2023

CENTERS PLAN FOR HEALTHY LIVING

福利簡介

Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP)

H6988_002_2023_SB_1099_M File and Use 09/25/2022

2023 年福利簡介

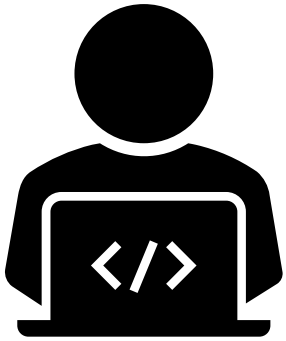
Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP)

2023 年 1 月 1 日至 2023 年 12 月 31 日

H6988, Plan 002

我們的服務區域包括紐約州內的以下郡縣：

Hudson Valley	Long Island	New York City
Rockland 郡	Nassau 郡	Bronx、Kings (Brooklyn)、New York (Manhattan)、Queens 和 Richmond (Staten Island) 郡



可透過以下方式聯絡**會員服務部**：	
電話	1-877-940-9330（聽力障礙電傳：711） 工作時間爲每週 7 天，早 8 點至晚 8 點
網站	www.centersplan.com/dsnp
電子郵件地址	MemberServices@centersplan.com
郵寄	Centers Plan for Healthy Living, LLC 75 Vanderbilt Avenue, 7th Floor Staten Island, NY 10304

如果您希望獲得此資訊的大號印刷體、盲文或西班牙語版本，請與會員服務部聯絡。會員服務部還可爲不說英語的人士提供免費的口譯服務。

Comuníquese con Servicios para miembros si desea esta información en letra grande, braille o español. Servicios para miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.

免責聲明

❗	本手冊中的「我們」或「我們的」指代 Centers Plan for Healthy Living, LLC。本手冊中的「計劃」或「我們的計劃」指代 **Centers Plan for Dual Coverage Care**。
❗	**Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP)** 是一項與 Medicare 和 Medicaid 簽有合約的 HMO 計劃。參加該計劃依續約情況而定。
❗	這是對本計劃承保保健服務的介紹。此處提供的服務資訊並未列出我們提供的所有服務或所有限制及除外事項。如想獲得承保服務的完整清單，請致電會員服務部：1-877-940-9330（聽力障礙電傳使用者請致電：711）索取*《承保福利說明》*，或線上瀏覽：www.centersplan.com/dsnp。
❗	除緊急狀況外，如您選用我們網絡外的醫療服務提供者，我們將不爲您接受的服務付款。一般而言，保險承保的 D 部分藥物，您必須選擇網絡內的藥房開藥。要獲得某些醫療服務，您需要獲得轉診和/或授權。
❗	您可從我們的網站 www.centersplan.com/dsnp 上找到計劃服務提供者和藥房名錄。如需索取名錄的紙本版，請與我們聯絡。
❗	想瞭解 Original Medicare 的保險和費用，請參閱您最新的**《Medicare 與您》**手冊。瀏覽 www.medicare.gov 或聯絡 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者請致電 1-877-486-2048。

資格

Centers Plan for Dual Coverage Care 是一種 Medicare Advantage 「Special Needs Plan」，或稱「SNP」，其福利、服務提供者和藥品處方一覽表均爲有特定疾病或需求的人群量身定製，以最大限度地滿足其特殊需求。

紐約 Medicaid 計劃將爲低收入的紐約人提供醫療保險。根據您的年齡、經濟來源、家庭狀況和生活安排，Medicaid 可支付多種服務的費用。

Centers Plan for Dual Coverage Care 服務於有資格獲得 Medicare 以及在紐約州 Medicaid 計劃中接受醫療援助的人群。

爲參保 **Centers Plan for Dual Coverage Care**，您必須：

- 參保 Medicare
  A 部分（醫院保險）、
  B 部分（醫療保險）和
  D 部分（處方藥保險）；

- 有資格參加紐約 Medicaid 計劃，或
  有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 和 Medicare 費用分攤援助；且

- 居住在我們的服務區域內：Bronx、Kings、Nassau、New York、Queens、Richmond 和 Rockland 各郡。

保費和自負額

Extra Help 是一項 Medicare 計劃，旨在協助收入和資源有限的人士，減少其 Medicare D 部分處方藥計劃費用（例如：保費、自負額以及自付費用）。額外輔助也稱爲「低收入津貼」或「LIS」。您從本計劃獲得的處方藥自付費用已包含您符合資格的「Extra Help」金額。要瞭解關於此「Extra Help」的詳細資訊，請與您當地的社會保障辦公室聯絡，或致電 1-800-772-1213 與社會保障局聯絡。聽力障礙電傳使用者應致電 1-800-325-0778。這些電話是免費的。

