**[PFFS models]  
[2018 ANOC model]**

***[insert MAO name] 的 [Insert 2018 plan name]（[insert plan type]）***

# 2018 年度更改通知

*[****Optional:*** *insert beneficiary name]  
[****Optional:*** *insert beneficiary address]*

您目前已註冊為 *[insert 2017 plan name]* 的會員。明年的計劃費用和福利將會有一些變化*。本手冊將介紹這些變化。*

* **您必須在 10 月 15 日至 12 月 7 日期間更改您來年的 Medicare 保險。**

現在應該做什麼

1. **詢問：哪些更改適用於您**

* 檢查我們的福利與費用的變化以便瞭解是否會對您造成影響。
* 所以請您務必立即審核您的保險，以確保該保險能在明年滿足您的需求。
* 這些變化會影響您使用的服務嗎？
* 有關我們計劃中福利和費用變化的更多資訊，請查看第 *[insert section number]* 節和第 *[insert section number]* 節。
* 檢查我們的處方藥保險手冊的變化以便瞭解是否會對您造成影響。
* 您使用的藥物是否受保？
* 您的藥物是否被劃分為不同等級，且擁有不同的分攤費用？
* 您的任何藥物是否有新限制，比如在配取處方藥前需要取得我們的批准？
* 您能否繼續使用相同的藥房？使用此藥房的費用是否發生變化？
* 請查閱 2018 年藥物清單並查看第 *[insert section number]* 節瞭解關於我們藥物保險變化的資訊。
* 查看這些資訊以便瞭解您的醫生或其他提供者是否明年仍屬於我們的網絡。
* 您的醫生是否屬於我們的網絡？
* 您使用的醫院或其他提供者呢？
* 請查看第 *[insert section number]* 節瞭解關於我們的提供者目錄的資訊。
* 考慮您的醫療保健總體費用。
* 您需要為自己定期使用的服務和處方藥支出多少自付費用？
* 您需要支出多少保費和自付扣除金？
* 與其他 Medicare 保險計劃相比，您需支付的總計劃費用如何？
* 思考您是否滿意我們的計劃。

1. **對比：**瞭解其他計劃選項

* 檢查您所在區域的計劃承保範圍和費用。
* 使用 [https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/) 網站上的 Medicare 計劃搜尋器的個人化搜尋功能。按一下「Find health & drug plans」（查找保健及藥物計劃）。
* 請查閱「Medicare 與您」手冊背面的清單。
* 請查看第 *[edit section number as needed]* 4.2 節瞭解關於您的可選方案的更多資訊。
* 當您將可選方案縮小至一項首選計劃時，請在該計劃網站上確認您的費用和承保  
  範圍。

1. **選擇：確定是否**要更改您的計劃

* 如果您想**保留** [*insert 2017 plan name*] 的會員資格，您無需採取任何措施。您將留在 [*insert 2017 plan name*] 中。
* 若要更改為可能更符合您需求的**另一項計劃**，您可以在 10 月 15 日到 12 月 7 日之間更改計劃。

1. **加入：**若要更改計劃，只需在 **2017 年 10 月 15 日**到 **12 月 7 日**之間加入一項計劃即可

* 如果您**未能在 2017 年 12 月 7 日之前加入**，您將留在 [*insert 2017 plan name*] 中。
* 如果您在 2017 年 12 月 7 日之前加入，您的新保險將在 2018 年 1 月 1 日開始。

其他資源

* [*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:*本文件免費提供*[insert languages that meet the 5% threshold]*版本。
* 如需更多資訊，請致電會員服務部，電話號碼是 *[insert phone number]*。（聽障和語障人士應致電 [*insert TTY number*]。）服務時間為*[insert days and hours of operation]*。]
* *[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., Braille, large print, audio tapes) as applicable.]*
* **本計劃的承保範圍滿足最低基本保險 (MEC) 的要求**，並達到《患者保護與可負擔醫療法案》(ACA) 的個人分擔責任要求。請瀏覽國稅局 (IRS) 網站：<https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> 瞭解更多資訊。

關於 *[insert 2018 plan name]*

* *[Insert Federal contracting statement.]*
* 當本手冊中出現「我們」或「我們的」時，是指 *[insert MAO name]*。出現「計劃」或「我們的計劃」時，是指 *[insert 2018 plan name]*。

[*Insert as applicable: [insert Material ID]* CMS Approved[MMDDYYYY]  *OR [insert Material ID]* File & Use[MMDDYYYY]]

2018 年重要費用概述

下表在幾個重要方面對 *[insert 2018 plan name]* 的 2017 年費用和 2018 年費用進行比較。**請注意，這只是對變化的概述**。**務必閱讀這份*年度更改通知***的剩餘部分，並查閱 [*insert as applicable:* 隨附 *OR* 附帶] 的*承保範圍說明書*，瞭解其他福利或費用變化是否會影  
響您。

| 費用 | 2017（今年） | 2018（明年） |
| --- | --- | --- |
| 月繳計劃保費\*  *\*[MA-PD plans insert:* 您的保費可能高於或低於此金額。] 請參見第*[edit section number as needed]* 2.1 節瞭解詳情。 | *[Insert 2017 premium amount]* | *[Insert 2018 premium amount]* |
| *[Plans with no deductible may delete this row.]*  自付扣除金 | *[Insert 2017 deductible amount]* | *[Insert 2018 deductible amount]* |
| 最高自付費用金額  這是指您為承保的 A 部分和 B 部分服務支付的最高自付費用。 （請參見第 *[edit section number as needed]*2.2 節瞭解詳情。） | *[Insert 2017 MOOP amount]* | *[Insert 2018 MOOP amount]* |
| 醫生診室就診 | 主治醫師就診：每次就診 *[insert 2017 cost-sharing for PCPs]*  專科醫師就診：每次就診 *[insert 2017 cost-sharing for specialists]* | 主治醫師就診：每次就診 *[insert 2018 cost-sharing for PCPs]*  專科醫師就診：每次就診 *[insert 2018 cost-sharing for specialists]* |
| 住院  包括急性住院護理、住院康復、長期護理醫院及其他類型的住 院服務。住院治療從您聽從醫  生要求正式住院的那天開始算起。出院的前一天是您住院的 最後一天。 | *[Insert 2017 cost-sharing]* | *[Insert 2018 cost-sharing]* |
| *[MA-only plans delete]* D 部分處方藥保險  （請參見*[edit section number as needed]*第 2.6 節瞭解詳情。） | 自付扣除金：*[Insert 2017 deductible amount]*  *[Copayment/Coinsurance as applicable]* 於初始承保階段：   * 第 1 級藥物：*[Insert 2017 cost-sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* | 自付扣除金：*[Insert 2018 deductible amount]*  *[Copayment/Coinsurance as applicable]* 於初始承保階段：   * 第 1 級藥物：*[Insert 2018 cost-sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* |

***2018 年度更改通知***  
**目錄**

*[Update table below after completing edits]*

[2018 年重要費用概述 1](#_Toc485818269)

[第 1 節 我們正在更改計劃的名稱 4](#_Toc485818270)

[第 1 節 除非您選擇其他計劃，否則您將在 2018 年自動參保 *[insert 2018 plan name]* 4](#_Toc485818271)

[第 2 節 明年的福利與費用變化 4](#_Toc485818272)

[第 2.1 節 － 月繳保費的變化 4](#_Toc485818273)

[第 2.2 節 － 您的最高自付費用金額的變化 5](#_Toc485818274)

[第 2.3 節 － 醫療服務提供者網絡的變化 6](#_Toc485818275)

[第 2.4 節 － 藥房網絡的變化 7](#_Toc485818276)

[第 2.5 節 － 醫療服務福利和費用的變化 8](#_Toc485818277)

[第 2.6 節 － D 部分處方藥保險的變化 9](#_Toc485818278)

[第 3 節 管理變更 16](#_Toc485818279)

[第 4 節 決定選擇哪個計劃 16](#_Toc485818280)

[第 4.1 節 － 如果您希望繼續留在計劃中 *[insert 2018 plan name]* 16](#_Toc485818281)

[第 4.2 節 － 如果您希望更改計劃 16](#_Toc485818282)

[第 5 節 更改計劃的截止期限 17](#_Toc485818283)

[第 6 節 提供 Medicare 免費諮詢的計劃 18](#_Toc485818284)

[第 7 節 幫助支付處方藥費用的計劃 18](#_Toc485818285)

[第 8 節 您有問題嗎？ 19](#_Toc485818286)

[第 8.1 節 － 從以下計劃獲取幫助 *[insert 2018 plan name]* 19](#_Toc485818287)

[第 8.2 節 － 從 Medicare 獲取幫助 20](#_Toc485818288)

*[If Section 1 does not apply, plans should omit it and renumber remaining sections as needed.]*

第 1 節 我們正在更改計劃的名稱

*[Plans that are changing the plan name, as approved by CMS, include Section 1, using the section title above and the following text:*

2018 年 1 月 1 日，我們的計劃名稱將從 *[insert 2017 plan name]* 更改為*[insert 2018 plan name]。*

*[Insert language to inform members if they will receive new ID cards and how, as well as if the name change will impact any other beneficiary communication.]]*

第 1 節 除非您選擇其他計劃，否則您將在 2018 年自動參保 *[insert 2018 plan name]*

[*[If the beneficiary is being enrolled into another plan due to a consolidation, include Section 1, using the section title above and the text below. It is additionally expected that, as applicable throughout the ANOC, every plan/sponsor that crosswalks a member from a non-renewed plan to a consolidated renewal plan will compare benefits and costs, including cost-sharing for drug tiers, from that enrollee’s previous plan to the consolidated plan.]* 2018 年 1 月 1 日，*[insert MAO name]* 將把 *[insert 2017 plan name]* 與我們旗下的一個計劃 *[insert 2018 plan name]* 進行合併。

**如果截止到 2017 年 12 月 7 日，您未對您的 Medicare 作任何更改，我們會自動讓您參保我們的 *[insert 2018 plan name]*。**這表示從 2018 年 1 月 1 日起，您將透過 *[insert 2018 plan name]* 獲取您的醫療 [*[insert if applicable:* 和處方藥保險]。如果您想改選其他 Medicare 保健計劃，也可以。您還可以轉到 Original Medicare。如果您想要變更計劃，您必須在 10 月 15 日和 12 月 7 日期間變更。

本文件中的資訊介紹您目前在 *[insert 2017 plan name]* 下享有的福利與從 2018 年 1 月 1 日開始您作為 *[insert 2018 plan name]* 會員而享有的福利之間的差別。

第 2 節 明年的福利與費用變化

### 第 2.1 節 － 月繳保費的變化

*[Plans may add a row to this table to display changes in premiums for optional supplemental benefits.]*

*[Plans that include a Part B premium reduction benefit may insert a row to describe the change in the benefit.]*

| 費用 | 2017（今年） | 2018（明年） |
| --- | --- | --- |
| 月繳保費  *[Plans that include a Part B premium reduction benefit may modify this row to describe the change in the benefit. If there are no changes from year to year, plans may indicate in the column that there is no change for the upcoming benefit year.]*  （您必須繼續繳納您的 Medicare B 部分保費。） | *[Insert 2017 premium amount]* | *[Insert 2018 premium amount]* |

*[MA-only plans delete the remainder of Section 2.1]*

* 如果您因為未參保至少與 Medicare 藥物保險（亦稱為「有信譽度保險」）相若的其他藥物保險時間達 63 天或以上而需支付終身 D 部分逾期參保罰金，您的月繳計劃保費將會*增加*。
* 如果您的收入較高，則您每月需直接向政府繳納額外的 Medicare 處方藥保險  
  費用。
* 如果您獲得處方藥費用的「額外補助」，則您的月繳保費會*減少*。

### 第 2.2 節 － 您的最高自付費用金額的變化

*[Plans that include the costs of supplemental benefits (e.g., POS benefits) in the MOOP limit may* *revise this information as needed.]*

為了保護您，Medicare 要求所有保健計劃對您在一年中支付的「自付費用」金額進行限制。該限制稱為「最高自付費用金額」。如果達到此金額，一般您就不需要為該年剩餘時間內的承保 [*insert if applicable:* A 部分和 B 部分] 服務支付任何費用。

| 費用 | 2017（今年） | 2018（明年） |
| --- | --- | --- |
| 最高自付費用金額  您的承保醫療服務費用（例如定額手續費 [*insert if plan has a deductible:* 和自付扣除金]）計入您的最高自付費用。[*Plans with no premium and/or no Part D coverage may modify or delete the following sentence as needed]* 您的計劃保費和處方藥費用不計入您的最高自付費用金額。 | *[Insert 2017 MOOP amount]* | *[Insert 2018 MOOP amount]*  如果您已為承保的 [*insert if applicable:* A 部分和 B 部分]服務支付了 *[insert 2018 MOOP amount]* 的自付費用，則無需支付日曆年剩餘時間內的承保 [*insert if applicable:* A 部分和 B 部分] 服務的費用。 |

### 第 2.3 節 － 醫療服務提供者網絡的變化

*[Plans with no provider network delete this section.]*

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its provider network]* 我們明年的提供者網絡會有變化。[*Insert if applicable:* 我們隨本手冊附上一份提供者目錄。] 在我們的網站*[insert URL]*上可找到更新的提供者目錄。您也可以致電會員服務部瞭解最新的提供者資訊或要求我們為您郵寄一份醫療服務提供者目錄。**請查看 2018 年醫療服務提供者目錄，瞭解您的醫療服務提供者（主治醫師、專科醫師、醫院等）是否在我們的網絡中。**

*或*

[*For a plan that will have a higher than normal number of providers either leaving and/or joining its network]* 我們的網絡在 2018 年的變更比往年更多。[*Insert if applicable:* 我們隨本手冊附上一份提供者目錄。] 在我們的網站 *[insert URL]* 上可找到更新的提供者目錄。您也可以致電會員服務部瞭解最新的提供者資訊或要求我們為您郵寄一份醫療服務提供者目錄。**我們強烈建議您查閱我們的最新「醫療服務提供者目錄」，瞭解您的醫療服務提供者（主治醫師、專科醫師、醫院等）是否仍在我們的網絡中。**

您務必要瞭解，我們可能會在一年當中對您計劃內的醫院、醫生和專科醫師（醫療服務提供者）進行更改。提供者離開計劃的原因有很多，但如果您的醫生或專科醫師離開了您的計劃，您擁有下述權利並受到以下保護：

* 儘管我們的提供者網絡可能會在一年當中發生變更，但 Medicare 要求我們必須讓您不間斷地獲得由合格的醫生和專科醫師提供的服務。
* 我們將竭誠提前至少 30 天把您的提供者要離開計劃的消息告訴您，以便您有時間選擇新的提供者。
* 我們將協助您選擇新的合格提供者以繼續管理您的醫療保健需求。
* 如果您正在接受醫學治療，您有權要求且我們將與您合作以確保您正在接受的醫療必需治療不被中斷。
* 如果您認為我們沒有向您提供一位合格的提供者以取代您之前的提供者，或者認為您的護理沒有得到恰當管理，您有權對我們的決定提出上訴。
* 如果您發現您的醫生或專科醫師打算離開計劃，請與我們聯絡，以便我們協助您找到新的提供者和管理您的護理。

### 第 2.4 節 － 藥房網絡的變化

*[MA-only plans delete Section 2.4]*

您為處方藥支付的金額視乎您所使用的藥房而定。Medicare 藥物計劃擁有一個藥房網絡。在大多數情況下，您的處方藥*僅*在我們的網絡內藥房配取時才獲承保。*[Insert if applicable:* 我們的網絡包括具有首選分攤費用的藥房，就某些藥物而言，它可提供比其他網絡內藥房提供的標準分攤費用更低的分攤費用。]

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its pharmacy network]* 我們明年的藥房網絡會有變化。[*Insert if applicable:* 我們隨本手冊附上一份藥房目錄。] 在我們的網站 *[insert URL]* 上可找到更新的藥房目錄。您也可以致電會員服務部瞭解最新的提供者資訊或要求我們為您郵寄一份藥房目錄。**請查看 2018 年的藥房目錄，瞭解哪些藥房在我們的網絡中**。

*或*

[*For a plan that will have a higher than normal number of pharmacies leaving its pharmacy network]* 我們的網絡在 2018 年的變更比往年更多。[*Insert if applicable:* 我們隨本手冊附上一份藥房目錄。] 在我們的網站 *[insert URL]* 上可找到更新的藥房目錄。您也可以致電會員服務部瞭解最新的提供者資訊或要求我們為您郵寄一份藥房目錄。**強烈建議您審查我們最新的藥房目錄，以確定您的藥房是否仍在我們的網絡內。**

### 第 2.5 節 － 醫療服務福利和費用的變化

[*If there are no changes in benefits or in cost-sharing, revise heading to “There are no changes to your benefits or amounts you pay for medical services” and replace the rest of this section with:*2018 年我們的福利和您為這些承保醫療服務支付的費用與 2016 年完全相同。]

我們將在明年更改我們對某些醫療服務的承保。以下資訊將介紹這些變化。有關這些服務的承保範圍和費用的詳細資訊，請參見您的 *2018 年「承保範圍說明書」*的第 4 章*「醫療福利表（承保範圍與支付費用）」*。

*[The table must include: (1) all new benefits that will be added or 2017 benefits that will end for 2018, including any new optional supplemental benefits (plans must indicate these optional supplemental benefits are available for an extra premium); (2) new limitations or restrictions on Part C benefits for CY 2018; and (3) all changes in cost-sharing for 2018 for covered medical services, including any changes to service category, out-of-pocket maximums, and cost-sharing for optional supplemental benefits (plans must indicate these optional supplemental benefits are available for an extra premium).]*

| 費用 | 2017（今年） | 2018（明年） |
| --- | --- | --- |
| *[Insert benefit name]* | [*For benefits that were not covered in 2017 insert:*  *[insert benefit name*] 不承保。]  [*For benefits with a copayment insert:*  您須支付 $*[insert 2017 copayment amount]* 定額手續費 *[insert language as needed to accurately describe the benefit, (e.g., “per office visit”)]。*]  [*For benefits with a coinsurance insert:* 您支付總費用的 *[insert 2017 coinsurance percentage]*%  *[insert language as needed to accurately describe the benefit, (e.g., “for up to one visit per year”)]。*] | [*For benefits that are not covered in 2018 insert: [insert benefit name]*不承保。]  [*For benefits with a copayment insert:*  您須支付 $*[insert 2018 copayment amount]* 定額手續費 *[insert language as needed to accurately describe the benefit, (e.g., “per office visit”)]。*]  [*For benefits with a coinsurance insert:*  您支付總費用的 *[insert 2018 coinsurance percentage]*%  *[insert language as needed to accurately describe the benefit, (e.g., “for up to one visit per year”)]。*] |
| *[Insert benefit name]* | *[insert 2017 cost/coverage, using format described above]* | *[insert 2018 cost/coverage, using format described above]* |

*[MA only plans delete Section 2.6 below]*

### 第 2.6 節 － D 部分處方藥保險的變化

#### 我們藥物清單的變化

我們的承保藥物清單稱為處方藥一覽表或「藥物清單」。這個信封中包含了一份藥物清單。[*If including an abridged formulary, add the following language:*這個信封中隨附的藥物清單包括多種（但並非全部）我們將於明年承保的藥物。如果您在該清單中找不到您的藥物，該藥物仍可能獲承保。**您**可致電會員服務部（參見封底）或瀏覽我們的網站 (*[insert URL]*) **索取完整藥物清單**。]

[*Plans with no changes to covered drugs, tier assignment, or restrictions may replace the rest of this section with:*我們尚未對下一年的藥物清單作任何變更。2018 年，我們的藥物清單中包含的藥物與 2016 年相同。但是，在獲得 Medicare 的批准或某種藥物被 FDA 或藥品製造商撤出市場的情況下，我們仍可在全年內隨時變更藥物清單。]

我們變更了藥物清單，包括變更了我們承保的藥物以及適用於某些藥物承保的限制條件。**請審核藥物清單以確定您的藥物在明年是否得到承保，同時查看是否有任何限制條件。**

如果您因藥物承保範圍的變更而受到影響，您可以：

* **與您的醫生（或其他處方醫生）合作，要求計劃作出例外處理**以承保該藥物。*[Plans may omit the following sentence if they do not have an advance transition process for current members.]* **我們鼓勵現有會員**於明年之前提出例外處理申請。
* 有關如何提出例外處理請求的詳情，請參閱*承保範圍說明書*第 9 章（*遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴））*，或致電會員服務部。
* **諮詢您的醫生（或其他處方醫師）以找到我們承保的另一種藥物**。您可以致電會員服務部，索要一份可治療相同病症的承保藥物清單。

*[Plans may omit this if all current members will be transitioned in advance for the following year.]*在某些情況下，我們必須在計劃年度的前 90 天或成為會員後的前 90 天內，承保**一次**非處方藥一覽表藥物的臨時性供藥，以避免治療中斷。（如需瞭解何時可獲得暫時補給以及如何申請暫時補給，請參見*「承保範圍說明書」*的第 5 章第 5.2 節。）在您取得暫時藥物補給期間，您應和您的醫生討論，以決定當暫時補給用盡時該如何處理。您可以改用計劃承保的不同藥物，或要求計劃為您作出例外處理來承保您目前的藥物。

*[Plans may include additional information about processes for transitioning current enrollees to formulary drugs when your formulary changes relative to the previous plan year.]*

*[Include language to explain whether current formulary exceptions will still be covered next year or a new one needs to be submitted.]*

#### 處方藥費用的變化

*註：*若您的計劃幫助您支付藥費（「額外補助」），**則 D 部分處方藥費用的資訊 [***insert as applicable:* **可能** *OR* **並] 不適用於您。***[If not applicable, omit the following information about the LIS Rider]*我們 [*insert as appropriate:*隨附 *OR* 向您寄送] 一份單獨的插頁來說明您藥物費用，該插頁稱為「取得額外補助支付處方藥之人士的承保範圍說明書附則」（也稱為「低收入補貼附則」或「LIS 附則」）。如果您獲得「額外補助」，但 [*if plan sends LIS Rider with ANOC, insert:*未在此資料包中找到此插頁，] [*if plan sends LIS Rider separately from the ANOC, insert:*在 *[insert date]* 之前未收到此插頁，]請致電會員服務部索取「LIS 附則」。會員服務部電話號碼列於本手冊的第 *[edit section number as needed]* 8.1 節。

有四個「藥物付款階段」。您要為 D 部分藥物支付多少費用取決於您處於哪個藥物付款階段。（您可參閱*「承保範圍說明書」*第 6 章第 2 節，瞭解有關各階段的更多資訊。）

以下資訊顯示了明年前兩個階段的變化 － 年度自付扣除金階段和初始承保階段。（多數會員不會達到其他兩個階段 － 承保缺口階段或災難承保階段。請參見 [*insert as applicable:* 隨附 *OR* 附帶] 的*承保範圍說明書*第 6 章第 6 節和第 7 節瞭解有關這些階段的費用的  
資訊。）

自付扣除金階段的變化

| 階段 | 2017（今年） | 2018（明年） |
| --- | --- | --- |
| 第 1 階段：年度自付扣除金階段  在此階段期間，**您支付**您 [*insert as applicable:* D 部分 *OR* 原廠 *OR* *[insert tier name(s)]*] 藥物的**全 部費用**，直至達到年度自付扣 除金。  *[Plans with no deductible, omit text above.]* | 自付扣除金為 $*[insert 2017 deductible]。*  [*Plans with no deductible replace the text above with:*由於我們沒有自付扣除金，此付款階段不適用於您。]  [*Plans with tiers excluded from the deductible in 2017 and/or 2018 insert the following*：] 在此階段期間，您支付 [*insert name of tier(s) excluded from the deductible*] 藥物的 *[insert cost-sharing amount that a beneficiary would pay in a tier(s) that is exempted from the deductible]* 分攤費用及 [*insert name of tier(s) where copayments apply*] 藥物的全部費用，直至達到年度自付扣除金。 | 自付扣除金為 $*[insert 2018 deductible]。*  [*Plans with no deductible replace the text above with:*由於我們沒有自付扣除金，此付款階段不適用於您。]  [*Plans with tiers excluded from the deductible in 2017 and/or 2018 insert the following*：] 在此階段期間，您支付 [*insert name of tier(s) excluded from the deductible*] 藥物的 *[insert cost-sharing amount that a beneficiary would pay in a tier(s) that is exempted from the deductible]* 分攤費用及[*insert name of tier(s) where copayments apply*] 藥物的全部費用，直至達到年度自付扣除金*。* |

初始承保階段的分攤費用變化

[*Plans that are changing the cost-sharing from coinsurance to copayment or vice versa from 2017 to 2018 insert,*「對於[*insert name of tier(s)*]藥物，您在初始承保階段的分攤費用從 [*insert whichever is appropriate*「定額手續費變更為共同保險」*<or>*「共同保險變更為定額手續費」。] 請參閱下表以瞭解 2017 年到 2018 年的變化。」]

如需瞭解定額手續費及共同保險如何運作，請參見*承保範圍說明書*第 6 章第 1.2 節「*您為承保藥物支付的自付費用類型*」。

*[Plans must list all drug tiers in the table below and show costs for a one-month supply filled at a network retail pharmacy. Plans that have pharmacies that provide preferred cost-sharing must provide information on both standard and preferred cost-sharing using the second alternate chart. Plans without drug tiers may revise the table as appropriate.]*

| 階段 | 2017（今年） | 2018（明年） |
| --- | --- | --- |
| 第 2 階段：初始承保階段  *[Plans with no deductible delete the first sentence]* 您在支付年度自付扣除金後，就將進入初始承保階段。在此階段期間，本計劃將支付其應承擔的藥物費用，**而您也將支付您應承擔的費用**。[*Plans that are changing the cost-sharing from a copayment to coinsurance or vice versa from 2017 to 2018 insert for each applicable tier:*「在 2017 年，您需為 [*insert tier name]*] 支付 [*insert as appropriate*「$[*xx*] 定額手續費」*<or>*「[*xx*]% 共同保險」]。在 2018 年，您需為此等級藥物支付[*insert as appropriate*「$[*xx*] 定額手續費」<or>「[*xx*]% 共同保險]」。」]  此欄所列費用是您在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取一個月（*[insert number of days in a one-month supply]*天）藥物份量的費用。[*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2017 to 2018 insert*「如表中所示，從 2017 年到 2018 年，一個月供藥的天數已經發生變化。」]  有關*[insert as applicable:* 提供首選分攤費用的網絡內藥房的長期供藥或郵購處方藥*]*費用的詳情，請參閱*承保範圍說明書*第 6 章第 5 節。 | 在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取一個月[*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2017 to 2018 insert*「（[*xx*]天）」*而非* 「一個月」]藥物份量的費用：  ***[Insert name of Tier 1]*:**  您支付[*insert as applicable:* 每份處方 $*[xx]* *OR* 總費用的 *[xx]*%。]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  您支付[*insert as applicable:* 每份處方 $*[xx]* *OR* 總費用的 *[xx]*%。]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  一旦 [*insert as applicable*: 您的總藥費已達到 $*[insert 2017 initial coverage limit]，*您將進入下一個階段（承保缺口階段）*OR* 您為 D 部分藥物已支付了 $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* 的自付費用，您將進入下一個階段（災難承保階段）。] | 在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取一個月[*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2017 to 2018 insert*「（[*xx*]天）」*而非* 「一個月」]藥物份量的費用：  ***[Insert name of Tier 1]*:**  您支付 [*insert as applicable:* 每份處方 $*[xx]* *OR* 總費用的 *[xx]*%。]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  您支付 [*insert as applicable:* 每份處方 $*[xx]* *OR* 總費用的 *[xx]*%。]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  一旦 [*insert as applicable*: 您的總藥費已達到 $*[insert 2018 initial coverage limit]，*您將進入下一個階段（承保缺口階段）*OR* 您為 D 部分藥物已支付了 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* 的自付費用，您將進入下一個階段（災難承保階段）。] |
| [*Insert if applicable:* 我們變更了藥物清單中某些藥物的等級。若想瞭解您的藥物是否被劃分為其他等級，請查閱藥物清單。] |  |  |

*[Plans with pharmacies that offer standard and preferred cost-sharing may replace the chart above with the one below to provide both cost-sharing rates.]*

| 階段 | 2017（今年） | 2018（明年） |
| --- | --- | --- |
| 第 2 階段：初始承保階段  *[Plans with no deductible delete the first sentence]* 您在支付年度自付扣除金後，就將進入初始承保階段。在此階段期間，本計劃將支付其應承擔的藥物費用，而**您也將支付您應承擔的費用**。[*Plans that are changing the cost-sharing from a copayment to coinsurance or vice versa from 2017 to 2018 insert for each applicable tier:*「在 2017 年，您需為此等級藥物支付[*insert as appropriate*「$[*xx*]定額手續費」*<或>*「[*xx*]% 共同保險」]。在 2018 年，您需為此等級藥物支付[*insert as appropriate*「$[*xx*] 定額手續費」*<or>*「[*xx*]% 共同保險]」。」] | 網絡內藥房提供一個月[*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2017 to 2018 insert*「（[*xx*] 天）」*而非*「一個月」] 藥物份量的費用：  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *標準分攤費用：*您支付[*insert as applicable:* 每份處方 $*[xx]* *或*總費用的 *[xx]*%]。  *首選分攤費用：*您支付[*insert as applicable:* 每份處方 $*[xx]* *或*總費用的 *[xx]*%]。 | 網絡內藥房提供一個月[*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2017 to 2018 insert*「（[*xx*] 天）」*而非*「一個月」] 藥物份量的費用：  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *標準分攤費用：*您支付[*insert as applicable:* 每份處方 $*[xx]* *或*總費用的 *[xx]*%]。  *首選分攤費用：*您支付[*insert as applicable:* 每份處方 $*[xx]* *或*總費用的 *[xx]*%]。 |
| 第 2 階段：初始承保階段（續）  此欄所列費用是您在網絡內藥房配取一個月（*[insert number of days in a one-month supply]*天）藥物份量的費用。[*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2017 to 2018 insert*「如表中所示，從 2017 年到 2018 年，一個月供藥的天數已經發生變化。」]有關 *[insert as applicable:* 長期供藥或郵購處方藥*]* 費用的詳情，請參閱*承保範圍說明書*第 6 章第 5 節。  [*Insert if applicable:* 我們變更了藥物清單中某些藥物的等級。若想瞭解您的藥物是否被劃分為其他等級，請查閱藥物清單。] | ***[Insert name of Tier 2]*:**  *標準分攤費用：*您支付[*insert as applicable:* 每份處方 $*[xx]* *或*總費用的 *[xx]*%]。  *首選分攤費用：*您支付[*insert as applicable:* 每份處方 $*[xx]* *或*總費用的 *[xx]*%]。  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [*Insert as applicable*：一旦您的總藥費達到 $*[insert 2017 initial coverage limit]，*您將進入下一個階段（承保缺口階段）。*或*如果您為 D 部分藥物已支付了 $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* 的自付費用，您將進入下一個階段（災難承保階段）。] | ***[Insert name of Tier 2]*:**  *標準分攤費用：*您支付[*insert as applicable:* 每份處方 $*[xx]* *或*總費用的 *[xx]*%]。  *首選分攤費用：*您支付[*insert as applicable:* 每份處方 $*[xx]* *或*總費用的 *[xx]*%]。  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [*Insert as applicable*：一旦您的總藥費達到 $*[insert 2018 initial coverage limit]，*您將進入下一個階段（承保缺口階段）。*或*如果您為 D 部分藥物已支付了 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* 的自付費用，您將進入下一個階段（災難承保階段）。] |

承保缺口和災難承保階段的變化

其他兩種藥物承保階段 － 承保缺口階段和災難承保階段 － 適用於藥費較高的人士。  
**多數會員不會達到承保缺口階段或災難承保階段**。[*Sponsors that are changing the cost-sharing from coinsurance to copayment or vice versa from 2017 to 2018 insert the following sentence. If many changes are being made, it may be repeated as necessary.* 在[*insert coverage stage involved*]承保階段，您需為第 [*xx*] [*insert tiers*]級藥物支付的分攤費用從] [*insert whichever is appropriate* 「定額手續費變更為共同保險」*<or>*「共同保險變更為定額手續費。」] 請參見*承保範圍說明書*第 6 章第 6 和 7 節，瞭解有關這些階段的費用的資訊。

第 3 節 管理變更

*[This section is optional. Plans with administrative changes that impact members (e.g., changes in options for paying the monthly premium, changes in contract or PBP number) may insert this section and include an introductory sentence that explains the general nature of the administrative changes. Plans that choose to omit this section should renumber the remaining sections as needed.]*

| 費用 | 2017（今年） | 2018（明年） |
| --- | --- | --- |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2017 administrative description]* | *[Insert 2018 administrative description]* |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2017 administrative description]* | *[Insert 2018 administrative description]* |

第 4 節 決定選擇哪個計劃

### 第 4.1 節 － 如果您希望繼續留在計劃中 *[insert 2018 plan name]*

**若要繼續留在我們的計劃內，您不需要採取任何措施。**如果您沒有在 12 月 7 日前參保其他計劃或更改為 Original Medicare，您會在 2018 年自動繼續保留註冊為我們計劃的  
會員。

### 第 4.2 節 － 如果您希望更改計劃

我們希望您能在明年繼續保持會員身份，但如果您希望更改 2018 年的計劃，請遵循以下步驟：

第 1 步：瞭解和比較您的可選方案

* 您可以加入其他 Medicare 保健計劃，
* *-- 或者*-- 您可以轉至 Original Medicare。如果您更改為 Original Medicare，您需要決定是加入 Medicare 藥物計劃還是購買 Medicare 補充保險 (Medigap) 保單。

要瞭解關於 Original Medicare 以及不同類型的 Medicare 計劃的更多資訊，請閱讀*「2018 年 Medicare 與您」*、致電您的州健康保險援助計劃（請參見第 *[edit section number as needed]* 6 節）或致電 Medicare（請參見第 *[edit section number as needed]* 8.2 節）。

您還可透過使用 Medicare 網站上的 Medicare 計劃搜尋器找到有關您所在區域提供的計劃的資訊。請瀏覽 [https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/) 並按一下「Find Health & Drug Plans」（查找保健及藥物計劃）。**您可以在這裡瞭解關於 Medicare 計劃的費用、承保範圍和品質評級的資訊。**

[*Plans may choose to insert if applicable:* 我們想提醒您，*[insert MAO name]* 還提供其他[*insert as applicable:* Medicare 保健計劃 *AND/OR* Medicare 處方藥計劃。這裡所說的其他計劃可能具有不同的承保範圍、月繳保費和分攤費用。]]

第 2 步：更改您的保險

* 若要**改為其他 Medicare 保健計劃**，請參保新的計劃。您將自動退出 *[insert 2018 plan name]*。
* [*MA-PD plans, insert:* 若要改為**附帶處方藥計劃的 Original Medicare**，請參保新的藥物計劃。您將自動退出 *[insert 2018 plan name]*。]
* [*MA-only plans, insert:*若要**改為附帶處方藥計劃的 Original Medicare**，您必須：
* 您可向我們寄送書面申請，要求從 *[insert 2018 plan name]* 退保，或隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare**，要求退保。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。如果您需要如何退保的詳細資訊，請聯絡會員服務部（電話號碼列於本手冊的第*[edit section number as needed]* 8.1 節）。
* *－ 並且 －* 聯絡您想要加入的 Medicare 處方藥計劃並要求參保。]
* 若要**改為不帶處方藥計劃的 Original Medicare**，您必須：
* 向我們寄送書面退保請求。如果您需要如何請求的詳細資訊，請聯絡會員服務部（電話號碼列於本手冊的第*[edit section number as needed]* 8.1 節）。
* *－ 或者 －* 您可隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare**，要求退保。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。

第 5 節 更改計劃的截止期限

如果您想在下一年變更為其他計劃或 Original Medicare，您可以在 **10 月 15 日至 12 月 7 日**期間進行變更。更改將於 2018 年 1 月 1 日生效。

本年內是否有其他時間允許變更計劃？

在某些情況下，也可以在本年內的其他時間變更計劃。例如，允許在藥物方面獲得「額外補助」、擁有或正在退出僱主保險以及搬離服務區域的 Medicaid 受保人在一年中其他時間進行更改。如需更多資訊，請參見*承保範圍說明書*的 [*insert as applicable:* 第 8 章 *OR* 第 10 章] 第 2.3 節。

如果您參保了將於 2018 年 1 月 1 日生效的 Medicare Advantage 計劃，但不喜歡您的計劃選擇，您可以在 2018 年 1 月 1 日到 2 月 14 日期間轉到 Original Medicare。如需更多資訊，請參見*承保範圍說明書*的 [*insert as applicable:* 第 8 章 *OR* 第 10 章] 第 2.2 節。

第 6 節 提供 Medicare 免費諮詢的計劃

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to use the generic name (“State Health Insurance Assistance Program”) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all SHIPs in your service area.]*

州健康保險援助計劃 (SHIP) 是一項政府計劃，在每個州都有受過專業訓練的顧問。  
在 *[insert state]*，SHIP 稱為 *[insert state-specific SHIP name]*。

*[Insert state-specific SHIP name]* 是獨立的計劃（它與任何保險公司或保健計劃都沒有關係）。它是一個由聯邦政府出資為 Medicare 受保人提供本地**免費**健康保險諮詢的州計劃。*[Insert state-specific SHIP name]* 顧問可以幫助您解決 Medicare 方面的疑問或問題。他們可以幫助您瞭解您的 Medicare 計劃選擇並回答有關轉換計劃的問題。您可致電 *[insert state-specific SHIP name]*，電話：*[insert SHIP phone number]*。[*Plans may insert the following:*您可瀏覽其網站 (*[insert SHIP website]*)，瞭解 *[insert state-specific SHIP name]* 的更多相關資訊。]

第 7 節 幫助支付處方藥費用的計劃

您可能符合條件獲得支付處方藥費方面的幫助。*[Plans in states without SPAPs, delete the next sentence]* 我們在下文列出了不同類型的補助：

