

2024



福利簡介

Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO)



2024 年福利簡介

Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO)

2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日

H6988, Plan 001

我們的服務區域包括紐約州內的以下郡縣：

Buffalo

Erie 和

Niagara

郡

Hudson

Valley

Rockland

郡

Long

Island

Nassau

郡

New York City

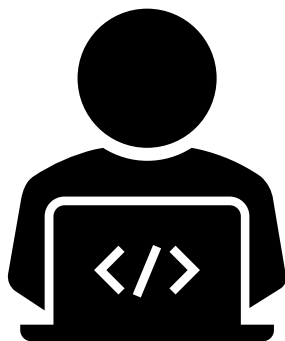
Bronx、Kings

(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

(聽力障礙電傳使用者請致電 711)

工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點。

網站

www.centersplan.com/mapd

電子郵件地址

MemberServices@centersplan.com

郵寄地址

Centers Plan for Healthy Living

75 Vanderbilt Avenue, 7th Floor

Staten Island, NY 10304

2024 年福利簡介 - Centers Plan for Medicare Advantage (HMO)

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。


會員服務部還可為不說英語的人士提供免費的口譯服務。





H6988-001_CY24SB_M


免責聲明

 本手冊中的「我們」或「我們的」指代 Centers Plan for Healthy Living, LLC。其中的「計劃」或「我們的計劃」指代 **Centers Plan for Medicare Advantage Care**。

 **Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO)** 是一項與 Medicare 簽有合約的 HMO。是否能夠註冊參加 Centers Plan for Medicare Advantage Care 取決於合約的續約。

 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》，或線上存取：www.centersplan.com/mapd。

 Centers Plan for Medicare Advantage Care 有一個醫生、醫院、藥房及其他服務提供者組成的網絡。如您選用我們網絡外的服務提供者，計劃將不為這些服務付款。您可瀏覽我們的網站 www.centersplan.com/mapd，查看我們計劃的《服務提供者/藥房名錄》和《承保福利說明》。或致電我們，我們將向您寄送一份該名錄的副本。

 除緊急狀況外，如您選用我們網絡外的醫療服務提供者，我們將不為您接受的服務付款。一般而言，保險涵蓋的 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/mapd 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

為參保 **Centers Plan for Medicare Advantage Care**，您必須：

- 參保 Medicare 的：A 部分（醫院保險）、B 部分（醫療保險）和 D 部分（處方藥保險）
- 居住在我們的服務區域內：Bronx、Erie、Kings、Nassau、New York、Niagara、Queens、Richmond 和 Rockland 郡
- 在美國合法居住

保費和自負額

健康保險術語	定義	您的費用	限制、例外和其他資訊
每月計劃保費	保費是須為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）費用為\$0，處方藥（D 部分）保費為\$0。	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（通常為一年）內必須為承保醫療保健服務支付的金額。	您的醫療（C 部分）自負額為\$0 您的處方藥（D 部分）年度自負額為\$395	您的處方藥自負額不適用於第 1 級和第 2 級藥品，或者承保胰島素產品和大多數 D 部分成人疫苗。

2024 年福利簡介 -
Centers Plan for Medicare Advantage (HMO)

健康保險術語	定義	您的費用	限制、例外和其他資訊
最高自付 (MOOP) 責任	最高自付金額（又稱最高自付責任）指您在保險期限（通常為一年）內為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)
住院承保	對於每個福利期 ¹ ，您需要支付： <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 天至第 6 天：每天的自付費用為\$305 • 第 7 天至第 90 天\$0 • 60 天終生額外天數\$0 	需要核准。
門診保險，包括觀察服務	20%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。 需要核准
移動手術中心 (ASC)	每次就診\$250 自付費用	需要核准

¹ 福利期在您作為住院病患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	\$0	
專科醫師訪診	每次就診\$20 自付費用	
預防性保健，如篩查、接種疫苗和保健就診	\$0	<p>某些預防性保健服務可能需要核准和/或轉診</p> <p>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多數 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。</p>

2024 年福利簡介 -
Centers Plan for Medicare Advantage (HMO)

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	每次就診\$90自付費用 全球急診護理服務每次就診\$90	如果您在24小時內住院，那麼您無需支付\$90自付費用。 全球保險的最大福利金額為\$25,000。
緊急需要的服務	每次就診\$30 自付費用	如果您因同一疾病在 24 小時內住院，那麼您無需支付\$30自付費用。 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	需要核准
實驗室服務	\$0	需要核准

2024 年福利簡介 -
Centers Plan for Medicare Advantage (HMO)