健康保險術語	定義	您的成本	限制、例外和其他資訊
計劃保費	保費是須爲您的健康保險或保健計劃支付的金額。您和/或您的雇主通常按月、按季度或按年支付保費。	您的醫療（C 部分）和處方藥（D 部分）保費總計爲每月 **$38.90**	您必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費（除非您的 B 部分保費已由 Medicaid 或其他第三方支付）。
自負額	自負額是指在您的計劃開始支付前，您在保險期限（通常爲一年）內必須爲承保醫療保健服務支付的金額。	您的醫療（C 部分）自負額爲每年 **$0 或 $226** 您的處方藥（D 部分）自負額（取決於您的「Extra Help」等級）爲每年 **$0、$104 或 $505** 住院服務每個福利期 **$1,600** 住院精神病服務每個福利期 **$1,600**	分攤費用取決於您的「Extra Help」等級或從 Medicaid 獲得的援助。 福利期在您作爲住院病人被收入院的當天開始，並在您未在連續 60 天內得到任何住院護理服務後終止。

健康保險術語	定義	您的成本	限制、例外和其他資訊
最高自付 (MOOP) 責任	最高自付金額（又稱 MOOP）指您在保險期限（通常爲一年）內爲您的承保服務費用承擔的最高數額。在您達到這個上限後，計劃通常會支付 100% 的限額。這個限制有助於您合理規劃醫療保健費用。	每年不超過 **$7,550**	您的最高自付金額不包括 D 部分處方藥的費用。

Medicare 承保的健康服務和您的費用

請注意，標有*的服務是本計劃承保的補充福利。

如果您需要醫療護理

您可能需要的服務	您使用網絡內服務提供者支付的費用	限制、例外和其他福利資訊（有關福利的規則）
住院保險	對於每個福利期 [1]，您需要支付： • 自負額爲 $1,600 • 第 1 天至第 60 天：每天的自付費用爲 $0 • 第 61 天至第 90 天：每天的自付費用爲 $400 • 60 天終生額外天數每天自付費用爲 $800 • 超過終生額外天數，您需要支付所有費用	**需要授權。**
門診保險，包括觀察服務	$0 或 20% 的共同保險	全血和袋裝紅細胞的承保從您需要的第一品脫血液開始。免除三 (3) 品脫自負額。 **需要授權。**
移動手術中心 (ASC)	$0 或 20% 的共同保險	**需要授權。**

[1] 福利期在您作為住院病人被收入院的當天開始，並在您未在連續 60 天內得到任何住院護理服務後終止。如果您在一個福利期結束後再次住院，那麼一個新的福利期就開始了。

您是否需要看醫生

您可能需要的服務	您使用網絡內服務提供者支付的費用	限制、例外和其他福利資訊（有關福利的規則）
初級護理提供者 (PCP) 訪診	每次訪診 $0 或 20% 共同保險	
專科醫師訪診	每次訪診 $0 或 20% 共同保險	
預防性保健，如篩查、接種疫苗和保健就診	$0	某些預防性保健服務**可能需要授權和/或轉診**。 **關於您需支付的疫苗費用的重要資訊** - 我們的計劃免費承保大部分 D 部分疫苗，即使您沒有支付自負額。請致電會員服務部以瞭解更多資訊。

如果您需要立即就醫

您可能需要的服務	您使用網絡內服務提供者支付的費用	限制、例外和其他福利資訊（有關福利的規則）
急診護理	在美國境內每次訪診接受的服務 $0 或 20% 共同保險，上限 $90	如果您在 24 小時內入院，您無需支付您的緊急護理分攤費用。您可獲得全球緊急醫療護理承保。請參閱下方內容。
緊急需要的服務	每次訪診 $0 或 20% 共同保險，上限 $60	如果您因同一疾病在 24 小時內入院，您無需支付您的緊急需要的服務的分攤費用。僅承保美國及其領土以內地區的緊急需要的服務。

如果您需要醫學檢驗

您可能需要的服務	您使用網絡內服務提供者支付的費用	限制、例外和其他福利資訊（有關福利的規則）
診斷檢查和程序	$0 或 20% 的共同保險	
實驗室服務	$0	
放射診斷服務，如 MRI 和 CT 掃描	$0 或 20% 的共同保險	**需要授權。**
放射治療（如癌症化療）	$0 或 20% 的共同保險	**需要授權。**
照 X 光	$0 或 20% 的共同保險	**需要授權。**