* **Medicare 提供的「額外補助」。**收入有限的人士可能符合條件獲得處方藥費「額外補助」。如果您符合資格，Medicare 可以為您支付高達 75% 或以上的藥費，包括每月的處方藥保費、每年的自付扣除金以及共同保險。另外，符合資格的人士不必經歷承保缺口階段，也無需繳納逾期參保罰金。許多人符合條件，但他們自己並不知道。要瞭解自己是否符合條件，請致電：
* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048，每天 24 小時，一週七天；
* 社會保障局，電話是 1-800-772-1213，服務時間為週一至週五上午 7 點到晚上 7 點。聽障和語障人士應致電 1-800-325-0778（提出申請）；或
* 您的州 Medicaid 辦公室（提出申請）。
* *[Plans without an SPAP in their state(s), should delete this bullet.] [Organizations offering plans in multiple states: Revise this bullet to use the generic name (“State Pharmaceutical Assistance Program”) when necessary, and include a list of names for all SPAPs in your service area.]* **從您的州醫藥援助計劃獲得幫助。***[Insert state name]* 提供一項 *[insert state-specific SPAP name]* 計劃，可根據人們的財務需求、年齡或醫療狀況幫助其支付處方藥費用*。*有關該計劃的更多詳情，請諮詢您的州健康保險援助計劃（該組織的名稱及電話號碼印在本手冊第 *[edit section number as needed]* 6 節）。
* *[Plans with an ADAP in their state(s) that do NOT provide Insurance Assistance should delete this bullet.] [Plans with no Part D drug cost-sharing should delete this section.]***HIV/AIDS 患者的處方藥分攤費用補助。**AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 可以幫助確保符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 患者獲取挽救生命的 HIV 藥物。您必須滿足特定條件，包括能夠提供所在州的居住證明和 HIV 患病狀況證明、符合州規定的低收入標準的證明，以及未獲承保/承保不足的證明。同樣受 ADAP 承保的 Medicare D 部分處方藥有資格透過 *[insert State-specific ADAP name and information]* 獲得處方藥分攤費用補助*。*如需瞭解關於資格標準、承保藥物或如何參加該計劃的資訊，請致電 *[insert State-specific ADAP contact information]。*

第 8 節 您有問題嗎？

### 第 8.1 節 － 從以下計劃獲取幫助 *[insert 2018 plan name]*

有問題嗎？我們將隨時隨地為您提供幫助。請致電會員服務部，電話：*[insert member services phone number]*。（僅聽障和語障人士可致電 *[insert TTY number]*）。提供電話服務的時間為 *[insert days and hours of operation]*。[*Insert if applicable:* 撥打這些號碼是免費的。]

閱讀您的 2018 年*「承保範圍說明書」*（其中包含關於明年的福利及費用的詳情）

本*年度更改通知*概述了您 2018 年的福利及費用發生的變化。詳情請參閱 *[insert 2018 plan name]* 的 2018 年*承保範圍說明書。「承保範圍說明書」*是關於您的計劃福利的合法詳細說明。它說明了您的權利以及為獲得承保服務與處方藥需要遵循的規則。此信函中附有一份*「承保範圍說明書」*。

瀏覽我們的網站

您還可以瀏覽我們的網站 *[insert URL]*。在此提醒您，我們的網站提供關於我們提供者網絡的最新資訊（醫療服務提供者目錄）*[MA-only plans, omit]* 以及我們承保藥物的清單（處方藥一覽表/藥物清單）。

### 第 8.2 節 － 從 Medicare 獲取幫助

要直接從 Medicare 獲取資訊：

致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（全天候服務）。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。

瀏覽 Medicare 網站

您可瀏覽 Medicare 網站 ([https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/))。其中包含關於費用、承保範圍和品質評級的資訊，可以幫助您比較各個 Medicare 保健計劃。您可透過使用 Medicare 網站上的 Medicare 計劃搜尋器找到有關您所在區域提供的計劃的資訊。（要查看有關計劃的資訊，請瀏覽 [https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/) 然後按一下「Compare Drug and Health Plans」（比較藥品與保健計劃）。）

閱讀*「2018 年 Medicare 與您」*

您可以查看「*2018 年 Medicare 與您*」手冊。每年秋季，該手冊均會寄給 Medicare 受保人。它總結了 Medicare 的福利、權益和保障，並且回答了關於 Medicare 的最常見問題。如果未收到該手冊，您可以隨時瀏覽 Medicare 網站 ([https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/)) 或致電   
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 來獲取。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。

**[2018 EOC model]**

**2018 年 1 月 1 日 － 12 月 31 日**

# 承保範圍說明書：

**作為如下計劃的會員，您的 Medicare 保健福利與服務** [*insert if applicable:* **和處方藥保險**]**：*[insert 2018 plan name] [insert plan type]***

*[****Optional:*** *insert beneficiary name]  
[****Optional:*** *insert beneficiary address]*

本手冊為您詳細介紹了 2018 年 1 月 1 日至 12 月 31 日您的 Medicare 保健 [*insert if applicable:* 和處方藥] 保險。它說明了獲得您需要的保健服務 [*insert if applicable:* 與處方藥] 承保的方法。**本文件是是重要的法律文件。請妥善保管。**

本計劃 *[insert 2018 plan name]* 由 *[insert MAO name]* 提供*。*（當本*承保範圍說明書*中出現「我們」或「我們的」時，是指 *[insert MAO name]。*出現「計劃」或「我們的計劃」時，是指*[insert 2018 plan name]。*）

*[Insert Federal contracting statement.]*

[*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:*本文件免費提供*[insert languages that meet the 5% threshold]*版本。

如需更多資訊，請致電會員服務部，電話號碼是 *[insert phone number]*。（聽障和語障人士應致電 *[insert TTY number]*。）服務時間為 *[insert days and hours of operation]*。]

*[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., Braille, large print, audio tapes) as applicable.]*

*[Remove terms as needed to reflect plan benefits]* 自 2018 年 1 月 1 日起，福利、保費、自付扣除金和/或定額手續費/共同保險可能會有所調整。

*[Remove terms as needed to reflect plan benefits]* 處方藥一覽表、藥房網絡和/或醫療服務提供者網絡可能會不時有所調整。必要時您會收到通知。

*[Insert as applicable: [insert Material ID]* CMS Approved[MMDDYYYY] *OR [insert Material ID]* File & Use[MMDDYYYY]*]*

**2018 年承保範圍說明書**

**目錄**

以下章節與頁碼清單是本說明書的開始。欲獲得查找所需資訊的更多幫助，請轉到章節的第一頁。**您會在每章的開始處找到詳細的主題清單。**

第 1 章. 會員入門 4

說明成為 Medicare 保健計劃的會員代表什麼，以及如何使用本手冊。介紹我們將寄給您的資料、您的計劃保費、D 部分逾期參保罰金、  
您的計劃會員卡，還有及時更新您的會員記錄。

第 2 章. 重要的電話號碼和資源 27

介紹如何與我們的計劃 (*[insert 2018 plan name]*)，以及其他機構（包含 Medicare、州健康保險援助計劃 (SHIP)、品質改進機構、社會保障局、Medicaid（提供給低收入人士的州健康保險計劃）、[*insert if applicable:* 幫助支付處方藥費用的計劃]，以及鐵路職工退休委員會）保持聯絡。

第 3 章. 使用本計劃承保您的醫療服務 46

說明作為我們計劃的會員，獲得醫療護理需要瞭解的重要事項。主題包含使用計劃網絡內的提供者，以及如何在緊急情況下取得護理。

第 4 章. 醫療福利表（承保範圍與支付費用） 59

提供關於您作為我們計劃的會員，何種類型的醫療護理有承保與*不*承保的詳細情況。說明您對於承保醫療護理須支付多少您應承擔的  
費用。

第 5 章. 使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保 95

*[MA-only plans: omit Chapter 5]* 說明當您取得 D 部分藥物時，需遵守的規則。介紹如何使用計劃的*承保藥物清單（處方藥一覽表）*，以瞭解何種藥物有承保。介紹何種類型的藥物*不*承保。說明對於某些藥物適用的幾種承保範圍限制。說明從何處配取處方藥。介紹計劃的藥物安全與用藥管理計劃。

第 6 章. 對於 D 部分處方藥您須支付的費用 119

*[MA-only plans omit Chapter 6]* 介紹藥物承保的四個階段（自付扣除金階段、初始承保階段、承保缺口階段、災難承保階段），以及這些階段如何影響您應支付的藥物費用。說明您 D 部分藥物的 *[insert number of tiers]* 種分攤費用等級，介紹對於各種分攤費用等級，您分別應支付多少藥物費用。

第 7 章. 要求我們對您收到的承保醫療服務 [*if applicable:* 或藥物] 142

說明當您想要求我們就您的承保服務 [*insert if applicable:* 或藥物]，  
將我們應承擔的費用對您作出償付時，應於何時以及如何將賬單寄給我們。

第 8 章. 您的權利與責任 150

說明您作為我們計劃會員的權利與責任。介紹當您認為您的權利被侵犯時，您該如何處理。

第 9 章. 遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴） 162

介紹作為本計劃會員，當您遇到問題或有所顧慮時，您應進行的步驟。

* 說明當在取得您認為由我們計劃承保的醫療護理 [*insert is appliable:* 或處方藥] 時遇到困難，應如何要求承保範圍裁決和上訴。這包含 [*insert is appliable:* 要求我們對您處方藥保險的規則或額外限制作出例外處理，以及] 要求我們繼續承保醫院護理和某些類型的醫療服務（若您認為您的承保太早結束）。
* 介紹如何對護理品質、等待時間、顧客服務及其他事宜提出  
  投訴。

第 10 章. 終止計劃會員資格 212

介紹您何時以及如何終止計劃會員資格。說明在哪些情況下，我們的計劃必須終止您的會員資格。

第 11 章. 法律通知 223

包含了關於管轄法律和非歧視的通知。

第 12 章. 重要辭彙的定義 226

說明本手冊中使用的關鍵術語

第 1 章

會員入門

## 第 1 章. 會員入門

[第 1 節 簡介 6](#_Toc485818481)

[第 1.1 節 您已註冊了 *[insert 2018 plan name]*，這是一項 Medicare Private Fee-for-Service 計劃 6](#_Toc485818482)

[第 1.2 節 *承保範圍說明書*手冊包括哪些內容？ 6](#_Toc485818483)

[第 1.3 節 關於*承保範圍說明書*的法律資訊 7](#_Toc485818484)

[第 2 節 要成為計劃會員需要具備哪些條件？ 7](#_Toc485818485)

[第 2.1 節 符合條件的要求 7](#_Toc485818486)

[第 2.2 節 什麼是 Medicare A 部分和 Medicare B 部分計劃？ 8](#_Toc485818487)

[第 2.3 節 以下是 *[insert 2018 plan name]* 的服務區域 8](#_Toc485818488)

[第 2.4 節 美國公民或合法居留身份 9](#_Toc485818489)

[第 3 節 您還將從我們這裡拿到哪些材料？ 9](#_Toc485818490)

[第 3.1 節 您的計劃會員卡 － 用於獲得所有承保的護理 [*insert if applicable:* 和處方藥] 9](#_Toc485818491)

[第 3.2 節 *提供者目錄*：計劃網絡內所有醫療服務提供者指引材料 10](#_Toc485818492)

[第 3.3 節 *藥房目錄*：網絡內藥房指引材料 11](#_Toc485818493)

[第 3.4 節 計劃的承保藥物清單（處方藥一覽表） 12](#_Toc485818494)

[第 3.5 節 *D 部分福利說明*（「D 部分 EOB」）：您 D 部分處方藥付款的摘要報告 13](#_Toc485818495)

[第 4 節 您的 *[insert 2018 plan name]* 的月繳保費 13](#_Toc485818496)

[第 4.1 節 您的計劃保費是多少？ 13](#_Toc485818497)

[第 5 節 您是否需要支付 D 部分「逾期參保罰金」？ 15](#_Toc485818498)

[第 5.1 節 什麼是 D 部分「逾期參保罰金」？ 15](#_Toc485818499)

[第 5.2 節 D 部分逾期參保罰金的金額是多少？ 16](#_Toc485818500)

[第 5.3 節 在某些情況下，您可以延後加入，且無須支付罰款 16](#_Toc485818501)

[第 5.4 節 如果您不同意您的 D 部分逾期參保罰金，該如何處理？ 17](#_Toc485818502)

[第 6 節 您是否因為收入而須支付額外的 D 部分金額？ 17](#_Toc485818503)

[第 6.1 節 什麼情況下會因為收入而須支付額外的 D 部分金額？ 17](#_Toc485818504)

[第 6.2 節 D 部分額外金額是多少？ 18](#_Toc485818505)

[第 6.3 節 如果您不同意支付額外的 D 部分金額，該如何處理？ 19](#_Toc485818506)

[第 6.4 節 如果您未支付額外 D 部分金額，將會如何？ 19](#_Toc485818507)

[第 7 節 關於月繳保費的更多資訊 19](#_Toc485818508)

[第 7.1 節 您可以使用多種方式支付計劃保費 20](#_Toc485818509)

[第 7.2 節 我們能否在一年中更改您的計劃月費？ 22](#_Toc485818510)

[第 8 節 請及時更新您的計劃會員記錄 23](#_Toc485818511)

[第 8.1 節 如何幫助確保我們所具有的關於您的資訊是準確的 23](#_Toc485818512)

[第 9 節 我們為您的個人健康資訊保密 24](#_Toc485818513)

[第 9.1 節 我們確保您的健康資訊會受到保護 24](#_Toc485818514)

[第 10 節 其他保險如何與我們的計劃配合運作 24](#_Toc485818515)

[第 10.1 節 當您有其他保險時，哪項計劃先支付？ 24](#_Toc485818516)

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 節 您已註冊了 *[insert 2018 plan name]*，這是一項 Medicare Private Fee-for-Service 計劃

您已由 Medicare 承保，並且已選擇透過我們的計劃 *[insert 2018 plan name]* 獲得 Medicare 醫療保健 [*insert if applicable:* 及處方藥保險]。

**本計劃的承保範圍滿足最低基本保險 (MEC) 的要求**，並達到《患者保護與可負擔醫療法案》(ACA) 的個人分擔責任要求。請瀏覽國稅局 (IRS) 網站：<https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>，瞭解 MEC 個人要求的詳細資訊。

Medicare 保健計劃有三種不同的類型。*[Insert 2018 plan name]* 是一項 Medicare Advantage Private Fee-for-Service (PFFS) 計劃。[*Insert if applicable:* 此計劃不包含 D 部分處方藥保險。] 像所有 Medicare 保健計劃一樣，此 Medicare PFFS 計劃已獲 Medicare 核准並由私營公司運營。

#### 第 1.2 節 *承保範圍說明書*手冊包括哪些內容？

本*承保範圍說明書*手冊向您介紹了如何透過我們的計劃承保您的 Medicare 醫療護理 [*insert if applicable:* 和處方藥]。該手冊說明了您的權利與義務、承保範圍以及作為計劃會員您應支付的費用。

詞語「承保範圍」和「承保服務」是指您作為 *[insert 2018 plan name]* 會員可以使用的醫療護理、服務 [*insert if applicable:* 和處方藥]。

請務必瞭解計劃有什麼規則以及向您提供哪些服務。請您抽時間來查看此*承保範圍說明書*手冊。

如果您感到困惑或有顧慮或者有疑問，請聯絡我們計劃的會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

#### 第 1.3 節 關於*承保範圍說明書*的法律資訊

它是與您簽署的合約的一部分

本*承保範圍說明書*是與您簽署的有關 *[insert 2018 plan name]* 如何承保您的護理服務的合約的一部分。該合約還包括您的參保表、[*insert if applicable:* 承保藥物清單（處方藥一覽表）] 以及我們向您提供的任何有關影響您的承保範圍的保險或條件變化的通知。這些通知有時稱為「附則」或「修正條款」。

合約在 2018 年 1 月 1 日到 2018 年 12 月 31 日之間，您是 *[insert 2018 plan name]* 的註冊會員的那些月份有效。

Medicare 允許我們每個日曆年對我們提供的計劃進行變更。這意味著我們可在 2018 年 12 月 31 日之後變更 *[insert 2018 plan name]* 的費用和福利。我們也可在 2018 年 12 月 31 日之後選擇停止提供此計劃，或選擇在其他服務區域提供。

Medicare 每年必須批准我們的計劃

Medicare（Medicare 與 Medicaid 服務中心）每年必須批准 *[insert 2018 plan name]*。只要我們選擇繼續提供計劃並且 Medicare 續批了計劃，您就可繼續作為我們計劃的會員獲得 Medicare 的承保。

### 第 2 節 要成為計劃會員需要具備哪些條件？

#### 第 2.1 節 符合條件的要求

*只要您符合以下條件，就可以成為我們計劃的會員：*

* 您同時加入了 Medicare A 部分和 Medicare B 部分（第 2.2 節介紹了 Medicare A 部分和 Medicare B 部分）
* *－ 並且 －* 居住於我們的地理服務區域（下面的第 2.3 節介紹了我們的服務區域）。[*Plans with grandfathered members who were outside of area prior to January 1999, insert*：如果您從 1999 年 1 月以前至今一直是我們計劃的會員，且您在 1999 年 1 月之前居住在我們的服務區域之外，只要您從 1999 年 1 月以前至今未搬遷，您仍具備資格。]
* － *並且* － 您是美國公民或在美國合法居留
* *－ 並且 －* 未患晚期腎病 (ESRD)，有限例外情況除外，例如，如果您在已成為我們所提供計劃的會員期間患上 ESRD，或者您曾是其他已終止 Medicare Advantage 計劃的會員。

#### 第 2.2 節 什麼是 Medicare A 部分和 Medicare B 部分計劃？

在您首次註冊 Medicare 時，就會獲得關於 Medicare A 部分和 B 部分所承保服務的資訊。請記住：

* Medicare A 部分計劃通常幫助承保由醫院提供的住院服務，以及專業護理機構或居家護理機構提供的服務。
* Medicare B 部分計劃用於大多數其他醫療服務（例如內科醫師的服務及其他門診服務）和某些物品（例如耐用醫療設備 (DME) 與用品）。

#### 第 2.3 節 以下是 *[insert 2018 plan name]* 的服務區域

儘管 Medicare 是聯邦政府計劃，*[insert 2018 plan name]* 僅提供給居住於我們計劃服務區域的個人。為保持我們計劃會員的身份，您 *[if a “continuation area” is offered under 42 CFR 422.54, insert “generally” here, and add a sentence describing the continuation area]* 必須持續居住在計劃服務區域內。服務區域在 [*insert as appropriate:*下面 *OR* 本 *Evidence of Coverage* 的附錄中] 進行了介紹。

[*Insert plan service area here or within an appendix. Plans may include references to territories as appropriate. Use county name only if approved for entire county. For partially approved counties, use county name plus zip code. Examples of the format for describing the service area are provided below. If needed, plans may insert more than one row to describe their service area:*

我們的服務區域包含所有 50 個州  
我們的服務區域包含以下州：*[insert states]*   
我們的服務區域包含*[insert state]*的以下縣：*[insert counties]*   
我們的服務區域包含*[insert state]*的以下縣區域：*[insert county]*，僅限以下郵遞區號 *[insert zip codes]*]

[*Optional info: multi-state plans may include the following:* 我們在[*insert as applicable:* 數個 *OR* 所有]州 [*insert if applicable:* 和地區] 中提供保險*。*然而，我們在每個州提供的計劃之間可能會存在費用或其他差異。如果您搬離了州 [*insert if applicable:* 或地區] 並搬入一個仍屬於我們的服務區域的州 [*insert if applicable:* 或地區]，為了更新您的資訊，您必須致電會員服務部*。[National plans delete the rest of this paragraph]* 如果您搬到了我們的服務區域之外的州 [*insert if applicable:* 或地區]，則無法繼續作為我們計劃的會員。請致電會員服務部，瞭解我們是否在您新搬至的州 [*insert if applicable:* 或地區] 內提供計劃。]

如果您計劃搬離服務區域，請聯絡會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。搬家後，  
您將有一段特殊參保期，使您可以轉而使用 Original Medicare 或參加您所在的新區域提供的 Medicare 保健或藥物計劃。

同時，如果您搬遷或更改郵寄地址，請致電社會保障局更改相關資訊，這一點也非常重要。社會保障局的電話號碼及聯絡資訊列於第 2 章第 5 節。

#### 第 2.4 節 美國公民或合法居留身份

Medicare 保健計劃會員必須為美國公民或可在美國合法居留。Medicare（Medicare 與 Medicaid 服務中心）將通知 *[insert 2018 plan name]* 您在此基礎上是否仍符合會員資格。*[Insert 2018 plan name]* 在您不符合此要求的情況下必須將您退保。

### 第 3 節 您還將從我們這裡拿到哪些材料？

#### 第 3.1 節 您的計劃會員卡 － 用於獲得所有承保的護理 [*insert if applicable:* 和處方藥]

*[Plans that use separate membership cards for health and drug coverage should edit the following section to reflect the use of multiple cards.]*

作為計劃會員，當您獲取本計劃承保的任何服務 [*insert if applicable:* 以及在網絡內藥房取得處方藥] 時，請務必使用您的計劃會員卡。以下是一張會員卡樣本，用於向您展示您的卡是怎樣的：

*[Insert picture of front and back of member ID card. Mark it as a sample card (for example, by superimposing the word “sample” on the image of the card.]*

只要您是我們計劃的會員，**您就不得使用您的紅白藍 Medicare 卡**來獲得承保的醫療服務（常規臨床研究和善終服務除外）。請將您的紅白藍 Medicare 卡保存好，以備日後  
之需。

**請務必這樣做，原因如下：**如果您是計劃會員，且使用您的紅白藍 Medicare 卡而不是使用您的 *[insert 2018 plan name]* 會員卡來獲得承保的服務，您可能需要自已支付全額  
費用。

如果您的計劃會員卡損壞、丟失或被盜，請立即致電會員服務部，我們會發給您一張新卡。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）

#### 第 3.2 節 *提供者目錄*：計劃網絡內所有醫療服務提供者指引材料

*[Note: PFFS plans without a provider network can exclude this section.]*

*[Plans with combined provider and pharmacy directories may combine and edit the provider and pharmacy directory sections (including section titles) to describe the combined document. Plans should renumber sections as needed and revise references to “Provider Directory” to use the actual name of the document throughout the model.]*

*醫療服務提供者目錄*列出了我們網絡內的提供者 [*insert if applicable*: 和耐用醫療設備供  
應商]。

什麼是「網絡內提供者」？

**網絡內提供者**是與我們簽有合約，以向我們計劃的會員提供 [*insert if applicable:* 特定] 承保服務的醫生和其他醫療保健專業人員、醫療團體、[*insert if applicable*: 耐用醫療設備供應商、] 醫院及其他醫療保健機構。這些提供者均已同意為我們計劃的會員提供看診服務。請參閱第 3 章第 1.2 節，瞭解獲取計劃項下承保服務之規則的相關資訊。[*Insert as applicable*: 我們隨本手冊附上一份提供者目錄。] [Insert as applicable: 我們 [insert as applicable: 還] 隨本手冊附上一份耐用醫療設備供應商目錄。] 我們的網站 *[insert URL]* [*insert as applicable*: 也] 提供最新的提供者[insert as applicable: 和供應商]清單。]

[*Full network PFFS plans insert:* 我們有網絡內提供者提供 Original Medicare 的所有承保服務 *[indicate if network providers are available for any non-Medicare covered services]*。您仍可從網絡外提供者（未與我們計劃簽有合約的提供者）處獲取承保服務，只要這些提供者同意接受我們計劃的付款條款與條件，如第 3 章第 1.2 節所述。]

[*Partial network PFFS plans insert*：我們有網絡內提供者提供 *[indicate what category or categories of services for which network providers are available]* 服務。您仍可從網絡外提供者（未與我們計劃簽有合約的提供者）處獲取承保服務，只要這些提供者同意接受我們計劃的付款條款與條件，如第 3 章第 1.2 節所述。對於不可使用網絡內提供者的服務，您可從同意接受我們計劃的付款條款與條件的任何提供者處獲得承保服務，如第 3 章第 1.2 節所述。]

您為什麼需要瞭解哪些提供者屬於我們的網絡？

瞭解我們計劃是否擁有醫療網絡以及哪些提供者屬於我們的網絡很重要，原因有以下  
幾點：

* 網絡內提供者必須為您提供護理，而網絡外提供者有權拒絕為您提供治療。
* *[Insert if applicable]* 網絡內提供者的收費比網絡外提供者收費更低。*[Partial and full network PFFS plans should describe whether or not the plan has established any higher cost-sharing requirements if the member obtains a covered service from a deemed (out-of-network) provider.]* [*Insert the following sentence if the plan includes such differential cost-sharing:* 您向網絡外提供者支付的分攤費用可能會比向網絡內提供者支付的更高。在本手冊第 4 章的計劃醫療福利表中，我們標出了網絡內和網絡外提供者之間存在不同分攤費用的服務。]
* 我們計劃將為您從網絡內提供者處獲取的所有服務（包括計劃或網絡內提供者有相關指示時，您從網絡外提供者處獲取的服務）支付費用。如果您自己決定去接受我們計劃的付款條款與條件的網絡外提供者處看診，在獲取該服務之前，您和該提供者有權申請我們的書面承保範圍裁決，以確保該服務具有醫療必需性並且屬於承保服務，進而獲得我們計劃的付款。有關如何要求我們作出承保範圍裁決，或對我們已作出的裁決提出上訴的詳細資訊，請查閱 [*Insert as applicable:* 第 7 章 *OR* 第 9 章]。
* 在我們計劃的醫療網絡內，我們必須提供數量充足、領域廣泛的提供者以滿足您的需求。

*[Note: Plans without a provider directory exclude following paragraph.]*

如果您沒有*提供者目錄*，可以向會員服務部索取（電話號碼印在本手冊封底）。您可以向會員服務部詢問有關我們的網絡內提供者的更多資訊，包括其資格。[*Plans may add additional information describing the information available in the provider directory, on the plan’s website, or from Member Services. For example:* 您還可以在 *[insert URL]* 查看 *Provider Directory*，也可以從此網站下載該目錄。會員服務部和網站均可為您提供有關我們的網絡內提供者變化的最新資訊。]

#### 第 3.3 節 *藥房目錄*：網絡內藥房指引材料

*[PFFS plans without Part D coverage may omit this section.]*

*[Plans with combined provider and pharmacy directories may combine and edit the provider and pharmacy directory sections (including section titles) to describe the combined document. Plans should renumber sections as needed and revise references to the “Pharmacy Directory” to use the actual name of the document throughout the model.]*

什麼是「網絡內藥房」？

網絡內藥房指同意為我們的計劃會員配取承保處方藥的所有藥房。

您為什麼需要瞭解網絡內藥房？

您可以利用*藥房目錄*來尋找您想要使用的網絡內藥房。*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its pharmacy network]* 我們明年的藥房網絡會有變化。[*Insert if applicable:* 我們隨本手冊附上一份藥房目錄。] 在我們的網站 [*insert URL*] 上可找到更新的藥房目錄。您也可以致電會員服務部瞭解最新的提供者資訊或要求我們為您郵寄一份藥房目錄。**請查看 2018 年的藥房目錄，瞭解哪些藥房在我們的網絡中**。

*或*

[*For a plan that will have a higher than normal number of pharmacies leaving its pharmacy network]* 我們的網絡在 2018 年的變更比往年更多。[*Insert if applicable:* 我們隨本手冊附上一份藥房目錄。] 在我們的網站 [*insert URL*] 上可找到更新的藥房目錄。您也可以致電會員服務部瞭解最新的提供者資訊或要求我們為您郵寄一份藥房目錄。**強烈建議您審查我們最新的藥房目錄，以確定您的藥房是否仍在我們的網絡內。**這是很重要的，因為若您想要本計劃承保（協助支付）您的藥物，您必須在我們的網絡內藥房配取處方藥（有少數例外）。

[*Pharmacy Directory* 也將介紹我們網絡中的哪些藥房提供首選分攤費用，就某些藥物而言，首選分攤費用可能低於其他網絡藥房提供的標準分攤費用。]

如果您沒有*藥房目錄*，可以向會員服務部索取（電話號碼印在本手冊封底）。您可以隨時致電會員服務部來取得藥房網絡更改的最新資訊。您也可以透過我們的網站 *[insert URL]* 取得此資訊。*[Plans may add detail describing additional information about network pharmacies available from Member Services or on the website.]*

#### 第 3.4 節 計劃的承保藥物清單（處方藥一覽表）

*[PFFS plans without Part D coverage may omit this section.]*

本計劃有一份*承保藥物清單（處方藥一覽表）*。我們簡稱為「藥物清單」。其中介紹了何種類型的 D 部分處方藥受 *[insert 2018 plan name]* 的 D 部分福利承保。此清單上的藥物皆由計劃在醫生和藥劑師團隊的協助下選定。此清單必須符合 Medicare 規定的要求。Medicare 已批准 *[insert 2018 plan name]* 藥物清單。

該藥物清單也可告知您的藥物是否有任何限制承保範圍的規則。

我們將向您寄送一份藥物清單。如需取得最完整且最新的承保藥物資訊，您可以瀏覽計劃的網站 (*[insert URL]*) 或致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

#### 第 3.5 節 *D 部分福利說明*（「D 部分 EOB」）：您 D 部分處方藥付款的摘要報告

*[PFFS plans without Part D coverage may omit this section.]*

當在使用您的 D 部分處方藥福利時，我們將會寄送一份摘要報告給您，以協助您瞭解並追蹤您 D 部分處方藥的付款。此摘要報告稱為 *D 部分福利說明*（或「D 部分 EOB」）。

*D 部分福利說明*可告訴您當月您或您的代表人已花費在 D 部分處方藥的總金額，以及我們已為您每份 D 部分處方藥支付的總金額。第 6 章（*對於 D 部分處方藥您須支付的費用*）可提供您更多關於 *D 部分福利說明*與其如何協助您追蹤您藥物保險的資訊。

我們也可應要求提供 *D 部分福利說明*的摘要。如需獲得此副本，請聯絡會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

*[Note: Plans may insert other methods that members can get their Part D Explanation of Benefits.]*

### 第 4 節 您的 *[insert 2018 plan name]* 的月繳保費

#### 第 4.1 節 您的計劃保費是多少？

作為我們計劃的會員，您需支付月繳計劃保費。[*Select one of the following:* 在 2018 年，*[insert 2018 plan name]* 的月繳保費為 *[insert monthly premium amount]；OR* 下表顯示了我們提供服務的每個區域的月繳計劃保費金額；*OR* 下表顯示了我們在服務區域提供的每種計劃的月繳計劃保費金額*；OR* *[insert 2018 plan name]* 的月繳保費金額列於*[describe attachment]*。*[Plans may insert a list of or table with the state/region and monthly plan premium amount for each area included within the EOC. Plans may also include premium(s) in an attachment to the EOC.]*] 此外，您必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費（除非您的 B 部分保費由 Medicaid 或其他第三方為您支付）。

[*Plans with no premium should replace the preceding paragraph with:* 您不需要為 *[insert 2018 plan name]* 單獨支付月繳計劃保費。您必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費（除非您的 B 部分保費由 Medicaid 或其他第三方為您支付）。]

[*Insert if applicable:* 您的保險透過與您當前僱主或前僱主或工會簽署的合約提供。如需關於計劃保費的資訊，請聯絡僱主或工會的福利管理員。]

在某些情況下，您的計劃保費可能更少。

*[MA-only plans and plans with no monthly premium: Omit this subsection.]*

[*Insert as appropriate, depending on whether SPAPs are discussed in Chapter 2:* 有一些計劃可以幫助資源有限的人士支付他們的藥費。這些計劃包括「額外補助」和州政府醫藥補助計劃；*OR*「額外補助」計劃可協助資源有限的人士支付他們的藥費。] 第 2 章第 7 節詳細介紹了 [*insert as applicable:* 這些計劃 *OR* 本計劃]。如果您符合資格，參加這些計劃可幫助降低您的月繳計劃保費。

如果您*已加入*並從這些計劃之一獲取補助，**本*承保範圍說明書*中關於保費的資訊 [***insert as applicable:* **可能** *OR* **並] 不適用於您。***[If not applicable, omit information about the LIS Rider]*我們 [*insert as appropriate:*隨函 *OR* 向您寄送] 一份單獨的插頁來說明您的藥物保險，該插頁稱為「取得額外補助支付處方藥之人士的承保範圍說明書附則」（也稱為「低收入補貼附則」或「LIS 附則」）。如果您尚未收到此插頁，請致電會員服務部索要「LIS 附則」。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）

在某些情況下，您的計劃保費可能更高。

*[MA-only plans that do not offer optional supplemental benefits, may delete this section.]*

[*MA-only plans that offer optional supplemental benefits replace the text below with the following:* 在某些情況下，您的計劃保費可能比第 4.1 節中所列的金額更高。如果您註冊額外福利，也稱為「可選項補充福利」，那麼您每個月要為這些額外福利支付額外的保費。如果對您的計劃保費有任何疑問，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。*[If the plan describes optional supplemental benefits within Chapter 4, then the plan must include the premium amounts for those benefits in this section.]*]

在某些情況下，您的計劃保費可能比第 4.1 節中所列的金額更高。[*Insert as appropriate:* 這些情況 *OR* 這種情況] 如下所述。

* [*Insert if applicable:* 如果您註冊額外福利，也稱為「可選項補充福利」，那麼您每個月要為這些額外福利支付額外的保費。如果對您的計劃保費有任何疑問，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。*[If the plan describes optional supplemental benefits within Chapter 4, then the plan must include the premium amounts for those benefits in this section.]*]
* *[MA-only plans, omit]* 部分會員將需支付 D 部分**逾期參保罰金**，因其並未在首次符合資格時加入 Medicare 藥物計劃，或因其連續 63 天或更長時間未擁有任何「有信譽度」的處方藥保險。（一般而言，「有信譽度」是指預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 標準處方藥保險的藥物保險。）對於這些會員，D 部分逾期參保罰金將會追加到計劃月繳保費中。其保費金額將會是月繳計劃保費加上 D 部分逾期參保罰金之金額。
* 如果需要支付 D 部分逾期參保罰金，則您的罰款金額將視您加入藥物保險前等待的時間，或您符合資格後未加入藥物保險的月數而定。第 1 章第 5 節將說明 D 部分逾期參保罰金。
* 如果您有未支付的 D 部分逾期參保罰金，您可能會被迫退出計劃。

### 第 5 節 您是否需要支付 D 部分「逾期參保罰金」？

#### 第 5.1 節 什麼是 D 部分「逾期參保罰金」？

**註：**如果您接受 Medicare 的「額外補助」來支付處方藥，將不用支付逾期參保罰金。

逾期參保罰金是追加到您 D 部分保費的金額。如果在首次參保期結束後，您連續 63 天或更長時間未擁有 D 部分保險或其他有信譽度的處方藥保險，您可能需要繳納終身 D 部分逾期參保罰金。（「有信譽度的處方藥保險」是指滿足 Medicare 最低標準的保險，因其預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 標準處方藥保險。）該罰款的金額視您在首次參保期結束後，在加入有信譽度的處方藥保險計劃前等待了多久的時間而定，或者視您有多少個全曆月沒有任何有信譽度的處方藥保險而定。只要您仍擁有 D 部分保險，您就需要支付此罰款。

D 部分逾期參保罰金將追加到您的月繳保費中。*[Plans that do not allow quarterly premium payments, omit the next sentence]*（選擇每三個月支付一次保費的會員，罰金將追加到其三個月保費中。）當您首次加入 *[insert 2018 plan name]* 時，我們會告知您該筆罰款的  
金額。

您的 D 部分逾期參保罰金將視作您計劃保費的一部分。[*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*：如果您未支付 D 部分逾期參保罰金，您可能會因未能支付計劃保費而喪失您的處方藥福利。]

[*Plans with no plan premium, replace the previous two paragraphs with the following language:*當您首次加入 *[insert 2018 plan name] 時，*我們會告知您該筆罰款的金額。您的 D 部分逾期參保罰金將視作您的計劃保費。[*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*：如果您未支付 D 部分逾期參保罰金，您可能會喪失您的處方藥福利。]]

#### 第 5.2 節 D 部分逾期參保罰金的金額是多少？

該筆罰款的金額由 Medicare 決定。計算情況如下：

* 首先，請計算您在符合資格後，延誤了多少個全月才加入 Medicare 藥物計劃。或者，計算您有多少個全月未擁有任何有信譽度的處方藥保險（如果保險中斷了 63 天以上）。該罰款是您未擁有任何有信譽度保險的期間，每個月計算 1%。例如，您有 14 個月沒有保險，則罰款為 14%。
* 接著，Medicare 參考去年的金額以決定全國的 Medicare 藥物計劃平均月繳保費金額。[*Insert EITHER:* 在 2018 年，此平均保費金額為 $*[insert 2018 national base beneficiary premium]* *或*在 2016 年，此平均保費金額為 $*[insert 2017 national base beneficiary premium]*。此金額在 2018 年可能會有變更。]
* 接著將罰金比例和平均月繳保費相乘，再四捨五入至 10 美分，即可算出您的月繳罰金。在本例中，用 14% 乘以 $*[insert base beneficiary premium]*，得到 $*[insert amount]*，再四捨五入為 $*[insert amount]*。此金額將追加到須支付 **D 部分逾期參保罰金之人士的月繳保費中**。

關於此月繳 D 部分逾期參保罰金，有以下三點重要注意事項：

* 第一點，**該罰款可能每年不同，**因為平均月繳保費每年皆可能改變。如果全國平均保費（由 Medicare 決定）增加，則您的罰金也會跟著增加。
* 第二點，**您繼續每個月支付該罰金**，只要您仍有加入提供 Medicare D 部分藥物福利的計劃。
* 第三點，如果您未滿 65 歲，且目前在接受 Medicare 福利，則 D 部分逾期參保罰金將會在您年滿 65 歲時重新計算。在 65 歲後，您的 D 部分逾期參保罰金將會僅視 Medicare 首次老年參保期後您未擁有保險的月數而定。

#### 第 5.3 節 在某些情況下，您可以延後加入，且無須支付罰款

即使您在您首次符合資格時加入提供 Medicare D 部分保險的計劃上有所延誤，有時您並不需要支付 D 部分逾期參保罰金。

**如果您有以下任一情況，您將不需要支付逾期參保罰金：**

* 如果您已經有預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 標準處方藥保險的處方藥保險。Medicare 稱之為「**有信譽度的藥物保險**」。請注意：
* 有信譽度的保險可包含來自前僱主或工會、TRICARE、退伍軍人事務部的藥物保險。您的保險公司或您的人力資源部門將會告知每年您的藥物保險是否為有信譽度的保險。本資訊可能透過信件寄送給您，或包含在計劃的新聞通訊中。請保留此資訊，您在之後加入 Medicare 藥物計劃時可能會用到。
* 請注意：如果您在健康保險結束時收到「有信譽度保險證書」，這可能無法表示您的處方藥保險是有信譽度的。該通知必須註明您擁有過「有信譽度的」處方藥保險，其預計支付的金額和 Medicare 的標準處方藥計劃一樣多。
* 以下列出*不是*有信譽度的處方藥保險：處方藥折扣卡、義診、藥物折扣  
  網站。
* 有關有信譽度保險的細節，請查閱您的「*2018 年* *Medicare 與您*」手冊，或致電 Medicare 專線：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士可致電 1-877-486-2048。您可以隨時免費致電這些號碼。
* 如果您沒有有信譽度保險的時間未達連續的 63 天。
* 您正在接受 Medicare 提供的「額外補助」。

