



# 2025 年 參加註冊指南

UHC Dual Complete NY-Q001 (HMO-POS D-SNP)

H3387-015-002

服務地區：New York - Bronx, Kings, Nassau, New York, Queens, Richmond, Suffolk 諸郡

United  
Healthcare®  
Dual Complete

# 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

由聯合健康保險為您獨家提供的 UCard® 不僅僅是您的會員卡。透過這張卡片，您將可以使用廣大的 Medicare Advantage 醫療護理提供者網絡，包括醫生和專科醫生。此外，您還可以用這張卡片來幫助支付非處方 (OTC) 和有益健康食物的費用，並將您獲得的獎勵金用於在 Walmart、Walgreens 等知名品牌購買經核准的產品。透過操作簡便且在健康保險領域評為第 1 名的聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 應用程式，輕鬆享用您的 UCard 並查看健康資訊。從選擇計劃，到使用計劃，再到享受未來的生活，聯合健康保險讓一切變得前所未有的簡單。



## 讓您的聯邦醫療保險花費更值得

以低廉的自付費用取得可靠護理。面對未來大大小小的計劃，請放心借助 UnitedHealthcare Dual Complete 承保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

我們會在重要時刻為您提供堅強後盾。我們會透過容易理解的計劃解說、實用的網上工具和樂於提供協助的聯合健康保險聯邦醫療保險計劃專家<sup>1</sup>，幫助您找到適合的計劃。我們的代表和服務領航員將幫助您取得您需要的答案和護理。利用聯合健康保險超過 45 年的經驗，為您提供服務。

<sup>1</sup>聯邦醫療保險計劃專家是持照保險營業代表 / 保險業務員。

# UCard 在重要時刻讓您無往不利

您成為會員後，您會收到郵寄給您的新的 UnitedHealthcare UCard。以下是 UCard 派上用場的時候：



## 向醫療護理提供者求診或購買處方配藥

您的 UCard 上載有您和醫療護理提供者所需的計劃資訊。



## 購買有益健康食物、非處方 (OTC) 產品或支付公用事業帳單

在商店或網上使用加值到 UCard 的資助額付款。



## 使用您獲得的獎勵金

在全國數千家零售商店購買符合資格的用品。



## 使用健身機構服務

在第一次前往網絡健身機構或健身地點時出示您的 UCard，即可取得您的免費會籍。



# 善用特別設計的計劃

本計劃適用於擁有聯邦醫療保險和醫療補助承保的民眾，提供許多額外福利能幫助您過更健康的生活。本計劃的網絡由優質的醫生、醫院、藥房和其他醫療護理提供者組成，目的是要幫助您取得所需的護理。而且，您可使用廣大的牙科護理提供者網絡。您還可以向網絡外牙科護理提供者取得護理，但您的費用可能會比較高，即使是定額手續費 \$0 的服務也是如此。



## 本管理式健康保險機構定點服務雙重資格特殊需求計劃 (HMO-POS D-SNP) 運作方式如下



向網絡中的醫療護理提供者取得護理或向網絡外醫療護理提供者求診，取得牙科護理承保服務。



選擇一位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。



在網絡內取得的承保服務 \$0。請參閱本手冊中的福利概覽，查明哪些服務屬於承保範圍。



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。



本計劃包括處方配藥承保。請一律使用網絡藥房。若從不在網絡內的藥房取得藥物，您可能要支付更多費用或支付全額費用。

請前往 [UHC.com/CommunityPlan](https://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。

# 福利摘要

## UHC Dual Complete NY-Q001 (HMO-POS D-SNP)

這是簡短的 2025 年計劃福利說明。顯示的網絡內價值適用可能由州政府承保聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份分攤費用的民眾。分攤費用可能視您個人的醫療補助資格而有差異。如需完整資訊，請參閱福利概覽或承保證書。可能適用限制項目、不予承保項目和限制規定。

### 計劃費用

如果您享有完全醫療補助福利或您是符合資格聯邦醫療保險受益人，您須為聯邦醫療保險承保的服務支付 \$0。如果您的醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 或「額外補助」(Extra Help) 資格變更，您的分攤費用和保費也可能變更。

計劃月費	\$0
------	-----

### 醫療福利

#### 醫生診所門診

主治醫生 (Primary care provider, PCP)	定額手續費 \$0
專科醫生	定額手續費 \$0 (不須轉介)
網路看診	透過即時音訊和視訊，在網上向網絡遠距保健醫療護理提供者諮詢，定額手續費 \$0
預防護理服務	定額手續費 \$0
住院護理	每次住院定額手續費 \$0，沒有天數限制
專業護理設施 (Skilled nursing facility, SNF)	每天定額手續費 \$0：第 1-100 天
門診醫院，包括外科手術	定額手續費 \$0
門診精神健康	
團體治療	定額手續費 \$0
單獨治療	定額手續費 \$0
網路看診	透過即時音訊和視訊，在網上向網絡遠距保健醫療護理提供者諮詢，定額手續費 \$0
糖尿病監測用品	承保品牌定額手續費 \$0
診斷放射服務 (例如核磁共振成像 (MRIs)、電腦斷層掃描 (CT))	定額手續費 \$0

## 醫療福利

診斷測試和程序 (非放射性)	定額手續費 \$0
化驗服務	定額手續費 \$0
門診 X 光	定額手續費 \$0
救護	陸上或空中定額手續費 \$0
急診護理	定額手續費 \$0 (全球)
緊急護理服務	定額手續費 \$0 (全球)