如果您需要聽力/聽覺服務

您可能需要的服務	您使用網絡內服務提供者支付的費用	限制、例外和其他福利資訊（有關福利的規則）
診斷性聽力和平衡評估	$0 或 20% 的共同保險	
常規聽力檢查*	$0	我們承保每年一次常規聽力檢查。
助聽器調試/評估*	$0	我們承保每三 (3) 年一次助聽器調試/評估。
助聽器*	$0	我們每三 (3) 年每只耳朵承保最高 $700 助聽器費用。

如果您需要牙科護理

您可能需要的服務	您使用網絡內服務提供者支付的費用	限制、例外和其他福利資訊（有關福利的規則）
Medicare A 部分牙科服務	20% 共同保險	和 Medicare A 部分（醫院保險）一樣，如果您需要進行緊急或複雜的牙科手術，我們承保您在醫院和住院期間獲得的特定牙科服務。
預防性牙科服務*	$0	對於以下每一種服務，我們每六個月承保一次： • 牙齒清潔（預防） • 牙科 X 光檢查 • 氟化物處理 • 口腔檢查

如果您需要牙科護理（續）

您可能需要的服務	您使用網絡內服務提供者支付的費用	限制、例外和其他福利資訊（有關福利的規則）
綜合性牙科服務*	$0	每年不超過 $2,000 的綜合性牙科服務費用。我們承保： • 根管椿（每顆牙每 60 個月一次） • 補牙（每 36 個月一次） • 假牙修復（每 12 個月一次） • 牙髓病治療，例如牙根管（每顆牙一生一次） • 拔牙（每顆牙一生一次） • 補牙（每顆牙每 24 個月一次） • 牙齦切除術（每半頷每 36 個月一次） • 咬合保護，例如夜用護板（每 12 個月一次） • 牙周維持術（每六個月一次） • 義齒修復服務（每 36 個月一副牙弓） • 刮牙術（每半頷每六個月一次）

如果您需要視力保健

您可能需要的服務	您使用網絡內服務提供者支付的費用	限制、例外和其他福利資訊（有關福利的規則）
常規眼科檢查*	$0	我們承保每年一次常規眼科檢查。
眼鏡*	每年超過 $200 的任何眼鏡費用	我們每年承保最高 $200 的眼鏡（鏡片和鏡架）或隱形眼鏡費用。僅限每年一副眼鏡（鏡片和鏡架）。
Medicare B 部分眼科健康服務	$0 或 20% 的共同保險	和 Medicare B 部分（醫療保險）一樣，我們承保特定病症的檢查和治療。
針對特定病症的眼鏡	$0	每次含人工晶狀體植入的白內障手術後，我們承保眼鏡或隱形眼鏡一副。

如果您需要心理健康服務

您可能需要的服務	您使用網絡內服務提供者支付的費用	限制、例外和其他福利資訊（有關福利的規則）
住院病患心理健康護理	對於每個福利期 [2]，您需要支付： • 自負額爲 $1,600 • 第 1 天至第 60 天：每天的自付費用爲 $0 • 第 61 天至第 90 天：每天的自付費用爲 $400 • 60 天終生額外天數每天自付費用爲 $800 • 超過終生額外天數，您需要支付所有費用	**需要授權。**
門診治療	每次個人或團體就診 $0 或 20% 共同保險	**精神病醫師診療需要轉診。**

[2] 福利期在您作為住院病人被收入院的當天開始，並在您未在連續 60 天內得到任何住院護理服務後終止。

如果您需要復健或治療服務

您可能需要的服務	您使用網絡內服務提供者支付的費用	限制、例外和其他福利資訊（有關福利的規則）
專業康復機構 (SNF) 護理	對於每個福利期 [3]，您需要支付： • 第 1 天至第 20 天 $0 • 每天的自付費用爲 $200，第 21 天至第 100 天	我們承保最多 100 天的 SNF 居住。不要求先住院。 **需要授權。**
物理、職業和/或言語治療	每次訪診 $0 或 20% 共同保險	**需要授權。**

如果您需要就醫交通服務

您可能需要的服務	您使用網絡內服務提供者支付的費用	限制、例外和其他福利資訊（有關福利的規則）
救護車	每次救護交通 $0 或 20% 共同保險	如果您在 24 小時內入院，您無需支付您的救護服務分攤費用。 **糖尿病自我處理訓練** **非急診服務。**
就醫交通	$0	我們每六(6) 個月承保 15 次乘搭巴士、地鐵、車輛或醫療交通工具前往計劃核准地點的單向行程。 **需要授權。**

