音光碟 資料光碟 其他_____

如果您看不到您想要的語言或格式版本，請撥打我們的免付費電話 **1-844-560-4944**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。或者，請前往網站 **UHC.com/CommunityPlan**，在網上尋求協助。

2. 您是西語裔、拉丁裔或西班牙裔？選擇全部適用的答案。

- _____ 否，不是西語裔、拉丁裔或西班牙裔
 _____ 是，墨西哥裔或墨西哥裔美國人
 _____ 是，波多黎各裔
 _____ 是，古巴裔
 _____ 是，其他西語裔、拉丁裔或西班牙裔
 _____ 我選擇不回答

計劃參加者姓名 _____

營業代表姓名 / 識別號碼 _____

H2226_ERF_2025_CT_C

UHMA25HM0254868_000

UHCSCO_ERF_H2226_2025_CT

3. 您的種族為何？選擇全部適用的答案。

- 印地安人或 Alaska 原住民
- 黑人或非裔美國人
- 亞裔：
- 印度人
- 華人
- 菲律賓人
- 日本人
- 韓國人
- 越南人
- 其他亞洲人
- Hawaii 原住民或太平洋島裔：
- 關島人或查莫羅人
- Hawaii 原住民
- 薩摩亞人
- 其他太平洋島裔
- 白人
- 我選擇不回答
- 聯邦或州政府認可部落的成員 / 公民 (部落名稱) _____

4. 您的性別為何？請選擇一個答案。

- 女性
- 男性
- 非二元性別
- 我使用其他詞彙： _____
- 我選擇不回答

5. 以下哪一項最能代表您對自己的認同？請選擇一個答案。

- 女同性戀或男同性戀
- 異性戀，亦即非同性戀
- 雙性戀
- 我使用其他詞彙： _____
- 我不知道
- 我選擇不回答

6. 您或您的配偶是否有工作？

是 否

您或您的配偶是否有其他可承保醫療服務的健康保險？

(例如：其他僱主團體承保、長期殘疾 (LTD) 承保、工傷賠償、汽車險或退伍軍人福利) 是 否

如果答「是」，請填寫下列資訊：

健康保險公司的名稱 _____

會員編號 _____

7. 請提供您的主治醫生 (primary care provider, PCP) 姓名、診所或健康中心名稱。

您可在計劃網站或醫療護理提供者名冊找到名單。

計劃參加者姓名 _____

營業代表姓名 / 識別號碼 _____

H2226_ERF_2025_CT_C

UHMA25HM0254868_000

UHCSCO_ERF_H2226_2025_CT

醫療護理提供者或主治醫生 (PCP) 全名

醫療護理提供者 / 主治醫生 (PCP) 編號

(請填寫與網站或醫療護理提供者名冊所列完全相同的編號。此編號有 10 至 12 位數，請勿包括連接號。)