## 超越傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 的福利和服務

例行身體檢查	定額手續費 \$0，每年 1 次
例行眼睛檢查	定額手續費 \$0，每年 1 次
例行配鏡	定額手續費 \$0 計劃每年最多為 1 副鏡片 / 鏡框和隱形眼鏡支付 \$200
牙科 - 預防護理 (網絡內和網絡外屬於承保範圍)	檢查、洗牙、X 光和塗氟治療定額手續費 \$0*
牙科 - 綜合護理 (網絡內和網絡外屬於承保範圍)	綜合牙科護理服務定額手續費 \$0*
聽覺護理 - 例行檢查	定額手續費 \$0，每年 1 次
助聽器	計劃每年最多為網絡醫療護理提供者提供的 2 副助聽器支付 \$1,500。  包括直接遞送給您的助聽器 (僅限特定產品)。
健身計劃	定額手續費 \$0，包括免費健身機構會籍、網上健身課程和記憶力訓練活動。
足部護理 - 例行	定額手續費 \$0，每年 4 次
例行脊椎護理服務	定額手續費 \$0，每年 6 次
例行針灸護理服務	定額手續費 \$0，每年 12 次

## 超越傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 的福利和服務

<b>食物、非處方 (over-the-counter, OTC) 和公用事業帳單資助額</b>	每月資助額 \$35，用來購買承保的非處方 (OTC) 產品。符合資格的會員還能使用這筆資助額來購買承保的有益健康食物或支付特定公用事業帳單。
<b>獎勵金</b>	1 月開始行動即可獲得最多 \$165 的獎勵金 <sup>Ω</sup> 與您 2025 年的 UCard 相見歡 \$5、年度身體檢查或保健看診 \$15、每月保持活動 \$10、與他人聯繫 \$10、健康評估 \$10、流感疫苗注射 \$5
<b>膳食福利</b>	緊接在醫院或專業護理設施 (skilled nursing facility, SNF) 出院後提供 28 餐遞送到府，定額手續費 \$0

\* 網絡內和網絡外福利合併計算

## 2025 年的好消息

承保缺口 (也稱為「甜甜圈洞」) 已經消除，您的自付費用上限比以往更低了。這表示您在 2025 年將獲得更大的保障，減輕高額藥物費用對您的影響。

### 處方配藥

<b>自付扣除金</b>	\$0
<b>初始承保</b>	<b>在零售或郵購網絡藥房購買 30 天或 100 天藥量</b>
<b>所有承保藥物<sup>1</sup></b>	定額手續費 \$0 (有些承保藥物以 30 天藥量為限)

<sup>1</sup> 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。



在價值型保險設計模式下，僅限享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 額外補助 (Extra Help) 的會員可取得有益健康食物、公用事業帳單以及處方配藥福利定額手續費 \$0 的資格，並將在參加註冊後進行資格確認。

<sup>9</sup>Medicare Advantage 獎勵內容可能因計劃而異且並非所有計劃均有提供。您參加方案或存取使用獎勵金，即表示您同意 [myuhcmedicare.com/rewards](https://myuhcmedicare.com/rewards) 網頁右側所列的獎勵方案服務條款。會員必須從 1 月參與到 12 月，才能獲得所有可享有的獎勵金。必須在計劃指定期限內獲得獎勵金並完成回報。您可以上網 [myuhcmedicare.com/rewards](https://myuhcmedicare.com/rewards) 查詢期限。獎勵金僅供聯合健康保險 Medicare Advantage 計劃會員用於在網絡商家購買符合資格的用品，並須遵守適用的聯邦醫療保險法律。除非法律規定，否則獎勵金無法兌換現金。無法透過提款機 (ATM) 提領。獎勵金不能用來購買聯邦醫療保險承保的用品或服務，包括醫療或處方配藥自付費用，或菸酒產品或武器。獎勵金在 Medicare Advantage 計劃終止後 1 個月到期失效。在您參加註冊您目前的計劃期間，或如果您轉換到另一個聯合健康保險 Medicare Advantage 計劃，這對您不會有影響。

保費、定額手續費、共同保險和自付扣除金可能因您取得的額外補助 (Extra Help) 級別而有差異。更多詳情請與本計劃聯絡。本資訊並非完整的福利說明。請聯絡本計劃查詢詳情。

Y0066\_MABH\_2025\_M CT H3387015002

CSNY25HP0255212\_000





# 福利概覽 2025

**UHC Dual Complete NY-Q001 (HMO-POS D-SNP)**  
H3387-015-002

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。



**[UHC.com/CommunityPlan](https://UHC.com/CommunityPlan)**



**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

**United  
Healthcare®**  
Dual Complete

Y0066\_SB\_H3387\_015\_002\_2025\_M CT

# 福利概覽

2025 年 1 月 1 日至 2025 年 12 月 31 日

本摘要將概述我們的承保項目和您須支付的費用。如需承保服務、限制條件和不予承保項目的完整清單，請在網站 [MyUHC.com/CommunityPlan](https://MyUHC.com/CommunityPlan) 檢閱承保證書 (Evidence of Coverage, EOC)，或致電客戶服務部要求協助。您參加註冊本計劃後會獲得更多資訊，說明如何在網上檢視您的計劃詳情。