#### 第 5.4 節 如果您不同意您的 D 部分逾期參保罰金，該如何處理？

如果您不同意您的D 部分逾期參保罰金，您或您的代表可以要求審核該逾期參保罰金的決定。通常，您必須在收到信函告知您必須支付逾期參保罰金後的 **60 天內**請求此審核。致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）獲得有關如何處理的詳細資訊。

[*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*：**重要提示：**在等待 D 部分逾期參保罰金決定的審核期間，請勿停止支付逾期參保罰金。如果您停止支付，您可能會因未能支付計劃保費而遭退保。]

### 第 6 節 您是否因為收入而須支付額外的 D 部分金額？

#### 第 6.1 節 什麼情況下會因為收入而須支付額外的 D 部分金額？

大部分的人需要支付的是標準的月繳 D 部分保費。然而，部分人士因其年收入情況而需支付額外的金額。如果您是收入為 $*[insert amount]* 或以上的個人（或分開報稅的已婚人士）或 $*[insert amount]* 或以上的已婚夫婦，您必須為您的 Medicare D 部分保險直接向政府支付一筆額外的金額。

如果您需要支付一筆額外的金額，社會保障局（並非您的 Medicare 計劃）將會寄給您一封信函，告知您該筆額外金額為何，以及如何支付。這筆額外的金額將會從您的社會保障局、鐵路職工退休委員會、人事管理局的福利支票扣繳，無論您通常支付計劃保費的方式為何，除非您的每月福利不足以支付該筆額外金額。如果您的福利支票不足以支付該筆額外金額，您將會收到 Medicare 的賬單。**您必須向政府支付額外的金額。它不能與您的月繳計劃保費一同支付。**

#### 第 6.2 節 D 部分額外金額是多少？

如果您 IRS 納稅申報單上的調整後總收入 (MAGI) 超過一定的金額，您將需要在月繳計劃保費外，再支付一筆額外的金額。

下表根據收入顯示該筆額外金額。

| **如果您提交的是個人報稅表且您在** *[insert year]* **年的收入為：** | **如果您是已婚人士，但提交的是單獨報稅表且您在** *[insert year]* **年的收入為：** | **如果您提交的是合併報稅表且您在** *[insert year]* **年的收入為：** | **您每月的額外 D 部分費用（須再另外支付計劃保費）** |
| --- | --- | --- | --- |
| 等於或少於 $*[insert amount]* | 等於或少於 $*[insert amount]* | 等於或少於 $*[insert amount]* | $0 |
| 大於 $*[insert amount]* 且少於或等於 $*[insert amount]* |  | 大於 $*[insert amount]* 且少於或等於 $*[insert amount]* | *[insert amount]* |
| 大於 $*[insert amount]* 且少於或等於 $*[insert amount]* |  | 大於 $*[insert amount]* 且少於或等於 $*[insert amount]* | *[insert amount]* |
| 大於 $*[insert amount]* 且少於或等於 $*[insert amount]* | 大於 $*[insert amount]* 且少於或等於 $*[insert amount]* | 大於 $*[insert amount]* 且少於或等於 $*[insert amount]* | *[insert amount]* |
| 大於 $*[insert amount]* | 大於 $*[insert amount]* | 大於 $*[insert amount]* | *[insert amount]* |

#### 第 6.3 節 如果您不同意支付額外的 D 部分金額，該如何處理？

如果您不同意因收入而須支付的額外金額**，**您可以要求社會保障局審核該決定。有關如何處理的細節，請致電社會保障局專線 1-800-772-1213（聽障和語障人士可致電 1-800-325-0778）。

#### 第 6.4 節 如果您未支付額外 D 部分金額，將會如何？

Medicare D 部分保險的額外金額直接向政府支付（並非向 Medicare 計劃）。如果您需要支付額外的金額，但您並未支付該筆金額，則您將會被迫退出計劃，並喪失處方藥保險。

### 第 7 節 關於月繳保費的更多資訊

許多會員需要支付其他 Medicare 保費

*[Plans that include a Part B premium reduction benefit may describe the benefit within this section.]*

[*Plans with no monthly premium, omit:* 除支付月繳計劃保費之外，] 許多會員需要支付其他 Medicare 保費。如上面第 2 節中所述，為了符合我們計劃的資格，您必須符合 Medicare A 部分的資格並已參保 Medicare B 部分。為此，一些計劃會員（不符合豁免 A 部分保費資格的會員）需支付 Medicare A 部分的保費。大部分計劃會員需支付 Medicare B 部分的保費。**您必須繼續支付您的 Medicare 保費才能保留計劃的會員資格。**

*[MA-only plans, omit]* 某些人士可能會因其年收入情況而需支付額外的 D 部分費用，這部分費用被稱為「按收入每月調整保費」，縮寫為 IRMAA。如果您是收入 $*[insert amount]* 以上的個人（或分開報稅的已婚人士）或 $*[insert amount]* 以上的已婚夫婦，**您必須**為您的 Medicare D 部分保險**直接向政府（並非向 Medicare 計劃）支付一筆額外的金額。**

* **如果您需要支付額外的金額，但您並未支付該筆金額，則您將會被迫退出計劃，並喪失處方藥保險。**
* 如果您需要支付額外的金額，社會保障局**（並非您的 Medicare 計劃）**將會寄給您一封信函，告知您該筆額外金額為何。
* 有關 D 部分保費（基於收入）的更多資訊，請查閱本手冊第 1 章第 6 節。您也可以上網瀏覽 [https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/) 或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（全天候服務）。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。或者您也可致電社會保障局，電話：1-800-772-1213。聽障和語障人士應致電 1-800-325-0778。

您的*「2018 年 Medicare 與您*」在「2018 年 Medicare 費用」一節中提供有關 Medicare 保費的資訊。其中說明了對於收入不同的人士，其 Medicare B 部分 [*MA-PD plans insert:* 和 D 部分各種保費] [*MA-only plans insert:* 保費] 有何不同。Medicare 受保人每年秋季都會收到一份*「Medicare 與您」*。Medicare 的新會員會在首次註冊後一個月內收到。您也可以到 Medicare 網站 ([https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/)) 下載「*2018 年 Medicare 與您*」手冊。也可以每週 7 天，每天 24 小時，隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 預訂印刷版本。聽障和語障人士可致電 1-877-486-2048。

#### 第 7.1 節 您可以使用多種方式支付計劃保費

*[MA-only plans indicating in Section 4.1 that there is no monthly premium: Delete this section.]*

*[MA-PD plans indicating in Section 4.1 that there is no monthly premium: Rename this section, “If you pay a Part D late enrollment penalty, there are several ways you can pay your penalty,” and use the alternative text as instructed below.]*

您可以使用 *[insert number of payment options]* 種方式支付計劃保費。*[Plans must indicate how the member can inform the plan of their premium payment option choice and the procedure for changing that choice.]*

如果您決定更改支付保費的方式，新付款方法需要三個月才可生效。在我們處理您的新支付方法請求時，您有責任確保按時支付計劃保費。

[*MA-PD plans without a monthly premium: Replace the preceding two paragraphs with the following:* 若您須支付 D 部分逾期參保罰金，我們有 *[insert number of payment options]* 種罰款支付方式可供您選擇。*[Plans must indicate how the member can inform the plan of their premium payment option choice and the procedure for changing that choice.]*

如果您決定更改支付D 部分逾期參保罰金的方式，新付款方法需要三個月才可生效。在我們處理您的新支付方法請求時，您有責任確保按時支付D 部分逾期參保罰金。]

選項 1：您可以透過支票支付

*[Insert plan specifics regarding premium/penalty payment intervals (e.g., monthly, quarterly- please note that beneficiaries must have the option to pay their premiums monthly), how they can pay by check, including an address, whether they can drop off a check in person, and by what day the check must be received (e.g., the 5th of each month). It should be emphasized that checks should be made payable to the plan and not CMS nor HHS. If the plan uses coupon books, explain when they will receive it and to call Member Services for a new one if they run out or lose it. In addition, include information if you charge for bounced checks.]*

選項 2：*[Insert option type]*

*[If applicable: Insert information about other payment options. Or delete this section.*

*Include information about all relevant choices (e.g., automatically withdrawn from your checking or savings account, charged directly to your credit or debit card, or billed each month directly by the plan). Insert information on the frequency of automatic deductions (e.g., monthly, quarterly – please note that beneficiaries must have the option to pay their premiums monthly), the approximate day of the month the deduction will be made, and how this can be set up. Please note that furnishing discounts for enrollees who use direct payment electronic payment methods is prohibited.]*

選項 *[insert number]*：您可以在您的月度社會保險支票中扣除 [*plans with a premium insert:* 計劃保費] [*plans without a premium insert:* D 部分逾期參保罰金]

您可以在您的月度社會保險支票中扣除[*plans with a premium insert:* 計劃保費][*plans without a premium insert:* D 部分逾期參保罰金]。有關如何用這種方式支付 [*plans with a premium insert:* 計劃保費] [*lans without a premium insert:* 罰金] 的詳細資訊，請聯絡會員服務部。我們很樂意幫助您安排。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）

如果您在支付 [*plans with a premium insert:* 計劃保費] [*plans without a premium insert:* D 部分逾期參保罰金] 上有困難該怎麼辦

*[Plans that do not disenroll members for non-payment may modify this section as needed.]*

我們的辦公室應在 *[insert day of the month]* 之前收到您的 [*plans with a premium insert:* 計劃保費] [*plans without a premium insert:* D 部分逾期參保罰金]。如果我們在 *[insert day of the month]* 之前未收到您的 [*plans with a premium insert:* 保費] [*plans without a premium insert:* 罰金]，我們將發給您一份通知，告知您，如果我們在 *[insert length of plan grace period]* 之內未收到您的 [*plans with a premium insert:* 保費] [*plans without a premium insert:* D 部分逾期參保罰金]，您的計劃會員資格將終止。如果您需要支付 D 部分逾期參保罰金，則您必須支付該罰金才可維持您的處方藥保險。

如果您按時支付 [*plans with a premium insert:* 保費] [*plans without a premium insert:* D 部分逾期參保罰金] 有困難，請聯絡會員服務部，看看我們能否向您介紹對您支付 [*plans with a premium insert:* 計劃保費] [*plans without a premium insert:* 罰金] 有幫助的計劃。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）

如果我們因為您未支付 [*plans with a premium insert:* 計劃保費] [*plans without a premium insert:* D 部分逾期參保罰金] 而終止了您的會員資格，您將透過 Original Medicare 獲得健康保險。

[*MA-PD plans insert:* 如果我們因您未支付 [*plans with a premium insert:* 保費] [*plans without a premium insert:*D 部分逾期參保罰金] 而終止您的會員資格，且您目前沒有處方藥保險，那麼您可能不能獲得 D 部分保險，直至下一年您在年度參保期期間加入新的計劃。在年度參保期期間，您可加入單獨的處方藥計劃或同時提供藥物保險的保健計劃。（如果您未參加任何「有信譽度」的藥物保險達 63 天以上，只要您仍擁有 D 部分保險，您就可能需要支付 D 部分逾期參保罰金。）] [*Insert if applicable:* 在我們終止您的會員資格時，您可能仍欠繳 [*plans with a premium insert:* 保費] [*plans without a premium insert:* 罰金]。*[Insert one or both statements as applicable for the plan:* 我們有權追收欠繳的 [*plans with a premium insert:* 保費] [*plans without a premium insert:* 罰金]。*和/或*將來，如果您想再次加入我們的計劃（或我們提供的其他計劃），您將需要先支付逾期保費，然後才能參加。]

如果您認為我們錯誤地終止了您的會員資格，您有權透過提出投訴要求我們重新考慮此項決定。本手冊的 [*Insert as applicable:* 第 9 章 *OR* 第 7 章]，[*insert as applicable:* 第 10 節 *OR* 第 7 節] 介紹了如何提出投訴。如果您遇到自己無法控制的緊急情況並且該情況導致您無法在寬限期內支付自己的保費，您可以在 [*insert* *hours of operation*] 期間，隨時致電 [*insert* *phone number*] 要求我們重新考慮這個決定。聽障人士應致電 [*insert* *TTY number*]。您必須於會員資格終止後 60 天內提出要求。

#### 第 7.2 節 我們能否在一年中更改您的計劃月費？

**不能。**[*Plans with no premium replace next sentence with the following:* 我們不能在一年中開始收取月繳計劃保費。] 我們不能在一年中更改月繳計劃保費金額。如果明年月繳計劃保費更改，我們會在九月份告知您，並且更改將於 1 月 1 日生效。

*[MA-only plans: delete this paragraph]* 然而，在某些情況下，您需要支付的部分保費可在一年中更改。如果在一年中，您取得「額外補助」計劃資格或喪失「額外補助」計劃資格，則上述情形將可能發生。如果會員符合處方藥費用「額外補助」資格，則「額外補助」計劃將會支付部分該名會員的月繳計劃保費。在一年中喪失其資格的會員將會需要開始支付全額的月繳保費。您可以在第 2 章第 7 節查閱更多關於「額外補助」的詳情。

[*MA-PD plans with no premium replace paragraph above with the following:* 然而，在某些情況下，您可能會需要開始支付（或可能可以停止支付）逾期參保罰金。（若您連續 63 天以上未擁有任何「有信譽度」的處方藥保險，則您可能將須支付逾期參保罰金。）如果在一年中，您取得「額外補助」計劃資格或喪失「額外補助」計劃資格，則將可能發生下列情形：

* 若您目前需要支付 D 部分逾期參保罰金，但在一年之中取得了「額外補助」的資格，您將不再需要支付該筆罰款。
* 在您喪失低收入補貼（「額外補助」）的情況下，如果您未參與任何有信譽度的保險達 63 天或更長時間，您將需要繳納月度 D 部分逾期參保罰金。

您可以在第 2 章第 7 節查閱更多關於「額外補助」計劃的細節。]

### 第 8 節 請及時更新您的計劃會員記錄

#### 第 8.1 節 如何幫助確保我們所具有的關於您的資訊是準確的

*[In the heading and this section, plans should substitute the name used for this file if different from “membership record.”]*

您的會員記錄中包含您的參保表中的資訊，包括您的地址和電話號碼。它顯示您的具體計劃保險，[*insert as appropriate:*包括您的主治醫師/醫療團體/IPA]。

計劃網絡內的醫生、醫院、[*insert if applicable:* 藥房] 和其他提供者需要關於您的正確資訊。**這些網絡內提供者使用您的會員記錄來瞭解您獲承保了哪些服務** [*insert if applicable:* **和藥物**] **以及分攤費用。**因此，您及時幫我們更新您的資訊非常重要。

[*Non-network PFFS delete paragraph above and replace with:* 我們使用您的會員身分記錄上的資訊來為您提供承保，並協調您的福利與任何其他保險。因此，您及時幫我們更新您的資訊非常重要。]

請告知我們以下變化：

* 您的姓名、地址或電話號碼的變化
* 您的任何其他醫療保險承保的變化（例如您的僱主、配偶的僱主、勞工賠償或 Medicaid 提供的保險）
* 如果您有任何責任險賠付要求，例如源自車禍的賠付要求
* 如果您已進入一家療養院
* 如果您從服務區域外 [*insert if applicable:* 或網絡外] 的醫院或急診室接受治療。
* 如果您指定的責任方（例如護理者）發生了變化
* 如果您要參與臨床研究

如果上述任何資訊發生更改，請致電會員服務部告知我們（電話號碼印在本手冊封底）。*[Plans that allow members to update this information on-line may describe that option here.]*

如果您搬遷或更改郵寄地址，請務必聯絡社會保障局，這一點也非常重要。社會保障局的電話號碼及聯絡資訊列於第 2 章第 5 節。

請閱讀我們發送給您的有關您的任何其他保險承保的資訊

*[Plans collecting information by phone revise heading and section as needed to reflect process.]* 根據 Medicare 要求，我們應從您那裡收集有關您的任何其他醫療或藥品保險承保的資訊。那是因為我們必須將您其他保險與您根據我們的計劃獲得的福利相協調。（有關在您擁有其他保險時我們的保險如何運作的詳細資訊，請參見本章第 7 節。）

我們會每年給您發一封信，列出我們所瞭解的任何其他醫療 [*insert if applicable:* 或藥物] 保險承保情況。請仔細通讀該資訊。如果資訊正確，您無需採取任何措施。如果資訊不正確，或者如果您有其他保險未列出，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

### 第 9 節 我們為您的個人健康資訊保密

#### 第 9.1 節 我們確保您的健康資訊會受到保護

聯邦和州法律保護您醫療記錄與個人健康資訊的隱私。我們按照此類法律的規定，保護您的個人健康資訊。

有關我們如何保護您的個人健康資訊的詳細資訊，請查閱本手冊 [*insert as applicable:* 第 8 章 *OR* 第 6 章] 第 1.4 節。

### 第 10 節 其他保險如何與我們的計劃配合運作

#### 第 10.1 節 當您有其他保險時，哪項計劃先支付？

當您有其他保險（如僱主團體健康保險）時，Medicare 設定了一些規則來確定是我們的計劃還是您的其他保險先支付。先支付的保險稱作「主要付費者」，並且最多支付其承保限額。第二支付的保險稱作「輔助付費者」，只支付主要保險未支付的費用。輔助付費者可能並不支付主要付費者未支付的所有費用。

以下規則適用於僱主或工會團體保健計劃保險：

* 如果您有退休保險，Medicare 先支付。
* 如果您的團體保健計劃保險以您或家庭成員的當前工作為基礎，誰先支付則取決於您的年齡、僱主僱用的員工數以及您是否有基於年齡、殘障或晚期腎病 (ESRD) 的 Medicare：
* 如果您未滿 65 歲且殘疾，您或您的家庭成員仍在工作，並且僱主的員工數多於等於 100 人或多個僱主計劃中至少一家僱主的員工數多於 100 人，則您的團體保健計劃先支付。
* 如果您已過 65 歲、您或您的配偶仍在工作，並且僱主的員工數多於等於 20 人，或多個僱主計劃中至少一家僱主的員工數多於 20 人，則您的團體保健計劃先支付。
* 如果您因 ESRD 而享有 Medicare，在您符合 Medicare 條件後您的團體保健計劃將先支付前 30 個月。

以下類型的保險通常先支付其相關服務的費用：

* 無過失保險（包括汽車保險）
* 責任險（包括汽車保險）
* 煤塵肺補助
* 勞工賠償

對於 Medicare 承保的服務，Medicaid 與 TRICARE 不會先支付。他們只會在 Medicare、僱主團體保健計劃和/或 Medigap 支付之後進行支付。

如果您有其他保險，請告知您的醫生、醫院和藥房。如果您對誰先支付有疑問或您需要更新您的其他保險資訊，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。您可能需要將您的計劃會員 ID 號提供給您的其他保險商（在您確認其身份之後），以便按時正確支付您的賬單。

第 2 章

重要的電話號碼和資源

## 第 2 章. 重要的電話號碼和資源

[第 1 節 *[Insert 2018 plan name]* 聯絡方式（如何聯絡我們，  
包括如何聯絡計劃的會員服務部） 28](#_Toc485818289)

[第 2 節 Medicare（如何從聯邦 Medicare 計劃直接獲取幫助和資訊） 34](#_Toc485818290)

[第 3 節 州健康保險援助計劃（關於 Medicare 的問題，  
免費為您提供回答、資訊和幫助） 36](#_Toc485818291)

[第 4 節 品質改進機構（由 Medicare 出資，檢查 Medicare 受保人獲得的護理的品質） 37](#_Toc485818292)

[第 5 節 社會保障局 38](#_Toc485818293)

[第 6 節 Medicaid（一項聯邦與州聯合計劃，幫助某些收入和資源有限的人士支付醫療費用） 38](#_Toc485818294)

[第 7 節 與協助支付處方藥的計劃有關的資訊 40](#_Toc485818295)

[第 8 節 如何聯絡鐵路職工退休委員會 43](#_Toc485818296)

[第 9 節 您是否有「團體保險」或僱主提供的其他健康保險？ 44](#_Toc485818297)

### 第 1 節 *[Insert 2018 plan name]* 聯絡方式 （如何聯絡我們，包括如何聯絡計劃的會員服務部）

如何聯絡我們計劃的會員服務部

要獲取關於賠付要求、賬單或會員卡問題方面的幫助，請致電或寫信給 *[insert 2018 plan name]* 會員服務部。我們很樂意為您提供幫助。

| 方法 | 會員服務部 － 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number(s)]*  撥打此號碼是免費的。*[Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.]*  會員服務部還為不說英語的人士提供免費的翻譯服務。 |
| **聽障/語障專線** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:*此號碼需使用專用電話設備撥打，且僅適用於聽障或語障人士。]  撥打該電話是 [*insert if applicable:* 不是] 免費的。*[Insert days and hours of operation.]* |
| **傳真** | *[Optional: insert fax number]* |
| **寫信** | *[Insert address]*  *[Note: plans may add email addresses here.]* |
| **網站** | *[Insert URL]* |

*[Note: If your plan uses the same contact information for the Part C and Part D issues indicated below, you may combine the appropriate sections and revise the section titles and paragraphs as needed.]*

要求就您的醫療護理作出承保範圍裁決時，如何聯絡我們

承保範圍裁決是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您的醫療服務支付的金額所作出的裁決。有關請求關於您的醫療護理的承保範圍裁決的詳細資訊，請參見 [*insert as applicable:* 第 7 章 *OR* 第 9 章]（*遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴）*）。

如果您對我們的承保範圍裁決流程有疑問，可以給我們打電話。

| 方法 | 醫療護理的承保範圍裁決 － 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number]*  撥打該電話是 [*insert if applicable:* 不是] 免費的。*[Insert days and hours of operation][Note: You may also include reference to 24-hour lines here.][Note: If you have a different number for accepting expedited organization determinations, also include that number here.]* |
| **聽障/語障專線** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:*此號碼需使用專用電話設備撥打，且僅適用於聽障或語障人士。]  撥打該電話是 [*insert if applicable:* 不是] 免費的。*[Insert days and hours of operation][Note: If you have a different TTY number for accepting expedited organization determinations, also include that number here.]* |
| **傳真** | *[Optional: insert fax number][Note: If you have a different fax number for accepting expedited organization determinations, also include that number here.]* |
| **寫信** | *[Insert address][Note: If you have a different address for accepting expedited organization determinations, also include that address here.]* |
| **網站** | *[Optional: Insert URL]* |

就您的醫療護理進行上訴時，如何聯絡我們

上訴是指要求我們審核並更改我們已作出的承保範圍裁決的正式方式。有關就您的醫療護理進行上訴的詳細資訊，請參見 [*insert as applicable:* 第 7 章 *OR* 第 9 章]*（遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴））*。

| 方法 | 就醫療護理進行上訴 － 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number]*  撥打該電話是 [*insert if applicable:* 不是] 免費的。*[Insert days and hours of operation] [Note: You may also include reference to 24-hour lines here.][Note: If you have a different number for accepting expedited appeals, also include that number here.]* |
| **聽障/語障專線** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:*此號碼需使用專用電話設備撥打，且僅適用於聽障或語障人士。]  撥打該電話是 [*insert if applicable:* 不是] 免費的。*[Insert days and hours of operation][Note: If you have a different TTY number for accepting expedited appeals, also include that number here.]* |
| **傳真** | *[Optional: insert fax number][Note: If you have a different fax number for accepting expedited appeals, also include that number here.]* |
| **寫信** | *[Insert address][Note: If you have a different address for accepting expedited appeals, also include that address here.]* |
| **網站** | *[Optional: Insert URL]* |

就您的醫療護理進行投訴時，如何聯絡我們

您可以就我們或我們的網絡內提供者之一進行投訴，包括投訴您獲得的護理品質。該類型的投訴不涉及承保或付款爭議。（如果您的問題與計劃的承保範圍或付款有關，應查看上面關於進行上訴的章節。）有關就您的醫療護理提出投訴的詳細資訊，請參見 [*insert as applicable:* 第 7 章 *OR* 第 9 章]*（遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴））*。

| 方法 | 就醫療護理進行投訴 － 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number]*  撥打該電話是 [*insert if applicable:* 不是] 免費的。*[Insert days and hours of operation][Note: You may also include reference to 24-hour lines here.][Note: If you have a different number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **聽障/語障專線** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:*此號碼需使用專用電話設備撥打，且僅適用於聽障或語障人士。]  撥打該電話是 [*insert if applicable:* 不是] 免費的。*[Insert days and hours of operation][Note: If you have a different TTY number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **傳真** | *[Optional: insert fax number][Note: If you have a different fax number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **寫信** | *[Insert address][Note: If you have a different address for accepting expedited grievances, also include that address here.]* |
| **MEDICARE  網站** | 您可直接向 Medicare 提出有關 *[insert 2018 plan name]* 的投訴。 要向 Medicare 提交在線投訴，請瀏覽 <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>。 |

當您請求有關您的 D 部分處方藥的承保範圍裁決時，如何聯絡我們

*[Note: MA-only plans may delete this section.]*

承保範圍裁決是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您計劃包含的 D 部分福利所承保處方藥支付的金額所作出的裁決。有關請求關於您的 D 部分處方藥的承保範圍裁決的詳細資訊，請參見第 9 章（*遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴）*）。

| 方法 | D 部分處方藥的承保範圍裁決 － 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number]*  撥打該電話是 [*insert if applicable:* 不是] 免費的。*[Insert days and hours of operation][Note: You may also include reference to 24-hour lines here.][Note: If you have different numbers for accepting standard and expedited coverage determinations, include both numbers here.]* |
| **聽障/語障專線** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:*此號碼需使用專用電話設備撥打，且僅適用於聽障或語障人士。]  撥打該電話是 [*insert if applicable:* 不是] 免費的。*[Insert days and hours of operation][Note: If you have different TTY numbers for accepting standard and expedited coverage determinations, include both numbers here.]* |
| **傳真** | *[Insert fax number][Note: If you have different fax numbers for accepting standard and expedited coverage determinations, include both numbers here.]* |
| **寫信** | *[Insert address][Note: If you have different addresses for accepting standard and expedited coverage determinations, include both addresses here.]* |
| **網站** | *[Insert URL]* |

當您就 D 部分處方藥進行上訴時，如何聯絡我們

*[Note: MA-PD plans may delete this section.]*

上訴是指要求我們審核並更改我們已作出的承保範圍裁決的正式方式。有關就您的 D 部分處方藥進行上訴的詳細資訊，請參閱第 9 章（*遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴）*）。

| 方法 | 就 D 部分處方藥進行上訴 － 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number]*  撥打該電話是 [*insert if applicable:* 不是] 免費的。*[Insert days and hours of operation][Note: You may also include reference to 24-hour lines here.][Note: You are required to accept expedited appeal requests by phone, and may choose to accept standard appeal requests by phone. If you choose to accept standard appeal requests by phone and you have different numbers for accepting standard and expedited appeals, include both numbers here.]* |
| **聽障/語障專線** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* 此號碼需使用專用電話設備撥打，且僅適用於聽障或語障人士。]  撥打該電話是 [*insert if applicable:* 不是] 免費的。*[Insert days and hours of operation][Note: You are required to accept expedited appeal requests by phone, and may choose to accept standard appeal requests by phone. If you choose to accept standard appeal requests by phone and you have different TTY numbers for accepting standard and expedited appeals, include both numbers here.]* |
| **傳真** | *[Insert fax number][Note: If you have different fax numbers for accepting standard and expedited appeals, include both numbers here.]* |
| **寫信** | *[Insert address][Note: If you have different addresses for accepting standard and expedited appeals, include both addresses here.]* |
| **網站** | *[Insert URL]* |

當您就 D 部分處方藥進行投訴時，如何聯絡我們

*[Note: MA-only plans may delete section.]*

您可以就我們或我們的網絡內藥房之一進行投訴，包括投訴您獲得的護理品質。該類型的投訴不涉及承保或付款爭議。（如果您的問題與計劃的承保範圍或付款有關，應查看上面關於進行上訴的章節。）有關就您的 D 部分處方藥進行投訴的詳細資訊，請參閱第 9 章（*遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴）*）。

| 方法 | 就 D 部分處方藥進行投訴 － 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number]*  撥打該電話是 [*insert if applicable:* 不是] 免費的。*[Insert days and hours of operation][Note: You may also include reference to 24-hour lines here.][Note: If you have different numbers for accepting standard and expedited grievances, include both numbers here.]* |
| **聽障/語障專線** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:*此號碼需使用專用電話設備撥打，且僅適用於聽障或語障人士。]  撥打該電話是 [*insert if applicable:* 不是] 免費的。*[Insert days and hours of operation][Note: If you have different TTY numbers for accepting standard and expedited grievances, include both numbers here.]* |
| **傳真** | *[Optional: insert fax number][Note: If you have different fax numbers for accepting standard and expedited grievances, include both numbers here.]* |
| **寫信** | *[Insert address][Note: If you have different addresses for accepting standard and expedited grievances, include both addresses here.]* |
| **MEDICARE  網站** | 您可直接向 Medicare 提出有關 *[insert 2018 plan name]* 的投訴。 要向 Medicare 提交在線投訴，請瀏覽 <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>。 |

如要我們就您已獲得的醫療護理 [*insert if applicable:* 或藥物] 支付我們應承擔的費用，  
應將請求遞交至何處

有關您要求我們報銷或償付您醫療服務提供者的帳單的詳細資訊，請參見 [*insert as applicable:* 第 5 章 *OR* 第 7 章]（*要求我們對您的承保醫療服務帳單支付我們應承擔的費用*[*insert if applicable: or drugs*]）。

**請注意：**如果您向我們發送付款請求，而我們拒絕您任何部分的請求，您都可以上訴我們的決定。請參見 [*insert as applicable:* 第 7 章 *OR* 第 9 章]*（遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴））*，瞭解詳細資訊。

*[Plans with different addresses and/or numbers for Part C and Part D claims may modify the table below or add a second table as needed.]*

| 方法 | 付款請求 － 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Optional: Insert phone number and days and hours of operation][Note: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by phone.]*  撥打此號碼是 [*insert if applicable:* 不是] 免費的。 |
| **聽障/語障專線** | *[Optional: Insert number][Note: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by phone.]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* 此號碼需使用專用電話設備撥打，且僅適用於聽障或語障人士。]  撥打此號碼是 [*insert if applicable:* 不是] 免費的。*[Insert days and hours of operation]* |
| **傳真** | *[Optional: Insert fax number][Note: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by fax.]* |
| **寫信** | *[Insert address]* |
| **網站** | *[Insert URL]* |

### 第 2 節 Medicare （如何從聯邦 Medicare 計劃直接獲取幫助和資訊）

Medicare 是適用於年滿 65 歲或以上的人士、某些 65 歲以下的殘障人士以及患有晚期腎病（需要透析或腎移植的永久性腎衰竭）的人士的聯邦健康保險計劃。

負責 Medicare 的聯邦機構是 Medicare 與 Medicaid 服務中心（有時稱為「CMS」）。該機構與 Medicare Advantage 計劃組織（包括我們在內）簽有合約。

| 方法 | Medicare － 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | 1-800-MEDICARE 或 1-800-633-4227  撥打此號碼是免費的。  全天候服務。 |
| **聽障/語障專線** | 1-877-486-2048  撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。  撥打此號碼是免費的。 |
| **網站** | [https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/)  這是 Medicare 的官方政府網站。它為您提供有關 Medicare 和當前 Medicare 問題的最新資訊。它也提供有關醫院、療養院、內科醫生、居家護理機構和透析設施的資訊。它提供了手冊，您可以從電腦直接列印。您也可找到您所在州的 Medicare 聯絡資訊。  Medicare 網站還包含以下工具，提供有關您的 Medicare 資格和註冊選項的詳細資訊：   * **Medicare 資格工具：**提供 Medicare 資格狀態資訊。 * **Medicare 計劃搜尋器：**提供關於您所在區域中可用 Medicare 處方藥計劃、Medicare 保健計劃和 Medigap（Medicare 補充保險）政策的個性化資訊。這些工具可為您*估計*在各個 Medicare 計劃中您的自付費用可能是多少。   您也可使用網站將您對 *[insert 2018 plan name]* 的任何投訴告訴 Medicare：   * **將您的投訴告訴 Medicare：**您可直接向 Medicare 提出有關 *[insert  2018 plan name]* 的投訴。若要向 Medicare 提交投訴，請瀏覽  <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>。 Medicare 會認真對待您的投訴，並且會運用這些資訊協助改進 Medicare 計劃的品質。   如果您沒有電腦，您當地的圖書館或長者中心可能有電腦，他們可以幫您瀏覽此網站。或者，您也可以致電 Medicare ，告知您想查找的資訊。他們會在網站上查找資訊、列印出來並寄送給您。（您可隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。） |

### 第 3 節 州健康保險援助計劃 （關於 Medicare 的問題，免費為您提供回答、資訊和幫助）

[*Organizations offering plans in multiple states: Revise the second and third paragraphs in this section to use the generic name (“State Health Insurance Assistance Program” or “SHIP”), and include a list of names, phone numbers, and addresses for all SHIPs in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list information for all states in which the plan is filed, and should make reference to that exhibit below.*]

州健康保險援助計劃 (SHIP) 是一項政府計劃，在每個州都有受過專業訓練的顧問。*[Multiple-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find SHIP information.][Multiple-state plans inserting information in the EOC add:*以下是我們提供服務的每個州的州健康保險援助計劃清單：] *[Multiple-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* 在 *[insert state]*，SHIP 稱為 *[insert state-specific SHIP name]*。

*[Insert state-specific SHIP name]* 是獨立的計劃（它與任何保險公司或保健計劃都沒有關係）。它是一個由聯邦政府出資為 Medicare 受保人提供本地免費健康保險諮詢的州  
計劃。

*[Insert state-specific SHIP name]* 顧問可以幫助您解決 Medicare 方面的疑問或問題。他們可以幫您瞭解您的 Medicare 權利，幫您就您的醫療護理或治療進行投訴，並幫您解決與您的 Medicare 賬單有關的問題。*[Insert state-specific SHIP name]* 顧問還可以幫助您瞭解您的 Medicare 計劃選擇並回答有關轉換計劃的問題。

| 方法 | [*Insert state-specific SHIP name][If the SHIP’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]* SHIP)] － 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **聽障/語障專線** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* 此號碼需使用專用電話設備撥打，且僅適用於聽障或語障人士。] |
| **寫信** | *[Insert address]* |
| **網站** | *[Insert URL]* |

### 第 4 節 品質改進機構 （由 Medicare 出資，檢查 Medicare 受保人獲得的護理的品質）

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise the second and third paragraphs of this section to use the generic name (“Quality Improvement Organization”) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all QIOs in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list the QIOs in all states, or in all states in which the plan is filed, and should make reference to that exhibit below.]*

各州均有指定的品質改進機構為 Medicare 受益人提供服務。*[Multi-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find QIO information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* 以下是我們提供服務的每個州的品質改進機構清單：] *[Multi-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* *[insert state]* 的品質改進機構稱為 *[insert state-specific QIO name]*。

*[Insert state-specific QIO name]* 是由聯邦政府資助的醫生及其他醫療保健專業人員組成的團體。該機構由 Medicare 出資，檢查 Medicare 受保人獲得的護理的品質並幫助改進。*[Insert state-specific QIO name]* 是一個獨立組織，它與我們的計劃無關。

在以下任何一種情形下，您均應聯絡 *[insert state-specific QIO name]*：

* 您要投訴護理的品質。
* 您認為您的住院承保結束得太早。
* 您認為您的居家護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務的承保結束得太早。

| 方法 | *[Insert state-specific QIO name]* [*If the QIO’s name does not include the name of the state, add:（[insert state name]*品質改進機構）] － 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **聽障/語障專線** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the QIO uses a direct TTY number:* 此號碼需使用專用電話設備撥打，且僅適用於聽障或語障人士。] |
| **寫信** | *[Insert address]* |
| **網站** | *[Insert URL]* |

### 第 5 節 社會保障局

社會保障局負責確定資格以及處理 Medicare 註冊事宜。年滿 65 歲、殘障或患有晚期腎病並滿足某些條件的美國公民符合 Medicare 計劃的條件。如果您已獲得社會保險支票，您則自動註冊加入 Medicare 。如果您未獲得社會保險支票，則您必須註冊參保 Medicare 計劃。社會保障局處理 Medicare 的註冊過程。要申請加入 Medicare ，您必須致電社會保障局或訪問您當地的社會保障辦事處。

*[MA-only plans, omit]* 社會保障局也負責決定是否因高收入而需要為 D 部分藥物保險支付額外的金額。如果您收到社會保障局寄給您的信函，告知您需要支付額外的金額，而您對該筆金額有疑問或您的收入因改變人生的事件而減少，您可以致電社會保障局要求重新  
考量。

如果您搬遷或更改郵寄地址，請聯絡社會保障局以告知他們此事，這一點非常重要。

| 方法 | 社會保障局 － 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | 1-800-772-1213  撥打此號碼是免費的。  服務時間：週一至週五早上 7:00 至晚上 7:00。  您可以使用社會保障局的自動電話服務隨時獲取記錄的資訊及進行某些業務。 |
| **聽障/語障專線** | 1-800-325-0778  撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。  撥打此號碼是免費的。  服務時間：週一至週五早上 7:00 至晚上 7:00。 |
| **網站** | <https://www.ssa.gov/> |

### 第 6 節 Medicaid （一項聯邦與州聯合計劃，幫助某些收入和資源有限的人士支付醫療費用）

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to include a list of agency names, phone numbers, days and hours of operation, and addresses for all states in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list Medicaid information in all states or in all states in which the plan is filed and should make reference to that exhibit below.]*

*[Plans may adapt this generic discussion of Medicaid to reflect the name or features of the Medicaid program in the plan’s state or states.]*

Medicaid 是一項聯邦與州政府的聯合計劃，幫助為某些收入和資源有限的人士支付醫療費用。某些 Medicare 受保人也符合 Medicaid 的資格。

此外，Medicaid 提供一些其他計劃，幫助 Medicare 受保人支付其 Medicare 費用，比如 Medicare 保費。「Medicare 節省計劃」每年都能幫助收入與資源有限的人士省錢：

* **符合條件的 Medicare 受益人 (QMB)：**幫助支付 Medicare A 部分和 B 部分保費及其他分攤費用（如自付扣除金、共同保險和定額手續費）。（某些 QMB 受保人也符合享受完整 Medicaid 福利的條件 (QMB+)。）
* **特定低收入 Medicare 受益人 (SLMB)：**幫助支付 B 部分保費。（某些 SLMB 受保人也符合享受完整 Medicaid (SLMB+) 福利的條件。）
* **符合條件的個人 (QI)：**幫助支付 B 部分保費。
* **符合條件的有殘障但仍在工作的個人 (QDWI)：**幫助支付 A 部分保費。

若要瞭解更多關於 Medicaid 及其計劃的資訊，請聯絡 *[insert state-specific Medicaid agency]*。

| 方法 | *[Insert state-specific Medicaid agency]* [*If the agency’s name does not include the name of the state, add:（[insert state name]*的 Medicaid 計劃] － 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **聽障/語障專線** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the state Medicaid program uses a direct TTY number:* 此號碼需使用專用電話設備撥打，且僅適用於聽障或語障人士。] |
| **寫信** | *[Insert address]* |
| **網站** | *[Insert URL]* |