[3] 福利期在您作為住院病人被收入院的當天開始，並在您未在連續 60 天內得到任何住院護理服務後終止。

如果您需要門診處方藥（即在醫生診室或門診醫院獲得的藥品）

您可能需要的服務	您使用網絡內服務提供者支付的費用	限制、例外和其他福利資訊（有關福利的規則）
Medicare B 部分藥品	$0 或 20% 的共同保險	和 Medicare B 部分（醫療保險）一樣，我們在某些情況下提供有限數量的門診處方藥，例如您在醫生診室或醫院門診獲得的處方藥。 **需要授權。**

處方藥階段和您的費用

健康保險術語	定義	您的成本	限制、例外和其他資訊
自負額（第 1 階段）	自負額是指在您的計劃開始支付前，您在保險期限（通常爲一年）內必須爲處方藥支付的金額。	您的處方藥（D 部分）年度自負額爲 $0、$104 或 $505。 在該階段，您將爲藥品付全款，直至您支付的處方藥費用達到 $104 或 $505。	分攤費用取決於您的「Extra Help」等級或從 Medicaid 獲得的援助。
初始保險階段（第 2 階段）	初始保險階段是指從您第一次配處方藥開始、當您的年初至今總處方藥費用達到階段限制時結束的保險階段。	在該階段，您需爲學名藥的每個處方支付 $0、$1.45 或 $4.15 的自付費用，或者不超過 25% 的共同保險；以及爲其他藥品處方支付 $0、$4.30 或 $10.35 的自付費用，或者不超過 25% 的共同保險。	分攤費用取決於您的「Extra Help」等級或從 Medicaid 獲得的援助。 直到您年初至今的「藥費總額」（您的支付額加上本計劃的支付額）達到 $7,400 前，您都將停留在這一階段。

健康保險術語	定義	您的成本	限制、例外和其他資訊
保障缺口（第 3 階段）	保障缺口階段是指您支付更高的處方藥費用分攤直至支付金額達到重病保險階段的這一時間段。保障缺口也稱作「甜甜圈孔」。	不適用	在進入重病保險階段之前，您都將停留在初始保險階段。
重病保險（第 4 階段）	重病保險階段是一個旨在保護您不必爲處方藥支付極高的自付金額的階段。這個階段通常在您的醫療保健支出達到預定的金額之後開始。	在該階段，您需爲學名藥/被視爲學名藥的品牌藥處方支付 $0 或 $4.15 的自付費用，以及爲其他藥品處方支付 $0 或 $10.35 的自付費用。	分攤費用取決於您的「Extra Help」等級。 在您的年初至今「自付費用」總額超過 $7,400 後，您將進入這一階段。

其他健康服務和您的費用

如果您需要其他服務

您可能需要的服務	您使用網絡內服務提供者支付的費用	限制、例外和其他福利資訊（有關福利的規則）
針灸（治療慢性腰部疼痛）	對於慢性腰部疼痛，90 天內最多 12 次診療，每次 $0 或 20% 共同保險。如果病情有改善，Medicare 將額外承保 8 次診療，每年的就診上限爲 20 次。	僅適用於某些情況的由 Medicare 承保的針灸。 **需要授權和轉診。**
心肺功能復健服務	$0 或 20% 的共同保險	我們承保 Medicare 承保的服務。 **需要授權。**
脊椎按摩護理	用手按摩脊椎以矯正半脫位（當您有一節或更多脊椎錯位），$0 或 20% 共同保險。	我們承保 Medicare 承保的服務。 **需要授權和轉診。**

如果您需要其他服務（續）

您可能需要的服務	您使用網絡內服務提供者支付的費用	限制、例外和其他福利資訊（有關福利的規則）
糖尿病治療用品和服務	$0	我們承保 Medicare 承保的糖尿病治療用品和治療鞋或治療鞋墊。 對非 D 部分糖尿病用品的數量限制： • 如果您使用胰島素，我們承保每 30 天最多 150 份試紙和 150 支刺血針。 • 如果您不使用胰島素，我們承保每 90 天最多 100 份試紙和 100 支刺血針。 • 糖尿病用品和服務僅限由指定製造商 Abbott Diabetes Care 提供。
糖尿病自我處理訓練	$0	**需要授權。**
透析	$0 或 20% 的共同保險	**需要授權。**
耐用醫療設備 (DME)	$0 或 20% 的共同保險	**需要授權。**
家庭保健	$0	**需要授權。**