## UHC Dual Complete NY-Q001 (HMO-POS D-SNP)

### 醫療保費、自付扣除金和限制

計劃月費	\$0
年度醫療自付扣除金	本計劃沒有醫療自付扣除金。
最高自付費用金額 (不包括處方配藥)	\$0
	這是您每年為網絡醫療護理提供者提供的聯邦醫療保險承保服務和用品支付的自付費用上限。

### 醫療福利

住院護理 <sup>2</sup>	每次住院定額手續費 \$0	
本計劃承保不限天數的住院護理。		
門診醫院	門診手術中心 (Ambulatory surgical center, ASC) <sup>2</sup>	定額手續費 \$0
	門診醫院，包括外科手術 <sup>2</sup>	定額手續費 \$0
	門診醫院觀察服務 <sup>2</sup>	定額手續費 \$0
醫生看診	主治醫生	定額手續費 \$0
	專科醫生 <sup>2</sup>	定額手續費 \$0
	網路醫療看診	透過即時音訊和視訊，在網上向網絡遠距保健醫療護理提供者諮詢，定額手續費 \$0

## 醫療福利

### 預防護理服務

例行身體檢查

定額手續費 \$0，每年 1 次

聯邦醫療保險承保的

定額手續費 \$0

- 腹主動脈瘤篩檢
- 不當飲酒諮詢
- 年度保健看診
- 骨質測量
- 乳癌篩檢 (乳房 X 光攝影)
- 心血管疾病 (行為治療)
- 心血管篩檢
- 子宮頸癌和陰道癌篩檢
- 結腸直腸癌篩檢 (結腸鏡檢查、糞便隱血測試、軟式乙狀結腸鏡檢查)
- 憂鬱症篩檢
- 糖尿病篩檢和監測
- C 型肝炎篩檢
- 人類免疫缺乏病毒 (HIV) 篩檢
- 低劑量電腦斷層掃描 (low dose computed tomography, LDCT) 肺癌篩檢
- 醫療營養療法服務
- 聯邦醫療保險糖尿病預防護理方案 (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)
- 肥胖症篩檢和諮詢
- 前列腺癌篩檢 (前列腺特異性抗原 (PSA))
- 性傳染疾病篩檢和諮詢
- 戒菸諮詢 (適用無吸菸相關疾病徵兆的民眾諮詢)
- 疫苗，包括流感、B 型肝炎、肺炎或新冠病毒疾病 (COVID-19) 疫苗
- 「歡迎參加註冊聯邦醫療保險」預防保健看診 (一次)

合約年度期間經聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 核准的任何額外預防護理服務都將屬於承保範圍。

您使用網絡內醫療護理提供者時，本計劃會 100% 承保預防護理篩檢和年度身體檢查。




### 急診護理

每次定額手續費 \$0 (全球)。如果您在 24 小時內入住醫院，您須支付住院定額手續費而不是急診護理定額手續費。請參閱本手冊「住院護理」一節查詢其他費用。

### 緊急護理服務

每次定額手續費 \$0 (全球)

## 醫療福利

<b>診斷測試、化驗和放射服務，以及 X 光</b>	診斷放射服務 (例如核磁共振成像 (MRI)、電腦斷層掃描 (CT)) <sup>2</sup>	定額手續費 \$0
	化驗服務 <sup>2</sup>	定額手續費 \$0
	診斷測試和程序 <sup>2</sup>	定額手續費 \$0
	治療放射 <sup>2</sup>	定額手續費 \$0
	門診 X 光 <sup>2</sup>	定額手續費 \$0
 <b>聽覺護理服務</b>	聽覺和平衡問題的診斷和治療檢查 <sup>2</sup>	定額手續費 \$0
	例行聽覺檢查	定額手續費 \$0，每年 1 次
	助聽器 <sup>2</sup>	每年 2 副助聽器補貼 \$1,500 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 一系列眾多非處方 (over-the-counter, OTC) 和知名品牌處方助聽器</li> <li>• 使用全國最大的聽覺護理專業人員網絡之一，網絡中有超過 7,000 個地點</li> <li>• 處方助聽器一律享有 3 年原廠保固，涵蓋試用期以及在保固期間的損壞賠償和修理</li> </ul>
 <b>例行牙科護理福利</b>  網絡內和網絡外屬於承保範圍。	預防和綜合 <sup>2</sup>	預防和綜合護理承保服務 (例如洗牙、充填和牙冠) 定額手續費 \$0 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 沒有年度自付扣除金</li> <li>• 使用全國最大的牙科護理網絡之一</li> <li>• 自由向任何牙醫求診</li> </ul>
	眼睛疾病和病況的診斷和治療檢查 <sup>2</sup>	定額手續費 \$0
 <b>視覺護理服務</b>	白內障外科手術後配鏡	定額手續費 \$0

<b>醫療福利</b>		
	例行眼睛檢查	定額手續費 \$0，每年 1 次
	例行配鏡	定額手續費 \$0 計劃每年最多為 1 副鏡片 / 鏡框和隱形眼鏡支付 \$200
<b>精神健康</b>	住院護理 <sup>2</sup> 本計劃承保住院護理 90 天	每次住院定額手續費 \$0
	門診團體治療看診 <sup>2</sup>	定額手續費 \$0
	門診單獨治療看診 <sup>2</sup>	定額手續費 \$0
	網路精神健康看診	透過即時音訊和視訊，在網上向網絡遠距保健醫療護理提供者諮詢，定額手續費 \$0
<b>專業護理設施 (Skilled nursing facility, SNF)<sup>2</sup></b>	本計劃最多承保專業護理設施 (SNF) 住院 100 天。	每天定額手續費 \$0：第 1-100 天
<b>門診復健服務</b>	物理治療及言語和語言治療門診 <sup>2</sup>	定額手續費 \$0
	職能治療門診 <sup>2</sup>	定額手續費 \$0
	網路醫療看診	透過即時音訊和視訊，在網上向網絡遠距保健醫療護理提供者諮詢，定額手續費 \$0
<b>救護<sup>2</sup></b>	您的醫療護理提供者必須為非急診交通運輸取得事前授權。	陸上定額手續費 \$0 空中定額手續費 \$0
<b>例行交通運輸</b>		不屬於承保範圍