如果您需要醫學檢驗 (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)
放射診斷服務, 如 MRI 和 CT 掃描	20%共同保險	需要核准
放射治療 (如癌症化療)	20%共同保險	需要核准
照 X 光	\$0	需要核准

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)
聽力服務 (診斷性聽力和平衡評估)	每次就診\$30自付費用	
聽力檢查 (常規) *	對於每年一次常規聽力檢查, 您的自付費用為 \$0。	

如果您需要聽力/聽覺服務 (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)
助聽器*	<p>對於每三(3)年一次助聽器調試/評估，您的自付費用為\$0。</p> <p>我們每三年為每只耳朵最多承保一次\$1,000的助聽器費用。</p>	

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	\$0	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。

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)
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： <ul style="list-style-type: none"> ● 牙齒清潔 (預防) ● 牙科 X 光檢查 ● 氟化物處理 ● 口腔檢查
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： <ul style="list-style-type: none"> ● 根管樁 (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 (每半領每 36 個月一次)

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* (續)		<ul style="list-style-type: none"> • 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 (每半領每六個月一次)

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	每次就診\$30 自付費用	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。

如果您需要視力護理（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）
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）
精神病院住院病患服務	對於每個福利期 ² ，您需要支付： <ul style="list-style-type: none"> 第 1 天至第 5 天：每天的自付費用為\$305 第 6 天至第 90 天\$0 190 天終生額外天數\$0 超過終生額外天數，您需要支付所有費用。 	我們的計劃為精神病醫院的服務設定了 190 天的生命存續期限限制。但這一限制不適用於普通醫院精神病科提供的住院服務。 需要核准

² 福利期在您作為住院病患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。

如果您需要心理健康服務 (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)
門診治療	每次個人或小組會診\$20 自付費用	精神科服務需要轉診

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： <ul style="list-style-type: none"> 第 1 天至第 20 天\$0 每天的自付費用為\$160，第 21 天至第 100 天 第 101 天以後，您無需付款。 	不要求住院 3 天進行預選。 需要核准
物理、職業和/或言語治療	每次就診\$20 自付費用	需要核准

³ 福利期將在您未連續 60 天得到 SNF 專業護理服務 (最多 100 天) 後終止。如果您在一個福利期限結束後再次進入 SNF，那麼一個新的福利期限就開始了。

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	\$200 自付費用	<p>如果您在 24 小時內住院，那麼您無需支付\$200 自付費用。</p> <p>24 小時內自付費用不得超過 \$200。</p> <p>非急診服務需要獲得授權</p>
常規交通*	<p>您為每三(3)個月 6 次搭乘巴士、地鐵、車輛或醫療交通工具前往計劃核准的健康相關地點的單向行程支付 \$0。</p>	<p>需要核准</p>

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 部分藥物	<p>對於 Medicare 承保的 B 部分處方藥，您支付 0% 至 20% 的共同保險。</p> <p>對於本計劃承保的一個月用量的每種 B 部分胰島素產品，您支付的金額將不超過 \$35。</p>	<p>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。</p> <p style="text-align: center;">需要核准</p>

處方藥階段和您的費用

健康保險術語	定義	您的費用	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（通常為一年）內必須為處方藥支付的金額。	您的處方藥（D 部分）年度自負額為 \$395。 在該階段，您將為藥品付全款，直至您支付的處方藥費用達到 \$395。	您的處方藥自負額不適用於第 1 級和第 2 級藥品，或者承保胰島素產品和大多數 D 部分成人疫苗。
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，我們將支付我們承擔的您的第 1、2 級藥品費用份額，而您將支付您承擔的費用份額。在您達到您的自負額之後，我們將支付我們承擔的您的第 3、4、5 級藥品費用份額，而您將支付您承擔的費用份額。您為一個月用量的每一種承保胰島素產品支付不超過 \$35。	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 \$5,030 前，您都將停留在這一階段。

2024 年福利簡介 -
Centers Plan for Medicare Advantage (HMO)

健康保險術語	定義	您的費用	限制、例外和其他資訊
甜甜圈孔 (第 3 階段)	甜甜圈孔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」。	在此階段，您將支付品牌藥費用的 25%（再加上一部分的藥事服務費），而如果是學名藥，這個份額將為 25%。	對於品牌藥品，您支付的費用和製造商支付的費用將計入您的自付金額。對於學名藥，只有您支付的金額才會計入使您離開甜甜圈孔階段的金額。直到您的年初至今「自付金額」總額達到\$8,000前，您都將停留在這一階段。這一數額以及得出這一數額的費用計算規則均由 Medicare 設定。
重病保險 (第 4 階段)	重病保險階段是一個旨在保護您不必為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。	在此階段，我們將為您的承保 D 部分藥品支付全額費用。	在您的年初至今「自付金額」總額超過\$8,000後，您將進入這一階段。