### 第 7 節 與協助支付處方藥的計劃有關的資訊

*[Note: MA-only plans may delete this section.]*

Medicare 的「額外補助」計劃

Medicare 提供「額外補助」來為收入與資源有限之人士支付處方藥的費用。資源包含您的儲蓄與股票，但不包含您的住宅或汽車。如果您符合資格，您可以取得協助來支付任何 Medicare 藥物計劃月繳保費、年度自付扣除金，以及處方藥定額手續費。此「額外補助」同時也可計入您的自付費用中。

收入與資源有限的人士將可能符合「額外補助」資格。部分人士將自動符合「額外補助」資格，無需經過申請。Medicare 將寄送一封信函給自動符合「額外補助」資格的人士。

您可能可以取得「額外補助」來支付您的處方藥保費與費用。要瞭解自己是否符合獲得「額外補助」的資格，請致電：

* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士可致電 1-877-486-2048（全天候  
  服務）；
* 社會保障辦事處，電話 1-800-772-1213，服務時間：早上 7 點至晚上 7 點，週一至週五。聽障和語障人士應致電 1-800-325-0778（提出申請）；或
* 您的州 Medicaid 辦公室（提出申請）。（聯絡資訊請參見本章第 6 節。）

如果您認為您符合「額外補助」資格，且您認為您目前在藥房購買處方藥時支付的分攤費用金額有誤，我們的計劃設有一個程序，可允許您請求協助來取得正確定額手續費等級的證明，或如果您已有證明，則可允許您將此證明提供給我們。

* *[Note: Insert plan’s process for allowing beneficiaries to request assistance with obtaining best available evidence, and for providing this evidence.]*
* 當我們收到表明您定額手續費等級的證明時，我們將會更新系統，讓您下次在藥房取得處方藥時可以支付正確的定額手續費。如果您多付了定額手續費，我們將會向您報銷。我們會給您一張價值等同於您多付之金額的支票，或者我們將會用該金額抵消未來的定額手續費。如果該藥房尚未向您收取定額手續費，並將您的定額手續費視作您所欠下的款項，則我們可能會直接向該藥房付款。如果州代表您支付了款項，則我們可能會直接向該州付款。如果您有疑問，請聯絡會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

[*Plans in U.S. Territories, replace the Extra Help section with the following language if the EOC is used for plans only in the U.S. Territories. Add the following language to the Extra Help section if the EOC is used for plans in the U.S Territories and mainland regions:*波多黎各、美屬維爾京群島、關島、北馬里亞納群島和美屬薩摩亞設有多項計劃，以幫助收入及資源有限的人士支付 Medicare 費用。這些地區的計劃各不相同。請致電您當地的醫療補助 (Medicaid) 辦公室，以瞭解這些計劃的規定詳情（電話號碼載於本章第 6 節）。您也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（全天候服務）聯絡 Medicaid 以瞭解更多資訊。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。您還可瀏覽 [https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/)，瞭解更多  
資訊。]

Medicare 承保缺口折扣計劃

Medicare 承保缺口折扣計劃提供原廠藥製造商折扣給達到承保缺口且尚未接受「額外補助」的 D 部分參保人。對於原廠藥，製造商提供的 50% 折扣不包括缺口階段藥物的配藥費。參保人須為原廠藥支付 35% 的議定價格和部分配藥費。

如果您達到了承保缺口，則當您的藥房就處方藥向您收費時我們將自動適用該折扣，而您的 D 部分福利說明（D 部分 EOB）將會顯示任何已提供的折扣。您支付的金額和製造商折扣的金額皆如同已由您支付一般計入您的自付費用，並使您通過承保缺口。由計劃支付的金額 (10%) 並不計入您的自付費用。

您也將取得副廠藥的部分承保。如果您達到了承保缺口，則計劃將支付 56% 的副廠藥價格，而您將支付剩下的 44% 價格。對於副廠藥，由計劃支付的金額 (56%) 並不計入您的自付費用。只有您支付的金額才被計算在內，並使您通過承保缺口。此外，配藥費也作為藥物費用的一部分計入。

[*Insert if the plan offers additional coverage in the gap:* Medicare 承保缺口折扣計劃於全國範圍提供。由於 *[insert 2018 plan name]* 在承保缺口階段提供了額外的缺口承保，因此您的自付費用有時將會低於此處所述的費用。有關您承保缺口階段的承保細節，請查閱第 6 章第 6 節。]

[*Insert if the plan does not have a coverage gap:*Medicare 承保缺口折扣計劃於全國範圍提供。由於 *[insert 2018 plan name]* 沒有承保缺口，因此此處所列的折扣對您不適用。

取而代之的是，計劃會在您符合災難承保階段的資格之前，繼續以您的常規分攤費用金額承保您的藥物。有關您初始承保階段的承保細節，請查閱第 6 章第 5 節。] 如果對您正在使用藥物的可用折扣或對 Medicare 承保缺口折扣計劃的大體情況有任何疑問，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

**如果您獲州政府醫藥補助計劃 (SPAP) 承保會怎樣？**

*[Plans without an SPAP in their state(s), should delete this section.]*

如果您參加州政府醫藥補助計劃 (SPAP) 或提供 D 部分藥物承保的任何其他計劃（「額外補助」除外），對於承保的品牌藥，您仍可以獲得 50% 的折扣。本計劃還會在承保缺口階段為原廠藥支付 10% 的費用。本計劃提供的 50% 的折扣和所支付的 10% 的費用，適用於任何 SPAP 或其他保險償付之前的藥物價格。

**如果您獲 AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 承保會怎樣？什麼是 AIDS Drug Assistance Program (ADAP)？**

AIDS 藥物協助計劃 (ADAP)可以幫助符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 患者獲取挽救生命的 HIV 藥物。同樣受 ADAP 承保的 Medicare D 部分處方藥有資格獲得處方藥分攤費用補助 *[insert State-specific ADAP information]*。註：如要符合參加所在州的 ADAP 的資格，您必須滿足特定條件，包括能夠提供所在州的居住證明和 HIV 患病狀況證明、符合州規定的低收入標準的證明，以及未獲承保/承保不足的證明。

如果您現在正在參加 ADAP，則它可繼續就 ADAP 處方藥一覽表上的藥物為您提供 Medicare D 部分處方藥分攤費用補助。為確保您繼續獲得此項補助，如果您的 Medicare D 部分計劃名稱或保單編號發生任何變化，請通知您當地負責參保事宜的 ADAP 工作人員。*[Insert State-specific ADAP contact information.]*

如需瞭解關於資格標準、承保藥物或如何參加該計劃的資訊，請致電 *[insert State-specific ADAP contact information]。*

**如果您取得 Medicare 的「額外補助」來協助支付您的處方藥費用，將怎樣？您是否可以取得折扣？**

否。如果您取得了「額外補助」，則您已經在承保缺口期間擁有處方藥費用的承保。

**當您認為自己應該獲得折扣時但沒有獲得，應該怎麼辦？**

如果您認為您已達到承保缺口，但在您支付原廠藥時仍未取得折扣，您應檢查下次的 *D 部分福利說明*（D 部分 EOB）通知。如果折扣並未顯示在您的 *D 部分福利說明*上，您應聯絡我們，以確定您的處方藥記錄是否正確且有及時更新。如果我們不同意您有被拖欠折扣，您可以提出上訴。您可透過州健康保險援助計劃 (SHIP)（電話號碼列於本章第 3 節）或隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 獲得提出上訴方面的協助。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。

州政府醫藥補助計劃

*[Plans without an SPAP in their state(s), should delete this section.]*

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to include a list of SPAP names, phone numbers, and addresses for all states in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list the SPAPs in all states or in all states in which the plan is filed and should make reference to that exhibit below.]*

很多州都設有州政府醫藥補助計劃，以根據財務需求、年齡、身體狀況或殘障程度協助某些人士支付處方藥費用。每個州向計劃會員提供藥物承保的規則各不相同。

*[Multiple-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find SPAP information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:*以下是我們提供服務的每個州的州政府醫藥補助計劃清單：] *[Multi-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* 在 *[insert state name]*，州政府醫藥補助計劃是 *[insert state-specific SPAP name]*。

| 方法 | *[Insert state-specific SPAP name]* [*If the SPAP’s name does not include the name of the state, add:（[insert state name]*的州政府醫藥補助計劃）] － 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **聽障/語障專線** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SPAP uses a direct TTY number:* 此號碼需使用專用電話設備撥打，且僅適用於聽障或語障人士。] |
| **寫信** | *[Insert address]* |
| **網站** | *[Insert URL]* |

### 第 8 節 如何聯絡鐵路職工退休委員會

鐵路職工退休委員會是獨立的聯邦機構，管理國家鐵路工作人員及其家庭成員的綜合福利計劃。如果對於您透過鐵路職工退休委員會獲得的福利有疑問，請聯絡該機構。

如果您透過鐵路職工退休委員會獲取 Medicare 福利，當您搬遷或更改郵寄地址時通知其更改相關資訊，這一點非常重要。

| 方法 | 鐵路職工退休委員會 － 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | 1-877-772-5772  撥打此號碼是免費的。  服務時間：週一至週五上午 9:00 到下午 3:30  如果您有按鍵電話，那麼可以隨時獲取記錄資訊與自動服務，包括週末與節假日。 |
| **聽障/語障專線** | 1-312-751-4701  撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。  撥打該電話*不是*免費的。 |
| **網站** | <https://secure.rrb.gov/> |

### 第 9 節 您是否有「團體保險」或僱主提供的其他健康保險？

如果您（或您的配偶）因本計劃而從您的（或您配偶的）僱主處或退休人士團體處獲得福利，在您有任何疑問時，請致電僱主/工會福利管理員或會員服務部。您可以諮詢有關您的（您配偶的）僱主或退休人士健康福利、保費或註冊期的問題。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）您亦可致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227；聽障/語障專線：  
1-877-486-2048），諮詢與您在本計劃下享有的 Medicare 承保範圍有關的問題。

*[Plans without Part D coverage delete this paragraph]* 如果您有透過您的（或您配偶的）僱主或退休人士團體取得其他處方藥保險，請聯絡**該團體的福利管理員**。該名福利管理員將可協助您確定您目前的處方藥保險是否適合我們的計劃。

第 3 章

使用本計劃承保您的醫療服務

## 第 3 章. 使用本計劃承保您的醫療服務

[第 1 節 作為我們計劃的會員，來獲得醫療護理的承保需要瞭解的事項 47](#_Toc485818855)

[第 1.1 節 什麼是 [*for partial or full network PFFS insert:*「網絡內提供者」和]「承保服務」？ 47](#_Toc485818856)

[第 1.2 節 獲得本計劃所承保醫療護理的基本規定 47](#_Toc485818857)

[第 2 節 使用本計劃網絡內的提供者獲得醫療護理 50](#_Toc485818858)

[第 2.1 節 如何從網絡內提供者處獲得護理 50](#_Toc485818859)

[第 3 節 如何在需要緊急醫療或急症治療護理時或在災難期間獲得承保  
服務 51](#_Toc485818860)

[第 3.1 節 在發生緊急醫療情況時獲得護理 51](#_Toc485818861)

[第 3.2 節 獲得急症治療服務 52](#_Toc485818862)

[第 3.3 節 災難期間獲取護理 52](#_Toc485818863)

[第 4 節 如果您直接收到承保服務全部費用的賬單，該如何處理？ 53](#_Toc485818864)

[第 4.1 節 您可以要求我們支付我們對承保服務應承擔的費用 53](#_Toc485818865)

[第 4.2 節 如果我們的計劃不承保服務，您必須支付全部費用 53](#_Toc485818866)

[第 5 節 參加「臨床研究」時，您的醫療服務如何獲得承保？ 54](#_Toc485818867)

[第 5.1 節 什麼是「臨床研究」？ 54](#_Toc485818868)

[第 5.2 節 參與臨床研究時，如何分攤費用？ 54](#_Toc485818869)

[第 6 節 有關在「宗教性非醫療保健機構」獲得承保護理的規定 55](#_Toc485818870)

[第 6.1 節 什麼是「宗教性非醫療保健機構」？ 55](#_Toc485818871)

[第 6.2 節 我們的計劃會承保宗教性非醫療保健機構提供的哪些護理？ 56](#_Toc485818872)

[第 7 節 對擁有耐用醫療設備的規定 56](#_Toc485818873)

[第 7.1 節 根據我們的計劃，您是否能在一定次數的付款後  
擁有耐用醫療設備？ 56](#_Toc485818874)

### 第 1 節 作為我們計劃的會員，來獲得醫療護理的承保需要瞭解的事項

本章介紹有關使用本計劃承保您的醫療護理所需要瞭解的事項。其中提供了一些術語的定義，並介紹了要讓本計劃承保您的醫療、服務和其他醫療護理，您需要遵守的一些規定。

有關我們計劃所承保醫療護理以及獲得此護理時您應支付的費用的詳情，請參見第 4 章（*醫療福利表，承保範圍與支付費用*）中的福利表。

#### 第 1.1 節 什麼是 [*for partial or full network PFFS insert:*「網絡內提供者」和]「承保服務」？

以下提供了一些定義，可幫助您瞭解作為本計劃的會員，您如何獲得為您承保的護理和服務：

* **「提供者」**是經州許可的，提供醫療服務和護理的醫生以及其他醫療保健專業人員。「提供者」一詞還包含醫院以及其他醫療保健機構。
* [*Partial or full network PFFS plans insert:***「網絡內提供者」**是與我們簽有合約以向我們計劃的會員提供承保服務的醫生和其他醫療保健專業人士、醫療團體、醫院以及其他醫療保健機構。這些提供者均已同意為我們計劃的會員提供看診服務。第 1.2 節說明了使用我們的網絡內提供者獲取承保服務的規則。]
* **「承保服務」**包括本計劃所承保的所有醫療護理、醫療保健服務、用品和設備。會在第 4 章的福利表中列出您的醫療護理承保服務。

#### 第 1.2 節 獲得本計劃所承保醫療護理的基本規定

作為一項 Medicare 保健計劃，*[insert 2018 plan name]* 必須承保 Original Medicare 所承保的所有服務，且必須遵守 Original Medicare 的承保規定。

*[Insert 2018 plan name]* 通常會承保您的醫療護理（只要符合以下條件）：

* **您所接受的護理包括在本計劃的醫療福利表中**（該表在本手冊第 4 章中）。
* **您所接受的護理被視為屬於醫療必需的護理。**「醫療必需」表示服務、用品或藥品是預防、診斷或治療您的疾病所需要的，且符合可接受的醫療實踐標準。
* **您從美國境內符合以下條件的提供者處獲取護理：(1) 在為您提供服務之前同意接受我們計劃的付款條款與條件，(2) 有資格提供 Original Medicare 項下的服務** [*Insert if applicable:* 或有資格獲得 *[insert 2018 plan name]* 就 Original Medicare 項下不承保的福利支付的費用]。
* [*For non-network PFFS plans:* Medicare Advantage Private Fee-for-Service 計劃的運作方式與 Medicare 補充 (Medigap) 計劃不同。您的提供者不一定要同意接受計劃的付款條款與條件，因此可選擇不為您提供治療（緊急情況除外）。如果您的提供者不同意接受我們的付款條款與條件，他們可選擇不為您提供醫療保健服務（緊急情況除外）。如果出現這種情況，您將需要尋找另一位接受我們的付款條款與條件的提供者。提供者可從我們的網站瞭解計劃的付款條款與條件：*[insert link to PFFS terms and conditions of payment.]*]
* [*For full and partial network PFFS plans:* Medicare Advantage Private Fee-for-Service 計劃的運作方式與 Medicare 補充 (Medigap) 計劃不同。我們有網絡內提供者（即與我們計劃簽有合約的提供者）提供[*full network PFFS plan insert:*Original Medicare 項下的所有承保服務]*[partial network PFFS plans should indicate the category or categories of services for which network providers are available]*。這些提供者均已同意為我們計劃的會員提供看診服務。如果您的提供者不是我們的網絡內提供者，那麼該提供者不一定要接受計劃的付款條款與條件，他們可選擇不為您提供醫療保健服務（緊急情況除外）。如果出現這種情況，您將需要尋找另一位接受我們的付款條款與條件的提供者。提供者可從我們的網站瞭解計劃的付款條款與條件：*[insert link to PFFS terms and conditions of payment]*。]
* 如果提供者在為您提供服務之前知道您是 *[insert 2018 plan name]* 的會員（例如，您向他們出示您的計劃會員卡）；提供者已合理瞭解我們的付款條款與條件；提供者曾為您提供承保服務，則該提供者被認為是已同意接受我們的付款條款與條件。提供者實際上不一定要閱讀付款條款與條件，如果提供者曾有機會閱讀並為您提供治療，那麼法律就會認為該提供者已同意接受我們計劃針對特定就診所設的付款條款與條件。
* 每次您去看提供者時，必須出示您的計劃會員卡。每次就診時，提供者可以決定是否接受我們計劃的條款與條件，進而決定是否為您提供治療。在提供服務後，提供者不能改變關於是否接受付款條款與條件的決定。
* 並非所有提供者均會同意接受我們計劃的付款條款與條件，或同意為您治療。如果提供者決定不接受我們計劃的付款條款與條件，則不應為您提供服務（緊急情況除外）。如需獲取協助以尋找您所在地區其他接受計劃的付款條款與條件的提供者，您可致電 *[insert contact information that includes at least a phone number]* 聯絡我們。
* 如果您需要緊急醫療，無論提供者是否同意接受計劃的付款條款，我們都必須為您承保。
* [*Partial and full network PFFS plans insert:* 我們計劃與某些提供者簽有合約，為計劃的會員提供者承保服務。這些提供者屬於我們的網絡內提供者。*[Indicate how members can get the list of network providers.]*]

[*Full network PFFS plans insert:* 我們有網絡內提供者提供 Original Medicare 的所有承保服務 *[indicate if network providers are available for any non-Medicare covered services]*。您仍可從網絡外提供者（未與我們計劃簽有合約的提供者）處獲取承保服務，只要這些提供者同意接受我們計劃的付款條款與條件，如本節前面所述。]

[*Partial network PFFS plans insert:* 我們有網絡內提供者提供 *[indicate what category or categories of services for which network providers are available]* 服務。您仍可從網絡外提供者（未與我們計劃簽有合約的提供者）處獲取承保服務，只要這些提供者同意接受我們計劃的付款條款與條件，如本節前面所述。對於不可使用網絡內提供者的服務，您可從同意接受我們計劃的付款條款與條件的任何提供者處獲取承保服務，如本節前面所述。]

*[Partial and full network PFFS plans should describe whether or not the plan has established any higher cost-sharing requirements if the member obtains a covered service from a deemed (out-of-network) provider.]* [*Insert the following sentence if the plan includes such differential cost-sharing:* 您向網絡外提供者支付的分攤費用可能會比向網絡內提供者支付的更高。在本手冊第 4 章的計劃醫療福利表中，我們標出了網絡內和網絡外提供者之間存在不同分攤費用的服務。]

* **在就診時，您只需要支付我們計劃批准的定額手續費或共同保險金。**您應要求提供者就您的獲承保服務向計劃收取費用。如果提供者要求您支付服務的全額費用，然後將賬單或賬單副本寄送給我們以便為您報銷，請提醒提供者您只需負責分攤費用。如果提供者需要更多關於為承保服務付款的資訊，請讓提供者致電 *[Note: insert instructions that include a phone number and mailing address]* 聯絡我們。
* [*Full and partial network PFFS plans insert:* 我們計劃將為您從網絡內提供者處獲取的所有服務（包括計劃或網絡內提供者有相關指示時，您從網絡外提供者處獲取的服務）支付費用。如果您自己決定去接受我們計劃的付款條款與條件的網絡外提供者處看診，在獲取該服務之前，您和該提供者有權申請我們的書面承保範圍裁決，以確保該服務具有醫療必需性並且屬於承保服務，進而獲得我們計劃的付款。[有關如何要求我們作出承保範圍裁決，或對我們已作出的裁決提出上訴的詳細資訊，請查閱 [*Insert as applicable:* 第 7 章 *OR* 第 9 章]。]
* [*Non-network PFFS plans insert:* 如果您從接受我們計劃的付款條款與條件的提供者處獲取服務，在獲取該服務之前，您和該提供者有權申請我們的書面承保範圍裁決，以確保該服務具有醫療必需性並且屬於承保服務，進而獲得我們計劃的付款。[有關如何要求我們作出承保範圍裁決，或對我們已作出的裁決提出上訴的詳細資訊，請查閱[*Insert as applicable:* 第 7 章 *OR* 第 9 章]。]
* *[Insert 2018 plan name]* 無需會員或其提供者獲得計劃的事先授權或轉診，作為我們計劃承保具有醫療必需性的服務之條件。在事先授權規則下，計劃要求會員或提供者在獲取服務之前先獲得計劃的授權。對於我們的會員不存在此類要求。如果對我們是否會為您正考慮接受的任何醫療服務或護理支付費用有任何疑問，您有權在接受服務或護理之前詢問我們是否會承保。

### 第 2 節 使用本計劃網絡內的提供者獲得醫療護理

*[Non-network PFFS plans can exclude this section.]*

#### 第 2.1 節 如何從網絡內提供者處獲得護理

*[Plans should describe how members access specialists and other network providers.]*

如果網絡內提供者退出我們的計劃，該如何處理？

您務必要瞭解，我們可能會在一年當中對您計劃內的醫院、醫生和專科醫師（醫療服務提供者）進行更改。提供者離開計劃的原因有很多，但如果您的醫生或專科醫師離開了您的計劃，您擁有下述權利並受到以下保護：

* 儘管我們的提供者網絡可能會在一年當中發生變更，但 Medicare 要求我們必須讓您不間斷地獲得由合格的醫生和專科醫師提供的服務。
* 我們將竭誠提前至少 30 天把您的提供者要離開計劃的消息告訴您，以便您有時間選擇新的提供者。
* 我們將協助您選擇新的合格提供者以繼續管理您的醫療保健需求。
* 如果您正在接受醫學治療，您有權要求且我們將與您合作以確保您正在接受的醫療必需治療不被中斷。
* 如果您認為我們沒有向您提供一位合格的提供者以取代您之前的提供者，或者認為您的護理沒有得到恰當管理，您有權對我們的決定提出上訴。
* 如果您發現您的醫生或專科醫師打算離開計劃，請與我們聯絡，以便我們協助您找到新的提供者和管理您的護理。

*[Plans should provide contact information for assistance.]*

### 第 3 節 如何在需要緊急醫療或急症治療護理時或在災難期間獲得承保服務

#### 第 3.1 節 在發生緊急醫療情況時獲得護理

*[Note: Throughout this section plans can change “notify plan” to provider, medical group or any other specific area the member should call after an emergency.]*

什麼是「緊急醫療情況」？發生緊急醫療情況時您應該做什麼？

「緊急醫療情況」是指您認為您出現需要立即就醫以防造成殘障或死亡的傷害或疾病之情況。緊急醫療情況可以是劇痛、重傷、突發疾病或快速惡化的病症。

如果您發生緊急醫療情況，請：

* **儘快尋求幫助。**撥打 911 求救或前往最近的急診室或醫院。如果需要，請叫救護車。您*不*需要獲得我們計劃的批准。
* [*Plans add if applicable:* **請務必盡快向我們的計劃通知您的緊急情況。**我們需要跟進您的緊急醫療護理。您或其他人士應致電（通常在 48 小時內）告知我們您的緊急醫療護理情況。*[Plans must provide either the phone number and days and hours of operation or explain where to find the number (e.g., on the back the plan membership card).]*]

在發生緊急醫療情況時承保哪些護理？

您可以在需要時從美國或其屬地中的任何地點獲得承保的緊急醫療護理 *[plans may modify this sentence to identify whether this coverage is within the U.S. or world-wide emergency/urgent coverage]*。如果以任何其他方式前往急診室會危及您的健康，我們的計劃會承保救護車服務。有關詳細資訊，請參見本手冊第 4 章中的「醫療福利表」。

*[Plans that offer a supplemental benefit covering world-wide emergency/urgent coverage or ambulance services outside of the U.S. and its territories, mention the benefit here and then refer members to Chapter 4 for more information.]*

如果您發生緊急情況，我們會與為您提供緊急醫療護理的醫生交流，讓其幫助管理和跟進您的護理。為您提供緊急醫療護理的醫生將決定您的狀況什麼時候穩定，以及緊急醫療情況什麼時候結束。

在緊急情況結束後，您有權接受後續護理，以確保您的狀況持續穩定。如果您決定從為您提供治療的提供者處獲取後續護理，您應儘早向他們出示您的計劃會員卡，以告知其您的保險情況。對於該提供者提供的所有具有醫療必需性的計劃承保服務，以及您從美國境內同意接受我們計劃的付款條款與條件，並且有資格提供 Original Medicare 項下的服務的任何提供者處獲得非緊急醫療服務，計劃將為這些服務支付費用。

如果不是緊急醫療情況，該如何處理？

有時，可能難以判斷自己是否發生了緊急醫療情況。例如，您可能要求緊急醫療護理，認為您的健康狀況非常危險，但醫生可能會說這根本不是緊急醫療情況。如果結果發現這不是緊急情況，只要您有理由認為自己的健康狀況非常危險，我們就會為您的護理承保。

#### 第 3.2 節 獲得急症治療服務

**什麼是「急症治療服務」？**

「急症治療服務」是無法預見的非緊急醫療疾病、傷害或狀況，它需要立即進行醫療護理。[*Network or partial network PFFS plans add the following*：急症治療服務可能由網絡內提供者提供，或在暫時無法從網絡內提供者處獲得護理時由網絡外提供者提供。] 例如，無法預見的狀況可能是您無法預見的已知狀況突然發作。

當您需要急症治療服務時，可以使用哪些提供者？

[*Network or partial network PFFS plans insert:* 如果網絡內或網絡外提供者願意作為認同計劃的服務費率的提供者為您提供服務，我們將承保您從該等提供者處獲得的急症治療  
服務。]

[*Non-network PFFS plans insert:* 如果提供者願意作為認同計劃的服務費率的提供者為您提供服務，我們將承保您從任何此類提供者處獲得的急症治療服務。]

*[Plans must insert instructions for how to access urgently needed services (e.g., using urgent care centers, a provider hotline, etc.)]*

#### 第 3.3 節 災難期間獲取護理

如果您所在州州長、美國衛生與公眾服務部部長或美國總統宣佈您所在區域處於災難或緊急狀態，您仍有權獲取您計劃提供的護理。

請瀏覽以下網站：*[insert website]* 瞭解如何在災難期間獲取所需護理*。*

通常而言，如果您在災難期間無法使用網絡內提供者，您的計劃將允許您從網絡外提供者處獲取護理，並可享受網絡內的分攤費用。如果您在災難期間無法使用網絡內藥房，您可在網絡外藥房配取您的處方藥。請參見第 5 章第 2.5 節瞭解更多資訊。

### 第 4 節 如果您直接收到承保服務全部費用的賬單，該如何處理？

#### 第 4.1 節 您可以要求我們支付我們對承保服務應承擔的費用

如果您為承保服務支付的費用已超過您的分攤費用，或您收到承保醫療服務全部費用的賬單，請前往[*insert as applicable:* 第 5 章 *OR* 第 7 章]（*要求我們對您收到的承保醫療服務[insert if applicable: or drugs]賬單支付應承擔的費用*），以瞭解該怎麼做。

#### 第 4.2 節 如果我們的計劃不承保服務，您必須支付全部費用

*[Insert 2018 plan name]* 可承保符合以下條件的所有醫療服務：屬於醫療必需的、列在本計劃的醫療福利表中（該表在本手冊第 4 章中），且是根據計劃規定獲得的服務。您有責任支付我們計劃不承保的服務的全部費用。

[*Full and partial network PFFS plans insert:* 我們計劃將為您從網絡內提供者處獲取的所有服務（包括計劃或網絡內提供者有相關指示時，您從網絡外提供者處獲取的服務）支付費用。如果您自己決定去接受我們計劃的付款條款與條件的網絡外提供者處看診，在獲取該服務之前，您和該提供者有權申請我們的書面承保範圍裁決，以確保該服務具有醫療必需性並且屬於承保服務，進而獲得我們計劃的付款。]

[*Non-network PFFS plans insert:* 如果您從接受我們計劃的付款條款與條件的提供者處獲取服務，在獲取該服務之前，您和該提供者有權申請我們的書面承保範圍裁決，以確保該服務具有醫療必需性並且屬於承保服務，進而獲得我們計劃的付款。]

如果我們說我們不會承保您的服務，您有權對我們不為您的護理承保的決定提出上訴。

有關如何要求我們作出承保範圍裁決，或對我們已作出的裁決提出上訴的詳細資訊，請查閱 [*Insert as applicable:* 第 7 章 *OR* 第 9 章]（*遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴）*）。您也可致電會員服務部瞭解詳細資訊（電話號碼印在本手冊  
封底）。

對於有福利限制的承保服務，在使用完該類型承保服務的福利後，您需要支付所接受的任何服務的全部費用。*[Plans should explain whether paying for costs once a benefit limit has been reached will count toward an out-of-pocket maximum.]* 如果想要知道您已使用了多少福利限額，您可以致電會員服務部。

### 第 5 節 參加「臨床研究」時，您的醫療服務如何獲得承保？

#### 第 5.1 節 什麼是「臨床研究」？

臨床研究（也叫做「臨床試驗」）是醫生和科學家測試新類型的醫療護理的方法，例如一種新癌症藥品的療效如何。他們會要求志願者協助進行研究，以便測試新醫療護理程序或藥品。這種研究是研究程序的最後階段，可幫助醫生和科學家瞭解新方法是否有效和  
安全。

並非所有臨床研究都向我們計劃中的會員開放。Medicare [*plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:* 或我們的計劃] 首先需要批准試驗研究。如果您參與 Medicare [*plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:* 或我們的計劃] *沒有*批准的研究，*您需要負責支付加入此研究的所有  
費用。*

在 Medicare [*plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:* 或我們的計劃] 批准研究後，從事研究的人員會與您聯絡並進一步介紹該研究，看看您是否符合進行研究的科學家規定的要求。只要您符合研究要求*並且*完全瞭解和接受參與研究的一切後果，您就可以參與研究。

如果您參與 Medicare 批准的研究，Original Medicare 會為您在研究中接受的承保服務支付大部分費用。參與臨床研究時，您仍然可以註冊我們的計劃，並透過我們的計劃繼續獲得其餘護理（與研究無關的護理）。

如果您想參與 Medicare 批准的臨床研究，並*不*需要經過我們 *[plans that do not use PCPs may delete the rest of this sentence]* 或您的 PCP 批准。*[Non-network PFFS plans: Omit the following sentence]* 臨床研究中為您提供護理的提供者*不*需要屬於我們計劃的提供者  
網絡。

雖然您不需要經過我們計劃的許可即可參與臨床研究，**但您需要在開始參與臨床研究之前告訴我們**。如果您計劃參與一項臨床研究，請聯絡會員服務部（電話號碼印在本手冊封底），告訴他們您將參與臨床試驗及瞭解關於計劃付費項目的具體詳情。

#### 第 5.2 節 參與臨床研究時，如何分攤費用？

在您參與 Medicare 批准的臨床研究後，您在研究中接受的常規項目和服務將得到承保，它們包括：

* 即使不參與研究，Medicare 也會為您支付的住院食宿。
* 用於研究的手術或其他醫療程序。
* 對新護理的副作用和併發症的治療。

Original Medicare 會為您在研究中接受的承保服務支付大部分費用。在 Medicare 支付其為這些服務應承擔的費用後，我們的計劃也會支付部分費用。我們將支付您在 Original Medicare 下分攤的費用和您作為我們計劃會員分攤的費用之間的差額。這就是說，參與研究時您為所接受的服務支付的費用將和從我們的計劃接受這些服務時相同。

*以下是分攤費用如何運作的例子：*假設您有一個價值 $100 的化驗室檢查，是研究的一部分。我們再假設，根據 Original Medicare 的規定，您為這個檢查分攤的費用為 $20，但這個檢查在我們的計劃福利之下只需 $10。在這種情況下，Original Medicare 會為檢查支付 $80，我們會支付另外的 $10。這就是說，您要支付 $10，金額和您根據我們計劃的福利需要支付的金額一樣。

您需要提交付款請求，之後我們才會支付我們應承擔的費用。在您的付款請求中，您將需要附上 Medicare 服務概要通告，或其他能說明您在研究中接受的服務和所欠費用的憑證。有關提交付款請求的詳細資訊，請參見 [*insert as applicable:* 第 5 章 *OR* 第 7 章]。

參與臨床研究時，**Medicare 和我們的計劃均不會支付以下任何費用：**

* 通常，Medicare *不會*為研究正在測試的新項目或服務支付費用，除非是即使*不*參與研究，Medicare 也會承保的項目或服務。
* 研究為您或任何參與者免費提供的項目和服務。
* 只用於收集資料而不是直接對您進行醫療保健而提供的項目或服務。例如，在您的治療狀況通常只需一次 CT 掃描時，Medicare 將不會為在研究中進行的每月 CT 掃描支付費用。

想知道更多資訊嗎？

有關參與臨床研究的詳細資訊，您可以閱讀 Medicare 網站 ([https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/)) 上的「Medicare and Clinical Research Studies」（Medicare 計劃和臨床研究）刊物。您也可以隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。

### 第 6 節 有關在「宗教性非醫療保健機構」獲得承保護理的規定

#### 第 6.1 節 什麼是「宗教性非醫療保健機構」？

宗教性非醫療保健機構是為通常在醫院或專業護理機構接受護理的狀況提供護理的機構。如果在醫院或專業護理機構接受護理違反了會員的宗教信仰，那麼，我們將在宗教性非醫療保健機構提供護理承保。您可以隨時因任何原因選擇尋求醫療護理。僅會為 A 部分住院服務（非醫療保健服務）提供該福利。Medicare 僅會為宗教性非醫療保健機構提供的非醫療保健服務支付費用。

#### 第 6.2 節 我們的計劃會承保宗教性非醫療保健機構提供的哪些護理？

若要獲得宗教性非醫療保健機構的護理，您必須簽署一份法律文件，申明您意識清晰地反對接受「非強制性」的醫學治療。

* 「非強制性」醫學護理或治療是指*自願*而並非聯邦、州或地方法律*要求*的任何醫學護理或治療。
* 「強制性」醫學治療是指*非*自願而是聯邦、州或地方法律*要求*的醫學護理或治療。

要獲得本計劃承保，您從宗教性非醫療保健機構接受的護理必須符合以下條件：

* 提供護理的機構必須經過 Medicare 認證。
* 本計劃對所接受服務的承保僅限於護理的*非宗教*方面。
* 如果您從該機構獲得的服務在機構中提供，則下列 [*insert as applicable:* 多個條件適用 *OR* 一個條件適用]：
* 您的醫療狀況必須允許您接受住院治療或專業護理機構護理的承保服務。
* *[Omit this bullet if not applicable] － 並且 －* 您必須在進入該機構之前事先得到本計劃的批准，否則您的住院將無法獲得承保。

*[Plans must explain whether Medicare Inpatient Hospital coverage limits apply (include a reference to the benefits chart in Chapter 4) or whether there is unlimited coverage for this benefit.]*

### 第 7 節 對擁有耐用醫療設備的規定

#### 第 7.1 節 根據我們的計劃，您是否能在一定次數的付款後擁有耐用醫療設備？

*[Plans that allow transfer of ownership of certain DME items to members must modify this section to explain the conditions under which and when the member can own specified DME.]*

耐用醫療設備 (DME) 包括以下物品：氧氣設備和用品、輪椅、助行器、電動床墊系統、拐杖、糖尿病用品、語音生成設備、靜脈輸液泵、霧化器和提供者訂購用於家庭的醫院病床。某些物品（例如假體）將始終由會員擁有。在本節中，我們將討論您必須租用的其他類型的 DME。

在 Original Medicare 中，租用某些類型的 DME 的人在為該設備支付 13 個月的定額手續費後即可擁有該設備。但是，作為 *[insert 2018 plan name]* 的會員，無論您以我們計劃會員的身份為設備支付多少次定額手續費，您 [*insert if the plan sometimes allows ownership:*通常] 都無法獲得所租用 DME 的所有權。[*Insert if your plan sometimes allows transfer of ownership for items other than prosthetics*：在特定受限的情況下，我們會向您轉讓 DME 的所有權。有關您必須符合的要求以及您需要提供的憑證，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。] [*Insert if your plan never transfers ownership (except as noted above, for example, for prosthetics):*即使您在加入我們計劃之前，已在 Original Medicare 下為 DME 連續支付 12 次，在作為我們計劃的會員時，無論您為設備支付多少次定額手續費，也無法獲得設備所有權。]

如果您轉到 Original Medicare，您已為耐用醫療設備支付的款項會怎樣？

如果您在我們的計劃中未獲得 DME 的所有權，則在轉至 Original Medicare 後，您需要重新為該設備連續支付 13 次費用才能擁有該設備。您在我們計劃中支付的款項將不會計入這 13 次連續支付中。

在加入我們計劃*之前*，如果您已在 Original Medicare 下為 DME 支付不足 13 次費用，之前支付的這些款項也不會計入這 13 次連續支付中。您需要在 Original Medicare 下為該設備重新連續支付 13 次費用才能擁有該設備。即使您重回 Original Medicare，此一情況亦無例外。

第 4 章

醫療福利表  
（承保範圍與支付費用）

## 第 4 章. 醫療福利表（承保範圍與支付費用）

[第 1 節 瞭解您為承保服務支付的自付費用 60](#_Toc485818318)

[第 1.1 節 您為承保服務支付的自付費用類型 60](#_Toc485818319)

[第 1.2 節 什麼是您的計劃自付扣除金？ 61](#_Toc485818320)

[第 1.3 節 我們的計劃 [*insert if plan has an overall deductible described in Section 1.2:* 還] 對特定類型的服務收取 [*insert if plan has an overall deductible described in Section 1.2:* 單獨的] 自付扣除金 61](#_Toc485818321)

[第 1.4 節 您最多需要為 [*insert if applicable:* Medicare A 部分和 B 部分] 的承保醫療服務支付多少費用？ 62](#_Toc485818322)

[第 1.5 節 我們的計劃還對特定類型的服務限制您的自付費用 63](#_Toc485818323)

[第 1.6 節 「差額費用」對您的費用有何影響？ 63](#_Toc485818324)

[第 2 節 使用*醫療福利表*瞭解為您承保哪些服務以及您將支付多少費用 64](#_Toc485818325)

[第 2.1 節 您作為本計劃會員的醫療福利和費用 64](#_Toc485818326)

[第 2.2 節 您可購買的額外「可選項補充」福利 90](#_Toc485818327)

[第 2.3 節 使用我們計劃的可選項訪客/遊客福利獲得護理 90](#_Toc485818328)