## 醫療福利

聯邦醫療保險 B 部份處方配藥	化療藥物 <sup>2</sup>	定額手續費 \$0
	B 部份承保胰島素 <sup>2</sup>	定額手續費 \$0
	其他 B 部份藥物 <sup>2</sup> B 部份藥物可能有循序用藥規定。詳情請參閱您的承保證書。	定額手續費 \$0

## 2025 年的好消息

承保缺口 (也稱為「甜甜圈洞」) 已經消除，您的自付費用上限比以往更低了。這表示您在 2025 年將獲得更大的保障，減輕高額藥物費用對您的影響。

## 處方配藥

自付扣除金	\$0
初始承保	在零售或郵購網絡藥房購買 30 天 <sup>^</sup> 或 100 天藥量
所有承保藥物 <sup>3</sup>	定額手續費 \$0 (有些承保藥物以 30 天藥量為限)

<sup>^</sup>住在長期護理設施的會員為 31 天藥量支付的費用與零售藥房 30 天藥量的費用相同。

<sup>3</sup> 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。

## 額外福利

針灸護理服務	例行針灸護理服務	定額手續費 \$0，每年 12 次
脊椎護理服務	聯邦醫療保險承保的脊椎護理 (脊椎推拿以矯正半脫位) <sup>2</sup>	定額手續費 \$0
	例行脊椎護理服務	定額手續費 \$0，每年 6 次

## 額外福利

### 糖尿病管理

糖尿病監測用品<sup>2</sup>

定額手續費 \$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® 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。

糖尿病自我管理  
訓練

定額手續費 \$0

治療用鞋或鞋墊<sup>2</sup>

定額手續費 \$0

### 耐用醫療器材 (Durable medical equipment, DME) 和相關用品

耐用醫療器材  
(DME) (例如輪  
椅、氧氣)<sup>2</sup>

定額手續費 \$0

義具 (例如支架、  
義肢)<sup>2</sup>

定額手續費 \$0



### 健身計劃

定額手續費 \$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：

- 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

### 足部護理 (足部護理服務)


足部檢查和治療<sup>2</sup>

定額手續費 \$0

例行足部護理

定額手續費 \$0，每年 4 次

## 額外福利

膳食福利 <sup>2</sup>	緊接在醫院或專業護理設施 (skilled nursing facility, SNF) 出院後提供 28 餐遞送到府，定額手續費 \$0	
家庭健康護理 <sup>2</sup>	定額手續費 \$0	
善終護理	您從任何經聯邦醫療保險核准的善終護理機構取得善終護理時無須支付任何費用。您可能必須支付藥物和暫托護理的部份費用。善終護理是由傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保，不屬於本計劃的承保範圍。	
鴉片類藥物治療方案服務 <sup>2</sup>	定額手續費 \$0	
門診物質使用失調服務	門診團體治療看診 <sup>2</sup>	定額手續費 \$0
	門診單獨治療看診 <sup>2</sup>	定額手續費 \$0
 食物、非處方 (over-the-counter, OTC) 和公用事業帳單資助額	每月資助額 \$35，用於支付非處方 (OTC) 產品、有益健康食物和公用事業帳單 <ul style="list-style-type: none"><li>• 數千種非處方 (OTC) 產品可供選擇，例如急救用品、止痛藥和更多其他產品</li><li>• 購買有益健康食物，例如水果和蔬菜、肉類、海鮮、乳製品和水</li><li>• 支付家庭公用事業帳單，例如電費、暖氣費、水費和網路費</li><li>• 在 Walmart、Walgreens、Dollar General 和 Kroger 等數千家網絡商店或在您附近的社區商店購物</li></ul>	
洗腎 <sup>2</sup>	定額手續費 \$0	

<sup>2</sup> 可能必須由您的醫療護理提供者向本計劃取得事前授權才能獲得網絡內福利。

\* 網絡內和網絡外福利合併計算



## 醫療補助福利

適用參加聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 者的資訊。您的服務費用會由聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 首先支付，然後才由醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 支付。

以下所述福利屬於醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 的承保範圍。您可以看到 New York 州衛生部的承保範圍以及本計劃的承保範圍。

**福利的承保範圍視您的醫療補助資格級別而定。**如果聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 不承保某服務，或福利已經用完，醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 可以協助，但您可能必須支付分攤費用。在某些情況下，醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 可能會支付您的聯邦醫療保險分攤費用。如需更多詳情，請參閱您的醫療補助會員手冊。如果您有關於您的醫療補助資格和您有權取得哪些福利的疑問，請致電 New York 州衛生部，電話 1-800-541-2831。