如果您需要其他服務（續）

您可能需要的服務	您使用網絡內服務提供者支付的費用	限制、例外和其他福利資訊（有關福利的規則）
寧養服務	$0	您可以免費在 Medicare 註冊的寧養服務機構獲得照護。您可能需要支付部分的藥物及臨時照護的費用。**寧養服務在我們的計劃外承保。**欲知更多詳情，請聯絡會員服務部。
腎病教育服務	$0	**需要授權。**
類鴉片治療服務	$0	**需要授權。**
門診物質濫用服務	每次個人或團體就診 $0 或 20% 共同保險	**需要授權。**
非處方 (OTC) 項目	$0	您每個月可使用您的 OTC 借記卡購買最多 $150 的合格 OTC 項目。未使用的餘額不可累計至下月。請瀏覽網站 www.centersplan.com/dsnp 檢視我們承保的 OTC 項目清單。

如果您需要其他服務（續）

您可能需要的服務	您使用網絡內服務提供者支付的費用	限制、例外和其他福利資訊（有關福利的規則）
足病治療服務	Medicare 承保的足病治療服務：$0 或 20% 共同保險	我們承保 Medicare 承保的服務。 **需要授權和轉診。**
足科服務 - 常規足部護理*	每年最多四 (4) 次常規足部護理就診：每次 $0 自付費用	**需要授權和轉診。**
假體裝置，例如支架和義肢	$0 或 20% 的共同保險	**需要授權。**
外週動脈疾病 (PAD) 服務的指導性鍛煉療法 (SET)	$0	**需要授權。**
全球急診服務保險*	$0	全球保險的最大福利金額爲 $25,000。

MEDICAID 承保的健康服務

雙重資格人是同時符合 Medicare 和 Medicaid 資格的人士。作爲雙重資格人，您同時有權享受聯邦 Medicare 計劃和紐約州 Medicaid 計劃的福利。本手冊較前章節列出了 Original Medicare 以及您作爲本計劃會員所獲得的補充福利。

您獲得的 Medicaid 福利的種類取決於紐約州，並可能因您的收入和資源的不同而有所不同。有了 Medicaid 的補助，有些雙重資格人不必支付某些 Medicare 費用。如果您對關於您在紐約州 Medicaid 計劃下有權獲得的福利存在任何疑問，請聯絡人力資源管理局 (HRA)，電話：1-888-692-6116。如果您不居住在紐約市，請致電當地部門。

我們的計劃提供的 Medicaid 福利類別和補助類型如下所列：

- **合格 Medicare 受益人 (QMB)**：協助支付 Medicare A 部分和 B 部分保費，以及其他分攤費用（例如，自負額、共同保險和自付費用）。（一些享有 QMB 資格的人也符合享受全部 Medicaid 福利 (QMB+) 的資格。）
- **合格個人 (QI)**：協助支付 B 部分保費
- **合格殘疾和工作人士 (QDWI)**：協助支付 A 部分保費

您爲下列 Medicaid 承保服務支付的費用可能取決於您的 Medicaid 資格等級。

如果您需要 Medicaid 服務

您可能需要的紐約州 Medicaid 服務	限制、例外和其他福利資訊（有關福利的規則）
成人日間保健	提供 Medicaid 保險
AIDS 成人日間保健	提供 Medicaid 保險
救護車服務	Medicaid 承保 Medicare 自負額、自付費用和共同保險費。
護養計劃	提供 Medicaid 保險
脊椎指壓療法服務	Medicaid 承保 Medicare 自負額、自付費用和共同保險費（僅 QMB 和 QMB-Plus）
綜合 Medicaid 個案管理	提供 Medicaid 保險
牙科護理	Medicaid 承保 Medicare 自負額、自付費用和共同保險費。Medicaid 承保的牙科服務包括必要的預防性、保護性和其他常規牙科護理、服務以及減緩嚴重病情的用品和牙修復品。不住院或住院手術牙科服務需要事先核准。
診斷檢驗、X 光檢查、實驗室服務及放射服務	Medicaid 承保 Medicare 自負額、自付費用和共同保險費。
結核 (TB) 病直視監督療法	提供 Medicaid 保險
急診護理	Medicaid 承保 Medicare 自負額、自付費用和共同保險費。
末期腎病	Medicaid 承保 Medicare 自負額、自付費用和共同保險費。
足部護理（足科服務）	Medicaid 承保 Medicare 自負額、自付費用和共同保險費（僅 QMB 和 QMB-Plus）
HIV COBRA 個案管理	提供 Medicaid 保險