[第 3 節 哪些服務不能獲得本計劃承保？ 91](#_Toc485818329)

[第 3.1 節 我們*不*承保的服務（排除項目） 91](#_Toc485818330)

### 第 1 節 瞭解您為承保服務支付的自付費用

本章主要介紹您的承保服務和您需為醫療福利支付的費用。其中包括一個醫療福利表，上面列有您作為 *[insert 2018 plan name]* 的會員所獲得的承保服務，並顯示您必須為每項承保服務支付多少費用。在本章後文部分，您可以瞭解有關不予承保的醫療服務的資訊。[*Insert if applicable:* 其中也說明了某些服務的限制。] *[If applicable, you may mention other places where benefits, limitations, and exclusions are described, such as optional additional benefits, or addenda.]*

#### 第 1.1 節 您為承保服務支付的自付費用類型

*[Describe all applicable types of cost-sharing your plan uses. You may omit those that are not applicable.]*

要瞭解我們在本章中為您提供的支付資訊，您需要瞭解您可能會為承保服務支付的自付費用類型。

* **「自付扣除金」**是指在本計劃開始支付其應承擔費用前，您必須先為您的醫療服務支付的金額。[*Insert if applicable:*（第 1.2 節介紹關於您的計劃自付扣除金的詳細資訊。）] [*Insert if applicable:*（第 1.3 節介紹有關您對於某些特定類型服務的自付扣除金的詳細資訊。）]
* **「定額手續費」**是指您每次接受特定醫療服務時所支付的固定金額。您需要在接受醫療服務時支付定額手續費。（第 2 節中的醫療福利表介紹有關您的定額手續費的詳細資訊。）
* **「共同保險」**是指您支付特定醫療服務總費用的百分比。您需要在接受醫療服務時支付共同保險。（第 2 節中的醫療福利表介紹有關您的共同保險的詳細資訊。）
* *[Plans that allow providers to balance bill in their Terms & Conditions of payment may edit the percentage to reflect their actual balance billing rate.]***「差額費用」** － 是指醫療服務提供者（如醫生或醫院）對患者開出的帳單超出計劃為服務所支付費用（最高達 15%）的情況。除了患者的常規計劃分攤費用之外，還將收取「差額費用」。[*Plans that prohibit balance billing insert: [Insert 2018 plan name]*不允許提供計劃承保服務的提供者對我們的會員收取差額費用。]*（*更多資訊，請參見本章中的第 1.6 節。）

某些人士符合參保州 Medicaid 計劃的資格，可使用該計劃來幫助他們支付 Medicare 的自付費用。（這些「Medicare 節省計劃」包括符合條件的 Medicare 受益人 (QMB)、特定低收入 Medicare 受益人 (SLMB)、符合條件的個人 (QI) 和符合條件的有殘障但仍在工作的個人 (QDWI) 計劃。）如果您加入以上其中一個計劃，您可能仍需支付服務的定額手續費，具體視您所在州的規定而定。

#### 第 1.2 節 什麼是您的計劃自付扣除金？

*[Plans with no deductibles, delete this section and renumber remaining subsections in Section 1.]*

*[Note: deductibles cannot be applied to $0.00 Medicare preventive services, emergency services or urgently needed services]*

*[Plans with separate in-network and out-of-network deductibles should revise this section (including the section title) as needed to describe the deductibles.]*

您的自付扣除金為 *[insert deductible amount]*。這是在我們為您的承保醫療服務支付我們應承擔的費用前，您必須先支付的自付費用。在您支付的費用達到自付扣除金之前，您必須支付承保服務的全部費用。在您支付自付扣除金後，在日曆年的剩餘時間內，我們將開始為承保醫療服務支付我們應承擔的費用，您將支付您應承擔的費用 [*insert as applicable:*（您的定額手續費）*OR*（您的共同保險）*OR*（您的定額手續費或共同保險）]。

*[Plans may revise the paragraph to describe the services that are subject to the deductible.]* 自付扣除金不適用於某些服務。這就是說，即使您尚未支付您的自付扣除金，我們也將為這些服務支付我們應承擔的費用。自付扣除金不適用於以下服務：

* *[Insert services not subject to the deductible]*

#### 第 1.3 節 我們的計劃 [*insert if plan has an overall deductible described in Section 1.2:* 還] 對特定類型的服務收取 [*insert if plan has an overall deductible described in Section 1.2:* 單獨的] 自付扣除金

*[Plans with service category deductibles: insert this section. If applicable, plans may revise the text as needed to describe how the service category deductible(s) work with the overall plan deductible.]*

*[Plans with a service category deductible that is not based on the calendar year – e.g., a per-stay deductible – should revise this section as needed.]*

[*Insert if plan has an overall deductible described in Section 1.2:* 除了適用於您的所有承保醫療服務的計劃自付扣除金，我們還對特定類型的服務收取自付扣除金。]

[*Insert if plan does not have an overall deductible and Section 1.2 was therefore omitted:* 我們對特定類型的服務收取自付扣除金。]

[*Insert if plan has one service category deductible:* 本計劃對 *[insert service category]* 收取*[insert service category deductible]* 的自付扣除金。在您支付的費用達到自付扣除金之前，您必須支付 *[insert service category]* 的全部費用。在您支付自付扣除金後，在日曆年的剩餘時間內，我們將為這些服務支付我們應承擔的費用，您將支付您應承擔的費用（[*insert as applicable:* 您的定額手續費 *OR* 您的共同保險 *OR* 您的定額手續費或共同保險]）。] [*Insert if applicable:* 計劃自付扣除金和針對 *[insert service category]* 的自付扣除金都適用於您的承保 *[insert service category]*。這就是說，在您達到計劃自付扣除金*或*針對*[insert service category]*的自付扣除金後，我們將開始為您的承保 *[insert service category]* 支付我們應承擔的費用。]

[*Insert if plan has more than one service category deductible:* 本計劃對以下類型的服務設有自付扣除金：

* [*Plans should insert a separate bullet for each service category deductible:* 我們對 *[insert service category]* 設定的自付扣除金是 *[insert service category deductible]。*在您支付的費用達到自付扣除金之前，您必須支付 *[insert service category]* 的全部費用。在您支付自付扣除金後，在日曆年的剩餘時間內，我們將為這些服務支付我們應承擔的費用，您將支付您應承擔的費用（[*insert as applicable:* 您的定額手續費 *OR* 您的共同保險 *OR* 您的定額手續費或共同保險]）。[*Insert if applicable:* 計劃自付扣除金和針對 *[insert service category]* 的自付扣除金都適用於您的承保 *[insert service category]*。這就是說，在您達到計劃自付扣除金*或*針對 *[insert service category]* 的自付扣除金後，我們將開始為您的承保 *[insert service category]* 支付我們應承擔的費用。]

#### 第 1.4 節 您最多需要為 [*insert if applicable:* Medicare A 部分和 B 部分] 的承保醫療服務支付多少費用？

由於您參加了 Medicare Advantage 計劃*，*因此對於您每年需要為 [*insert as applicable:* Medicare A 部分和 B 部分 *OR* 我們計劃下] 承保的醫療服務支付的自付費用有限制（請參見下面第 2 節中的醫療福利表）。該限制稱為醫療服務的最高自付費用金額。

作為 *[insert 2018 plan name]* 的會員*，*您在 2018 年需要為承保的 [*insert if applicable:* A 部分和 B 部分] 服務支付的最高自付費用為 *[insert MOOP]。*您為承保服務支付的 [*insert applicable terms:* 自付扣除金、定額手續費和共同保險] 都將計入這個最高自付費用。*[Plans with no premium and/or that do not offer Part D may modify the following sentence as needed.]（*您為計劃保費及 D 部分處方藥支付的金額不計入最高自付費用。[*Insert if applicable, revising reference to asterisk as needed:* 此外，您為某些服務支付的金額也不計入您的最高自付費用。這些服務在醫療福利表中以星號標記。]）如果達到 *[insert MOOP]* 的最高自付費用，在該年剩餘時間內，您將不需要為承保的 [*insert if applicable:* A 部分和 B 部分] 服務支付任何自付費用。但是，您必須繼續支付 [*insert if plan has a premium:* 您的計劃保費和] Medicare B 部分保費（除非您的 B 部分保費由 Medicaid 或其他第三方為您  
支付）。

#### 第 1.5 節 我們的計劃還對特定類型的服務限制您的自付費用

*[Plans with service category OOP maximums: insert this section.]*

*[Plans with a service category OOP maximum that is not based on the calendar year – e.g., a per-stay maximum – should revise this section as needed.]*

[除了對承保的 [*insert as applicable:* A 部分和 B 部分] 服務（請參見上面的第 1.4 節）收取最高自付費用外，我們還有只適用於特定服務類型的單獨的最高自付費用。

[*Insert if plan has one service category MOOP:*本計劃對 *[insert service category]* 收取 *[insert service category MOOP]* 的最高自付費用。在您為 *[insert service category]* 支付 *[insert service category MOOP]*的自付費用後，在日曆年的剩餘時間內，本計劃將為您免費承保這些服務。] [*Insert if service category is included in MOOP described in Section 1.4:*針對[*insert as applicable:* A 部分和 B 部分 *OR* 所有承保的] 醫療服務的最高自付費用和針對*[insert service category]* 的最高自付費用都適用於您的承保 *[insert service category]*。這就是說，在您支付針對 [*insert as applicable:* A 部分和 B 部分 *OR* 所有承保的] 醫療服務的*[insert MOOP]*，*或*針對您 *[insert service category]* 的 *[insert service category OOP max]* 後，在該年剩餘時間內，本計劃將為您免費承保 *[insert service category]*。]

[*Insert if plan has more than one service category MOOP:* 本計劃對以下類型的服務設有最高自付費用：

* [*Plans should insert a separate bullet for each service category MOOP:* 我們對 *[insert service category]*收取的最高自付費用為 *[insert service category MOOP]*。在您為*[insert service category]* 支付 *[insert service category MOOP]* 的自付費用後，在日曆年的剩餘時間內，本計劃將為您免費承保這些服務。] [*Insert if service category is included in MOOP described in Section 1.4:* 針對 [*insert as applicable:* A 部分和 B 部分 *OR* 所有承保的] 醫療服務的最高自付費用和針對 *[insert service category]* 的最高自付費用都適用於您的承保 *[insert service category]*。這就是說，在您支付針對[*insert as applicable:* A 部分和 B 部分 *OR* 所有承保的] 醫療服務的 *[insert MOOP]*，*或*針對您 *[insert service category]* 的 *[insert service category OOP max]* 後，在該年剩餘時間內，本計劃將為您免費承保 *[insert service category]*。]

#### 第 1.6 節 「差額費用」對您的費用有何影響？

*[Note to plans: this section is in reference to balance billing allowed under 42 CFR 422.216(b)(1).]*

[*Insert this paragraph if plan prohibits balance billing:* 我們的計劃不允許出現「差額費用」。這表示，提供者只能就服務向您收取計劃的分攤費用，不得收取更多的費用。為*[insert 2018 plan name]* 會員提供計劃承保服務的提供者不得收取差額費用。]

[*Insert this paragraph if plan allows balance billing:* 除了向 *[insert 2018 plan name]* 會員收取計劃的分攤費用之外，提供者可向會員收取「差額費用」，最高為計劃為服務所支付總費用的 *[insert balance billing amount of 15 or less]*%。*[If balance billing is allowed only for certain services, indicate so and list those services.]* 註：如果您加入州 Medicaid 計劃，並且受 Medicare 的分攤費用保護規則的保障，則 *[insert 2018 plan name]* 不允許提供者向您收取差額費用。]

[*Insert this paragraph if the plan allows hospitals to balance bill:* 如果醫院想向您收取差額費用，在為您提供差額費用可能會超過 $500 的醫院服務之前，醫院必須通知您。通知必須包含以下資訊：

1. 告知允許針對該類服務收取差額費用；
2. 基於誠信原則，估算依據您的情況將產生的差額費用可能是多少；
3. 以及，除了差額費用之外，您可能需要的支付的任何自付扣除金、共同保險和定額手續費金額。]

[*Insert if applicable*：提供者必須通知您就以下服務估算的分攤費用：*[describe type(s) of service and cost-sharing threshold for providing a notice]*。]

還有一種既不參與 Medicare 也不加入計劃網絡的醫生有權收取的其他類型之「差額費用」。然而，您永遠無需支付這種類型的「差額費用」。提供者將向我們收取這類「差額費用」，您只需支付您的分攤費用。若您對需要向提供者支付多少費用有任何疑問，請聯絡會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

### 第 2 節 使用*醫療福利表*瞭解為您承保哪些服務以及您將支付多少費用

#### 第 2.1 節 您作為本計劃會員的醫療福利和費用

以下各頁上的醫療福利表列出了 *[insert 2018 plan name]* 承保的服務，以及您應該為每項服務支付的自付費用。只有在符合以下承保要求時，醫療福利表中所列的服務才能獲得  
承保：

* 您的 Medicare 承保服務必須根據 Medicare 所制定的承保指導方針予以提供。
* 您的服務（包括醫療護理、服務、用品和設備）必須具有醫療必需性。「醫療必需」表示服務、用品或藥品是預防、診斷或治療您的疾病所需要的，且符合可接受的醫療實踐標準。
* 當向會員提供具有醫療必需性的計劃承保服務時，無需將事先授權、事先通知或轉診作為承保的條件。
* [*Insert as applicable:* 我們還可能會就錯過的約診或未在服務時間支付要求的分攤費用，向您收取「行政費用」。如果對該等行政費用有任何疑問，請致電會員服務部。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）]

承保範圍重要注意事項：

* 像所有的 Medicare 保健計劃一樣，我們承保 Original Medicare 承保的所有項目。對於這些福利中某些項目，您在我們的計劃中需支付比 Original Medicare *更多*的費用。除這些項目以外，您可能支付*較少*的費用。（如要瞭解承保範圍和 Original Medicare 的費用詳情，參見*「2018 年 Medicare 與您」*手冊。線上瀏覽 [https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/) 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本，全天候服務。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。）
* 對於所有在 Original Medicare 下免費承保的預防性服務，我們也免費為您承保這些服務。[*Insert as applicable:* 但是，如果您在接受預防性服務的同時也接受針對現有醫療狀況的治療或監視，您將需要為針對現有醫療狀況所接受的護理支付定額手續費。]
* 有時候，Medicare 會在一年中為新服務添加 Original Medicare 下的承保。如果 Medicare 在 2018 年中為任何服務添加承保，Medicare 或我們的計劃將為這些服務承保。

**Apple icon.** 您會在福利表中預防性服務的旁邊看到這個蘋果。

***[Instructions on completing benefits chart:***

* *When preparing this Benefits Chart, please refer to the instructions for completing the standardized/combined ANOC/EOC.*
* *For any benefits for which the plan uses Medicare amounts for member cost-sharing in their approved bid, the plan must insert the 2017 Medicare amounts with a note explaining that these amounts may change in 2018, and the plan will provide updated rates as soon as Medicare releases them. Member cost-sharing amounts may not be left blank.*
* *For all preventive care and screening test benefit information, plans that cover a richer benefit than Original Medicare do not need to include given description (unless still applicable) and may instead describe plan benefit.*
* *Optional supplemental benefits are not permitted within the chart; plans that would like to include information about optional supplemental benefits within the EOC may describe these benefits within Section 2.2.*
* *All partial and full network PFFS plans with differential cost-sharing for in and out-of-network services should clearly indicate for each service applicable the cost-sharing amount for network and out-of-network providers and facilities.*
* *Plans that have tiered cost-sharing based on provider and/or benefit should clearly indicate for each service the cost-sharing for each tier, in addition to defining what each tier means and how it corresponds to the characters or footnotes indicating such in the provider directory (when one reads the provider directory, it is clear what the symbol or footnote means when reading this section of the EOC).*
* *Plans may insert any additional benefits information based on the plan’s approved bid that is not captured in the benefits chart or in the exclusions section. Additional benefits should be placed alphabetically in the chart.*
* *Plans must describe any restrictive policies, limitations, or monetary limits that might impact a beneficiary’s access to services within the chart.*
* *Plans may add references to the list of exclusions in Section 3.1 as appropriate.*
* *Plans must make it clear for enrollees (in the sections where enrollee cost sharing is shown) whether their hospital copays or coinsurance apply on the date of admission and/or on the date of discharge.]*

醫療福利表

| 為您承保的服務 | 獲得這些服務時您必須支付多少費用 |
| --- | --- |
| Apple icon. 腹主動脈瘤篩檢  對有患病風險的人進行一次性超音波篩檢。僅在您有某些風險因素且您獲得醫師、醫師助理、執業護士或臨床專科護士的轉診進行此篩檢時，本計劃才會予以承保。*[Also list any additional benefits offered.]* | 符合此預防性篩檢資格的會員無需支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 |
| 救護車服務   * 承保的救護車服務包括固定翼救護機、旋翼救護機和地面救護車服務，載送到可提供護理的最近的適當機構（如果接受護理的會員的身體狀況無法使用其他交通手段，否則可能會危及患者的健康，或經過本計劃授權）。 * 如果文件證明會員的狀況無法使用其他交通手段（否則可能會危及患者的健康）且使用救護車進行載送是醫學上需要的，則非緊急情況的救護車載送也是適當的。 | *[List copays / coinsurance / deductible. Specify whether cost-sharing applies one-way or for round trips.]* |
| Apple icon. 健康年檢  如果您已加入 B 部分 12 個月以上，您可以進行健康年檢，以便根據您目前的健康狀況和風險因素，制定或更新個性化的預防計劃。此項服務每 12 個月承保一次。  **註**：您的第一次健康年檢不能在參加「歡迎加入 Medicare」預防性診斷後的 12 個月內進行。但是，在已加入 B 部分 12 個月以後，您不必參加「歡迎加入 Medicare」診斷也可獲得健康年檢承保。 | 不需要為健康年檢支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 |
| Apple icon. 骨質測量  對於符合資格的個人（通常，這意味著有骨質流失或骨質疏鬆患病風險的人），每 24 個月或更頻繁（如果屬於醫療必需）承保以下服務一次：鑒定骨質、檢測骨質流失或鑒定骨骼品質的醫療程序，包括醫師對檢測結果的解釋。  *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為 Medicare 承保的骨質測量支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 |
| Apple icon. 乳腺癌篩檢（乳腺照影）  承保服務包括：   * 35 歲到 39 歲之間，一次基本乳房 X 光檢查 * 年滿 40 歲的女性，每 12 個月一次篩檢乳腺照影 * 每 24 個月一次臨床乳腺檢查   *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為承保的乳腺 照影篩檢支付共同保險、定額手續費或自 付扣除金。 |
| 心臟康復服務  會為滿足特定條件且有醫生[*insert as appropriate:*轉診 *OR* 醫囑] 的會員承保包括練習、培訓和顧問服務在內的心臟康復服務綜合計劃。本計劃還承保強化心臟康復計劃，這些計劃通常比心臟康復計劃更嚴格或強度更大。  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon. 心血管疾病風險降低診斷（對於心血管疾病的治療）  我們為您承保每年一次的主治醫師診斷，幫助您降低心血管疾病的風險。在本次診斷中，您的醫生可能會討論阿司匹林的使用（如果合適）、檢查您的血壓並給予您確保膳食健康的提示。  *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為強化行為治療心血管疾病預防福利支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 |
| Apple icon. 心血管疾病檢查  透過血液檢查來檢查心血管疾病（或與心血管疾病風險提高相關的異常情況），每五年（60 個月）一次。  *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為心血管疾病檢查（承保每五年一次）支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 |
| Apple icon. 宮頸癌和陰道癌篩檢  承保服務包括：   * 為所有女性承保：每 24 個月承保一次子宮頸塗片檢查和盆腔檢查 * 如果您患宮頸癌的風險較高，或子宮頸塗片檢查結果不正常且處於生育年齡：每 12 個月一次子宮頸塗片檢查   *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為 Medicare 承保的預防性子宮頸塗片檢查和盆腔檢查支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 |
| 脊椎推拿服務  承保服務包括：   * [*If the plan only covers manual manipulation, insert:* 我們只承保]人工矯治脊椎以矯正半脫位的服務   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon. 結腸直腸癌篩檢  為年滿 50 歲的人承保以下服務：   * 每 48 個月一次軟式乙狀直腸內視鏡檢查（或以鋇劑灌腸篩檢代替）   每 12 個月提供一次以下服務之一：   * 愈創木脂糞便隱血檢查 (gFOBT) * 糞便免疫化學檢查 (FIT)   每 3 年一次基於 DNA 的結腸直腸癌篩檢  對於患結腸直腸癌風險較高的人，我們承保以下服務：   * 每 24 個月一次結腸鏡檢查（或以鋇劑灌腸篩檢代替）   對於患結腸直腸癌風險較低的人，我們承保以下服務：   * 每 10 年（120 個月）一次結腸鏡檢查，但不在乙狀直腸內視鏡檢查後的 48 個月內進行該檢查   *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為 Medicare 承保的結腸直腸癌篩檢支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。  *[If applicable, list copayment and/or coinsurance charged for barium enema.]* |
| *[Also list any additional benefits offered.][Include row if applicable. If plan offers dental benefits as optional supplemental benefits, they should not be included in the chart. Plans may describe them in Section 2.2 instead.]*  牙科服務  一般情況，Original Medicare 不會承保預防性牙科服務（例如洗牙、常規牙科檢查和牙科 X 光）。我們承保以下 服務：  *[List any additional benefits offered, such as routine dental care.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon. 憂鬱症篩檢  我們對每年一次的憂鬱症篩檢承保。必須在可以提供後續治療和轉診的初級醫療環境中完成篩檢。  *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為年度憂鬱症 篩檢就診支付共同保險、定額手續費或自 付扣除金。 |
| Apple icon. 糖尿病篩檢  如果您有以下任何風險因素，我們會為您承保此篩檢（包括快速葡萄糖檢測）：高血壓、膽固醇和甘油三酸酯異常（血脂異常）歷史、肥胖或高血糖歷史。如果您符合其他要求（例如，超重和有糖尿病家族史），也可以承保檢查。  根據這些檢查的結果，您可能有資格每 12 個月獲得最多兩次糖尿病篩檢承保。  *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為 Medicare 承保的糖尿病篩檢測試支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 |
| Apple icon. 糖尿病自我管理培訓、糖尿病服務和用品  *[Plans may put items listed under a single bullet in separate bullets if the plan charges different copays. However, all items in the bullets must be included.]* 適用於患有糖尿病的所有人（胰島素和非胰島素使用者）。承保服務包括：   * 用於檢測您的血糖的用品：血糖監測儀、血糖試紙、刺血裝置和刺血針，以及用於檢查試紙和監測儀精確度的血糖品管液 * 對於患有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者：每一日曆年可獲得一雙定制的治療用鞋（包括與這類鞋子一起提供的鞋墊）和另外兩雙鞋墊，或一雙高幫鞋和三雙鞋墊（不包括與這類鞋子一起提供的非定制可拆卸鞋墊）。承保包括試穿。 * 在某些情況下，會承保糖尿病自我管理培訓。   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| 耐用醫療設備 (DME) 和相關用品  （有關「耐用醫療設備」的定義，請參見本手冊 [*insert as applicable:* 第 10 章 *OR* 第 12 章]。）  承保用品包括但不限於：輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、提供者訂購的在家中使用的醫院病床、靜脈輸液泵、語音生成裝置、氧氣設備、霧化器和助行器。  [*Plans that do not limit the DME brands and manufacturers that you will cover insert:* 我們可承保 Original Medicare 承保的所有醫療必需的 DME。如果您區域中的供應商沒有特定品牌或製造商的貨品，您應該詢問他們是否可以為您特別訂購。[*Insert as applicable*：我們隨本手冊附上一份 DME 供應商目錄。]最新的供應商清單 [*insert as applicable:* 也] 可在我們網站 *[insert URL]*上找到。]  [*Plans that limit the DME brands and manufacturers that you will cover insert:*我們在本 *Evidence of Coverage* 文件中為您隨附送上*[insert 2018 plan name]*的 DME 清單。本清單包含我們承保的 DME 品牌和製造商。[*Insert as applicable*：我們隨本手冊附上一份 DME 供應商目錄]。此最新的品牌、製造商和供應商清單也可在我們網站 *[insert URL]* 上找到。  通常，*[insert 2018 plan name]* 承保 Original Medicare 承保的、本清單上的品牌和製造商所提供的任何 DME。除非您的醫生或其他提供者告訴我們某品牌適合您的醫療需求，否則我們不會承保其他品牌和製造商。但是，如果您是 *[insert 2018 plan name]* 的新會員，並且正在使用我們清單上沒有的 DME 品牌，我們會繼續為您承保此品牌最長 90 天的時間。在這段時間中，您應諮詢自己的醫生，以確定在 90 天之後在醫療上對您適合的品牌。（如果您不同意您醫生的意見，您可要求他/她為您徵求其他人的意見。）  如果您（或您的提供者）不同意本計劃的承保範圍裁決，您或您的提供者可以提出上訴。如果您不同意提供者對哪些產品或品牌適合您的治療狀況的決定，您也可提出上訴。（請參見 [*insert as applicable:* 第 7 章 *OR* 第 9 章*遇到問題或想投訴時該如何處理 [承保範圍裁決、上訴、投訴]*，瞭解有關上訴的詳細資訊。）] | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| 緊急醫療護理  緊急醫療護理是指以下服務：   * 由具備提供緊急醫療服務資格者提供，及 * 屬評估或穩定緊急病情需要。   緊急醫療情況是指您或任何其他具有一般健康和醫學常識的人認為您的醫療症狀需要立即進行醫療處理以防發生生命危險、截肢或肢體殘障的情況。醫療症狀可以是疾病、損傷、劇痛或快速惡化的病情。  [*Plans with a network insert*: 在網絡外提供的必要緊急醫療服務的分攤費用，與在網絡內提供該等服務的費用相同。]  *[Include in-network benefits. Also identify whether this coverage is only covered within the U.S. as required or whether emergency care is also available as a supplemental benefit that provides world-wide emergency/urgent coverage.]* | *[List copays / coinsurance/. If applicable, explain that cost-sharing is waived if member admitted to hospital.]* |
| Apple icon. 保健和健康教育計劃  *[These are programs focused on health conditions such as high blood pressure, cholesterol, asthma, and special diets. Programs designed to enrich the health and lifestyles of members include weight management, fitness, and stress management. Describe the nature of the programs here.*  *If this benefit is not applicable, plans should delete this row.]* | *[List copays / coinsurance/ deductible]* |
| 聽力服務  如果由您的醫師、聽力專家或其他合格的提供者提供門診護理，您的[*insert as applicable:* PCP *OR* 提供者] 將進行診斷性聽力和平衡評估，確定您所需的醫學治療是否獲承保。  *[List any additional benefits offered, such as routine hearing exams, hearing aids, and evaluations for fitting hearing aids.]* | [*List copays / coinsurance / deductible*] |
| Apple icon. HIV 篩檢  對於要求進行 HIV 篩檢或感染 HIV 病毒風險增大的人士，我們承保以下服務：   * 每 12 個月一次篩檢   對於孕婦，我們承保以下服務：   * 懷孕期間最多三次篩檢   *[Also list any additional benefits offered.]* | 符合 Medicare 承保的預防性 HIV 篩檢資格的會員無需支付共同保險、定額手續費或自付扣 除金。 |
| 居家護理機構提供的護理  *[If needed, plans may revise language related to the doctor certification requirement.]* 在接受居家護理服務之前，必須由醫生認證您需要居家護理服務，並且預訂由居家護理機構提供的居家護理服務。您必須困居家中，意即離家是很麻煩 的事。  承保服務包括但不限於：   * 非全日或間斷性專業護理和居家護理服務（若要獲得居家護理福利承保，您所接受的專業護理和家庭護理服務合計必須每天少於 8 小時及每週少於 35 小時） * 物理治療、職業治療與語言治療 * 醫療和社會服務 * 醫療設備和用品 | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| 善終護理  您可以從任何獲得 Medicare 認證的善終計劃接受護理。如果您的醫生和善終護理醫療顧問為您作出絕症預後判斷，證明您患有絕症且若您的疾病如常進展，在世剩餘時間不超過 6 個月，則您有資格享受善終福利。承保服務包括：   * 用於控制症狀與減輕疼痛的藥品 * 短期臨時照顧 * 居家護理 | 在您參與獲得 Medicare 認證的善終計劃後，您的善終服務以及與您的絕症預後相關的 A 部分和 B 部分服務均由 Original Medicare（而不是 *[insert 2018 plan name]*）支付費用。 |
| 善終護理（續）  對於善終服務以及受 Medicare A 部分或 B 部分承保且與您的絕症預後相關的服務：Original Medicare（並非我們的計劃）將為您的善終服務和與您的絕症預後有關的任何 A 部分和 B 部分服務付款。參加善終計劃後，您的善終醫療服務提供者會向 Original Medicare 寄送該計劃應為您支付的服務的 賬單。  對於 Medicare A 部分和 B 部分承保但與您的絕症預後不相關的服務：如果您需要 Medicare A 部分或 B 部分承保但與您的絕症預後不相關的非急診、非急症治療服務，[*non-network PFFS plans, insert:* 您需向認同計劃服務費率的提供者支付計劃分攤費用。][*network PFFS plans insert:* 您為這些服務支付的費用取決於是否使用計劃網絡內的提供者：   * 如果您獲得網絡內提供者提供的承保服務，您只需支付網絡內服務的計劃分攤費用金額 * 如果您獲得網絡外提供者提供的承保服務，則您需向認同計劃服務費率的提供者支付計劃分攤費用   對於 *[insert 2018 plan name]* 承保但 Medicare A 部分或 B 部分不承保的服務：*[insert 2018 plan name]* 將繼續承保那些 A 部分或 B 部分不承保的計劃承保服務，無論它們是否與您的絕症預後相關。您為這些服務支付您的計劃分攤費用金額。  對於計劃的 D 部分福利可能承保的藥物：善終計劃與本計劃絕不會同時承保同種藥物。如需更多資訊，請參見第 5 章第 9.4 節（*如果您參加了經 Medicare 認證的善終計劃，該如何處理*）  **註：**如果您需要非善終護理（與您的絕症預後無關的護理），您應聯絡我們安排服務。接受我們網絡內提供者提供的非善終護理，可降低您為服務支付的分攤費用。  [*Insert if applicable, edit as appropriate:*我們的計劃承保為沒有選擇善終福利的絕症患者提供的善終諮詢服務（只有一次）。] | *[Include information about cost-sharing for hospice consultation services if applicable.]* |
| Apple icon. 免疫接種  承保的 Medicare B 部分服務包括：   * 肺炎疫苗 * 每年秋季或冬季一次流感疫苗注射 * B 型肝炎疫苗（如果您患 B 型肝炎的風險較高或中等） * 其他疫苗（如果您有患病風險且疫苗符合 Medicare B 部分的承保規定）   *[MA-only plans, delete]* 我們也承保某些我們 D 部分處方藥福利的疫苗。  *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為肺炎、流感、B 型肝炎疫苗接種支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 |
| 住院治療  包括急性住院護理、住院康復、長期護理醫院及其他類型的住院服務。住院治療從您聽從醫生要求正式住院的那天開始算起。出院的前一天是您住院的最後一天。  [List days covered and any restrictions that apply.] 承保服務包括但不限於：   * 半私人病房（或醫療必需時的私人病房） * 包括特殊飲食在內的膳食 * 常規護理服務 * 特殊護理病房費用（例如，重症監護病房或冠心病監護 病房） * 藥品和用藥 * 化驗 * X 光及其他放射服務 * 必要的手術及醫療用品 * 器械（例如輪椅）的使用 * 手術室與康復室費用 * 物理治療、職業治療與語言治療 * 住院病人藥物濫用相關服務 | *[List all cost-sharing (deductible, copay*­*ments/ coinsurance) and the period for which they will be charged. If cost-sharing is based on the Original Medicare or a plan-defined benefit period, include definition/ explanation of approved benefit period here.]* [*Plans that use per-admission deductible include:* 在界定的受益期期間，適用按住院標準計算的自付扣除金。] *[In addition, if applicable, explain all other cost-sharing that is charged during a benefit period.]* |
| 住院治療（續）   * 在某些情況下，承保以下類型的移植：角膜、腎臟、腎臟/ 胰臟、心臟、肝臟、肺、心肺、骨髓、幹細胞以及腸/多器官。[*Partial or full network PFFS plans with contracts with transplant providers outside of the community insert:*移植提供者可以是本地或服務區域外的提供者。如果我們在偏遠位置提供網絡內移植服務，您可以選擇在本地或偏遠位置進行移植，只要本地移植提供者願意接受 Original Medicare 價格。如果 *[insert 2018 plan name]* 在偏遠位置（服務區域之外）提供移植服務，且您選擇在該偏遠位置接受移植，我們會為您和陪伴人員安排或支付適當的住宿和交通費用。] *[Plans may further define the specifics of transplant travel coverage.]* * 血液 － 包括儲存和管理。全血和濃縮紅細胞的承保從您需要的第四品脫血液開始 － 您必須為在一個日曆年內獲得的前 3 品脫血液支付費用或使用由您或其他人捐獻的血液。所有其他血液成分均從使用的第一品脫開始承保。*[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]* * 醫師服務   **註：**如果需要住院，您的提供者必須寫醫囑來准許您入院。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為「門診患者」。如果您不確定自己為門診患者還是住院患者，應詢問醫院工作 人員。  您也可以在名為「Are You a Hospital Inpatient or Outpatient?  If You Have Medicare – Ask!」（您是醫院的住院病人還是門診病人？如果有 Medicare，先問問！）的 Medicare 情況說明書中找到詳細資訊。可從網站 <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf> 查看該說明書，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。聽障和語障人士可致電 1-877-486-2048。您可以隨時免費致電這些號碼。 | [*If cost-sharing is* ***not*** *based on the Original Medicare or plan-defined benefit period, explain here when the cost-sharing will be applied. If it is charged on a per-admission basis, include as applicable:* 每次住院都要支付自付扣除金和/或其他分攤費用。]  *[If inpatient cost-sharing varies based on hospital tier, enter that cost-sharing in the data entry fields.]* |
| 住院病人的精神健康護理   * 承保服務包括需要住院的精神健康護理服務。*[List days covered, restrictions such as 190-day lifetime limit for inpatient services in a psychiatric hospital. The 190-day limit does not apply to inpatient mental health services provided in a psychiatric unit of a general hospital.]* | [*List all cost-sharing (deductible, copay*­*ments/ coinsurance) and the period for which they will be charged. If cost-sharing is based on the Original Medicare or a plan-defined benefit period, include definition/explanation of approved benefit period here. Plans that use per-admission deductible include:* 在界定的受益期期間，適用按住院標準計算的自付扣除金*. [In addition, if applicable, explain all other cost-sharing that is charged during a benefit period.]*  [*If cost-sharing is* ***not*** *based on the Original Medicare or plan-defined benefit period, explain here when the cost-sharing will be applied. If it is charged on a per-admission basis, include as applicable:* 每次住院都要支付自付扣除金和/或其他分攤費用。]] |
| 住院：在非承保住院期間，在醫院或 SNF 接受的承保服務  *[Plans with no day limitations on a plan’s hospital or SNF coverage may modify or delete this row as appropriate.]*  如果您已用完您的住院福利或者您的住院屬於不合理和不必要，我們將不會為您的住院承保。但是，在某些情況下，我們將為您在醫院或專業護理機構 (SNF) 期間接受的某些服務承保。承保服務包括：   * 醫師服務 * 診斷檢查（例如化驗室檢查） * X 光、鐳射和同位素治療，包括技術員材料和服務 * 外科敷料 * 夾板、石膏和其他用於減輕骨折與脫臼的設備 * 更換身體內部器官全部或部分（包括鄰近組織）或永久失去功能或不能正常發揮功能的身體內部器官的全部或部分功能的義肢和矯形設備（牙科除外），包括此類設備的更換或修理 * 腿部、臂部、背部和頸部支架、疝帶、假腿、假臂和假眼，包括因破損、磨損、丟失或患者身體狀況的改變而需要的調整、修理和更換 * 物理治療、語言治療與職業治療 | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon. 醫學營養治療  此福利適用於糖尿病患者、腎病患者（不包括透析）或按醫生 [*insert as appropriate:* 轉診 *OR* 醫囑] 接受過腎臟移植的 患者。  在您接受 Medicare（包括我們的計劃、任何其他 Medicare Advantage 計劃或 Original Medicare 計劃）下的醫學營養治療服務的第一年中，我們會為您承保三小時的一對一諮詢服務，此後每年兩小時。如果您的狀況、治療或診斷發生變化，您可以按醫師 [*insert as appropriate:* 轉診 *OR* 醫囑] 接受更長時間的治療。醫師必須對這些服務開具處方，並在您需要在下一個日曆年繼續接受治療時更新其 [*insert as appropriate:* 轉診 *OR* 醫囑]。  *[Also list any additional benefits offered.]* | 無共同保險、定額手續費或自付扣除金 |
| Medicare B 部分處方藥  這些藥物由 Original Medicare B 部分承保。我們計劃中的會員透過我們的計劃接受這些藥品的承保。承保藥品包括：   * 通常不是由患者自行施用，而是在接受醫生、醫院門診或門診手術中心服務時注射或輸液的藥品。 * 經過本計劃授權並使用耐用醫療設備（例如霧化器）施用的藥品 * 血友病患者自行注射的凝血因子 * 免疫抑制藥物（如果您在接受器官移植時已參保 Medicare A 部分） * 可注射的骨質疏鬆症藥品（如果您困居家中，經醫生認定患有與停經後骨質疏鬆有關的骨折並且無法自行用藥） * 抗原 * 某些口服抗癌藥物和止吐藥物 * 用於家庭透析的某些藥品，包括肝磷脂、醫療必需的某些肝磷脂解藥、局部麻醉劑和促紅細胞生成素 *[plans may delete any of the following drugs that are not covered under the plan]*（例如 Epogen® [愛普根]、Procrit® [普羅克里特]、Epoetin Alfa [阿法依伯汀]、Aranesp® [阿拉內斯普]或 Darbepoetin Alfa [阿法達貝泊汀]） * 牛痘免疫球蛋白靜脈注射劑（用於在家治療原發性免疫缺損疾病）   *[MA-only plans delete the following paragraph]* 第 5 章說明了 D 部分處方藥福利，包含您必須遵守才能使處方藥受保的規則。第 6 章說明了您須為透過我們計劃取得之 D 部分處方藥支付的費用。 | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon. 用於促進持續減肥的肥胖症篩檢和治療  如果您的體重指數不低於 30，我們可承保深入諮詢服務，以幫助您減肥。如果這類諮詢是您在初級醫療環境中（也就是可以將諮詢與全面的預防計劃相配合的地方）獲得的，也可以承保。諮詢您的主治醫師或執業醫護人員，瞭解詳細 資訊。  *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為預防性肥胖症篩檢和治療支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 |
| 門診診斷檢查與治療服務和用品  承保服務包括但不限於：   * X 光 * 放射（鐳射和同位素）治療，包括技術員材料和用品 *[List separately any services for which a separate copay/coinsurance applies over and above the outpatient radiation therapy copay/coinsurance.]* * 外科用品，例如敷料 * 夾板、石膏和其他用於減輕骨折與脫臼的設備 * 化驗室檢查 * 血液 － 包括儲存和管理。全血和濃縮紅細胞的承保從您需要的第四品脫血液開始 － 您必須為在一個日曆年內獲得的前 3 品脫血液支付費用或使用由您或其他人捐獻的血液。所有其他血液成分均從使用的第一品脫開始承保。*[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]* * 其他門診診斷檢查 *[Plans can include other covered tests as appropriate.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| 醫院門診服務  我們會為您在醫院門診部診斷或治療疾病或傷害時接受的醫療上需要的服務承保。  承保服務包括但不限於：   * 在急診部或門診部接受的服務，例如觀察服務或門診手術 * 由醫院出具賬單的化驗室和診斷檢查 * 心理保健，包括部分住院計劃中的護理（如果醫生證明不這樣做就需要住院治療） * 由醫院出具賬單的 X 光檢查及其他放射服務 * 醫療用品，例如夾板和石膏 * 本表所列的預防性篩檢和服務 * 不能自行施用的某些藥品和生物製品   **註：**除非您的提供者寫醫囑准許您作為住院患者入院，否則，您就是門診患者且必須支付醫院門診服務的分攤費用。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為「門診患者」。如果您不確定自己是否是門診患者，應詢問醫務人員。  您也可以在名為「Are You a Hospital Inpatient or Outpatient?  If You Have Medicare – Ask!」（您是醫院的住院病人還是門診病人？如果有 Medicare，先問問！）的 Medicare 情況說明書中找到詳細資訊。可從網站 <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf> 查看該說明書，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。聽障和語障人士可致電 1-877-486-2048。您可以隨時免費致電這些號碼。  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| 門診病人精神健康護理  承保服務包括：  由州頒發執照的精神科醫生或醫生、臨床心理學家、臨床社會工作者、臨床護理專家、執業護士、醫師助理或其他符合 Medicare 要求的精神保健專家在現行州法律允許的情況下提供的精神保健服務。  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| 門診康復服務  承保的服務包括：物理治療、職業治療和語言治療。  多種門診環境可提供門診康復服務，例如，醫院門診部、 獨立治療室和綜合門診康復機構 (CORF)。 | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| 門診病人藥物濫用相關服務  *[Describe the plan’s benefits for outpatient substance abuse services.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| 門診手術，包括在醫院門診部和門診手術中心提供的服務  **註：**如果您在醫院接受手術，您應該向您的提供者確認您是住院患者還是門診患者。除非您的提供者寫醫囑來准許您作為住院患者入院，否則，您就是門診患者，而且您必須支付門診手術的分攤費用。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為「門診患者」。 | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| 部分住院服務  「部分住院」是提供作為醫院門診服務或由社區精神保健中心提供的積極心理治療的結構化計劃，強度比在醫生或治療師診所接受的護理強度要高，是住院治療的一種替代方法。 | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| 醫師/執業醫師服務，包括醫生診所就診  承保服務包括：   * 在醫師診所、經認證的門診手術中心、醫院門診部或任何其他地點完成的醫療上需要的醫療護理或手術服務 * 專科醫師提供的諮詢、診斷和治療 * 由您的 [*insert as applicable:* PCP*OR* 專科醫師] 進行的基本聽覺和平衡檢查（如果您的醫生要求進行該檢查以瞭解您是否需要醫學治療） * [*Insert if the plan has a service area and providers/locations that qualify for telehealth services under the Medicare requirements:*某些遠端醫療服務，包括由醫生或執業醫生為某些偏遠地區或 Medicare 批准的其他地區中的患者提供的諮詢、診斷和治療] * 手術之前 [*insert if appropriate:* 由另一位網絡內提供者] 提供第二意見 * 非常規牙科護理（承保服務僅限於顎部或相關結構的手術、顎骨或面骨重整、拔除牙齒準備做顎部惡性腫瘤的放射治療，或由醫生提供方可獲得承保的服務）   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| 足療服務  承保服務包括：   * 對足部傷害和疾病（例如錘狀趾或足跟骨刺）的診斷和醫學或外科治療。 * 為伴有影響下肢的某些醫療狀況的會員提供的常規足部 護理   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon. 前列腺癌篩檢  對於年滿 50 歲的男性，承保以下服務（每 12 個月承保 一次）：   * 直腸指檢 * 前列腺特異性抗原 (PSA) 檢查   *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為年度 PSA 檢查支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 |
| 義肢裝置和相關用品  更換全部或部分身體部位或功能的設備（牙科除外）。包括但不限於，結腸造口術袋以及與結腸造口術護理直接相關的用品、起搏器、支架、假肢用鞋、義臂和人造乳房（包括乳房切除術後的手術乳罩）。包括與義肢裝置以及義肢裝置的修理和/或更換相關的特定用品。還包括在白內障摘除或白內障手術後的一些承保有關詳細資訊，請參見本節後面部分的「視力保健」。 | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| 肺病復健服務  會為患有中度至非常嚴重的慢性阻塞性肺病 (COPD) 和從治療慢性呼吸道疾病的醫生處接受關於肺病復健的 [*insert as appropriate:* 轉診 *OR* 醫囑] 的會員承保綜合性肺病復健計劃。  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon. 用於減少酒精濫用的篩檢和諮詢服務  我們為濫用酒精但不依賴酒精的 Medicare 受保人（包括孕婦）承保一次酒精濫用篩檢。  如果您的酒精濫用篩檢結果為陽性，您每年可獲得由初級醫療機構中符合資格的主治醫師或執業醫護人員提供的最多四次、簡短的面對面諮詢課程。  *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為 Medicare 承保的用於減少酒精濫用的篩檢和諮詢等預防性福利支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 |
| Apple icon. 用低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 進行肺癌篩檢  對於符合資格的個人，每 12 個月承保一次 LDCT。  **合格的參保者為**：在 55 – 77 歲之間無肺癌跡象或症狀，但菸齡至少 30 年且每天至少吸一包菸，或目前吸菸或在過去 15 年內戒菸。他們在肺癌篩檢諮詢和共同作出決策就診期間因符合 Medicare 對該等就診的標準而獲得由醫師或合資格的非醫師執業者提供的 LDCT 書面醫囑。  *就進行首次 LDCT 篩檢後的 LDCT 肺癌篩檢而言：*參保者必須獲得 LDCT 肺癌篩檢的書面醫囑，該等醫囑可在任何適當就診期間由醫師或合資格的非醫師執業者提供。如果醫生或合資格的非醫生執業者選擇為隨後的 LDCT 肺癌篩檢提供肺癌篩檢諮詢和共同作出決策就診，該就診必須符合 Medicare 對該等就診的標準。 | 不需要為 Medicare 承保的諮詢和共同作出決策就診或 LDCT 支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 |
| Apple icon. 性傳播感染 (STI) 篩檢和用於預防 STI 的諮詢  我們承保衣原體、淋病、梅毒和 B 型肝炎等性傳播感染 (STI) 的篩檢。若孕婦和 STI 高危人群的主治醫師要求其進行檢查，我們將為其篩檢承保。我們承保每隔 12 個月或在孕期特定時間的這類檢查。  我們還為面臨 STI 高風險的性活躍成人承保每年最多兩次、單獨的 20-30 分鐘面對面高強度行為諮詢課程。如果這些諮詢課程是由主治醫師提供並且是在初級醫療環境（如醫生診所）進行的，我們只會承保作為預防服務的這些諮詢課程。  *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為 Medicare 承保的 STI 篩檢和 STI 諮詢等預防性福利支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 |
| 治療腎病和相關病症的服務  承保服務包括：   * 教授腎病護理知識並幫助會員對其護理作出知情決定的腎病培訓服務。對於患有第四期慢性腎病的會員，在醫生轉診後，我們在其一生中最多承保六次腎病培訓 服務。 * 門診透析治療（包括暫時離開服務區域時的透析治療，如第 3 章所述） * 住院透析治療（如果您已作為住院患者入院接受特殊 護理） * 自我透析培訓（包括為您以及任何幫助您在家進行透析治療的人提供的培訓） * 家庭透析設備和用品 * 某些家庭支援服務（例如，在必要時由經過培訓的透析工作人員到家裡，幫助處理緊急情況並對您的透析設備和供水進行檢查） * 某些藥物由您的 Medicare B 部分藥物福利進行承保。有關 B 部分藥物承保的資訊，請前往「Medicare B 部分處方藥」一節。 | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| 專業護理機構 (SNF) 護理  （有關「專業護理機構護理」的定義，請參見本手冊 [*insert as applicable:* 第 10 章 *OR* 第 12 章]。專業護理機構有時被稱為「SNF」。）  *[List days covered and any restrictions that apply, including whether any prior hospital stay is required.]* 承保服務包括但不限於：   * 半私人病房（或在醫療必需時的私人病房） * 包括特殊飲食在內的膳食 * 專業護理服務 * 物理治療、職業治療與語言治療 * 作為您的護理計劃組成部分對您施用的藥品（其中包括人體中天然存在的物質，例如凝血因子。） * 血液 － 包括儲存和管理。全血和濃縮紅細胞的承保從您需要的第四品脫血液開始 － 您必須為在一個日曆年內獲得的前 3 品脫血液支付費用或使用由您或其他人捐獻的血液。所有其他血液成分均從使用的第一品脫開始承保。*[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]* * 一般由 SNF 提供的醫療用品和手術用品 * 一般由 SNF 提供的化驗室檢查 * 一般由 SNF 提供的 X 光及其他放射服務 * 一般由 SNF 提供的器械（例如輪椅）的使用 * 醫師/執業醫師服務 | *[List copays / coinsurance / deductible. If cost-sharing is based on benefit period, include definition/ explanation of BID approved benefit period here.]* |
| Apple icon. 戒菸和戒除菸草使用（為戒菸或戒除菸草使用的諮詢）  如果您使用菸草，但沒有和菸草相關疾病的跡象或症狀： 我們會在 12 個月時間內為您承保兩次免費的戒菸諮詢課程，以作為一項預防服務。每次戒菸輔導包括最多四次面對面交談。  如果您使用菸草且被診斷出患有菸草相關疾病，或正在使用可能受菸草影響的藥品：我們將承保戒菸諮詢服務。我們會在 12 個月時間內為您承保兩次戒菸諮詢課程；但是，您需要支付適用的分攤費用。每次戒菸輔導包括最多四次面對面交談。  *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為 Medicare 承保的戒菸和戒除菸草使用等預防性福利支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 |
| 急症治療服務  *[Full-network plans insert this row:]*  急症治療服務是為需要即時醫療護理的非緊急、未能預見的疾病、受傷或病情提供的護理。急症治療服務可能由網絡內提供者提供，或在暫時無法從網絡內提供者處獲得護理時由網絡外提供者提供。  [*Plans with a network insert*：在網絡外提供的必要急症治療服務的分攤費用，與在網絡內提供該等服務的費用相同。]  *[Include in-network benefits. Also identify whether this coverage is within the U.S. or as a supplemental world-wide emergency/urgent coverage.]* | *[List copays / coinsurance. Plans should include different copayments for contracted urgent care centers, if applicable]* |
| Apple icon. 視力護理  承保服務包括：   * 用於對眼部疾病和傷害進行診斷和治療的門診醫師服務，包括老年黃斑退化的治療。Original Medicare 不承保針對眼鏡/隱形眼鏡的常規視力檢查（驗光）。 * 對於青光眼高風險人群，我們將每年支付一次青光眼篩檢費用。青光眼高風險人群包括：有青光眼家族史的人、糖尿病患者、年滿 50 歲的非裔美國人，以及年滿 65 歲的西班牙裔美國人。 * 對於糖尿病患者，每年承保一次糖尿病視網膜病變 篩檢。 * *[Adapt this description if the plan offers more than is covered by Original Medicare.]* 每次白內障手術（包括植入人工晶狀體）後承保一副眼鏡或隱形眼鏡。（如果您接受兩次單獨的白內障手術，無法在第一次手術後保留福利及在第二次手術後購買兩副眼鏡。）   *[Also list any additional benefits offered, such as supplemental vision exams or glasses. If the additional vision benefits are optional supplemental benefits, they should not be included in the benefits chart; they should be described within Section 2.2.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.「歡迎加入 Medicare」預防性診斷  計劃可承保一次「歡迎加入 Medicare」預防性診斷。其中包括健康審查、有關您所需預防性服務（包括某些篩檢和注射）的培訓和諮詢，以及轉診進行其他護理（如果需要）。  **重要提示：**僅在您加入 Medicare B 部分後的前 12 個月內，我們為您承保「歡迎加入 Medicare」預防性診斷。預約時請告訴醫生診所，您要預約「歡迎加入 Medicare」預防性 診斷。 | 不需要為「歡迎加入 Medicare」預防性診斷 支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 |