福利	醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)	UHC Dual Complete NY-Q001 (HMO-POS D-SNP)
住院護理	屬於承保範圍	屬於承保範圍
醫生診所門診	屬於承保範圍	屬於承保範圍
預防護理	屬於承保範圍	屬於承保範圍
急診護理	屬於承保範圍	屬於承保範圍
緊急護理服務	屬於承保範圍	屬於承保範圍
診斷測試、化驗和放射服務，以及 X 光	屬於承保範圍	屬於承保範圍
聽覺護理服務	屬於承保範圍	屬於承保範圍
牙科護理服務 限制項目	屬於承保範圍	屬於承保範圍
視覺護理服務 限制項目	屬於承保範圍	屬於承保範圍
住院精神健康護理	屬於承保範圍	屬於承保範圍
精神健康護理	屬於承保範圍	屬於承保範圍
專業護理設施 (Skilled Nursing Facility, SNF)	屬於承保範圍	屬於承保範圍
救護	屬於承保範圍	屬於承保範圍
交通運輸 (例行)	屬於承保範圍	不屬於承保範圍
處方配藥福利	屬於承保範圍	屬於承保範圍
脊椎護理 限制項目	屬於承保範圍	屬於承保範圍
糖尿病用品和服務 限制項目	屬於承保範圍	屬於承保範圍

福利	醫療補助 (Medicaid , 俗稱「白卡」)	UHC Dual Complete NY-Q001 (HMO-POS D-SNP)
耐用醫療器材 限制項目	屬於承保範圍	屬於承保範圍
足部護理 限制項目	屬於承保範圍	屬於承保範圍
家庭健康護理	屬於承保範圍	屬於承保範圍
善終護理	屬於承保範圍	屬於承保範圍
門診醫院服務	屬於承保範圍	屬於承保範圍
洗腎	屬於承保範圍	屬於承保範圍
義具裝置 限制項目	屬於承保範圍	屬於承保範圍

## 關於本計劃

UHC Dual Complete NY-Q001 (HMO-POS D-SNP) 是與聯邦醫療保險簽有合約的 Medicare Advantage 管理式健康保險機構定點服務 (HMOPOS) 計劃。

如欲加入本計劃，您必須有權參加聯邦醫療保險 A 部份、已參加註冊聯邦醫療保險 B 部份、住在以下所列的服務地區內，而且是美國公民或合法居留美國。

本計劃是雙重資格特殊需求計劃 (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP)，適用擁有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 兩者且不須為承保醫療服務支付任何費用的民眾。醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 的承保金額取決於您的所得、資源和其他因素。有些人可取得完全醫療補助福利。

您參加註冊本計劃的資格取決於您的醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 類型。

如果您屬於以下醫療補助類別之一，您就能參加註冊本計劃：

- **符合資格聯邦醫療保險受益人 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB)：**您取得聯邦醫療保險分攤費用的醫療補助承保，但不符合完全醫療補助福利的資格。醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 會支付您的 A 部份和 B 部份保費、僅限聯邦醫療保險承保服務的自付扣除金、共同保險和定額手續費金額。您不須支付任何費用，但 D 部份處方配藥定額手續費除外。

如果您的醫療補助資格類別變動，您的分攤費用也可能增加或減少。您必須重新確認您的醫療補助參加註冊，才能繼續取得聯邦醫療保險承保。

我們的服務地區包括下列州的各郡區：

**New York：** Bronx、Kings、Nassau、New York、Queens、Richmond、Suffolk。

## 使用網絡醫療護理提供者和藥房

UHC Dual Complete NY-Q001 (HMO-POS D-SNP) 設有醫生、醫院、藥房和其他醫療護理提供者的網絡。對於例行牙科護理服務，您可以使用不在我們網絡中的醫療護理提供者。如果您使用不在我們網絡中的藥房，本計劃可能不會支付相關藥物的費用，您也可能要支付比使用網絡藥房時更多的費用。

您可以前往 **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。

## 必要資訊

UHC Dual Complete NY-Q001 (HMO-POS 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。

除 C 部份福利和 D 部份福利外，計劃還可能提供輔助福利。

如果您想進一步瞭解傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 的承保範圍和費用，請查閱最新的「聯邦醫療保險與您」(Medicare & You) 手冊。您可至 [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) 在網上瀏覽手冊內容或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取手冊，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。

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。如需額外資訊，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)。服務時間為上午 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。

福利、特色和 / 或裝置將因計劃 / 地區而異。可能適用限制項目、不予承保項目和 / 或網絡限制規定。

### 助聽器

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。醫療護理提供者網絡大小可能因當地市場而異。非處方 (OTC) 助聽器保固 (如有話) 將因裝置而異並會透過製造商處理。處方助聽器可能收取一次專業人員費用。

### 例行牙科護理福利

如果您的計劃提供網絡外牙科護理承保且您向網絡外牙醫求診，您可能會被收取較高的費用。醫療護理提供者網絡大小可能因當地市場而異。

### 健身計劃

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、活動和活動項目可能因地點而異。特定服務、折扣、課程、活動、活動項目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。