您可能需要的紐約州 **Medicaid** 服務	限制、例外和其他福利資訊（有關福利的規則）
寧養服務	Medicaid 承保 Medicare 自負額、自付費用和共同保險費。
住院護理，包括藥物濫用和復健服務	Medicaid 承保 Medicare 自負額、自付費用和共同保險費。 每年最多 365 天（對於閏年，最多 366 天）。
住院病患心理健康服務（超出 190 天終生限制之外）	Medicaid 承保 Medicare 自負額、自付費用和共同保險費。 所有住院病人心理健康服務，包括自願或非自願入院（對於超過 Medicare 190 天生命存續期限制的心理健康服務）。
心理健康服務	某些心理健康服務的 Medicaid 承保範圍，包括： • Intensive Psychiatric Rehabilitation Treatment Programs • 日間治療 • 持續日間治療 • 嚴重且持久精神疾病的專案管理（由美國州或當地心理健康部門資助） • 門診住院混合服務 • 自信社區治療 (ACT) • 個人化康復服務 (PROS)
美沙酮維持治療計劃 (Methadone Maintenance Treatment Program, MMTP)	提供 Medicaid 保險

您可能需要的紐約州 **Medicaid** 服務	限制、例外和其他福利資訊（有關福利的規則）
Medicare 不承保的耐用醫療設備	Medicaid 承保耐用醫療設備，包括醫療/手術用品以外的器械和設備、腸道營養品以及具有以下特色的修復或矯正器具：能夠承受較長時間的反復使用；主要並通常用於醫療目的；一般對於沒有疾病或損傷的人毫無用處，並且通常是針對特定個人用途而裝配、設計或製造。必須由醫師要求。沒有限制在家先決條件，並且包括 Medicaid 承保的非 Medicare DME（如浴缸凳、扶手）
Medicare 不承保的家庭保健服務	具醫療必要性的間歇性專業康復護理、家庭保健助手服務及復健服務。還包括 Medicare 不承保的家庭保健服務（如對醫療狀況不穩定人士提供的配有護理監督的家庭保健助手服務）
Medicare 不承保的視力服務	Medicaid 承保 Medicare 自負額、自付費用和共同保險費。 驗光師、眼科醫師和配鏡師的服務，包括包括眼鏡、有醫療必要的隱形眼鏡和聚碳酸酯鏡片、義眼（庫存或自訂）、弱視輔助器和弱視服務。 保險還包括零件的維修和更換。保險還包括針對視覺缺陷和/或眼疾的診斷和治療的檢查。屈光度測定限制在每兩 (2) 年一次，除非能證明有醫療必要性。眼鏡每兩 (2) 年更換一副，不需要更頻繁地更換，除非具有醫療必要性或者眼鏡遺失、破損或毀壞。
發育障礙人士辦公室 (OPWDD) 服務	提供 Medicaid 保險
根據豁免計劃的直接接受條款提供的網絡外家庭計劃服務	提供 Medicaid 保險

您可能需要的紐約州 **Medicaid** 服務	限制、例外和其他福利資訊（有關福利的規則）
門診復健服務	Medicaid 承保 Medicare 自負額、自付費用和共同保險費。 對於職業、物理和語言療法，每種療法每年的診視次數上限爲 20 次，除非是年齡未滿 21 歲的孩子，診所已斷定您有發育障礙（對於有發育障礙的人），或者有外傷性腦損傷。
門診服務/外科	Medicaid 承保 Medicare 自負額、自付費用和共同保險費。
門診物質濫用護理	Medicaid 承保 Medicare 自負額、自付費用和共同保險費。
非處方藥	某些非處方藥在承保範圍內。
門診病人心理健康	Medicaid 承保 Medicare 自負額、自付費用和共同保險費
個人護理服務	提供 Medicaid 保險 對於個人衛生、著裝和飲食之類的活動，以及營養和環境支援功能任務，提供部分或全面協助。服務必須在醫療上有必要並由參保人醫師要求並由合格人員提供。
個人緊急反應服務 (PERS)	提供 Medicaid 保險 是一種電子器械，某些高危病人能用其在身體、情緒或環境出現緊急狀況時獲得協助。電子報警系統各種各樣，使用不同的訊號裝置。此類系統通常連接到病患的電話上，啓動「協助」按鈕可以向回應中心發出訊號。出現緊急情況時，回應中心收到訊號並做出妥善處理。