您現在或最近是否有向此醫療護理提供者求診？

 是 否**請閱讀並簽名****本人填寫此表格即表示同意下列內容：**

- 本長者護理組織 UnitedHealthcare® SCO 是與聯邦政府簽有合約的 Medicare Advantage 計劃。UnitedHealthcare® SCO 也與 Commonwealth of Massachusetts / MassHealth 簽有合約。這不是聯邦醫療保險輔助保險計劃。本人需要保留 MassHealth Standard 計劃。本人必須保留醫院 (A 部份) 和醫療 (B 部份)，才能繼續留在聯合健康保險。本人必須繼續支付 B 部份保費 (若有)，除非醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 或其他人支付該保費。
- 因為本人擁有 MassHealth，所以如果本人有合格選擇期就能退出 UnitedHealthcare® SCO。本人要求退出 UnitedHealthcare® SCO 後，次月 1 號就不再屬於 UnitedHealthcare® SCO 承保範圍。UnitedHealthcare® SCO 在特定服務地區提供服務。如果本人搬離 UnitedHealthcare® SCO 的服務地區，本人必須通知計劃，才能退出計劃並在新地區內尋找新的計劃。成為 UnitedHealthcare® SCO 的會員後，如果本人不同意計劃有關付款或服務的決定時，本人有權上訴。
- 本人瞭解，擁有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的民眾出國期間通常不屬於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的承保範圍，但在美國邊境附近可取得的有限承保不在此限。本計劃承保美國境外急診和緊急護理。請參閱福利概覽查詢詳情。
- 本人瞭解，本人的聯合健康保險承保開始後就必須從聯合健康保險取得本人所有的醫療和處方配藥福利。聯合健康保險授權的福利和服務以及本人的聯合健康保險「承保證書」文件 (也稱為會員合約或投保人協議) 包含的福利和服務將屬於承保範圍。聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 或聯合健康保險都不會支付不屬於承保範圍的福利或服務。
- 本人瞭解，本人一次只能參加註冊一項 Medicare Advantage (MA) 計劃 - 且參加註冊本計劃時，本人在另一項 Medicare Advantage (MA) 計劃的參加註冊就會自動終止 (Medicare Advantage (MA) 私營按服務收費 (Private Fee-for-Service, PFFS)、Medicare Advantage (MA) 聯邦醫療保險醫療儲蓄帳戶 (Medicare Medical Savings Account, MSA) 計劃適用例外規定)。
- **公開資訊：**加入本 Medicare Advantage 計劃，即表示本人確認本計劃會與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 分享本人的資訊，而聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 可能會將該資訊用於追蹤本人參加註冊的情形、支付款項，以及用於授權可收集這類資訊之聯邦法律所准許的其他目的 (請參閱以下隱私權法案聲明)。
- 本人允許聯合健康保險基於管理本人健保計劃所需，根據適用法律允許的目的而與其他組織或個人分享本人的受保護健康資訊。

計劃參加者姓名 _____

營業代表姓名 / 識別號碼 _____

H2226_ERF_2025_CT_C

UHMA25HM0254868_000

UHCSCO_ERF_H2226_2025_CT

- 盡本人所知，本表格上的資訊正確無誤。本人瞭解，如果本人蓄意在本表格上提供不實資訊，本人將會被退出計劃。
- 加入本計劃可能會影響本人的僱主或工會健康福利。如果本人有僱主或工會提供的健康承保，加入本計劃可能會變更本人目前承保的運作方式。如果本人加入本計劃，本人或本人的受撫養人可能會完全失去我們的其他健康承保或配藥承保，而且無法恢復。本人會洽詢本人的僱主或工會。本人會詢問加入本計劃對本人目前的計劃可能有何影響。本人也會去查詢僱主或工會網站，或閱讀任何已寄給本人的資訊。如果都沒有任何聯絡人的資訊，本人的福利管理者或回答本人有關承保問題的辦公室可以提供協助。
- **瞭解遺產追收：**MassHealth 必須按照聯邦法律規定，向年滿 55 歲以及任何年齡並在護理之家或其他醫療機構接受長期護理的特定 MassHealth 會員追收遺產中的資金。如需更多有關 MassHealth 遺產追收的資訊，請瀏覽網站 www.mass.gov/estatercovery
- 是否回答本表格的問題由本人自行決定。不過，沒有回答可能對參加註冊本計劃造成影響。

本人於下方簽名即表示已閱讀並瞭解本表格上的資訊

如果本人以授權代表身份簽名，表示按州法律規定，本人有合法權利可簽名。如果聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 要求，本人可提供此權利的書面證明 (委託授權書、監護權等)。本人瞭解，如果想在申請書以外代表會員採取行動，本人需要向計劃提交此權利的書面證明。此申請獲得核准且本人收到聯合健康保險會員卡後，可以撥打聯合健康保險會員卡上的客戶服務部電話號碼更新本人登記的授權資訊。

申請人 / 會員 / 授權代表簽名

今天的日期

如果您是授權代表，請於上方簽名並填寫下列資訊 (*不是營業代表)

姓氏	名字	
地址		
城市	州	郵遞區號
電話號碼 () -	與申請人的關係	

計劃參加者姓名 _____

營業代表姓名 / 識別號碼 _____

H2226_ERF_2025_CT_C

UHMA25HM0254868_000

UHCSCO_ERF_H2226_2025_CT

僅限協助計劃參加者填寫本表格的人士使用

如果您是協助計劃參加者填寫本表格的人士 (如營業代表、經紀人、州政府健康保險協助方案 (SHIP) 諮詢人員、家人或其他第三方)，請填寫這個部份。

姓名	與計劃參加者的關係
簽名	國家保險業務員編號 (僅限營業代表 / 經紀人)