當地市場和計劃可能有不同的健身機構網絡。

AARP® Staying Sharp® 是 AARP 的註冊商標。Staying Sharp (包括所有內容和特色) 供資訊參考之用，旨在教育使用者有關腦部健康護理以及可能影響其日常生活的醫療問題。Staying Sharp 以促進腦部健康的全面生活方式為取向，鼓勵使用者將其融入到與整體健康相關的日常生活活動中。服務中的任何內容都不應視為或用於取代醫療建議、診斷或治療。特色包括認知評估和生活方式檢查、額外測試、運動，以及在進行特定個別認知任務當下特定時刻的挑戰評估表現。Staying Sharp 遊戲僅用於娛樂和休閒目的。諸多因素可能影響表現，包括睡眠、疲勞、專注力以及其他社會、環境或情緒因素。表現並不代表認知健康，且不能用於預測未來的表現或醫療病況。

### 食物、非處方 (over-the-counter, OTC) 和公用事業帳單資助額

食物、非處方 (OTC) 和公用事業帳單福利有到期期限。詳情請致電與您的計劃聯絡或檢閱您的承保證書 (Evidence of Coverage, EOC)。

在價值型保險設計模式下，僅限享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 額外補助 (Extra Help) 的會員可取得有益健康食物、公用事業帳單以及處方配藥福利定額手續費 \$0 的資格，並將在參加註冊後進行資格確認。

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。

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。

#### **獎勵方案**

獎勵內容可能因計劃而異且並非所有計劃均有提供。須遵守獎勵方案服務條款。

# 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](http://ssa.gov)
- 您的州政府醫療補助辦公室，或瀏覽網站 [medicaid.gov](http://medicaid.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](http://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。



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



尋找價格低廉、容易使用的交通運輸



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](http://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](http://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。您還可使用廣大的牙科護理提供者網絡。您可以向網絡外牙科護理提供者取得護理，但您的費用可能會比較高，即使是定額手續費 \$0 的服務也是如此。



**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)：**



已參加註冊傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) A 部份和 B 部份



取得州政府醫療補助福利



住在計劃的服務地區內

# 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，請將您的聯邦醫療保險卡準備好。



## 網上

前往網站 [UHC.com/CommunityPlan](https://UHC.com/CommunityPlan) 或掃描以下二維碼，在網上參加註冊。然後按照以下簡單步驟操作：

- 1 輸入您的郵遞區號
- 2 尋找 UHC Dual Complete NY-Q001 (HMO-POS D-SNP) 計劃，然後選擇參加註冊 (Enroll) 按鈕
- 3 填寫表格並提交您的參加註冊申請

如果您在網上參加註冊時需要任何協助，請選擇立即聊天 (Chat now) 按鈕，與我們的持照營業代表聯繫。



## 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。



在網上或透過電話參加註冊，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。

掃描此二維碼，  
在網上完成參加  
註冊





# 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。而且，我們的 UnitedHealthcare UCard® 提供前所未有的便利性，讓您進一步解鎖您的 Medicare Advantage 計劃。



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



UCard 透過郵件  
寄達 - 請務必啟  
用卡片



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](https://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
- 完成您的健康評估

## 您的承保開始後

- 預約年度身體檢查和保健看診
- 作為您健保計劃的一部份，您可以取得 UnitedHealthcare® HouseCalls 年度家庭探視以及由一位護理服務領航員為您提供的個人化護理協調
- 使用遞送到府藥房服務取得處方配藥 3 個月的藥量
- 查看 UnitedHealthcare UCard 資助額餘額

## 感謝您選擇聯合健康保險

如果您有疑問，請撥打您 UnitedHealthcare UCard 上的電話號碼。

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，便可以去看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計劃以及聯邦醫療保險醫療儲蓄帳戶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。



## 2025 註冊申請表

UHC Dual Complete NY-Q001 (HMO-POS D-SNP) H3387-015-002

**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) : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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)

計劃參加者姓名 \_\_\_\_\_

營業代表姓名 / 識別號碼 \_\_\_\_\_

Y0066\_ERFMA\_2025\_C CT

UHNY25HP0254863\_000

**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。

**您想用甚麼方式付費？**

如果您有計劃月費 (包括您可能必須支付的任何延遲參加註冊罰款)，可以透過每月從您的社會安全或鐵路退休委員會 (Railroad Retirement Board, RRB) 福利支票自動扣款的方式支付保費。您也可以透過電子轉帳 (Electronic Funds Transfer, EFT) 從銀行帳戶支付。

如果您沒有選擇以下任何方式，我們每個月都會寄帳單到您的郵寄地址。

如果您必須支付 D 部份收入相關月調整金額 (D 部份 IRMAA)，

社會安全局 (Social Security, SS) 會寄信問您要如何付款：

- 您可以從您的社會安全 (SS) 支票支付
- 聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 可以寄帳單給您
- 鐵路退休委員會 (Railroad Retirement Board, RRB) 可以寄帳單給您

本人想從本人的社會安全支票付款

本人想從本人的鐵路退休委員會 (Railroad Retirement Board, RRB) 支票付款

本人想從銀行帳戶直接付款

帳戶類型  支票  儲蓄

帳戶持有人姓名：\_\_\_\_\_

銀行代碼 \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_

銀行帳號 \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_

**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

盲人點字  大字體  語音光碟  資料光碟

計劃參加者姓名 \_\_\_\_\_

營業代表姓名 / 識別號碼 \_\_\_\_\_

Y0066\_ERFMA\_2025\_C CT

UHNY25HP0254863\_000

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](http://UHC.com/CommunityPlan)，在網上尋求協助。

2. 您是否有參加註冊州政府醫療補助方案？  是  否

如果答「是」，請提供您的醫療補助號碼：\_\_\_\_\_

3. 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

4. 您的種族為何？選擇全部適用的答案。

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

5. 您的性別為何？請選擇一個答案。

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

6. 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  我使用其他詞彙：\_\_\_\_\_
- 異性戀，亦即非同性戀  我不知道
- 雙性戀  我選擇不回答