您可能需要的紐約州 **Medicaid** 服務	限制、例外和其他福利資訊（有關福利的規則）
處方藥品	Medicaid 不承保 D 部分承保的藥品或自付費用。 美國州法律允許享受的 Medicaid 藥房福利（選擇已排除在 Medicare D 部分福利以外的藥物類別）。某些醫療用品和腸道營養品（如果不在 Medicare 承保範圍內）。
私人護理服務	私人護理服務在承保範圍內（如果醫師斷定在醫療上有必要）。護理服務可由已得到核准和認證的家庭保健機構，有執照的家庭護理機構，或私人從業者提供。護理服務可以是間歇性、兼職或連續服務，必須按開處方的醫師，註冊醫師助理，或已得到認證的護理從業者的書面治療方案在參保人家提供。
假體裝置	Medicaid 承保 Medicare 自負額、自付費用和共同保險費。
爲 OMH 特許的社區居住機構 (CR) 的居留者提供的復健服務和基於家庭的治療計劃	提供 Medicaid 保險
專業康復機構 (SNF)	Medicaid 承保 Medicare 自負額、自付費用和共同保險費。 Medicaid 承保超出 Medicare 100 天限制以外的天數。
就醫交通	Medicaid 承保 Medicare 自負額、自付費用和共同保險費。 包括救護車、病人用車、計程車、出租交通工具、公共交通工具或適合參保人醫療狀況的其他方式。
緊急需要的服務	Medicaid 承保 Medicare 自負額、自付費用和共同保險費。

關於無歧視的通告

歧視行爲違反法律

Centers Plan for Healthy Living, LLC遵守適用的聯邦民權法律，沒有種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別方面的歧視。Centers Plan for Healthy Living, LLC不以種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別爲由排斥任何人士或對他們進行區別對待。

Centers Plan for Healthy Living, LLC提供：

- 針對殘障人士的免費援助和服務，以便和我們有效溝通，例如：
  - 合格的手語翻譯
  - 其他格式的書面資訊（大號字型、音訊、可存取電子格式、其他格式）
- 向主要語言不是英語的人士提供免費語言服務，例如：
  - 合格的翻譯
  - 用其他語言編寫的資訊

如果您需要這些服務，請聯絡會員/參與者服務部：1-877-940-9330（聽力障礙電傳使用者請致電711）。

如果您認爲Centers Plan for Healthy Living, LLC未能提供這些服務，或以種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別爲由實施歧視，您可以向我們的申訴和上訴部門提出申訴：

寄信至： Centers Plan for Healthy Living, LLC
Attn: G&A Department
75 Vanderbilt Avenue
Staten Island, NY 10304- 2604
電話： 1-877-940-9330（聽力障礙電傳使用者請致電 711）
傳真： 1-347-505-7089
電子郵件： GandA@centersplan.com

您可以親自登門或透過郵件、傳真或電子郵件提出申訴。如果您在提交申訴中需要，會員/參與者服務部可提供幫助，時間爲每週7天，早8點至晚8點。

您也可以採用電子方式，透過民權辦公室投訴入口網站(https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf)向美國衛生與大眾服務部民權辦公室提出投訴，或者透過郵件或電話提出投訴，投訴地址和投訴電話是：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019， 1-800-537-7697（TTY）