僅限持照營業代表 / 代理機構使用

持照營業代表 / 識別編號	最初收件日期
持照營業代表 / 代理人姓名	建議生效日期

營業代表必須填寫

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 初始註冊期 (IEP) (Medicare Advantage 處方配藥 (MA-PD) 計劃參加者) | <input type="checkbox"/> 初始承保註冊期 (ICEP) (Medicare Advantage (MA) 計劃參加者) | <input type="checkbox"/> 初始註冊期 (IEP) (符合第 2 個初始註冊期 (IEP) 資格的 Medicare Advantage 處方配藥 (MA-PD) 計劃參加者) | <input type="checkbox"/> 開放註冊期 (OEP) (1 月 1 日 - 3 月 31 日) |
| <input type="checkbox"/> 開放註冊期 (OEP) (剛符合資格) | <input type="checkbox"/> 特別註冊期 (SEP) (雙重資格低收入補助 (LIS) 狀態變更) | <input type="checkbox"/> 特別註冊期 (SEP) (住所變更) | <input type="checkbox"/> 特別註冊期 (SEP) (失去僱主團體健保計劃 (EGHP) 承保) |

計劃參加者姓名 _____

營業代表姓名 / 識別號碼 _____

H2226_ERF_2025_CT_C

UHMA25HM0254868_000

UHCSCO_ERF_H2226_2025_CT

- 特別註冊期 (SEP) (慢性病)
 特別註冊期 (SEP) (雙重資格低收入補助 (LIS) 維持)
 年度註冊期 (AEP) (10 月 15 日 - 12 月 7 日)
 長期護理機構開放註冊期 (OEPI)
- 特別註冊期 (SEP) (特別註冊期 (SEP) 原因) _____

持照營業代表簽名 (非必填)

日期

請將本表格填好後郵寄或傳真至：

UnitedHealthcare

1325 Boylston Street, 11th Floor

Boston, MA 02215

傳真：1-855-250-2168

請傳真每一頁的正反面

隱私權法案聲明：聯邦醫療保險與醫療補助服務機構 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 向聯邦醫療保險計劃收集資訊，以追蹤受益人參加註冊 Medicare Advantage (MA) 計劃或處方配藥計劃 (Prescription Drug Plans, PDP) 的情形、改進護理，以及用於支付聯邦醫療保險福利。社會安全法案第 1851 和 1860D-1 節以及聯邦法規法典 (CFR) 第 42 編第 422.50、422.60、423.30 和 423.32 節授權可收集這類資訊。聯邦醫療保險與醫療補助服務機構 (CMS) 可使用、公開和交換聯邦醫療保險受益人提供的參加註冊資料，如紀錄系統通知 (System of Records Notice, SORN) 「Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)」，系統編號 09-70-0588 所規定。是否回答本表格的問題由您自行決定。不過，沒有回答可能對參加註冊本計劃造成影響。

UHC Senior Care Options MA-Y001 (HMO D-SNP) 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。

聯合健康保險 (UnitedHealthcare) Senior Care Options 是與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽有合約並與 Commonwealth of Massachusetts 醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 方案簽有合約的協調式護理計劃。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。本計劃是自願方案，只要年滿 65 歲且符合 MassHealth Standard 和傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 資格並且沒有任何其他綜合健康保險 (聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 不在此限) 的民眾都可以參加。如果您有 MassHealth Standard 但不符合傳統聯邦醫療保險資格，您可能仍符合資格參加註冊我們的 MassHealth Senior Care Option 計劃，並可透過我們的 Senior Care Options 方案取得您所有的 MassHealth 福利。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。

我們提供免費服務以協助您與我們溝通。例如，其他語言版本或大字體信函。或者，您可申請口譯員。如欲尋求協助，請致電 1-844-560-4944，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711，每天上午 8:00 至晚上 8:00。