#### 第 2.2 節 您可購買的額外「可選項補充」福利

*[Include this section if you offer optional supplemental benefits in the plan and describe benefits below. You may include this section either in the EOC or as an insert to the EOC.]*

我們的計劃提供了一些額外的福利，這些福利不受 Original Medicare 計劃承保，且不包括在本計劃會員的福利套餐中。這些額外的福利稱為**「可選項補充福利」**。如果您想獲得這些可選項補充福利，必須登記 [*insert if applicable:* 並且您可能需要為它們支付額外的保費]。[*insert as applicable:* 本節 *OR* 所附插頁] 中介紹的可選項補充福利的上訴程序和任何其他福利一樣。

*[Insert plan specific optional benefits, premiums, deductible, copays and coinsurance and rules using a chart like the Benefits Chart above. Insert plan specific procedures on how to elect optional supplemental coverage, including application process and effective dates and on how to discontinue optional supplemental coverage, including refund of premiums. Also insert any restrictions on members’ re-applying for optional supplemental coverage (e.g., must wait until next annual enrollment period).]*

#### 第 2.3 節 使用我們計劃的可選項訪客/遊客福利獲得護理

*[Non-network PFFS plans exclude this section]*

[*Full and Partial network PFFS plans: If your plan offers a visitor/traveler program to members who are out of your service area, insert this section, adapting and expanding the following paragraphs as needed to describe the visitor/traveler benefits and rules related to receiving the out-of-area coverage. The visitor/travel benefit applies to all the categories of services for which the plan has established a network of providers. If you allow extended periods of enrollment out-of-area per the exception in 42 CFR 422.74(b)(4)(iii) (for more than six months up to 12 months) also explain that here based on the language suggested below.*

如果您連續六個月以上不在我們計劃的服務區域，我們通常會將您從我們的計劃中除名。但是，作為一項補充福利，我們提供了一個訪客/遊客計劃，*[specify areaswhere the visitor/traveler program is being offered]* 如果參加該計劃，在離開我們服務區域不足 12 個月時您仍留在我們的計劃中。本計劃適合暫時呆在訪客/遊客區域中的所有 *[insert 2018 plan name]* 會員。參加我們的訪客/遊客計劃，您可以在支付網絡內分攤費用後獲得所有計劃承保服務。在使用訪客/遊客福利時，請聯絡本計劃以協助您找到提供者。

如果您呆在訪客/遊客區域中，您可在長達 12 個月內仍留在我們的計劃中。如果您在 12 個月內未能返回本計劃的服務區域，您將被本計劃除名。]

### 第 3 節 哪些服務不能獲得本計劃承保？

#### 第 3.1 節 我們*不*承保的服務（排除項目）

本節介紹哪些服務被 Medicare 保險「排除在外」而不獲本計劃承保。如果某項服務被「排除在外」，表示本計劃不承保該服務。

下表列出在任何情況下都不予承保或僅在特定情況下才被承保的一些服務和項目。

如果您接受了被排除在外（不承保）的服務，您必需自行為該服務付費。除了在所列的特殊情況下，我們不會支付下表載列的被排除在外的醫療服務。僅有的例外情況是：如果下表的某項服務在上訴後被裁定為由於您的特殊情況我們應予支付或承保的醫療服務，則我們將支付其費用。（有關對我們做出不承保某項醫療服務的決定提出上訴的資訊，請查閱本手冊 [*insert as applicable:* 第 7 章 *OR* 第 9 章] 第 5.3 節。）

福利表或下表對所有排除項目或限制予以介紹。

即使您是在緊急醫療機構接受不承保服務，仍不能獲得承保，且我們的計劃也不會為這些服務付款。

[*The services listed in the chart below are excluded from Original Medicare’s benefit package. If any services below are covered supplemental benefits, delete them from this list. When plans partially exclude services excluded by Medicare, they need not delete the item completely from the list of excluded services but may revise the text accordingly to describe the extent of the exclusion. Plans may add parenthetical references to the Benefits Chart for descriptions of covered services/items as appropriate. Plans may reorder the below excluded services alphabetically, if they wish. Plans may also add exclusions as needed.]*

| **Medicare 不承保的服務** | **任何情況下均不承保** | **僅在特殊情況下承保** |
| --- | --- | --- |
| 根據 Original Medicare 的標準被視為不合理和不必要的服務 | **checkmark** |  |
| 試驗性醫療程序和手術、設備及藥物。  試驗性醫療程序和項目是指我們的計劃和 Original Medicare 認為得不到醫療界普遍認可的項目和程序。 |  | **checkmark**  可能因參加 Medicare 批准的臨床研究而獲 Original Medicare 承保，或由我們的計劃承保。  （有關臨床研究的詳細資訊，請參見第 3 章第 5 節。） |
| 醫院的私人病房。 |  | **checkmark**  僅在醫療上有必要時承保。 |
| 醫院或專業護理機構病房 中的私人物品，例如電話 或電視。 | **checkmark** |  |
| 在家中接受的全職護理。 | **checkmark** |  |
| \*看護是您不需要專業醫療護理或專業護理機構時在療養院、善終機構或其他機構中提供的護理。 | **checkmark** |  |
| 包括基本家庭協理在內的家政服務，包括簡單家務或簡單膳食準備。 | **checkmark** |  |
| 直系親屬或家庭成員因其提供護理而收取的費用。 | **checkmark** |  |
| 整容手術或醫療程序 |  | **checkmark**  因意外受傷或是為了改善會 員身體畸形部位的功能可獲 得承保。  乳房切除術後進行的乳房重建手術，以及為達到對稱效果而對未受影響的一側乳房進行重建的所有階段可獲得承保。 |
| 常規牙科護理，例如洗牙、補牙或假牙。 | **checkmark** |  |
| 非常規牙科護理。 |  | **checkmark**  治療疾病或傷害所需的牙科護理可作為住院或門診護理獲得承保。 |
| 常規脊椎推拿護理 |  | **checkmark**  為矯正半脫位的人工矯治脊椎可獲得承保。 |
| 常規足部護理 |  | **checkmark**  可根據 Medicare 指引提供某 些有限承保，比如若您患有 糖尿病。 |
| 送餐到家服務 | **checkmark** |  |
| 矯形鞋 |  | **checkmark**  如果鞋子是腿支架的一部分 且包括在支架費用中，或將 鞋子提供給患有糖尿病足部 疾病的人。 |
| 足部輔助支撐器 |  | **checkmark**  為患有糖尿病足部疾病的人提供的矯形鞋或治療用鞋。 |
| 常規聽力檢查、助聽器或配助聽器的檢查。 | **checkmark** |  |
| 常規眼部檢查、眼鏡、放射狀角膜切開術、LASIK 手術、視力治療和其他弱視 輔助器。 |  | **checkmark**  為白內障手術後的人承保視 力檢查和一副眼鏡（或隱形 眼鏡）。 |
| 恢復生育能力手術和或非處方避孕用品。 | **checkmark** |  |
| 針灸 | **checkmark** |  |
| 自然療法服務（使用自然或替代治療方法）。 | **checkmark** |  |

\*看護是指不需要受訓醫療或輔助醫療人員持續看護的個人護理，例如協助沐浴或穿衣等日常生活活動的護理。

*[PFFS without Part D coverage: Omit this chapter]*

第 5 章

使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保

## 第 5 章. 使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保

[第 1 節 簡介 97](#_Toc485818331)

[第 1.1 節 本章介紹您 D 部分藥物的承保範圍 97](#_Toc485818332)

[第 1.2 節 計劃 D 部分藥物承保範圍的基本規則 98](#_Toc485818333)

[第 2 節 在網絡內藥房 [*insert if applicable:* 或透過計劃的郵購服務] 配取處方藥 98](#_Toc485818334)

[第 2.1 節 如要讓您的處方受保，請使用網絡內藥房 98](#_Toc485818335)

[第 2.2 節 尋找網絡內藥房 99](#_Toc485818336)

[第 2.3 節 使用計劃的郵購服務 100](#_Toc485818337)

[第 2.4 節 如何取得長期藥物供應？ 102](#_Toc485818338)

[第 2.5 節 在何種情況下，您可以使用計劃網絡外的藥房？ 103](#_Toc485818339)

[第 3 節 您的藥物必須列於計劃的「藥物清單」上 103](#_Toc485818340)

[第 3.1 節 「藥物清單」說明何種 D 部分藥物有承保 103](#_Toc485818341)

[第 3.2 節 藥物清單上的藥物共有 *[insert number of tiers]* 種「分攤費用等級」 105](#_Toc485818342)

[第 3.3 節 如何得知某種特定的藥物是否有列於藥物清單上？ 105](#_Toc485818343)

[第 4 節 某些藥物具有承保範圍限制 105](#_Toc485818344)

[第 4.1 節 為何某些藥物有限制？ 105](#_Toc485818345)

[第 4.2 節 何種限制？ 106](#_Toc485818346)

[第 4.3 節 這些限制是否適用於您的藥物？ 107](#_Toc485818347)

[第 5 節 如果您藥物的承保方式並不是您所想要的，該如何處理？ 107](#_Toc485818348)

[第 5.1 節 如果您藥物的承保方式並不是您所想要的，您可以採取一些步驟 107](#_Toc485818349)

[第 5.2 節 如果您的藥物未列於藥物清單上，或者如果該藥受到某些限制，  
該如何處理？ 108](#_Toc485818350)

[第 5.3 節 如果您認為您藥物的分攤費用等級過高，該如何處理？*[Plans with  
 a formulary structure (e.g., no tiers or defined standard coinsurance across all tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit   
Section 5.3]* 110](#_Toc485818351)

[第 6 節 如果您藥物的承保範圍更改，該如何處理？ 111](#_Toc485818352)

[第 6.1 節 在一年當中，藥物清單可能會有更改 111](#_Toc485818353)

[第 6.2 節 如果您正在使用的藥物，其承保範圍受到更改，將會如何？ 111](#_Toc485818354)

[第 7 節 哪些藥物*不能*獲得本計劃承保？ 112](#_Toc485818355)

[第 7.1 節 我們不承保的藥物類型 112](#_Toc485818356)

[第 8 節 配取處方藥時，務請出示您的計劃會員卡 114](#_Toc485818357)

[第 8.1 節 出示您的會員卡 114](#_Toc485818358)

[第 8.2 節 如果您沒有攜帶會員卡，該如何處理？ 114](#_Toc485818359)

[第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物保險 114](#_Toc485818360)

[第 9.1 節 如果您目前住在醫院或專業護理機構，且該住院由計劃承保，該如何處理？ 114](#_Toc485818361)

[第 9.2 節 如果您是長期護理 (LTC) 機構的居住者，將如何處理？ 115](#_Toc485818362)

[第 9.3 節 如果您還有接受僱主或退休人士團體計劃的藥物保險，該如何處理？ 115](#_Toc485818363)

[第 9.4 節 如果您參加了經 Medicare 認證的善終計劃，該如何處理？ 116](#_Toc485818364)

[第 10 節 藥物安全與用藥管理的計劃 116](#_Toc485818365)

[第 10.1 節 協助會員安全用藥的計劃 116](#_Toc485818366)

[第 10.2 節 協助會員管理藥物的藥物治療管理 (MTM) 計劃 [*insert if plan has other medication management programs:*「和其他」] [*insert ifapplicable:*「多項」] 117](#_Toc485818367)

"" **您是否知道有協助支付藥物的計劃可用？**

[*Insert as appropriate, depending on whether SPAPs are discussed in Chapter 2:* 有一些計劃可以幫助資源有限的人士支付他們的藥費。這些計劃包括「額外補助」和州政府醫藥補助計劃；*OR*「額外補助」計劃可協助資源有限的人士支付他們的藥費。]如需更多資訊，請參見第 2 章第 7 節。

**您當前是否領取補助以支付您的藥費？**

若您加入了某些幫助支付您的藥費的計劃，**則本*承保範圍說明書*中關於 D 部分處方藥費用的某些資訊** [*insert as applicable:* **可能** *OR* **並**] **不適用於您。***[If not applicable, omit information about the LIS Rider]* 我們 [*insert as appropriate:* 隨附 *OR* 向您寄送] 一份單獨的插頁來說明您的藥物保險，該插頁稱為「取得額外補助支付處方藥之人士的承保範圍說明書附則」（也稱為「低收入補貼附則」或「LIS 附則」）。如果您尚未收到此插頁，請致電會員服務部索要「LIS 附則」。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 節 本章介紹您 D 部分藥物的承保範圍

本章**說明使用您 D 部分藥物承保範圍的規則。**接下來的章節介紹您需要為 D 部分藥物支付的費用（第 6 章，*對於 D 部分處方藥您須支付的費用*）*。*

除了您的 D 部分藥物承保範圍，*[insert 2018 plan name]*也承保部分計劃醫療福利的藥物。我們的計劃通常透過其 Medicare A 部分福利保險，承保您於受保住院期間在醫院或專業護理機構接受的藥物。我們的計劃透過其 Medicare B 部分福利保險承保藥物，包括某些化療用藥、某些您在診所就診時接受的藥物注射，以及您在透析機構接受的藥物。第 4 章（*醫療福利表，承保範圍與支付費用*）介紹了受保醫院或專業護理機構住院期間的藥物福利與費用以及 B 部分藥物的費用。

如果您加入 Medicare 善終計劃，您的藥物可由 Original Medicare 承保。我們的計劃僅承保與您的絕症預後及相關症狀無關的 Medicare A 部分、B 部分及 D 部分服務和藥物，因此 Medicare 善終計劃福利不承保該等服務和藥物。如需更多資訊，請參見第 9.4 節*（如果您參加了經 Medicare 認證的善終計劃，該如何處理*）。有關善終計劃保險的資訊，請參見第 4 章（*醫療福利表，承保範圍與支付費用*）的善終計劃章節。

以下章節介紹根據本計劃 D 部分福利規則對您藥物的承保。第 9 節*特殊情況下的 D 部分藥物保險*包括有關 D 部分保險和 Original Medicare 的更多資訊。

#### 第 1.2 節 計劃 D 部分藥物承保範圍的基本規則

本計劃通常將會承保您的藥物，只要您遵守以下基本規則：

* 您必須由提供者（醫生、牙醫或其他處方醫師）為您開立處方。
* 您的處方醫師必須接受 Medicare，或向 CMS 提交證明文件，證明他或她有資格開立處方，否則您的 D 部分賠付將會遭到拒絕。下次您致電或就診時應向處方醫師詢問他們是否符合此條件。若不符合，請注意您的處方醫師需花時間提交必要的文書以便處理。
* 您通常須使用網絡內藥房來配取您的處方藥。請參見第 2 節*在網絡內藥房 [insert if applicable: or through the plan’s mail-order service] 配取處方藥。*）
* 您的藥物必須列於計劃的承保藥物清單*（處方藥一覽表）*（我們簡稱為「藥物清單」）上。（請參見第 3 節，*您的藥物必須列於計劃的「藥物清單」上。*）
* 您的藥物必須用於治療醫學上認可的適應症。「醫學上認可的適應症」表示一種由美國食品藥物管理局批准，或由某些參考書籍支持的藥物使用方式。（有關醫學上認可的適應症的詳細資訊，請參見第 3 節。）

### 第 2 節 在網絡內藥房 [*insert if applicable:* 或透過計劃的郵購服務] 配取處方藥

#### 第 2.1 節 如要讓您的處方受保，請使用網絡內藥房

在大多數情況下，您的處方藥*僅*在計劃的網絡內藥房配取時才獲承保。（有關我們承保於網絡外藥房配取之處方藥的細節，請參見第 2.5 節。）

網絡內藥房是和計劃簽約的藥房，用來提供您的承保處方藥。「承保藥物」一詞表示所有計劃「藥物清單」上承保的 D 部分處方藥。

[*Include if plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in its networks*：我們的網絡包括提供標準分攤費用的藥房和提供首選分攤費用的藥房。您可以前往任意一種網絡內藥房配取您的承保處方藥。在提供首選分攤費用的藥房，您的分攤費用可能會更少。]

#### 第 2.2 節 尋找網絡內藥房

如何尋找您當地的網絡內藥房？

如要尋找網絡內藥房，您可以查看您的*藥房目錄*，瀏覽我們的網站 (*[insert URL]*)，或致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

您可以前往我們網絡內的任何藥房。[*Insert if plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in its network:* 但是，如果您使用提供首選分攤費用的網絡內藥房（而非提供標準分攤費用的網絡內藥房），您可為承保藥物支付更少的費用。*Pharmacy Directory* 將告訴您哪些網絡內藥房提供首選分攤費用。如要瞭解更多關於不同藥物的自付費用有何不同的資訊，可聯絡我們。] *[Plans in which members do not need to take any action to switch their prescriptions may delete the following sentence]* 如果您轉至另一間網絡內藥房，在需要補充您正在使用的藥物時，您可以要求 [*insert if applicable:* 提供者開立新的處方，或者要求] 將您的處方轉移至新的網絡內藥房。

如果您使用的藥房離開了網絡，該如何處理？

如果您使用的藥房離開了計劃的網絡，您將需要尋找一間新的網絡內藥房。[*Insert if applicable:* 或者，如果您正在使用的藥房仍在網絡內，但不再提供首選分攤費用，您可能想要改為其他藥房。] 如要尋找您當地的另一間網絡內藥房，您可以致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）或使用*藥房目錄*來尋求幫助。[*Insert if applicable:* 您也可以透過我們的網站 *[insert website address]* 取得此資訊*。*]

如果您需要專門的藥房，該如何處理？

有時處方藥必須在專門的藥房配取。專門的藥房包括：

* 提供居家輸液治療藥物的藥房。*[Plans may insert additional information about home infusion pharmacy services in the plan’s network.]*
* 為長期護理 (LTC) 機構居住者提供藥物的藥房。通常，長期護理機構（如療養院）擁有自己的藥房。如果您入住 LTC 機構，我們必須確保您能夠透過我們的網絡內 LTC 藥房（通常為 LTC 機構使用的藥房）接受您的 D 部分福利。如果您在 LTC 機構使用 D 部分福利時遇到困難，請聯絡會員服務部。*[Plans may insert additional information about LTC pharmacy services in the plan’s network.]*
* 為印地安醫療保健服務/部落/城區印地安醫療保健計劃提供服務的藥房（未在波多黎各提供）。除非是緊急情況，只有美國原住民或阿拉斯加原住民能夠使用這些網絡內藥房。*[Plans may insert additional information about I/T/U pharmacy services in the plan’s network.]*
* 調配受 FDA 限制在某些地點之藥物的藥房，或是調配需要特殊處理、提供者協調、使用方式教學的藥房。（請注意：這種情況很少發生。）

如要尋找專門的藥房，可以查看您的*藥房目錄*或致電會員服務部（電話號碼印在本手冊  
封底）。

#### 第 2.3 節 使用計劃的郵購服務

*[Omit if the plan does not offer mail-order services.]*

[*Include the following information only if your mail-order service is limited to a subset of all formulary drugs, adapting terminology as needed:* 對於某些類型的藥物，您可以使用本計劃的網絡內郵購服務購買。通常，您定期使用以治療慢性或長期疾病的藥物可透過郵購服務提供。] [*Insert if plan marks mail-order drugs in formulary:* 可透過我們計劃的郵購服務購買的藥物在我們的藥物清單中帶有**「郵購」藥物**標記。] [*Insert if plan marks non-mail-order drugs in formulary:* 不可透過本計劃的郵購服務購買的藥物在我們的藥物清單中以星號標記。]

我們計劃的郵購服務 [*insert either:*允許 *OR* 需要] 您訂購 [*insert either:* ***at least*[XX] 天份量的藥物，且*不得超過* [XX] 天份量的藥物***或***最多 [XX] 天份量的藥物***或* **[XX] 天份量的  
藥物**]。

*[Plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost-sharing may add language to describe both types of cost-sharing.]*

如要取得 [*insert if applicable:* 訂購單及] 透過郵寄配取處方藥的資訊，*[insert instructions]*。

通常，郵購藥房的訂購會在 [*insert:* XX] 天內送達。*[Insert plan’s process for members to get a prescription if the mail order is delayed.]*

*[Sponsors should provide the appropriate information below from the following options, based on i) whether the sponsor is operating under the exception for new prescriptions described in the December 12, 2013 HPMS memo; and ii) whether the sponsor offers an optional automatic refill program.* *Sponsors who provide automatic delivery through retail or other non-mail-order means have the option to either add or replace the word “ship” with “deliver” as appropriate.]*

*[For new prescriptions received directly from health care providers, insert one of the following two options.]*

[***Option 1:*** *Plan Sponsors operating under the auto-ship policy as described in the 2014 Final Call Letter (all new prescriptions from provider offices must be verified with the beneficiary before filled), insert the following:*

**藥房直接從您醫生的診室收到的新處方。**

藥房從醫療保健提供者處收到處方後，將聯絡您以瞭解您是需要立即配藥還是稍後配藥。這樣您將有機會確認藥房寄送的藥物是否正確（包括規格、份量和劑型），而且在需要時，您可以在自己付款及藥物發運前，中止或延遲藥物的寄送。每次藥房聯絡您時，您都應作出回覆，以便讓他們知道怎麼處理新處方並防止耽誤藥物發運，這一點非常重要。]

[***Option 2:*** *Plan Sponsors operating under the exception to the auto-ship policy, as described in the December 12, 2013 HPMS memo (new prescriptions received directly from provider offices can be filled without beneficiary verification when conditions are met), insert the following:*

**藥房直接從您醫生的診室收到的新處方。**

在以下情況下，藥房將自動按照從醫療服務提供者處收到的新處方配藥並寄送給您，而不會事先諮詢您的意見：

* 您過去使用過本計劃的郵購服務，或
* 您註冊申請自動配送從醫療服務提供者處直接收到的所有新處方上的藥物。您可以立刻或隨時透過*[insert instructions]*，申請自動配送所有新處方上的藥物。

如果您自動收到您不想要的郵寄處方藥，而且在藥物發運前無人聯絡您確認您是否想要該藥物，則您也許有資格獲得退款。

如果您過去使用過郵購服務，但不希望藥房自動配取並寄送每個新處方上的藥物，請透過 *[insert instructions]* 聯絡我們。

如果您從未使用過我們的郵購服務，和/或決定停止自動配取新處方上的藥物，藥房將在每次從醫療服務提供者處取得新處方時聯絡您，以確認您是否希望立即配取並發運藥物。這樣您將有機會確認藥房寄送的藥物是否正確（包括規格、份量和劑型），而且在必要時，您可以在自己付款及藥物發運前，取消或延遲藥物的寄送。每次藥房聯絡您時，您都應作出回覆，以便讓他們知道怎麼處理新處方並防止耽誤藥物發運，這一點非常重要。

要選擇不接受自動按照直接從您醫療服務提供者的診室收到的新處方配取並郵寄的藥物，請透過 *[insert instructions]*聯絡我們。]

*[For refill prescriptions, insert one of the following two options.]*

[***Option 1:*** *Sponsors that* ***do not*** *offer a program that automatically processes refills, insert the following:*

**郵購處方藥的重配。**對於重新配藥，請在您認為手邊的藥物將在 *[insert recommended number of days]* 天後用完時聯絡您的藥房，以確保郵購的藥物可以及時發運給您。]

*[****Option 2:*** *Sponsors that* ***do*** *offer a program that automatically processes refills, insert the following:*

**郵購處方藥的重配。**對於重新配取藥物，您可選擇參加一項 [*optional:「*名為 *insert name of auto refill program」*] 的自動重配計劃。參加此計劃後，當我們的記錄顯示您即將用完藥物時，我們將自動開始處理您的下次藥物重配。藥房將在每次寄送重配藥物前聯絡您，確定您是否需要更多藥物，且如果您有足夠藥物或您的藥物發生變化，您可取消預定的重配藥物。如果您選擇不使用我們的自動重配計劃，請在您認為手邊的藥物將在 *[insert recommended number of days]* 天後用完時聯絡您的藥房，以確保郵購的藥物可以及時發運給您。

如要退出我們可自動準備重配郵購藥物的計劃 [*optional: insert name of auto refill program instead of*「我們的計劃」]，請透過 *[insert instructions]* 聯絡我們。

*[All plans offering mail-order services, insert the following:*

這樣一來，藥房可以在發運藥物前聯絡您確認訂單，請務必告知藥房聯絡您的最佳方式。*[Insert instructions on how enrollees should provide their communication preferences.]*]

#### 第 2.4 節 如何取得長期藥物供應？

*[Plans that do not offer extended-day supplies: Delete Section 2.4.]*

[*Insert if applicable:* 當您取得長期藥物供應時，您的分攤費用可能會較低。] 本計劃提供了[*insert as appropriate:* 一種 *OR* 兩種] 就我們計劃藥物清單上之「維持」藥物，取得長期供應（亦稱為「延長供藥」）的方法。（維持藥物是您定期使用的藥物，用於治療慢性或長期疾病。）[*Insert if applicable:* 您可以透過郵購（請參見第 2.3 節）或前往零售藥房的方式訂購此類供藥]

1. *[Delete if plan does not offer extended-day supplies through retail pharmacies.]* **部分**網絡內**零售藥房**可為您提供長期維持藥物供應。[*Insert if applicable:* 部分此類零售藥房 [*insert if applicable:（*提供首選分攤費用）] [*insert if applicable:* 可能會] 同意接受長期維持藥物供應的 [*insert as appropriate:* 較低 *OR* 郵購]分攤費用。] [*Insert if applicable:* 其他零售藥房可能不會同意接受長期維持藥物供應的 [*insert as appropriate:* 較低 *OR* 郵購] 分攤費用。在此情況下，您將須負責支付差價。] 您的*藥房目錄*介紹了哪些網絡內藥房可為您提供長期維持藥物供應。您也可致電會員服務部瞭解詳細資訊（電話號碼印在本手冊封底）。
2. *[Delete if plan does not offer mail-order service.]* [*Insert as applicable:* 對於某些類型的藥物，您 *OR* 您] 可以使用本計劃的網絡內**郵購服務**購買。[*Insert if plan marks mail-order drugs in formulary, adapting as needed:* 可透過我們計劃的郵購服務購買的藥物在我們的藥物清單中帶有**「郵購」藥物**標記。] [*Insert if plan marks non-mail-order drugs in formulary, adapting as needed:* 不可透過本計劃的郵購服務購買的藥物在我們的藥物清單中以星號標記。] 我們計劃的郵購服務 [*insert either:* 允許 *OR* 需要] 您訂購 [*insert either:* ***at least* [XX] 天份量的藥物，且*不得超過* [XX] 天份量的藥物 *OR* 最多 [XX] 天份量的藥物 *OR* [XX] 天份量的藥物。**]有關使用郵購服務的細節，請參見第 2.3 節。