投訴表格可在下列網址獲得：http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html。

語言協助服務通知

English	We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-940-9330 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.
Albanian	Ne kemi në dispozicion shërbime përkthimi për t'ju përgjigjiur çdo pyetjeje që mund të keni lidhur me shëndetin tuaj apo me planin tuaj të mjekimit. Për të siguruar një përkthyes/e, na telefononi në 1-877-940-9330 (TTY: 711). Dikush që flet shqip mund t'ju ndihmojë. Ky është një shërbim pa pagesë.
Arabic	لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك بشأن خطتنا للصحة أو الأدوية. للحصول على مترجم فوري، اتصل بنا فحسب على الرقم 1-877-940-9330 (لمستخدمي الهاتف النصي: 711). يمكن لشخصٍ يتحدث العربية مساعدتك. هذه خدمة مجانية.
Bengali	আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধ পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। দোভাষী পেতে হলে, আমাদের কেবল 1-877-940-9330 (TTY: 711) -এ কল করে যোগাযোগ করুন। বাংলাভাষী কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। এটি বিনামূল্যে প্রাপ্ত পরিষেবা।
Chinese	我們可提供免費口譯服務，回答您在健康或藥物計劃方面的任何問題。如需翻譯服務，只需致電我們的電話：1-877-940-9330（TTY：711）。漢語說英語的工作人員可爲您提供幫助。這是一項免費服務。
French	Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pouvez avoir sur notre régime d'assurance-maladie ou d'assurance-médicaments. Pour obtenir un interprète, il suffit de nous appeler au 1-877-940-9330 (TTY : 711). Une personne qui parle français peut vous aider. Il s'agit d'un service gratuit.
French Creole	Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen konsènan plan sante ak medikaman nou an. Pou w jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-877-940-9330 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ka ede w. Sèvis sa a gratis.
German	Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetscherdienst, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Für einen Dolmetscher, rufen Sie uns einfach unter der Rufnummer 1-877-940-9330 (TTY: 711) an. Eine Person, die Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist ein kostenloser Dienst.
Greek	Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσουμε σε τυχόν ερωτήσεις μπορεί να έχετε σχετικά με το πλάνο ιατρικής ή φαρμακευτικής περίθαλψής μας. Για να επικοινωνήσετε με διερμηνέα, απλώς καλέστε μας στο 1-877-940-9330 (TTY: 711). Κάποιος που μιλάει Ελληνικά μπορεί να σας βοηθήσει. Αυτή είναι μια δωρεάν υπηρεσία.
Hindi	हमारे स्वास्थ्य या ड्रग योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं हैं। दुभाषिया की सेवा प्राप्त करने के लिए, हमें 1-877-940-9330 (TTY: 711) पर कॉल करें। हिंदीअंग्रेज़ी जानने वाला कोई व्यक्ति आपकी सहायता कर सकता है। यह निशुल्क सेवा है।
Italian	Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per eventuali domande sul nostro piano di assistenza sanitaria e farmaceutica. Per ricevere il supporto di un interprete, chiamare il numero 1-877-940-9330 (TTY: 711). Sarà disponibile qualcuno che parli italiano. Il servizio è gratuito.
Japanese	弊社の健康および薬品に対するプランについて、お客様がお尋ねになりたいすべてのご質問にお答えするため弊社は無料通訳サービスを用意しております。通訳サービスを受けるには、弊社までお電話ください：1-877-940-9330（TTY: 711）。日本語が話せる方がお手伝いします。こうしたサービスは無料です。
Korean	귀하의 건강 또는 약품 플랜에 대한 질문에 답변해드리는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사를 구하려면 1-877-940-9330(TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 한국어를 할 줄 아는 사람이 도와줄 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.

Polish	Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który odpowie na wszelkie pytania dotyczące naszego planu zdrowotnego lub planu przyjmowania leków. Aby uzyskać pomoc tłumacza, wystarczy zadzwonić pod numer 1-877-940-9330 (TTY: 711). Pomocy udzieli osoba mówiąca po Polskie. Usługa jest bezpłatna.
Portugese	Contamos com serviços gratuitos de interpretação para sanar suas dúvidas sobre o plano de saúde ou medicamentos. Para conseguir um intérprete, entre em contato conosco pelo 1-877-940-9330 (TTY: 711). Alguém que fala português irá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.
Russian	Мы предоставляем бесплатные услуги переводчика, чтобы ответить на любые ваши вопросы о нашем плане медицинского обслуживания или программе лекарственных препаратов. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по телефону 1-877-940-9330 (TTY: 711). Вам может помочь русскоязычный человек. Это бесплатная услуга.
Spanish	Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para recibir la ayuda de un intérprete, llámenos al 1-877-940-9330 (TTY: 711). Alguien que hable español puede ayudarle. Éste es un servicio gratuito.
Tagalog	Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng pag-interpret upang sagutin ang mga katanungan mo tungkol sa kalusugan o plano sa paggagamot. Para makakuha ng taga-interpret, tawagan kami sa 1-877-940-9330 (TTY: 711). Taong nagsasalita ng tagalog ang makakatulong sa iyo. Ito ay libreng serbisyo.
Urdu	ہمارے ہیلتھ یا ڈرگ پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت ترجمان کی خدمات ہیں۔ ترجمان حاصل کرنے کے لیے، ہمیں 1-877-940-9330 (TTY: 711) پر کال کریں۔ کوئی اردو بولنے والا آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ مفت خدمت ہے۔
Vietnamese	Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời mọi câu hỏi về chương trình bảo hiểm y tế hoặc thuốc của chúng tôi. Để yêu cầu người thông dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-877-940-9330 (TTY: 711). Ai đó nói tiếng Việt có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.
Yiddish	מיר האבן אומזיסטע איבערזעצונג סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט האבן וועגן אייער געזונטהייט אדער דראג פלאן. צו באקומען אן איבערזעצער, רופט אונז ביי 1-877-940-9330 (TTY: 711). איינער וואס רעדט אידיש קען אייך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.

如需獲得更多資訊或加入我們
請致電：1-877-940-9330（免費）
聽力障礙電傳使用者請致電 711
每週 7 天，早 8 點至晚 8 點
MemberServices@centersplan.com
www.centersplan.com/dsnp