本資訊免費提供其他語言版本。請利用本手冊封底的號碼致電我們的客戶服務部。

OMB No. 0938-1378

Expires: 6/30/2026

H2226_ERF_2025_CT_C

UHMA25HM0254868_000

UHCSO_ERF_H2226_2025_CT

參加註冊核對清單

作參加註冊決定前，您一定要完全瞭解我們的福利和規則。如果您有任何疑問，您可以撥打本手冊封底所列的電話詢問客戶服務部代表。

瞭解福利

- ✓ 承保證書 (Evidence of Coverage, EOC) 提供所有承保和服務的完整清單。在參加註冊前，請務必檢視計劃承保範圍、費用和福利。請前往我們的計劃網站或致電要求瀏覽承保證書 (EOC)。我們的電話號碼和網址列於本手冊封底。
- ✓ 檢閱醫療護理提供者名冊 (或詢問您的醫生)，確認您現在求診的醫生在網絡內。如果醫生不在名冊中，表示您可能必須重新選擇醫生。
- ✓ 檢閱藥房名冊，確認您購買任何處方配藥時使用的藥房在網絡內。如果藥房不在名冊中，您可能必須為您的處方配藥重新選擇藥房。
- ✓ 檢閱處方藥一覽表，確認您的藥物屬於承保範圍。

瞭解重要規則

- ✓ 福利、保費和 / 或定額手續費 / 共同保險將可能在每年 1 月 1 日變更。
- ✓ 除了急診或緊急情況外，我們不承保網絡外醫療護理提供者 (不在醫療護理提供者名冊中的醫生) 提供的服務。
- ✓ 對現行承保的影響。如果您目前已參加註冊 Medicare Advantage 計劃，只要您新的 Medicare Advantage 承保一開始生效，您目前的 Medicare Advantage 健康護理承保就會終止。如果您有軍人醫療保險計劃 (TRICARE)，只要您新的 Medicare Advantage 承保一開始生效，您的承保就可能受到影響。如需更多資訊，請聯絡軍人醫療保險計劃 (TRICARE)。如果您有聯邦醫療保險輔助保險 (Medigap) 計劃，只要您的 Medicare Advantage 承保一開始生效，您可能就會因為要為您無法使用的承保付費而想取消您的聯邦醫療保險輔助保險 (Medigap) 計劃。
- ✓ 本計劃是雙重資格特殊需求計劃 (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP)。確定您有權取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和按醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 規定由州政府計劃提供之醫療補助兩者後，您才能參加註冊。您必須年滿 65 歲、符合資格取得聯邦醫療保險 A 部份並已參加註冊聯邦醫療保險 B 部份和 MassHealth Standard，才符合資格。您也可能需要住在自己家裡或護理設施。如果您有 MassHealth Standard 但不符合聯邦醫療保險 A 部份和 / 或聯邦醫療保險 B 部份的資格，您可能仍符合資格參加註冊。

2025 參加註冊收據

透過持照營業代表參加註冊時應填寫。

請使用本收據作為您的臨時承保證明，直到聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 確認您已參加註冊，而且您收到您的會員卡。本收據不是參加註冊的保證。

此複本僅供您留存之用，請勿重複送件參加註冊。

申請人 1：

姓名

申請日期

- -

建議生效日期

- -

計劃名稱

健保計劃 / 計劃福利組合 (PBP) 編號

參加註冊追蹤號碼 (如適用)

申請人 2 (如適用)：

姓名

申請日期

- -

建議生效日期

- -

計劃名稱

健保計劃 / 計劃福利組合 (PBP) 編號

參加註冊追蹤號碼 (如適用)

如果您有任何疑問，請致電聯絡您的持照營業代表：

代表姓名和識別號碼

代表電話號碼

H2226-001 和 H2226-003

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和 MassHealth：

RxBIN：610097

Rx PCN：9999

RxGRP：MPDMACSP

H2226-001

僅 MassHealth：

RxBIN：610494

Rx PCN：9999

RxGRP：ACUMA

我們在此協助您。如果您有其他疑問，請致電客戶服務部免付費電話 **1-844-560-4944**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。

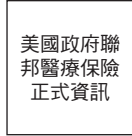
重要提醒 - 您有 Medicare Advantage 計劃時，就不需要聯邦醫療保險輔助保險 (Medigap) 或聯邦醫療保險輔助保險計劃。如果您目前有聯邦醫療保險輔助保險 (Medigap) 計劃，請在您的 Medicare Advantage 計劃開始後，聯絡保險公司取消您的聯邦醫療保險輔助保險 (Medigap) 計劃。