7. 您或您的配偶是否有工作？  是  否

計劃參加者姓名 \_\_\_\_\_

營業代表姓名 / 識別號碼 \_\_\_\_\_

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

### 8. 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。

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

### 您在上面提供電子郵件地址便會將您自動登記為不使用紙張遞送您的某些計劃通訊。

許多必要的計劃通訊都將以電子方式遞送給您。有新的通訊 (例如：福利解說或年度變更通知) 可在網上取得時，我們就會以電子郵件通知您。您可以透過電腦、平板電腦或手機等任何裝置取得這類通訊。

### 如果您想要求郵寄必要文件的紙本給您，請勾選這裡：

取消「不使用紙張遞送文件」，我們會改為郵寄必要文件的紙本給您。請注意，有些通訊文件非常大，可能不是所有信箱都能容納得下。您可以隨時變更您偏好的遞送方式。

### 請閱讀並簽名

本人填寫此表格即表示同意下列內容：

- 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。
- 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。

計劃參加者姓名 \_\_\_\_\_

營業代表姓名 / 識別號碼 \_\_\_\_\_

Y0066\_ERFMA\_2025\_C CT

UHNY25HP0254863\_000

- 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。
- 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。
- 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 UnitedHealthcare UCard® 後，可以撥打 UnitedHealthcare UCard 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 \_\_\_\_\_

Y0066\_ERFMA\_2025\_C CT

UHNY25HP0254863\_000



**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
僱主團體名稱	
僱主團體編號	分公司編號

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

計劃參加者姓名 \_\_\_\_\_

營業代表姓名 / 識別號碼 \_\_\_\_\_

Y0066\_ERFMA\_2025\_C CT

UHNY25HP0254863\_000

---

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

P.O. Box 30770

Salt Lake City, UT 84130-0770

傳真：1-888-950-1170

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 Dual Complete NY-Q001 (HMO-POS 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。

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

Y0066\_ERFMA\_2025\_C CT

UHNY25HP0254863\_000

## 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

- ✓ 除了計劃月費外，您還必須繼續支付聯邦醫療保險 B 部份保費，除非您的 B 部份保費是由醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 或由其他第三方為您支付。這個保費通常會每個月從您的社會安全支票扣款。
- ✓ 福利將可能在每年 1 月 1 日變更。
- ✓ 本計劃允許您向我們網絡以外的醫療護理提供者 (非合約醫療護理提供者) 求診。請查閱承保證書 (EOC)，確認哪些網絡外服務屬於本計劃的承保範圍。不過，雖然我們會支付承保服務的費用，但醫療護理提供者必須同意要為您治療。除了急診或緊急情況外，非合約醫療護理提供者可拒絕提供護理。
- ✓ 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。

# 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 UnitedHealthcare UCard®。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

計劃類型

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

計劃類型

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

RxBIN：610097

Rx PCN：9999

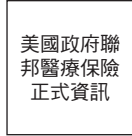
RxGRP：MPDCSP

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。



# 重要資訊： 2024 年聯邦醫療保險星等



## UnitedHealthcare - H3387

對於 2024 年，聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 給予 UnitedHealthcare - H3387 以下星等：

整體星等：	★★★★	3.5 顆星
健康服務評等：	★★★★	3.5 顆星
配藥服務評等：	★★★★	3.5 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 **888-834-3721** (免付費電話) 或 **711** (聽力語言殘障服務專線 (TTY))，10 月 1 日至 3 月 31 日每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。4 月 1 日至 9 月 30 日我們的服務時間為週一至週五，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。現有會員請撥 **800-514-4912** (免付費電話) 或 **711** (聽力語言殘障服務專線 (TTY))。

## 反歧視聲明

**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、身心障礙或性別（包括性徵，含陰陽人特質、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。

如果您認為自己由於種族、膚色、原國籍、年齡、身心障礙或性別等原因而遭受不公平對待，可以向我們的民權協調員提出投訴。

- **電子郵件：** [UHC\\_Civil\\_Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)
- **郵寄：**  
Civil Rights Coordinator  
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608, Salt Lake City, UTAH 84130

您也可以向美國衛生及公共服務部的民權辦公室提出民權投訴。

- **線上：** <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>
- **電話：** 免付費電話 **1-800-368-1019**、**800-537-7697**（聽障專線 TDD）
- **郵寄：** U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Ave SW, HHH Building, Room 509F  
Washington, D.C. 20201

我們為身心障礙人士提供免費輔助和服務，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

如果您需要這些服務，請撥打會員卡或手冊封面上的免付費電話號碼（聽障專線 TTY **711**）。

本聲明可在以下網址取得：

<https://www.uhc.com/legal/nondiscrimination-and-language-assistance-notice>。

## 多語言口譯服務

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, please call us using the toll-free number on your member identification card or listed on the cover of the booklet. Someone who speaks your language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Contamos con servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro o en la portada del folleto. Una persona que habla su idioma podrá ayudarle. Es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我們提供免費的口譯服務，可回答您可能對我們的健康或藥物計劃的任何問題。如需口譯員，請撥打您的會員識別卡或手冊封面列出的免付費電話號碼聯絡我們。會說您的語言的人可協助您。這是免費服務。

**Chinese Cantonese:** 我們提供免費的口譯服務，可回答您可能對我們的健康或藥物計劃的任何問題。如需口譯員，請撥打您的會員識別卡或手冊封面列出的免付費電話號碼聯絡我們。會說您的語言的人可協助您。這是免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong na maaaring mayroon ka tungkol sa kalusugan o plano ng gamot. Para makakuha ng interpreter, pakitawagan kami gamit ang libreng numero na nasa iyong kard ng pagkakakilanlan ng kasapi o nakalista sa pabalat ng booklet. Sinumang nagsasalita ng wika mo ay puwedeng makatulong sa iyo. Ang serbisyong ito ay libre.