處方藥等級和您的費用

如果您在初始保險階段（第 2 階段）需要處方藥，在您支付了您的自負額後

處方藥等級	您為零售藥房一(1)個月的供應量支付的費用 (網絡內藥房)	您為零售藥房三(3)個月的供應量支付的費用 (網絡內藥房)	您透過我們的郵購藥房服務獲得三(3)個月的供應量支付的費用 (MedImpact Direct)
第 1 級：偏好學名藥	\$0 在本層級，您為一個月用量的每一種承保胰島素產品支付\$0。	\$0	\$0
第 2 級：學名藥	\$15 自付費用 您為該等級一個月用量的每一種承保胰島素產品支付不超過\$35。	\$45 自付費用	\$37.50 自付費用

2024 年福利簡介 -
Centers Plan for Medicare Advantage (HMO)

處方藥等級	您為零售藥房一(1)個月的供應量支付的費用 (網絡內藥房)	您為零售藥房三(3)個月的供應量支付的費用 (網絡內藥房)	您透過我們的郵購藥房服務獲得三(3)個月的供應量支付的費用 (MedImpact Direct)
第 3 級：偏好品牌藥	\$47 自付費用 您為該等級一個月用量的每一種承保胰島素產品支付不超過 \$35。	\$141 自付費用	\$117.50 自付費用
第 4 級：非偏好品牌藥	\$100 自付費用 您為該等級一個月用量的每一種承保胰島素產品支付不超過 \$35。	\$300 自付費用	\$250 自付費用
第 5 級：專業級	25%共同保險	本級不提供三(3)個月用量。	處於本層級的藥品不提供郵購。

限制、例外和其他資訊：

- 如果您居住在長期護理機構，您會獲得一(1)個月供應量的藥品，並與在零售藥房支付的費用相同。
- 您可從網絡外藥房，但可能需較網絡內藥房支付更多。

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，每年的診療上限為20次	僅適用於某些情況的由 Medicare 承保的針灸。 第 13 至 20 次訪診需要核准
心肺功能復健服務	Medicare 承保的心臟復健服務的自付費為每次就診\$20	我們承保 Medicare 承保的服務。 需要核准

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)
心肺功能復健服務 (續)	對於Medicare承保的心肺功能復健服務，自付費用為每次\$15	
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) 的自付費用為\$15	我們承保 Medicare 承保的服務。 需要核准和轉診
糖尿病自我處理訓練	\$0	需要核准
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： <ul style="list-style-type: none"> ● 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。

2024 年福利簡介 -
Centers Plan for Medicare Advantage (HMO)

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)
透析	20%共同保險	需要核准
耐用醫療設備 (DME)	20%共同保險	需要核准
家庭保健	\$0	需要核准
安寧服務	\$0	安寧服務在我們的計劃外承保。 您可以免費在Medicare註冊的安寧服務機構獲得照護。您可能需要支付部分的藥物及臨時照護的費用。欲知更多詳情，請聯絡會員服務部。
腎病教育服務	\$0	需要核准
類鴉片治療服務	\$0	需要核准
門診物質濫用服務	每次個人或小組會診 \$30 自付費用	需要核准

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)
非處方(OTC)項目*	\$0	<p>您每三個月可使用您的 OTC 借記卡購買最多\$100 的合格 OTC 項目。</p> <p>未使用的餘額不可累計至下季度。</p> <p>請瀏覽網站 www.mybenefitscenter.com 來檢視我們承保的 OTC 項目清單。</p>
足病治療服務	每次就診\$20自付費用	<p>我們承保 Medicare 承保的服務。</p> <p>需要核准和轉診</p>
修復器材、 例如支架和義肢	20%共同保險	需要核准
外週動脈疾病 (PAD)服務的指導性鍛煉療法 (SET)	\$0	需要核准
全球急診服務保險*	每次就診\$90自付費用	<p>如果您入院，則無需支付 \$90自付費用。</p> <p>全球保險的最大福利金額為\$25,000。</p>

語言協助服務通知

English	<p>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.</p>
Albanian	<p>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.</p>
Arabic	<p>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 لشخص يتحدث العربية مساعدتك. هذه خدمة مجانية.</p>
Bengali	<p>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।</p>
Chinese	<p>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為您提供幫助。這是一項免費服務。</p>

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.
Portuguese	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.

關於無歧視的通告

歧視行為違反法律

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、殘障或性別為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：1-877-940-9330（聽力障礙電傳使用者請致電711）。

如果您認為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、殘障或性別為由實施歧視，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, 7th Floor

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，時間為每週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>。



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/mapd