#### 第 2.5 節 在何種情況下，您可以使用計劃網絡外的藥房？

在某些情況下，您的處方藥可能有承保

通常，*只有*在您無法使用網絡內藥房時，我們才會承保於網絡外藥房配取的處方藥。[*Insert if applicable:* 為了幫助您，我們在服務區域外備有網絡內藥房，您可藉由計劃會員身份在這些藥房配取處方藥。] 如果您無法使用網絡內藥房，在以下情形下，我們可能會承保於網絡外藥房配取的處方藥：

* *[Plans should insert a list of situations when they will cover prescriptions out of the network and any limits on their out-of-network policies (e.g., day supply limits, use of mail-order during extended out of area travel, authorization or plan notification).]*

在這些情況下，**請先洽詢會員服務部**，以確定附近是否有網絡內藥房。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）您可能需要支付在網絡外藥房購買藥物的費用與網絡內藥房承保費用之間的差額。

如何要求計劃報銷？

如果您必須使用網絡外藥房，您通常將需要在配取處方藥時支付全額的費用（而非您一般的分攤費用）。您應要求我們報銷我們應承擔的費用。（第 7 章第 2.1 節介紹如何要求計劃償付。）

### 第 3 節 您的藥物必須列於計劃的「藥物清單」上

#### 第 3.1 節 「藥物清單」說明何種 D 部分藥物有承保

計劃有一份*「承保藥物清單（處方藥一覽表）」*。在本*承保範圍說明書*中，**我們將其簡稱為「藥物清單」**。

此清單上的藥物皆由計劃在醫生和藥劑師團隊的協助下選定。此清單必須符合 Medicare 規定的要求。Medicare 已批准本計劃的藥物清單。

藥物清單僅列出由 Medicare D 部分承保的藥物（D 部分藥物於稍早前，在本章第 1.1 節有說明）。

我們通常會承保計劃藥物清單上的藥物，只要您遵守其他在本章所說明的承保規則，且該藥用於醫學上認可的適應症。「醫學上認可的適應症」表示該藥的使用方式符合*以下任  
一項*：

* 經美國食品和藥物管理局批准（這表示美國食品藥物管理局已批准該藥用於指定的診斷或疾病。）
* *－ 或 －* 由某些參考書籍支持。（這些參考書籍為 American Hospital Formulary Service Drug Information；DRUGDEX Information System；USPDI 或其後續書籍；以及有關癌症的 National Comprehensive Cancer Network 和 Clinical Pharmacology 或其後續書籍。）

藥物清單同時包含原廠藥與副廠藥

副廠藥是一種和原廠藥具有相同活性成分的處方藥。通常，副廠藥和原廠藥的藥效相同，並且費用較低。許多原廠藥皆有副廠藥可供替代。

[*Insert if applicable:*

非處方藥

我們的計劃也承保某些非處方藥。某些非處方藥的價格比處方藥低，但療效與處方藥相同。如需更多資訊，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。]

哪些藥物*不*在藥物清單上？

本計劃並未承保所有的處方藥。

* 在某些情況下，法律並不允許任何 Medicare 計劃皆可承保某些類型的藥物（有關詳細資訊，請參見本章第 7.1 節）。
* 其他情況則是我們決定不將某種特定的藥物包含在藥物清單內。

#### 第 3.2 節 藥物清單上的藥物共有 *[insert number of tiers]* 種「分攤費用等級」

*[Plans that do not use drug tiers should omit this section.]*

本計劃藥物清單上的每種藥物皆屬於 *[insert number of tiers]* 種分攤費用等級中的一種。通常，分攤費用的等級越高，您藥物的費用就越高：

* *[Plans should briefly describe each tier (e.g., Cost-Sharing Tier 1 includes generic drugs). Indicate which is the lowest tier and which is the highest tier.]*

如要瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用等級，請查詢計劃的藥物清單。

對於每個分攤費用等級，您分別須為藥物支付的金額列於第 6 章（*對於 D 部分處方藥您須支付的費用*）*。*

#### 第 3.3 節 如何得知某種特定的藥物是否有列於藥物清單上？

您有 *[insert number]* 種方法進行查詢：

1. 查閱我們郵寄給您的最新藥物清單。[*Insert if applicable:*（請注意：我們寄送的藥物清單上載有會員最常用的承保藥物的資訊。然而，我們還承保藥物清單上未列出的其他藥物。如果您的某種藥物不在藥物清單上，您應瀏覽我們的網站或聯絡會員服務部以確認我們是否承保此藥。）]
2. 您可瀏覽本計劃的網站 (*[insert URL]*)。網站上的藥物清單始終為最新版本。
3. 致電會員服務部，查詢某種特定的藥物是否有列於計劃的藥物清單上，或索要一份該清單的副本。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）
4. *[Plans may insert additional ways to find out if a drug is on the Drug List.]*

### 第 4 節 某些藥物具有承保範圍限制

#### 第 4.1 節 為何某些藥物有限制？

對於某些處方藥，特殊的規則限制了計劃如何與何時才可承保。醫生與藥劑師團隊制訂了這些規則，來協助我們的會員最有效地使用藥物。這些特殊規則也可協助控制藥物費用的總額，使您的藥物保險更容易負擔得起。

通常，我們的規則鼓勵您取得適合您的病情且安全有效的藥物。每當有安全且費用較低的藥物和較昂貴的藥物效果相同時，計劃的規則將鼓勵您與您的提供者使用費用較低的選擇。我們也須遵守 Medicare 對於藥物保險和分攤費用的規則與法規。

**如果您的藥物有受到限制，這通常表示您或您的提供者將須採取額外的步驟，以便我們承保該藥物。**如果您想要我們為您豁免該限制，您將需要利用承保範圍裁決程序，並要求我們作出例外。我們不一定會同意為您豁免該限制。（有關例外情況的詳細資訊，請參見第 9 章第 6.2 節。）

請注意，有時某種藥物可能在藥物清單上多次出現。這是因為可能會基於不同的因素適用不同的限制或分攤費用，例如您醫療服務提供者開處的藥物的規格、份量或劑型（例如，10 mg 與 100 mg；每天一次與每天兩次；片劑與液體）。

#### 第 4.2 節 何種限制？

我們的計劃使用不同類型的限制來協助我們的會員最有效地使用藥物。下節將介紹關於我們對某些藥物使用的限制類型細節。

*[Plans should include only the forms of utilization management used by the plan]*

在有副廠藥可用時對原廠藥進行限制

通常，「副廠」藥和原廠藥的藥效相同，並且費用較低。[*Insert as applicable:* **大多數情況下，當** OR **當**] **原廠藥有其副廠藥可用時，我們的網絡內藥房將會為您提供副廠藥。**當有副廠藥可用時，我們通常不會承保原廠藥。但是，如果您的提供者 [*insert as applicable:* 告訴我們在醫學上副廠藥對您不起效的理由，*OR* 在處方上註明某種原廠藥「無替代藥物」*OR* 告訴我們在醫學上副廠藥或治療相同症狀的其他承保藥物對您不起效的理由]，那麼我們將承保原廠藥。（對於原廠藥，您應承擔的費用可能會較副廠藥高。）

事先取得計劃批准

對於某些藥物，在我們同意為您提供承保前，您或您的提供者需要取得計劃的批准。這稱為「**事先授權**」。有時候，規定提前取得批准有助於恰當地使用某些藥物。如果您並未取得此批准，您的藥物可能不會由計劃承保。

首先嘗試不同的藥物

此項要求鼓勵您在計劃承保其他藥物之前，先嘗試使用價格較低但療效相同的藥物。例如：若藥物 A 和藥物 B 皆可治療同一病症，則計劃可能要求您先嘗試使用藥物 A。若藥物 A 對您不起療效，則計劃將會承保藥物 B。這個要求先嘗試不同藥物的做法稱為**「階段治療」**。

數量限制

對於某些藥物，我們透過限制您每次配取處方藥時可獲得的藥物數量來限制您擁有的藥物數量。舉例來說，如果某個藥物的安全用量通常只有每日一粒，則我們可能會限制您處方的承保範圍至不超過每日一粒。

#### 第 4.3 節 這些限制是否適用於您的藥物？

計劃的藥物清單包含了上述限制的資訊。如要確定這些限制是否適用於您使用（或想要使用）的藥物，請查閱藥物清單。如需最新資訊，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）或瀏覽我們的網站 (*[insert URL]*)。

**如果您的藥物有受到限制，這通常表示您或您的提供者將須採取額外的步驟，以便我們承保該藥物。**如果您使用的藥物有受到限制，您應聯絡會員服務部，瞭解您或您的提供者如何取得該藥物的承保。如果您想要我們為您豁免該限制，您將需要利用承保範圍裁決程序，並要求我們作出例外。我們不一定會同意為您豁免該限制。（有關例外情況的詳細資訊，請參見第 9 章第 6.2 節。）

### 第 5 節 如果您藥物的承保方式並不是您所想要的，該如何處理？

#### 第 5.1 節 如果您藥物的承保方式並不是您所想要的，您可以採取一些步驟

我們希望您的藥物保險很適合您。但是，很有可能您正在使用的處方藥或您和您的提供者認為您應該服用的藥物不在我們的處方藥一覽表上，或在我們的處方藥一覽表上但有限制條件。例如：

* 該藥物可能完全沒有承保。或者，可能僅承保其副廠藥，但您想要使用其未承保的原廠藥。
* 藥物獲承保，但其承保範圍有額外的規則或限制。如同第 4 節的說明，有些計劃承保的藥物有額外的規則來限制其使用。*[Delete this sentence if plan does not have step therapy]* 舉例來說，在計劃承保您希望使用的藥物之前，可能要求您先嘗試不同的藥物，看該藥物是否對您有效。*[Delete this sentence if plan does not have quantity limits]* 或可能限制該藥在特定期間內的承保數量（藥丸數目等）。在某些情況下，您可能會希望我們為您豁免該限制。
* *[Omit if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions]*藥物有承保，但其分攤費用等級使得分攤費用超出您的預期。本計劃將承保藥物分為 *[insert number of tiers]* 種不同的分攤費用等級。您需要支付的處方藥費用，有部分是根據您藥物所屬的分攤費用等級而定。

如果您藥物的承保方式並不是您所想要的，您可以採取一些步驟。*[Delete next sentence if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions]* 您的選擇視問題類型而定：

* 如果您的藥物未列於藥物清單上，或是如果您的藥物受到限制，請參見第 5.2 節，以瞭解如何處理。
* [*Omit if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions*] 如果您藥物的分攤費用等級使得費用超出您的預期，請參見第 5.3 節，以瞭解如何處理。

#### 第 5.2 節 如果您的藥物未列於藥物清單上，或者如果該藥受到某些限制，該如何處理？

如果您的藥物未列於藥物清單上，或者如果該藥受到某些限制，您可以：

* 您可能可以取得該藥的臨時性供藥（僅在某些情況下會員才可取得臨時性供藥）。這將給予您和您的提供者更換至另一種藥物的時間，或提出藥物承保請求的時間。
* 您可以更換成另一種藥物。
* 您可以提出例外處理申請，並要求計劃承保該藥，或取消對該藥的限制。

您可能可以取得臨時性供藥

在某些情況下，當您的藥物並未列於藥物清單上或受到某些限制時，本計劃可以向您提供藥物的暫時補給。這可給予您一些時間，來和您的提供者就承保範圍的更改進行討論，並思考處理方法。

要獲得臨時性供藥，您必須滿足兩項要求︰

**1. 您藥物的承保範圍更改必須是以下任一類型的更改：**

* 您使用的藥物**不再列於計劃的藥物清單上；**
* － 或 － 您使用的藥物**目前受到了某些限制**（本章第 4 節介紹了關於限制的  
  細節）。

**2. 您必須處於下述任一情況：**

* *[Sponsors may omit this scenario if all current members will be transitioned in advance for the following year]* **對於新會員或去年參與本計劃且不住在長期護理 (LTC) 機構的會員：**

**對於新會員，在您成為本計劃會員後的前** *[****insert time period (must be at least 90 days)****]* **內，對於去年參與本計劃的會員，則在日曆年的前 *[insert time period (must be at least 90 days)]* 內，**我們均將承保您藥物的臨時性供藥。臨時性供藥最多提供*[insert supply limit (must be at least a 30-day supply)]*。如果您的處方藥可供使用的天數較少，我們將允許多次配藥，以提供最長達 *[insert supply limit (must be at least a 30-day supply)]* 天的藥物。處方藥必須在網絡內藥房配取。

**對於新會員或去年參與本計劃且住在長期護理 (LTC) 機構的會員：**

對於新會員，**在您成為本計劃會員後的前** *[****insert time period (must be at least 90 days)****]* 內，**對於去年參與本計劃的會員，則在日曆年的前 *[insert time period (must be at least 90 days)]* 內，我們均將承保您藥物的臨時性供藥。**總供藥量最高為*[insert supply limit (must be at least a 91-day supply and may be up to a 98-day supply depending on the dispensing increment)]*。如果您的處方藥可供使用的天數較少，我們將允許多次配藥，以提供最長達 *[(must be at least a 91-day supply* *and may be up to a 98-day supply)]* 的藥物。（請注意，長期護理藥房可能每次僅提供較小份量的藥物以免造成浪費。）

* **對於加入本計劃超過** *[****insert time period (must be at least 90 days)****]* **且住在長期護理 (LTC) 機構，並且立即需要藥物補給的會員：**

我們將承保特定藥物一次 *[insert supply limit (must be at least a 31-day supply)]* 的藥量，或更少天數的藥量（如果您處方的天數較少）。這是除了上述長期護理過渡期補給外的補給。

* *[If applicable: Plans must insert their transition policy for current members with level of care changes.]*

如需臨時性供藥，您可致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

在您取得臨時性供藥期間，您應和您的提供者討論，以決定當臨時性供藥用盡時該如何處理。您可以改用計劃承保的不同藥物，或要求計劃為您作出例外處理來承保您目前的藥物。下節將詳細介紹這些選擇。

可以更換成另一種藥物

首先，和您的提供者討論。或許有不同的計劃承保藥物對您有相同的效果。您可以致電會員服務部，索要一份可治療相同病症的承保藥物清單。此清單將可協助您的提供者找到適合您的承保藥物。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）

您可以要求例外處理

您和您的提供者可以要求計劃為您作出例外處理，並按照您想要的方式來承保該藥。如果您的提供者表示您有申請例外處理的醫療理由，則您的提供者可以協助您提出例外處理申請。例如，您可以要求計劃承保某項藥物，即使該藥並未列於計劃的藥物清單上。或者，您可以要求計劃作出例外處理，並在無任何限制下承保該藥物。

*[Plans may omit the following paragraph* *if they do not have an advance transition process for current members.]* 如果您是現有會員，且您正在服用的藥物明年將自處方藥一覽表中移除，或以相同方式受限，我們將允許您事先為明年提出處方藥一覽表例外處理申請。我們將會就您的藥物告知您任何明年的承保範圍更改。您可在明年之前提出例外處理申請，我們將在收到您的申請（或您的處方醫師的支持聲明）後的 72 小時內作出答覆。如果我們批准您的申請，我們將在更改生效之前批准該承保。

如果您和您的提供者想申請例外處理，第 9 章第 6.4節將介紹該如何處理*。*其中說明了 Medicare 為確保您的請求得到及時公平的處理而制定的程序和截止時間。

#### 第 5.3 節 如果您認為您藥物的分攤費用等級過高，該如何處理？*[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers or defined standard coinsurance across all tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit Section 5.3]*

如果您認為您藥物的分攤費用等級過高，您可以：

可以更換成另一種藥物

如果您認為您藥物的分攤費用等級過高，先和您的提供者討論。或許有較低分攤費用等級的不同藥物對您有相同的效果。您可以致電會員服務部，索要一份可治療相同病症的承保藥物清單。此清單將可協助您的提供者找到適合您的承保藥物。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）

您可以要求例外處理

對於 *[insert tier(s)]* 的藥物，您和您的提供者可以要求本計劃為該藥就分攤費用等級作出例外處理，使您能夠支付較少的費用。如果您的提供者表示您有申請例外處理的醫療理由，則您的提供者可以協助您提出例外處理申請。

如果您和您的提供者想申請例外處理，第 9 章第 6.4節將介紹該如何處理*。*其中說明了 Medicare 為確保您的請求得到及時公平的處理而制定的程序和截止時間。

[*Insert if applicable:* 我們 [*insert name of specialty tier*] 的藥物不符合此類例外處理的資格。我們無法降低該等級的藥物分攤費用。]

### 第 6 節 如果您藥物的承保範圍更改，該如何處理？

#### 第 6.1 節 在一年當中，藥物清單可能會有更改

大多數藥物承保範圍的更改發生在每年開始時（1 月 1 日）。然而，在一年當中，計劃可能會對藥物清單作出更改。例如，計劃可能：

* **新增藥物至藥物清單，或從中移除藥物**。提供新藥，包含新的副廠藥。政府可能會批准現有藥物的新用途。有時，藥物會遭到召回，因此我們決定不承保該藥。或者，我們可能會因為發現藥物無效，而從清單中移除該藥。
* *[Plans that do not use tiers may omit]* 將藥物提高或降低分攤費用等級。
* **對某項藥物新增或移除承保範圍限制**（有關承保範圍限制的詳細資訊，請參見本章第 4 節）。
* **以副廠藥來替換某項原廠藥。**

在大多數情況下，我們必須就計劃藥物清單的更改，取得 Medicare 的批准。

#### 第 6.2 節 如果您正在使用的藥物，其承保範圍受到更改，將會如何？

如何得知藥物的承保範圍受到更改？

如果*您正在使用的藥物*，其承保範圍受到更改，計劃將會寄一封通知信給您。通常，  
**我們至少會提前 60 天通知您。**

偶爾，某項藥物可能會因為被發現不安全或其他原因而**被突然召回**。如果發生這種情況，計劃會立即將該藥自藥物清單移除。我們會立刻通知您此項更改。您的提供者也將得知此更改，並可和您一起尋找另一種適合您病況的藥物。

您藥物承保範圍的更改是否會立即影響到您？

如果有任何以下類型的更改影響到您正在使用的藥物，那麼在明年 1 月 1 日（若您仍在計劃中）之前，該更改都不會影響您：

* *[Plans that do not use tiers, may omit]* 如果我們將您藥物的分攤費用等級提高。
* 我們在您對於該藥的使用上，規定了一項新的限制。
* 我們將您的藥物自藥物清單移除，但並非因為突然的召回或它被新的副廠藥取代。

如果您正在服用的藥物發生任何這些更改，則直到明年的 1 月 1 日為止，該更改將不會影響您的用藥或您的分攤費用。在該日期前，您可能不會感到您的付款有任何增加，或您的用藥有任何新的限制。然而，自明年的 1 月 1 日起，更改將會影響到您。

在某些情況下，您將會在 1 月 1 日前受到承保範圍更改的影響：

* 如果**您正在使用的原廠藥被新的副廠藥取代**，計劃必須至少提前 60 天通知您，或就該項原廠藥給予您 60 天份的網絡內藥房重新配藥。
* 在此為期 60 天的期間，您應和您的提供者一起準備轉換到副廠藥或不同的承保藥物。
* 或者，您和您的提供者可以要求計劃作出例外處理，並繼續為您承保該原廠藥。有關如何申請例外處理的資訊，請參見第 9 章（*遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴）。*
* 再次提醒，如果某項藥物因為被發現不安全或其他原因而**被突然召回**，計劃會立即將該藥自藥物清單移除。我們會立刻通知您此項更改。
* 您的提供者也將得知此更改，並可和您一起尋找另一種適合您病況的藥物。

### 第 7 節 哪些藥物*不能*獲得本計劃承保？

#### 第 7.1 節 我們不承保的藥物類型

本節告訴您哪些種類的處方藥「被排除在外」。這表示 Medicare 將不會支付這些藥物的費用。

如果您取得的藥物不獲承保，您必須自行支付費用。我們將不為本節所列藥物支付費用[*insert if applicable:*（除非某些不承保藥物在加強型藥物承保範圍內）]。僅有的例外情況是：如果請求的藥物在上訴時被發現是未排除在 D 部分之外，且由於您的特殊情況我們應支付或承保的藥物。（有關對我們做出不承保某種藥物的決定提出上訴的資訊，請查閱本手冊第 9 章第 6.5 節。）

以下列出三項關於 Medicare D 部分藥物計劃不承保之藥物的通用規則：

* 我們計劃的 D 部分藥物保險無法承保而將由 Medicare A 部分或 B 部分承保的  
  藥物。
* 我們計劃無法承保於美國及其屬地境外購買的藥物。
* 我們的計劃通常無法承保非適應症使用。「非適應症使用」指的是任何非該藥標籤上指示由美國食品藥物管理局批准之用途。
* 通常，「非適應症使用」的承保僅在該用途受到某些參考書籍支持的情況下才被允許。這些參考書籍為 American Hospital Formulary Service Drug Information、DRUGDEX Information System、有關癌症的 National Comprehensive Cancer Network 和 Clinical Pharmacology 或其後續書籍。如果該用途並未受到任何這些參考書籍的支持，則我們的計劃無法承保「非適應症使用」。

此外，根據法律，下列這些藥物類別不受 Medicare 藥物計劃承保：[*Insert if applicable:*（我們的計劃透過加強型藥物保險承保下文所列的某些藥物，您可能需要為該加強型藥物保險支付額外保費。有關詳細資訊，請參見下文。）]：

* 非處方藥（也稱為成藥）
* 當藥物用來促進生育時
* 當藥物用來緩解咳嗽或感冒症狀時
* 當藥物用作美容目的或促進頭髮生長時
* 處方維生素與礦物質產品（產前維生素與氟化物製劑除外）
* 當藥物用於治療性功能或勃起功能障礙時，例如：Viagra、Cialis、Levitra 以及 Caverject
* 當藥物用來治療厭食症、體重減輕或體重增加時
* 製造商試圖透過銷售條件要求相關測試或監測服務只能自該製造商購買的門診藥物

[*Insert if applicable:* 我們對於 Medicare 處方藥計劃通常不承保的某些處方藥提供額外的承保（加強型藥物承保範圍）。*[Insert details about the excluded drugs your plan does cover, including whether you place any limits on that coverage.]* 您在配取此類藥物時所支付的金額不計入使您符合災難承保階段資格的藥費內。（參見本手冊的第 6 章第 7 節瞭解「災難承保階段」。）]

[*Insert if plan offers coverage for any drugs excluded under Part D:* 此外，若您正在接受 **Medicare 的「額外補助」**，且以此來支付您的處方藥費，該「額外補助」計劃將不會支付通常不承保的藥物的費用。（請參閱計劃的藥物清單或致電會員服務部，以獲得更多資訊。會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）然而，若您擁有透過 Medicaid 獲得的藥物保險，您的州 Medicaid 計劃可能會承保部分 Medicare 藥物計劃通常不承保的處方藥。請聯絡您所在州的 Medicaid 計劃，確定可為您提供哪些藥物承保。（Medicaid 的電話號碼及聯絡資訊列於第 2 章第 6 節。）]

[*Insert if plan does not offer coverage for any drugs excluded under Part D:* **如果您領取「額外補助」以支付您的藥費，**您的州 Medicaid 計劃可能會承保某些 Medicare 藥物計劃通常不承保的處方藥。請聯絡您所在州的 Medicaid 計劃，確定可為您提供哪些藥物承保。（Medicaid 的電話號碼及聯絡資訊列於第 2 章第 6 節。）]

### 第 8 節 配取處方藥時，務請出示您的計劃會員卡

#### 第 8.1 節 出示您的會員卡

配取處方藥時，請在您選擇的網絡內藥房出示您的計劃會員卡。當您出示計劃會員卡時，該網絡內藥房會自動向計劃收取*我們*就您承保處方藥費用應承擔的部分。當您領取處方藥時，您將需要向該藥房支付*您*應承擔的部分。

#### 第 8.2 節 如果您沒有攜帶會員卡，該如何處理？

如果您在配取處方藥時沒有攜帶計劃會員卡，請要求該藥房致電本計劃以取得必要的  
資訊。

如果該藥房無法取得必要的資訊，**在領取處方藥時，您可能將需要支付全額的費用。**（您可以在之後**要求我們償付**我們應承擔的部分。有關如何要求計劃償付的資訊，請參見第 7 章第 2.1 節。）

### 第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物保險

#### 第 9.1 節 如果您目前住在醫院或專業護理機構，且該住院由計劃承保，該如何處理？

如果您住進醫院或專業護理機構，且該住院由計劃承保，我們通常將會在住院期間承保您處方藥的費用***。***一旦您離開該醫院或專業護理機構，只要您的藥物滿足我們所有的承保規則，計劃就會承保該藥。請參見本節前面的部分，該部分介紹了取得藥物承保的規則。第 6 章*（對於 D 部分處方藥您須支付的費用）*可提供您更多關於藥物承保與費用的  
資訊。

**請注意：**當您入住、居住在或離開專業護理機構時，您將符合特殊參保期的資格。在此期間，您可以轉換計劃或變更您的保險。（第 10 章，*終止計劃會員資格*，介紹您何時可離開我們的計劃並加入其他 Medicare 計劃。）

#### 第 9.2 節 如果您是長期護理 (LTC) 機構的居住者，將如何處理？

通常，長期護理 (LTC) 機構（如療養院）擁有自己的藥房，或有藥房為其所有的居住者提供藥物。如果您是長期護理機構的居住者，只要該機構的藥房在我們的網絡內，您即可在該藥房取得處方藥。

請查閱您的*藥房目錄*，以確定您長期護理機構的藥房是否在我們的網絡內。如果不在我們的網絡內，或您需要更多資訊，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

如果您是長期護理 (LTC) 機構的居住者且成為本計劃的新會員，將如何處理？

如果您需要藥物清單外的藥物或受到某些限制的藥物，本計劃將會承保您藥物的**臨時性供藥**（在您成為會員後的前 *[insert time period (must be at least 90 days)]* 內）。總供藥量最高為 *[insert supply limit (must be at least a 91-day supply and up to a 98-day supply)]* 或更少天數（如果您處方的天數較少）。（請注意，長期護理藥房可能每次僅提供較小份量的藥物以免造成浪費。）

如果您已成為本計劃的會員超過 *[insert time period (must be at least 90 days)]* ，並且需要藥物清單外的藥物，或如果本計劃對藥物承保設有任何限制，我們將承保一次 *[insert supply limit (must be at least a 31-day supply)]* 份量的藥物，或更少天數的藥量（如果您處方的天數較少）。

在您取得臨時性供藥期間，您應和您的提供者討論，以決定當臨時性供藥用盡時該如何處理。或許有不同的計劃承保藥物對您有相同的效果。或者，您和您的提供者可以要求計劃為您作出例外處理，並按照您想要的方式來承保該藥。如果您和您的提供者想申請例外處理，第 9 章第 6.4節將介紹該如何處理*。*

#### 第 9.3 節 如果您還有接受僱主或退休人士團體計劃的藥物保險，該如何處理？

您目前是否有透過您的（或您配偶的）僱主或退休人士團體取得其他處方藥保險？如有，請聯絡**該團體的福利管理員**。該名福利管理員將可協助您確定您目前的處方藥保險是否適合我們的計劃。

通常，如果您目前有受到僱用，則我們提供給您的處方藥保險將會成為您僱主或退休人士團體保險的*次要*保險。這表示您的團體保險將會先行支付。

關於「有信譽度的保險」的特別注意事項：

每年您的僱主或退休人士團體應寄給您一份通知，告知您下一個日曆年的處方藥保險是否為「有信譽度的」，以及您對於藥物保險有哪些選擇。

如果來自團體計劃的保險是**「有信譽度的」**，則是指預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 標準處方藥保險的處方藥保險。

**請保留這些關於有信譽度保險的通知，**因為您之後可能會需要用到。如果您加入了 Medicare 包含 D 部分藥物保險的計劃，您可能需要這些通知來顯示您已維持有信譽度的保險*。*如果您並未從您的僱主或退休團體計劃取得關於有信譽度保險的通知，您可以透過僱主或退休團體的福利管理員，或該名僱主或工會取得一份副本。

#### 第 9.4 節 如果您參加了經 Medicare 認證的善終計劃，該如何處理？

善終計劃與本計劃絕不會同時承保同種藥物。如果您參加了 Medicare 善終計劃，並且要求獲得抗噁心、通便、止痛藥物或抗焦慮藥物，而此藥因為與您的絕症及相關狀況無關而不受您的善終計劃承保，則在本計劃承保該藥物前，本計劃必須收到來自處方醫師或您的善終服務提供者的通知，聲明該藥物與您的絕症無關。為防止耽誤您收到任何我們計劃應承保的無關藥物，您在要求藥房按處方配藥之前，可以要求您的善終服務提供者或處方醫師確認我們收到了該藥物與您的絕症無關的通知。

在您撤銷所選的善終計劃或從善終機構中出院後，本計劃應承保您的所有藥物。當您的 Medicare 善終福利結束時，為了防止耽誤您獲得藥房服務，您應將證明文件帶到藥房，證明您已撤銷善終服務或已出院。請參見本節前面的部分，瞭解獲得 D 部分藥物保險的規則。第 6 章（*對於 D 部分處方藥您須支付的費用*）介紹了更多與藥物承保及您須支付的費用有關的資訊。

### 第 10 節 藥物安全與用藥管理的計劃

#### 第 10.1 節 協助會員安全用藥的計劃

我們將為會員進行用藥審核，以確保安全與適當的護理。這些審核對於擁有一名以上開立處方藥之提供者的會員而言特別重要。

我們會在每次您配取處方藥時進行審核。我們也會定期審核我們的記錄。在進行這些審核時，我們將會尋找潛在的問題，例如：

* 可能的用藥錯誤
* 因為您正使用另一種治療相同病況的藥物，而可能不必要的藥物
* 因為您的年齡或性別而可能不安全或不適合的藥物
* 某些在同時使用時可能會對您造成傷害的藥物組合
* 處方上的藥物有您會過敏成分
* 您正在使用之藥物的可能藥量（劑量）錯誤。

如果我們在您的用藥上發現可能的問題，我們將會和您的提供者一起更正該問題。

#### 第 10.2 節 協助會員管理藥物的藥物治療管理 (MTM) 計劃 [*insert if plan has other medication management programs:*「和其他」] [*insert if applicable:*「多項」]

[*Plans should include this section only if applicable.*]

我們提供計劃 *[delete “a” and insert “programs” if plan has other medication management programs]* 來協助有複雜健康需求的會員。例如，有些會員患有多種疾病，同時使用不同的藥物且支付高額的藥費。

此計劃 [*if applicable replace with:*「這些計劃」] 為自願性且免費提供給會員。藥劑師與醫生團隊為我們制訂了此計劃 [*insert if applicable:* 「這些計劃」]。此計劃 [*insert if applicable*：「這些計劃」] 可以幫助確保我們的會員最大程度地從其使用的藥物中受益。我們的 [*if applicable replace with:* 一項] 計劃稱為「藥物治療管理」(MTM) 計劃。因不同疾病使用藥物的某些會員也許可以透過 MTM 計劃獲得服務。藥劑師或其他醫療專業人士將對您使用的所有藥物進行綜合審查。您可以談論藥物的最佳使用方式、費用以及您對您的處方藥和非處方藥存有的任何問題或疑問。您將會收到一份本次討論的書面摘要。摘要包括一個藥物行動計劃，提供可做之事的建議，以發揮藥物的最大療效，並且有空白處供您做筆記或記下任何後續問題。同時，您還可得到一份個人藥物清單，其中包括所有您正在使用的藥物和服藥原因。

最好在進行健康年檢前進行您的藥物審核，以便您可以跟醫生討論您的行動計劃和藥物清單。在就診時或與您的醫師、藥劑師及其他醫療保健提供者交談時，請隨身攜帶您的行動計劃和藥物清單。另外，前往醫院或急診室時也請帶上藥物清單（例如，與您的 ID 卡一起）。

如果我們有符合您需求的計劃，我們將會自動將您加入該計劃，並寄給您相關資訊。如果您決定不參與，請通知我們，我們將會為您退出計劃。如對這些計劃存有任何疑問，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

*[PFFS without Part D coverage: Omit this chapter]*

第 6 章

對於 D 部分處方藥您須支付的費用

## 第 6 章. 對於 D 部分處方藥您須支付的費用

[第 1 節 簡介 121](#_Toc485818368)

[第 1.1 節 將本章和其他說明您藥物承保範圍的資料一起使用 121](#_Toc485818369)

[第 1.2 節 您為承保藥物支付的自付費用類型 122](#_Toc485818370)

[第 2 節 您須為藥物支付的金額，視您取得該藥時的「藥物付款階段」而定 122](#_Toc485818371)

[第 2.1 節 *[insert 2018 plan name]* 會員的藥物付款階段有哪些？ 122](#_Toc485818372)

[第 3 節 我們會寄一份報告給您，說明您藥物的付款與您的付款階段 124](#_Toc485818373)

[第 3.1 節 我們寄給您的每月報告稱為「D 部分福利說明」（「D 部分 EOB」） 124](#_Toc485818374)

[第 3.2 節 協助我們及時更新關於您藥物付款的資訊 124](#_Toc485818375)

[第 4 節 在自付扣除金階段，您支付 *[insert drug tiers if applicable]* 藥物的全部費用 125](#_Toc485818376)

[第 4.1 節 您將停留在自付扣除金階段，直到您為您的 *[insert drug tiers if applicable]* 藥物支付 *$[insert deductible amount]* 125](#_Toc485818377)

[第 5 節 在初始承保階段期間，本計劃將為您的藥物費用支付其應承擔的部分，而您也將支付您應承擔的部分 126](#_Toc485818378)

[第 5.1 節 您須為藥物支付的費用視該藥本身及您配取處方藥的地點而定 126](#_Toc485818379)

[第 5.2 節 *一個月*份量藥物補給的費用表 127](#_Toc485818380)

[第 5.3 節 若您的醫生開立的處方藥不足一個月份量，您可能無需支付整個月份量的藥費 128](#_Toc485818381)

[第 5.4 節 [*insert if applicable:* 最多] *[insert number of days]* 天份量的）*長期*藥物補給的費用表 129](#_Toc485818382)

[第 5.5 節 您將停留在初始承保階段，直到您 [*insert as applicable:* 一年內的總藥費達到 $*[insert initial coverage limit]* *OR* 一年內的自付費用達到 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*] 130](#_Toc485818383)

[第 5.6 節 Medicare 如何計算您的處方藥自付費用 131](#_Toc485818384)

[第 6 節 在承保缺口階段，[*insert as appropriate:* 您的原廠藥將有折扣，並且您須支付的副廠藥費用不會超過 44% *OR* 本計劃提供某些藥物保險] 134](#_Toc485818385)

[第 6.1 節 您將停留在承保缺口階段，直到您的自付費用達到 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* 134](#_Toc485818386)

[第 6.2 節 Medicare 如何計算您的處方藥自付費用 134](#_Toc485818387)

[第 7 節 在災難承保階段期間，本計劃將為您支付大部分的藥費 137](#_Toc485818388)

[第 7.1 節 一旦您進入了災難承保階段，您在該年剩下的時間內將會  
繼續維持在此階段 137](#_Toc485818389)

[第 8 節 附加福利資訊 138](#_Toc485818390)

[第 8.1 節 我們的計劃提供附加福利 138](#_Toc485818391)

[第 9 節 您須為 D 部分承保之疫苗接種支付的費用視您如何及於何處取得而定 138](#_Toc485818392)

[第 9.1 節 我們的計劃對於 D 部分疫苗藥物本身及疫苗接種的費用  
有分別獨立的承保 138](#_Toc485818393)

[第 9.2 節 在疫苗接種前，您可能會需要致電會員服務部 140](#_Toc485818394)

"" **您是否知道有協助支付藥物的計劃可用？**

[*Insert as appropriate, depending on whether SPAPs are discussed in Chapter 2:* 有一些計劃可以幫助資源有限的人士支付他們的藥費。這些計劃包括「額外補助」和州政府醫藥補助計劃；*OR*「額外補助」計劃可協助資源有限的人士支付他們的藥費。]如需更多資訊，請參見第 2 章第 7 節。

**您當前是否領取補助以支付您的藥費？**

若您加入了某些幫助支付您的藥費的計劃，**則本*承保範圍說明書*中關於 D 部分處方藥費用的某些資訊** [*insert as applicable:* **可能** *OR* **並**] **不適用於您。***[If not applicable, omit information about the LIS Rider]*我們 [*insert as appropriate:* 隨附 *OR* 向您寄送] 一份單獨的插頁來說明您的藥物保險，該插頁稱為「取得額外補助支付處方藥之人士的承保範圍說明書附則」（也稱為「低收入補貼附則」或「LIS 附則」）。如果您尚未收到此插頁，請致電會員服務部索要「LIS 附則」。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 節 將本章和其他說明您藥物承保範圍的資料一起使用

本章將著重介紹對於 D 部分處方藥您須支付的費用。為了簡單起見，我們在本章中使用「藥物」來表示 D 部分處方藥。如第 5 章所述，並非所有藥物均屬於 D 部分承保藥物，某些藥物屬於 Medicare A 部分或 B 部分承保藥物，還有些藥物在法律上屬於不受 Medicare 承保的藥物。[*Optional for plans that provide supplemental coverage:* 如果您已購買補充藥物保險，我們的計劃可能會承保一些不保藥物]。

要瞭解我們在本章中為您提供的支付資訊，您需要瞭解承保藥物有哪些、哪裡可以配取處方藥以及取得承保藥物需要遵守的規則的基本資訊。以下資料將說明這些基本資訊：

* **計劃的*承保藥物清單（處方藥一覽表）。***為了簡單起見，我們將其稱為「藥物清單」。
* 此「藥物清單」說明了為您承保何種藥物。
* *[Plans that do not use tiers, omit]* 另外還說明了該藥屬於 *[insert number of tiers]* 種「分攤費用等級」中的哪一種，以及該藥的承保範圍是否有任何限制。
* 如您需要藥物清單的副本，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。您也可以透過我們的網站：*[insert URL]* 取得藥物清單。網站上的藥物清單始終為最新版本。
* **本手冊第 5 章。**第 5 章為您詳細介紹了您的處方藥保險，包含您在取得承保藥物時需要遵守的規則。第 5 章也將介紹何種類型的處方藥未受我們的計劃承保。
* **本計劃的** *[insert if applicable:* ***Provider/****]* ***藥房目錄*。**在大多數情況下，您必須使用網絡內藥房來取得您的承保藥物（如需詳細資訊，請參見第 5 章）。*[insert if applicable: Provider/] 藥房目錄*包含本計劃網絡內藥房的清單*。*並且還為您說明了哪些網絡內藥房可提供您藥物的長期補給（例如配取三個月份量的處方藥）。