**French:** Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance-médicaments. Pour recevoir l'aide d'un interprète, veuillez nous appeler en composant le numéro gratuit figurant sur votre carte d'identification de membre ou sur la première de couverture de la brochure. Quelqu'un parlant votre langue peut vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi mà bạn có về chương trình bảo hiểm sức khỏe hay thuốc của chúng tôi. Để gặp thông dịch viên, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn phí trên thẻ nhận dạng hội viên của bạn hoặc ghi trên bìa của quyển sách nhỏ. Người nói cùng ngôn ngữ với bạn có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Wir verfügen über kostenlose Dolmetscherdienste, um alle Fragen zu beantworten, die Sie über unseren Gesundheits- oder Medikamentenplan haben mögen. Um einen Dolmetscher zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter der kostenfreien Nummer an, die auf Ihrem Mitgliedsausweis oder auf dem Umschlag der Broschüre aufgeführt ist. Jemand, der Ihre Sprache spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist eine kostenlose Dienstleistung.

**Korean:** 건강 또는 의약품 플랜에 관한 질문에 답변해드리기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역 서비스를 이용하려면, 가입자 ID 카드 또는 이 소책자 표지에 나와 있는 수신자 부담 전화번호로 전화해 주십시오. 한국어를 사용하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.

**Russian:** Если у Вас возникнут какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане по приобретению препаратов, мы предоставим Вам бесплатные услуги устного перевода. Для того чтобы воспользоваться услугами устного перевода, пожалуйста, свяжитесь с нами по бесплатному номеру телефона, указанному на Вашей идентификационной карте участника плана или спереди на буклете. Сотрудник, который говорит на Вашем языке, сможет Вам помочь. Данная услуга предоставляется бесплатно.

**Arabic:** لدينا خدمات ترجمة فورية للرد على أي أسئلة قد تكون لديك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية الخاصة بنا. للحصول على مترجم، اتصل بنا باستخدام رقم الهاتف المجاني على بطاقة تعريف عضويتك أو على غلاف الكتيب. سيساعدك شخص ما يتحدث لغتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं मौजूद हैं। दुभाषिया पाने के लिए, कृपया अपने सदस्य पहचान पत्र पर या पुस्तिका के अग्रभाग पर सूचीबद्ध टोल-फ्री नंबर का उपयोग करके हमें कॉल करें। आपकी भाषा बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

**Italian:** Mettiamo a disposizione un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per avvalersi di un interprete, si prega di chiamare il numero verde riportato sulla tessera identificativa o indicato sulla copertina dell'opuscolo. Una persona che parla italiano potrà fornire l'assistenza richiesta. Il servizio è gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de intérprete gratuitos para esclarecer quaisquer dúvidas que tenha sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número gratuito no seu cartão de identificação de membro ou indicado na parte da frente do folheto. Alguém que fala a sua língua pode ajudá-lo(a). Este é um serviço gratuito.

**French Creole:** Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou gendwa genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, tanpri rele nou apati nimewo apèl gratis ki sou kat idantifikasyon manm ou an oswa ki endike sou kouvèti ti liv la. Yon moun ki pale lang ou ka ede ou. Sa se yon sèvis gratis.

**Polish:** Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe, aby odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, proszę zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu podany na Pana/Pani karcie identyfikacyjnej lub na okładce broszury. Osoba posługująca się Pana/Pani językiem Panu/Pani pomoże. Usługa ta jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の医療または処方薬プランに関する質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳が必要な場合には、会員 ID カードまたは本冊子の表紙に記載されているフリーダイヤル番号を使用して、当社までお問い合わせください。お客様の言語を話す通訳者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。



# 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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 備註和塗鴉

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# 準備好要利用您的額外福利了嗎？

## UHC Dual Complete NY-Q001 (HMO-POS 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 **1-800-514-4912**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，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，或請瀏覽網站 **MyUHC.com/CommunityPlan** 查詢：

- 例行視覺護理服務：MARCH® Vision Care
- 例行牙科護理福利：UnitedHealthcare Dental
- 健身計劃：Renew Active®



### 助聽器

UnitedHealthcare Hearing  
1-877-704-3384  
UHChearing.com/Medicare



### 例行針灸護理和脊椎護理服務

OptumHealth Care Solutions, LLC  
(Optum®)  
1-866-785-1654  
MyUHC.com/CommunityPlan  
**食物、非處方 (over-the-counter, OTC) 和公用事業帳單資助額**  
Solutran  
1-833-853-8587  
MyUHC.com/CommunityPlan



### 處方配藥遞送到府服務

Optum® Home Delivery Pharmacy  
1-877-889-6358  
MyUHC.com/CommunityPlan





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](https://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

Y0066\_EGCov\_2025\_C CT

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



UHNY25HP0251819\_000