H2226_ER_2025_CT_C
UHCSO_ER_2025_C_CT

CSMA25HM0256647_000

重要資訊： 2024 年聯邦醫療保險星等



UnitedHealthcare - H2226

對於 2024 年，聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 給予 UnitedHealthcare - H2226 以下星等：

- 整體星等：★★★★☆ 4.5 顆星
- 健康服務評等：★★★★☆ 4.5 顆星
- 配藥服務評等：★★★★☆ 4.5 顆星

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 每年都使用 5 星評等系統來評估各個計劃。

星等很重要的原因

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 會針對計劃的健康和配藥服務進行評級。

這樣讓您很容易根據計劃的品質和表現進行比較。

星等的評分依據包括以下因素：

- 會員給予計劃服務和護理的回饋意見
- 退出或繼續留在計劃的會員人數
- 聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 收到對計劃投訴的次數
- 與計劃合作的醫生和醫院提供的資料

星星越多表示計劃越好 – 例如，會員可以得到更好的護理以及更好、更快的客戶服務。

星星的數目代表計劃表現的優劣程度。

- ★★★★★ 極佳
- ★★★★ 中上
- ★★★ 普通
- ★★ 中下
- ★ 不良

網上取得更多有關星等的資訊

網上比較本計劃和其他計劃的星等，網址 [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)。

有關於本計劃的疑問？

請聯絡聯合健康保險，電話 **800-555-5757** (免付費電話) 或 **711** (聽力語言殘障服務專線 (TTY))，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。現有會員請撥 **888-867-5511** (免付費電話) 或 **711** (聽力語言殘障服務專線 (TTY))。

歧視是違法行為。公司遵循適用的聯邦民權法律，不根據種族、膚色、原國籍、年齡、身心障礙、宗教、教義或性別（包括性徵，含雙性特質；懷孕或相關情形；性傾向；性別認同和性別刻板印象等）而歧視、排擠他人，或差別對待。

若您認為自己遭受我們歧視對待，您有權提出歧視投訴。您可以將投訴提交至：

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

UHC_Civil_Rights@uhc.com

您也可以向美國衛生及公共服務部的民權辦公室提出投訴：

線上：

<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>

電話：

免付費電話 **1-800-368-1019**、**1-800-537-7697**（聽障專線 TDD）

郵寄：

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

我們為身心障礙人士免費提供輔助和服務，使其能夠有效地與我們溝通，例如：

- 合格美國手語翻譯員
- 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）

我們也為母語非英語的人士提供免費的語言服務，例如：

- 合格口譯員
- 其他語言版本的書面資訊

若您需要這些服務，請使用會員識別卡上的免付費電話聯絡會員服務部，服務時間一週七天，早上 8 點至晚上 8 點。

English: ATTENTION: Translation and other language assistance services are available at no cost to you. If you need help, please call the toll-free number on your member identification card.

Spanish: ATENCIÓN: La traducción y los servicios de asistencia de otros idiomas se encuentran disponibles sin costo alguno para usted. Si necesita ayuda, llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

Portuguese: ATENÇÃO: a tradução e outros serviços de assistência linguística estão disponíveis sem qualquer custo para si. Se necessitar, telefone para o número gratuito no seu cartão de identificação de associado.

Chinese: 注意：您可以免費獲得翻譯及其他語言協助服務。如果您需要協助，請撥打會員身份識別卡上的免付費電話。

Haitian Creole: ATANSYON: Gen tradiksyon ak lòt sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Si ou bezwen èd, tanpri rele nimewo gratis lan ki sou kat idantifikasyon ou kòm manm lan.

Vietnamese: CHÚ Ý: Dịch vụ dịch thuật và hỗ trợ ngôn ngữ khác được cung cấp cho quý vị miễn phí. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi số miễn cước trên thẻ nhận dạng hội viên của quý vị.

Russian: ВНИМАНИЕ! Услуги перевода, а также другие услуги языковой поддержки предоставляются бесплатно. Если Вам нужна помощь, позвоните по номеру телефона для бесплатных звонков, указанному на Вашей идентификационной карточке участника.

Khmer: សម្គាល់៖ សេវាកម្មបកប្រែ និងជំនួយផ្នែកភាសាផ្សេងទៀត គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃពីអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ សូមទូរសព្ទទៅលេខដែលឥតគិតថ្លៃដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។

French: ATTENTION : la traduction et d'autres services d'assistance linguistique sont disponibles sans frais pour vous. Si vous avez besoin d'aide, veuillez composer le numéro gratuit figurant sur votre carte de membre.

Italian: ATTENZIONE: il servizio di traduzione e altri servizi di assistenza linguistica sono disponibili gratuitamente. Se ha bisogno di aiuto, chiami il numero verde riportato sulla Sua tessera identificativa del piano sanitario.

Arabic: تنبيه: تتوفر خدمات الترجمة وخدمات المساعدة اللغوية الأخرى لك مجانًا. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، يُرجى الاتصال بالرقم المجاني المدون على بطاقة تعريف العضو الخاصة بك.

Korean: 참고 번역 및 기타 언어 지원 서비스를 무료로 제공해 드립니다. 도움이 필요하시면 가입자 식별 카드에 기재된 무료 전화번호로 전화하십시오.

Greek: ΠΡΟΣΟΧΗ: Διατίθενται υπηρεσίες μετάφρασης και άλλες γλωσσικές υπηρεσίες δωρεάν για εσάς. Εάν χρειάζεστε βοήθεια, καλέστε τον δωρεάν αριθμό που αναγράφεται στην κάρτα μέλους σας.

Polish: UWAGA: Tłumaczenia i inne formy pomocy językowej są dostępne bezpłatnie. Jeśli potrzebuje Pan/Pani pomocy, proszę zadzwonić pod bezpłatny numer podany na karcie identyfikacyjnej członka.

Hindi: ध्यान दें: अनुवाद और अन्य भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। यदि आपको सहायता की आवश्यकता हो तो कृपया अपने सदस्य पहचान पत्र पर दिए गए टोल-फ्री नंबर पर कॉल करें।

Gujarati: ધ્યાન આપો: ભાષાન્તર અને અન્ય ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે કોઈપણ ખર્ચ વિના ઉપલબ્ધ છે. જો તમને મદદની જરૂર હોય, તો કૃપા કરીને તમારા સભ્ય ઓળખ કાર્ડમાં આપેલ ટોલ-ફ્રી નંબર પર કોલ કરો.

Laotian: ວິນິຍາຍ: ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາ ແລະ ພາສາອື່ນໆໃຫ້ແກ່ທ່ານໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ກະລຸນາໃຫ້ທາງໂທລະສັບຕາມຈຳນວນທີ່ບັດປະຈຳຕົວສະມາຊິກຂອງທ່ານ.

備註和塗鴉

備註和塗鴉

備註和塗鴉

備註和塗鴉

備註和塗鴉

準備好要利用您的額外福利了嗎？

UHC Senior Care Options MA-Y001 (HMO D-SNP)

UHC Senior Care Options NHC MA-Y002 (HMO D-SNP)

請使用下列醫療護理提供者善用您的額外計劃福利。



致電 **1-888-867-5511**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，上午 8 時至晚上 8 時：每週 7 天，或請瀏覽網站 **MyUHC.com/CommunityPlan** 查詢：

- 健身計劃：Renew Active®



處方配藥遞送到府服務

Optum® Home Delivery Pharmacy

1-877-889-6358

MyUHC.com/CommunityPlan



例行交通運輸

ModivCare®

1-866-428-1967



聯合健康保險擁有超過 45 年的經驗
為像您這樣的會員提供服務。
您需要我們的時候，我們會在這裡為您提供堅強後盾。
您需要一對一的協助時，歡迎致電與我們聯絡。

我們很樂意協助您



下載聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 應用程式



UHC.com/CommunityPlan



請撥打免付費電話 **1-844-560-4944**，
聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**
每週 7 天, 當地時間上午 8 時至晚上 8 時

重要計劃資訊

H2226_EGCov_2025_C CT
UHCSCO_EGCov_H2226_2025_C CT

掃描此二維碼
可下載
聯合健康保險
(UnitedHealthcare)
應用程式



UHMA25HM0251824_000