#### 第 1.2 節 您為承保藥物支付的自付費用類型

要瞭解我們在本章中為您提供的支付資訊，您需要瞭解您可能會為承保服務支付的自付費用類型。您為藥物支付的金額稱為「分攤費用」，可能需以三種方式支付。

* **「自付扣除金」**是指在本計劃開始支付其應承擔費用前，您必須先為藥物支付的金額。
* **「定額手續費」**表示您每次配取處方藥時支付的固定金額。
* **「共同保險」**表示您每次配取處方藥時支付一定比例的藥費總額。

### 第 2 節 您須為藥物支付的金額，視您取得該藥時的「藥物付款階段」而定

#### 第 2.1 節 *[insert 2018 plan name]* 會員的藥物付款階段有哪些？

如同下表所示，*[insert 2018 plan name]* 在您的處方藥保險上設有「藥物付款階段」。您須為藥物支付的金額，視您為處方配藥或重新配藥時所屬的階段而定。*[Plans with no premium delete the following sentence]* 切記，無論藥物付款階段如何，您皆須負責支付計劃的月繳保費。

*[Plans: Ensure entire table appears on the same page.]*

| **第 1 階段**  *年度自付扣除金階段* | **第 2 階段**  *初始承保階段* | **第 3 階段**  *承保缺口階段* | **第 4 階段**  *災難承保階段* |
| --- | --- | --- | --- |
| [*If plan has a deductible for all tiers insert:*當您在一年中首次配取處 方藥時，此付款階段 開始。]  在此階段期間，**您支付**[*insert if applicable:* 原廠 *OR[tier name(s)]*]藥物的**全部費用**。  您將停留在此階段，直到您為您的 [*insert if applicable:* 原廠 *OR[tier name(s)]*] 藥物支付 $*[insert deductible amount]*（$*[insert deductible amount]* 是您的 [*insert if applicable:* 原廠藥 *OR[tier name(s)]*] 自付扣 除金）。  （如需詳細資訊，請參見本章第 4 節。）  [*Plans with no deductible replace the text above with:* 因本計劃無自付扣除金，此付款階段不適用於您。] | [*Insert if plan has no deductible:*當您在一年中首次配取處方藥時，此階段開始。]  [*Insert if plan has no deductible or a deductible that applies to all drugs:* 在此階段期間，本計劃將支付其應承擔的藥物費用，**而您也將支付您應承擔的費用。**]  [*Insert if plan has a deductible that applies to some drugs:*在此階段期間，本計劃將支付其應承擔的 [*insert if applicable:* 副廠 *OR [tier name(s)]*] 藥物費用，而**您也將支付您應承擔的費用。**在您（或代表您的其他人）達到您的[*insert if applicable:* 原廠藥 *OR [tier name(s)]*] 自付扣除金後，本計劃將支付其應承擔的 [*insert if applicable:* 原廠 *OR[tier name(s)]*] 藥物費用，而您也將支付您應承擔的費用。]  您將停留在此階段，直到您年初至今的 [*insert as applicable:***「總藥費」**（您的付款加上任何 D 部分計劃的付款）達到 $*[insert initial coverage limit]* *OR***「自付費用」**（您的付款）達到 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]。*]  （如需詳細資訊，請參見本章第 5 節。） | [*Plans with no additional gap coverage insert:*在本階段期間，您須支付 35%的原廠藥價格（及部分的配藥費），以及 44% 的副廠藥價格。]  [*Plans with additional generic coverage only in the gap insert:*對於副廠藥，您需支付 *[plans should briefly describe generic coverage (e.g., either a $10 copayment or 44% of the costs, whichever is lower)]。*對於原廠藥，您需支付 35% 的價格（及部分的配藥費）。]  *[Plans with some coverage in the gap: insert description of gap coverage using standard terminology.]*  您將停留在這個階段，直到您年初至今的**「自付費用」**（您的付款）總額達到 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*。計入此金額的費用和規則由 Medicare 規定。  （如需詳細資訊，請參見本章第 6 節。）  [*Plans with no coverage gap replace the text above with:*因本計劃無承保缺口，此付款階段不適用於您。] | 在此階段期間，**本計劃**將在該日曆年剩下的時間內，**支付大部分**的藥物**費用**（至 2018 年 12 月 31 日）。  （如需詳細資訊，請參見本章第 7 節。） |

### 第 3 節 我們會寄一份報告給您，說明您藥物的付款與您的付款階段

#### 第 3.1 節 我們寄給您的每月報告稱為「D 部分福利說明」（「D 部分 EOB」）

我們的計劃將追蹤您處方藥的費用，以及您在藥房為處方配藥或重新配藥時已支付的款項。藉此，我們將可在您進入下一個藥物付款階段時告知您。特別的是，我們會追蹤兩種類型的費用：

* 我們會追蹤您支付了多少費用。這稱為**「自付費用」**金額。
* 我們會追蹤您的**「藥費總額」**。這包含了您的自付費用或其他人代表您支付的金額，另外再加上計劃支付的金額。

當您上個月透過計劃配取了一次以上的處方藥時，我們的計劃將會準備一份稱為 *D 部分福利說明*（有時稱為「D 部分 EOB」）的書面報告。其中包含：

* **該月的相關資訊**。此份報告說明了您上個月配取處方藥的付款細節。這包含了藥費總額、計劃支付的金額，以及您和其他人代表您支付的金額。
* **自 1 月 1 日起當年度的全部資訊。**這稱為「年初至今」資訊。該資訊顯示自年初以來，您藥物的藥費總額及付款總額。

#### 第 3.2 節 協助我們及時更新關於您藥物付款的資訊

為了追蹤您的藥物費用與您為藥物支付的款項，我們將利用自藥房取得的記錄。以下說明您如何協助我們及時更新您的資訊，並保持該資訊正確：

* **配取處方藥時，務請出示您的計劃會員卡。**為了確保我們瞭解您所配取的處方藥，以及您支付的金額，請在每次配取處方藥時出示您的會員卡。
* **請確保我們能獲得所需的資訊。**有時我們可能無法自動取得追蹤您自付費用所需的資訊，此時您需要為處方藥付費。為了協助我們追蹤您的自付費用，您可以給我們您購買藥物的收據副本。（如果您被收取承保藥物的費用，您可以要求我們的計劃來支付我們應承擔的費用。有關如何進行這一步驟的指示，請查閱本手冊第 7 章第 2 節。）以下幾種情況，為了確保我們擁有您藥物花費的完整記錄，可以給我們您購藥的收據副本：
* 當您在網絡內藥房以特殊價格，或使用不屬於我們計劃福利的折扣卡來購買承保藥物時。
* 當您為製藥商患者協助計劃所提供的藥物支付定額手續費時。
* 每當您在網絡外藥房購買承保藥物，或當您在特殊情況下為承保藥物支付全額的費用時。
* **請將其他人替您支付的款項資訊寄送給我們。**由某些其他的個人與機構所支付的款項也計入您的自付費用中，並可協助您取得災難承保資格。例如，由 *[plans without an SPAP in their state delete next item]* 州政府醫藥補助計劃、AIDS 藥物協助計劃 (ADAP)、印地安醫療保健服務，以及大多數的慈善機構所支付的款項皆計入您的自付費用中。您應保留這些款項的記錄，並寄給我們，以便我們追蹤您的  
  費用。
* **請查閱我們寄給您的書面報告。**當您收到 *D 部分福利說明*（D 部分 EOB）的郵件時，請仔細檢查，確保郵件的資訊完整且正確。如果您認為報告缺失了某些資訊，或您有任何疑問，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。*[Plans that allow members to manage this information on-line may describe that option here.]* 請務必保留這些報告。這些報告是您藥物費用的重要記錄。

### 第 4 節 在自付扣除金階段，您支付 *[insert drug tiers if applicable]* 藥物的全部費用

#### 第 4.1 節 您將停留在自付扣除金階段，直到您為您的 *[insert drug tiers if applicable]* 藥物支付 *$[insert deductible amount]*

[*Plans with no deductible replace Section 4 title with: [insert 2018 plan name]*無任何自付扣  
除金*。*]

[*Plans with no deductible replace Section 4.1 title with:* 您無須為 D 部分藥物支付任何自付扣除金。]

[*Plans with no deductible replace text below with*：*[insert 2018 plan name]* 無任何自付扣除金。當您在一年中首次配取處方藥時，您將從初始承保階段開始。請參見第 5 節，瞭解有關您在初始承保階段中的承保範圍的資訊。]

自付扣除金階段是您的藥物承保的第一個付款階段。[*Plans with a deductible for all drug types/tiers, insert:* 當您在一年中首次配取處方藥時，此階段開始。當您在此付款階段時，**您必須支付藥物的全部費用**，直到您達到本計劃的自付扣除金，2018 年的自付扣除金為 $*[insert deductible amount]*。] [*Plans with a deductible on only a subset of drugs, insert:* 您將為*[insert applicable drug tiers]* 藥物支付 $*[insert deductible amount]* 的年度自付扣除金。**您必須支付您的** *[****insert applicable drug tiers****]* **藥物的全部費用**，直至達到本計劃的自付扣除金。對於所有其他藥物，您不必支付任何自付扣除金並將立即開始接受承保。]

* 您的**「全部費用」**通常低於藥物的正常全價，因為我們的計劃針對大多數藥物議定了較低的費用。
* **「自付扣除金」**是指在本計劃開始支付其應承擔費用前，您必須先為您的 D 部分處方藥支付的金額。

在為您的 *[insert drug tiers if applicable]* 藥物支付 $*[insert deductible amount]* 之後，您即離開自付扣除金階段並進入下一個藥物付款階段 - 初始承保階段。

### 第 5 節 在初始承保階段期間，本計劃將為您的藥物費用支付其應承擔的部分，而您也將支付您應承擔的部分

#### 第 5.1 節 您須為藥物支付的費用視該藥本身及您配取處方藥的地點而定

在初始承保階段期間，本計劃將為您的承保處方藥支付其應承擔的費用，而您也將支付您應承擔的費用（您的 [*insert as applicable:* 定額手續費 *OR* 共同保險 *OR* 定額手續費或共同保險]）。您應承擔的費用視該藥本身及您配取處方藥的地點而定。

本計劃共有 *[insert number of tiers]* 種分攤費用等級

*[Plans that do not use drug tiers should omit this section.]*

本計劃藥物清單上的每種藥物皆屬於 *[insert number of tiers]* 種分攤費用等級中的一種。通常，分攤費用的等級編號越高，您藥物的費用就越高：

* *[Plans should briefly describe each tier (e.g., Cost-Sharing Tier 1 includes generic drugs). Indicate which is the lowest tier and which is the highest tier.]*

如要瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用等級，請查詢計劃的藥物清單。

您的藥房選擇

您須為藥物支付的金額視您在下列哪個地點取得而定：

* *[Plans retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, delete this bullet and use next two bullets instead]* 本計劃網絡內的零售藥房
* [*Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, insert:* 提供標準分攤費用的網絡內零售藥房]
* [*Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, insert:* 提供首選分攤費用的網絡內零售藥房]
* 本計劃網絡外的藥房
* *[Plans without mail-order service, delete this bullet]* 本計劃的郵購藥房

有關這些藥房選擇與配取處方藥的細節，請參見本手冊第 5 章，以及計劃的*藥房目錄*。

[*Include if plan has network pharmacies that offer preferred cost-sharing:* 一般來說，*only* 在我們的網絡內藥房配取處方藥時我們才予以承保。我們的一些網絡內藥房也提供首選分攤費用。您可前往提供首選分攤費用的網絡內藥房或提供標準分攤費用的其他網絡內藥房以獲取承保的處方藥。在提供首選分攤費用的藥房，您的費用可能更低。]

#### 第 5.2 節 *一個月*份量藥物補給的費用表

*[Plans using only copayments or only coinsurance should edit this paragraph to reflect the plan’s cost-sharing]* 在初始承保階段期間，您就承保藥物應承擔的費用將會是定額手續費或共同保險的其中之一。

* **「定額手續費」**表示您每次配取處方藥時支付的固定金額。
* **「共同保險」**表示您每次配取處方藥時支付一定比例的藥費總額。

*[Plans that do not use drug tiers, omit]* 如同下表所示，定額手續費或共同保險的金額視您藥物的分攤費用等級而定。請注意：

* *[Plans without copayments, omit]* 如果您承保藥物的費用低於本表所列出的定額手續費，則您將須支付該筆較低的金額。您須支付的費用為該藥的全額費用*或*定額手續費兩者*之一*，*以較低者為準。*
* 我們僅在有限的情況下承保網絡外藥房配取的處方藥。有關何時我們承保於網絡外藥房配取之處方藥的資訊，請參見第 5 章第 2.5 節。

[*If the plan has retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, the chart must include both standard and preferred cost-sharing rates. For plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost-sharing, sponsors may at their option modify the chart to indicate the different rates. If any columns do not apply to the plan (e.g., preferred cost-sharing or mail order), remove them from the table. The plan may also add or remove tiers as necessary. If mail order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell:* 第 *[insert tier]* 級的藥物不可透過郵購服務購買。]

當您自以下地點取得 D 部分承保處方藥*一個月份量*的補給時，您分別應承擔的費用：

| **等級** | **標準零售 分攤費用 （網絡內）**  （最多 *[insert number of days]* 天份量的供藥） | **首選零售 分攤費用 （網絡內）**  （最多 *[insert number of days]* 天份量的供藥） | **郵購分 攤費用**  （最多 *[insert number of days]* 天份量的供藥） | **長期護理 (LTC) 分攤費用**  （最多 *[insert number of days]* 天份量的供藥） | **網絡外分攤費用**  （承保僅限於某些情況；如需詳細資訊，請參見第 5 章。） （最多 *[insert number of days]* 天份量的供藥） |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **第 1 級分攤 費用**  (*[insert description (e.g., generic drugs)]*) | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* |
| **第 2 級分攤 費用**  (*[insert description]*) | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* |
| **第 3 級分攤 費用**  (*[insert description]*) | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* |
| **第 4 級分攤 費用**  (*[insert description]*) | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* |

#### 第 5.3 節 若您的醫生開立的處方藥不足一個月份量，您可能無需支付整個月份量的藥費

通常，您為處方藥支付的費用包含一個月份量的承保藥物。但您的醫生開立的處方藥可能少於一個月的份量。您可能會有希望醫生開立少於一個月份量的處方藥的情況（例如，當首次嘗試一種已知有嚴重副作用的藥物時）。如果您的醫生開立少於一個月份量的處方藥，您將無需就某種藥物支付整個月份量的費用。

當您取得的藥物少於一個月的份量時，您需就此支付的金額取決於您是否負有支付共同保險（總費用的百分比）或定額手續費（固定的美元金額）的責任。

* 如果您負有支付共同保險的責任，您需按藥物總費用的*百分比*支付。無論處方藥是一整個月的份量還是數天的份量，您皆按同一百分比支付。但是，您在獲得藥物少於一個月份量的情況下的藥物總費用相對較少，所以您支付的*金額*也會較少。
* 如果您負有支付該藥物定額手續費的責任，您的定額手續費將基於獲得藥物的天數計算。我們將計算您每日支付的藥物費用（每日分攤費用），並乘以您獲得藥物的天數。
* *[If the plan’s one month’s supply is not 30 days, edit the number of days in and the copay for a full month’s supply. For example, if the plan’s one-month supply is 28 days, revise the information in the next two bullets to reflect a 28-day supply of drugs and a $28 copay.]* 範例如下：假設一個月份量（30 天的份量）藥物的定額手續費是 $30。也即是說您每日支付的藥費是 $1。如果您獲得了 7 天份量的藥物，您的定額手續費將為每日的 $1 乘以 7 日，總付額為 $7。

每日分攤費用允許您在須支付整個月份量的藥費之前，先確定藥物是否對您有效。如果能幫您更好地規劃不同處方的補給日期，以便您能少去幾次藥房，您也可以要求您的醫生開立及您的藥劑師配發少於一個月份量的某種或多種藥物。您支付的費用將取決於您獲得供藥的天數。

#### 第 5.4 節 [*insert if applicable:* 最多] *[insert number of days]* 天份量的）*長期*藥物補給的費用表

*[Plans that do not offer extended-day supplies delete Section 5.4.]*

對於某些藥物，當您配取處方藥時，您可以取得長期供藥（也稱為「延長供藥」）。長期供藥的 [*insert if applicable:* 上限] 為 *[insert number of days]* 天份量的供藥。（有關何處及如何取得長期藥物補給的詳細資訊，請參見第 5 章第 2.4 節。）

下表顯示您在取得（[*insert if applicable:* 最多] *[insert number of days]* 天份的）長期供藥時須支付的費用。

* *[Plans without copayments, omit]* 請注意：如果您承保藥物的費用低於本表所列出的定額手續費，則您將須支付該筆較低的金額。您須支付的費用為該藥的全額費用*或*定額手續費兩者*之一*，*以較低者為準。*

[*If the plan has retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, the chart must include both standard and preferred cost-sharing rates. For plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost-sharing, sponsors may at their option modify the chart to indicate the different rates. If any columns do not apply to the plan (e.g., preferred cost-sharing or mail-order), remove them from the table. The plan may also add or remove tiers as necessary. If mail-order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell:* 第 *[insert tier]* 級的藥物不可透過郵購服務購買。]

[*Plans must include all of their tiers in the table. If plans do not offer extended-day supplies for certain tiers, the plan should use the following text in the cost-sharing cell:* 第 *[insert tier]* 級的藥物不提供長期供藥。]

當您取得 D 部分承保處方藥*長期*的補給時，您分別應承擔的費用：

| **等級** | **標準零售分攤費用（網絡內）**（[*insert if applicable:* 最多] *[insert number of days]* 天份量的 供藥） | **首選零售分攤費用（網絡內）**（[*insert if applicable:* 最多] *[insert number of days]* 天份量的 供藥） | **郵購分攤費用**（[*insert if applicable:* 最多] *[insert number of days]* 天份量的 供藥） |
| --- | --- | --- | --- |
| **第 1 級分攤費用**  (*[insert description]*) | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* |
| **第 2 級分攤費用**  (*[insert description]*) | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* |
| **第 3 級分攤費用**  (*[insert description]*) | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* |
| **第 4 級分攤費用**  (*[insert description]*) | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* |

#### 第 5.5 節 您將停留在初始承保階段，直到您 [*insert as applicable:* 一年內的總藥費達到 $*[insert initial coverage limit]* *OR* 一年內的自付費用達到 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*]

您將停留在初始承保階段，直到您為處方配藥與重新配藥的總金額達到 **$***[****insert initial coverage limit****]*的**初始承保階段上限**。

您的藥費總額視您所支付之金額和任何 D 部分計劃支付之金額的加總而定：

* 自該年您第一次購藥起，**您**為所有已取得的承保藥物**所支付的金額**。（有關 Medicare 如何計算您的自付費用，請參見第 6.2 節。）這包含：
* *[Plans without a deductible, omit]* 您處於自付扣除金階段時支付的 $*[insert deductible amount*]。
* 在初始承保階段的期間內，您為藥物就您應承擔的費用所支付的總金額。
* 在初始承保階段的期間內，**計劃**為您的藥物，就其應承擔的費用**所支付的金額**。（如果您在 2018 年的任何時候，加入了不同的 D 部分計劃，該計劃在初始承保階段支付的金額也計入您的藥費總額。）

[*Plans with no additional coverage gap replace the text above with:* 您將停留在初始承保階段，直到您的總自付費用達到 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*。Medicare 規定了哪些費用計入及哪些費用*不*計入您的自付費用。（有關 Medicare 如何計算您的自付費用，請參見第 5.5 節。）當您達到自付費用上限的 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* 時，您將離開初始承保缺口，進入災難承保階段。]

[*Insert if applicable:* 我們額外承保 Medicare 處方藥計劃通常不承保的部分處方藥。為這些藥物支付的款項將不會計入您的 [*insert if plan has a coverage gap:* 初始承保上限或]總自付費用。[*Insert only if plan pays for OTC drugs as part of its administrative costs:* 我們還提供一些非處方藥物僅供您使用。這些非處方藥物免費向您提供。] 要瞭解我們的計劃承保的藥物，請查閱您的處方藥一覽表。]

我們寄給您的 *D 部分福利說明*（D 部分 EOB），可協助您追蹤您、本計劃和任何第三方在一年內為您的藥物支付了多少金額。許多人皆未在一年內達到 *[insert as applicable:* $*[insert initial coverage limit]* *OR* $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]]* 的上限。

如果您達到了 *[insert as applicable:* $*[insert initial coverage limit] OR* $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]]*，我們會立刻通知您。如果您確實達到了此金額，您將會離開初始承保階段，進入 [*insert as applicable:* 承保缺口階段 *OR* 災難承保階段]。

#### 第 5.6 節 Medicare 如何計算您的處方藥自付費用

*[Plans with no coverage gap: insert Section 5.6]*

[Medicare 規定了哪些費用計入及哪些費用 *not* 計入您的自付費用。當您達到自付費用上限的 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* 時，您將離開初始承保階段，進入災難承保  
階段。

以下是我們在追蹤您藥物的自付費用時，必須遵守的 Medicare 規則。

**這些款項皆包含在您的自付費用中**

當您計算自付費用時，**您可以包含**下列款項（只要是用來支付 D 部分承保藥物且您遵守於本手冊第 5 章說明的藥物承保規則）：

* 當您在下列任一藥物付款階段時，您須為藥物支付的金額：
  + *[Plans without a deductible, omit]* 自付扣除金階段。
  + 初始承保階段。
* 任何您在加入我們的計劃前，作為不同 Medicare 處方藥計劃的會員，於此日曆年內支付的款項。

視由誰支付而定：

* 如果您是**親自**支付，則這些款項將包含在您的自付費用中。
* *如果是由***特定的其他個人或機構**代表您支付，這些款項也將包含在其中。這包含了由朋友、親屬、大多數的慈善機構、AIDS 藥物協助計劃、*[plans without an SPAP in their state delete next item]*符合 Medicare 資格的州政府醫藥補助計劃、或印地安醫療保健服務為您的藥物所支付的款項。由 Medicare 的「額外補助」計劃所支付的款項也包含在其中。
* 某些由「Medicare 承保缺口折扣計劃」所支付的款項也包含在其中。製造商為您品牌藥所支付的金額也包含在其中。但不包含本計劃為您的副廠藥所支付的金額。

進入災難承保階段：

當您（或代表您支付的人）在日曆年內已支付共計 $*[****insert 2018 out-of-pocket threshold****]* 的自付費用時，您將會從初始承保階段進入災難承保階段。

**這些費用不計入您的自付費用中**

當您計算自付費用時，您**不可以包含**任何以下類型的處方藥費用：

* *[Plans with no premium, omit]* 您支付的月繳保費金額。
* 您在美國及其屬地境外購買的藥物。
* 不由我們的計劃承保的藥物。
* 您在網絡外藥房取得不符合本計劃網絡外承保要求的藥物。
* [*Insert if plan does not provide coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:*非 D 部分藥物，包含由 A 部分或 B 部分承保的處方藥，以及其他由 Medicare 排除在承保範圍外的藥物。]

[*Insert next two bullets if plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:*

* 由 A 部分或 B 部分承保的處方藥。
* 您為我們額外承保而 Medicare 處方藥計劃通常不承保的藥物所支付的款項。]
* [*Insert if applicable:* 您為 Medicare 處方藥計劃通常不承保的處方藥所支付的款項。]
* 本計劃在承保缺口期間為您的原廠藥或副廠藥所支付的款項。
* 團體保健計劃（包含僱主保健計劃）為您藥物支付的款項。
* 特定保險計劃及政府出資的保健計劃（例如：TRICARE、退伍軍人管理局）為您藥物支付的款項。
* 具有法律義務支付處方藥費用的第三方（例如勞工賠償）為您藥物支付的款項。

*在此提醒您：*如果有任何其他機構（例如上述其中之一）為您支付藥物部分或全部的自付費用，您必須通知我們的計劃。請致電會員服務部通知我們（電話號碼印在本手冊封底）。

*如何追蹤自付費用的總額？*

* **我們將為您提供幫助**。我們寄給您的 *D 部分福利說明*（D 部分 EOB）報告包含了目前的自付費用金額（本章第 3 節介紹了此報告）。當您在一年內達到共計 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* 的自付費用時，本報告將會告知您已脫離初始承保階段，並進入了災難承保階段。
* **請確保我們能獲得所需的資訊**。第 3.2 節介紹了您如何協助我們確保您的花費記錄完整且有及時更新。]

### 第 6 節 在承保缺口階段，[*insert as appropriate:* 您的原廠藥將有折扣，並且您須支付的副廠藥費用不會超過 44% *OR* 本計劃提供某些藥物保險]

#### 第 6.1 節 您將停留在承保缺口階段，直到您的自付費用達到 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*

[*Plans with no coverage gap replace Section 6 title with: [insert 2018 plan name]*沒有承保  
缺口*。*]

[*Plans with no coverage gap replace Section 6.1 title with:* 您的 D 部分藥物沒有承保缺口。]

[*Plans with no coverage gap replace text below with*：*[insert 2018 plan name]* 沒有承保缺口。一旦您離開初始承保階段，將會進入災難承保階段。請參見第 7 節，瞭解有關您在災難承保階段中的承保範圍的資訊。]

*[Plans with some coverage in the gap, revise the text below as needed to describe the plan’s coverage.]*

當您處於承保缺口階段時，「Medicare 承保缺口折扣計劃」將提供原廠藥製造商折扣。您須為原廠藥支付 35% 的議定價格和部分配藥費。您支付的金額和製造商折扣的金額皆如同已由您支付一般計入您的自付費用，並使您通過承保缺口。

您也將取得副廠藥的部分承保。對於副廠藥，您須支付 44% 以下的費用，而計劃將支付其餘的部分。對於副廠藥，由計劃支付的金額 (56%) 並不計入您的自付費用。只有您支付的金額才被計算在內，並使您通過承保缺口。

您將繼續對原廠藥支付折扣價，以及不超過 44% 的副廠藥費用，直到您的年度自付費用款項達到 Medicare 規定的上限。2018 年的該筆金額為 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*。

Medicare 規定了哪些費用計入及哪些費用*不*計入您的自付費用。當您達到自付費用上限的 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* 時，您將離開承保缺口階段，進入災難承保階段。

#### 第 6.2 節 Medicare 如何計算您的處方藥自付費用

*[Plans with a coverage gap: insert Section 6.2]*

以下是我們在追蹤您藥物的自付費用時，必須遵守的 Medicare 規則。

**這些款項皆包含在您的自付費用中**

當您計算自付費用時，**您可以包含**下列款項（只要是用來支付 D 部分承保藥物且您遵守於本手冊第 5 章說明的藥物承保規則）：

* 當您在下列任一藥物付款階段時，您須為藥物支付的金額：
  + *[Plans without a deductible, omit]* 自付扣除金階段。
  + 初始承保階段。
  + 承保缺口階段。
* 任何您在加入我們的計劃前，作為不同 Medicare 處方藥計劃的會員，於此日曆年內支付的款項。

**視由誰支付而定：**

* 如果您是**親自**支付，則這些款項將包含在您的自付費用中。
* *如果是由***特定的其他個人或機構**代表您支付，這些款項也將包含在其中。這包含了由朋友、親屬、大多數的慈善機構、AIDS 藥物協助計劃、*[plans without an SPAP in their state delete next item]* 符合 Medicare 資格的州政府醫藥補助計劃、或印地安醫療保健服務為您的藥物所支付的款項。由 Medicare 的「額外補助」計劃所支付的款項也包含在其中。
* 某些由「Medicare 承保缺口折扣計劃」所支付的款項也包含在其中。製造商為您品牌藥所支付的金額也包含在其中。但不包含本計劃為您的副廠藥所支付的金額。

**進入災難承保階段：**

當您（或代表您支付的人）在日曆年內已支付共計 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* 的自付費用時，您將會從 [*insert as applicable:* 初始承保階段 *OR* 承保缺口階段] 進入災難承保階段。

**這些費用不計入您的自付費用中**

當您計算自付費用時，您**不可以包含**任何以下類型的處方藥費用：

* *[Plans with no premium, omit]* 您支付的月繳保費金額。
* 您在美國及其屬地境外購買的藥物。
* 不由我們的計劃承保的藥物。
* 您在網絡外藥房取得不符合本計劃網絡外承保要求的藥物。
* [*Insert if plan does not provide coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:* 非 D 部分藥物，包含由 A 部分或 B 部分承保的處方藥，以及其他由 Medicare 排除在承保範圍外的藥物。]

[*Insert next two bullets if plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:*

* 由 A 部分或 B 部分承保的處方藥。
* 您為我們額外承保而 Medicare 處方藥計劃通常不承保的藥物所支付的款項。]
* [*Insert if applicable:* 您為 Medicare 處方藥計劃通常不承保的處方藥所支付的款項。]
* 本計劃在承保缺口期間為您的原廠藥或副廠藥所支付的款項。
* 團體保健計劃（包含僱主保健計劃）為您藥物支付的款項。
* 特定保險計劃及政府出資的保健計劃（例如：TRICARE、退伍軍人管理局）為您藥物支付的款項。
* 具有法律義務支付處方藥費用的第三方（例如勞工賠償）為您藥物支付的款項。

*在此提醒您：*如果有任何其他機構（例如上述其中之一）為您支付藥物部分或全部的自付費用，您必須通知我們的計劃。請致電會員服務部通知我們（電話號碼印在本手冊封底）。

如何追蹤自付費用的總額？

* **我們將為您提供幫助**。我們寄給您的 *D 部分福利說明*（D 部分 EOB）報告包含了目前的自付費用金額（本章第 3 節介紹了此報告）。當您在一年內達到共計 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* 的自付費用時，本報告將會告知您已脫離[*insert as applicable:* 初始承保階段 *OR* 承保缺口階段]，並進入了災難承保階段。
* **請確保我們能獲得所需的資訊**。第 3.2 節介紹了您如何協助我們確保您的花費記錄完整且有及時更新。

### 第 7 節 在災難承保階段期間，本計劃將為您支付大部分的藥費

#### 第 7.1 節 一旦您進入了災難承保階段，您在該年剩下的時間內將會繼續維持在此階段

當您的自付費用在日曆年內達到 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* 的上限時，您將會符合災難承保階段資格。一旦您進入了災難承保階段，您將會維持在此付款階段，直到該日曆年結束。

在此階段，本計劃將為您支付大部分的藥費。

[*Plans insert appropriate option for your catastrophic cost-sharing:*

*Option 1:*

* **您**就承保藥物應**承擔**的費用將會是共同保險或定額手續費兩者之一，以金額 *larger* 為準：
* – *either* – 藥費 5% 的共同保險
* – *or* – 副廠藥 或被視作副廠藥的藥物為 $*[Insert 2018 catastrophic cost-sharing amount for generics/preferred multisource drugs]*，所有其他藥物則為 $*[insert 2018 catastrophic cost-sharing amount for all other drugs]*。
* **我們的計劃將支付其餘的**費用。

*選項 2：*

*[Insert appropriate tiered cost-sharing amounts]*。我們將支付剩餘部分費用*。*]

*[If plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit, insert a description of cost-sharing in the Catastrophic Coverage Stage.]*

### 第 8 節 附加福利資訊

#### 第 8.1 節 我們的計劃提供附加福利

*[Optional: Insert any additional benefits information based on the plan’s approved bid that is not captured in the sections above.]*

### 第 9 節 您須為 D 部分承保之疫苗接種支付的費用視您如何及於何處取得而定

#### 第 9.1 節 我們的計劃對於 D 部分疫苗藥物本身及疫苗接種的費用有分別獨立的承保

我們的計劃為數種 D 部分疫苗提供承保。我們也承保被視作是醫療福利的疫苗。您可以在第 4 章第 2.1 節醫療福利表中查閱更多關於這些疫苗的承保。

我們的 D 部分疫苗接種承保包含了兩個部分：

* 承保的第一個部分為**疫苗藥物本身**的費用。疫苗屬於處方藥的一種。
* 承保的第二個部分為**疫苗接種**的費用。（有時將其稱為疫苗的「施打」。）

對於 D 部分疫苗接種您須支付多少費用？

對於 D 部分疫苗接種您須支付的費用，視以下三者而定：

**1.** **疫苗類型**（您接種什麼疫苗）。

* + 某些疫苗被視作醫療福利。若要查看此類疫苗的承保範圍，請參見第 4 章：*醫療福利表（承保範圍與支付費用）。*
  + 其他疫苗則被視作 D 部分藥物。您可以在計劃的*承保藥物清單（處方藥一覽表）*上找到這些疫苗。

**2.** **您在何處取得疫苗藥物。**

**3.** **誰為您接種疫苗？**

您取得 D 部分疫苗接種時須支付的金額將視情況而定。例如：

* 有些時候，當您接種疫苗時，您將須支付疫苗藥物與疫苗接種的全部費用。您可以要求我們計劃償付我們應承擔的費用。
* 在其他時間，當您取得疫苗藥物或接種疫苗時，您僅需支付您的分攤費用。

為了方便說明，以下是三種您可能會用來接種 D 部分疫苗的常用方法。[*Insert if applicable:* 切記，在您福利的 [*insert as applicable:* 自付扣除金階段 *OR* 承保缺口階段 *OR* 自付扣除金和承保缺口階段] 期間，您須負責所有疫苗（包含施打）的相關費用。]

*第 1 種情況：* 您在藥房購買了 D 部分疫苗，接著在網絡內藥房接種。（此選項視您的居住地而定。某些州不允許藥房施打疫苗。）

* 您須向該藥房支付疫苗本身的 [*insert as appropriate:* 共同保險 *OR* 定額手續費]以及疫苗接種的費用。
* 我們的計劃將支付其餘的費用。

*第 2 種情況：* 您在醫生診所取得 D 部分疫苗接種。

* 當您取得該疫苗接種時，您將須支付包含疫苗與施打疫苗的所有費用。
* 接下來，您可以利用本手冊第 7 章（*要求我們對您收到的承保醫療服務或藥物賬單支付應承擔的費用*）所述的程序，要求我們的計劃支付我們應承擔的費用。
* 我們將為您報銷您支付的金額，其中扣除您通常的疫苗（含疫苗施打）[*insert as appropriate:*共同保險 *OR* 定額手續費]，[*Insert the following only if an out-of-network differential is charged:* 再扣除任何該名醫生收取之金額和我們通常支付之金額的差額。（如果您領取「額外補助」，我們將向您報銷此差額。）]

*第 3 種情況：* 您在您的藥房購買 D 部分疫苗，接著帶去您醫生的診所接種疫苗。

* 您須向該藥房支付疫苗本身的 [*insert as appropriate:* 共同保險 *OR* 定額手續費]。
* 當您的醫生替您接種疫苗時，您將須支付此項服務的全部費用。接下來，您可以利用本手冊第 7 章所述的程序，要求我們的計劃支付我們應承擔的費用。
* 我們將為您報銷醫生為您施打疫苗的費用，[*insert the following only if an out-of-network differential is charged:* 再扣除任何該名醫生收取之金額和我們通常支付之金額的差額。（如果您參加「額外補助」計劃，我們將向您報銷此差額。）]

*[Insert any additional information about your coverage of vaccines and vaccine administration.]*

#### 第 9.2 節 在疫苗接種前，您可能會需要致電會員服務部

疫苗接種的承保規則很複雜。我們可隨時提供幫助。我們建議您在打算取得疫苗接種時，先致電會員服務部。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）

* 我們可以告訴您關於我們的計劃如何承保您的疫苗接種，並說明您應承擔的費用。
* [*Full and partial network plans insert:* 我們可以告訴您如何藉由使用我們網絡內的提供者與藥房來減少您的花費。]
* [*Full and partial network plans:* 如果您無法使用網絡內提供者與藥房，我們可以告訴您如何要求我們向您償付我們應承擔的費用。]

第 7 章

要求我們對您收到的承保醫療服務帳單支付應承擔的費用 [if applicable: or drugs]

## 第 7 章. 要求我們對您收到的承保醫療服務 [*if applicable:* 或藥物] 帳單支付應承擔的費用

[第 1 節 要求我們支付我們對您的承保服務 [*if applicable:* 或藥物] 應承擔的費用的情況 143](#_Toc485818395)

[第 1.1 節 如果您就您的承保服務 [*if applicable:* 或藥物] 支付了計劃的分攤費用，或如果您收到了賬單，則您可要求我們償付 143](#_Toc485818396)

[第 2 節 如何要求我們向您退款或就您收到的賬單付款 145](#_Toc485818397)

[第 2.1 節 向我們發出付款請求的方式及地址 145](#_Toc485818398)

[第 3 節 我們將考慮您的付款請求並作出回覆 146](#_Toc485818399)

[第 3.1 節 我們會核對我們是否應承保有關服務 [*if applicable:* 或藥物] 以及我們應支付的金額 146](#_Toc485818400)

[第 3.2 節 如果我們通知您我們不會支付有關醫療護理 [*if applicable:* 或藥物] 的全部或部分費用，您可提出上訴 146](#_Toc485818401)

[第 4 節 其他您應保留收據並寄送副本給我們的情況 147](#_Toc485818402)

[第 4.1 節 在某些情況下，您應寄送收據副本給我們，以便我們追蹤您的藥物自付費用 147](#_Toc485818403)

### 第 1 節 要求我們支付我們對您的承保服務 [*if applicable:* 或藥物] 應承擔的費用的情況

#### 第 1.1 節 如果您就您的承保服務 [*if applicable:* 或藥物] 支付了計劃的分攤費用，或如果您收到了賬單，則您可要求我們償付

*[Non-network PFFS plans may edit this section to remove network references as necessary.]*

在某些情況下，當您獲得醫療護理 [*if applicable:* 或處方藥] 時，您可能需要立即支付全額費用。在其他情況下，您可能發現您支付的費用超過計劃的承保規則下您預計要支付的費用。無論遇到上述哪種情況，您都可以要求我們計劃對您進行償付（償付通常被稱為給您「報銷」）。一旦您就我們計劃承保的醫療服務 [*if applicable:* 或藥物] 所支付的費用超出您應承擔的費用，您就有權要求我們的計劃償付費用。

還有一種情況就是，您收到提供者就您接受的醫療護理開出的全額費用賬單。一般而言，您應將此賬單寄給我們，而不是付款。我們將核對賬單，並決定是否應承保有關服務。如果我們決定承保，我們將直接向提供者付款。

以下是您可能需要求我們的計劃向您償付費用，或就您收到的賬單付款的一些情況。

1. 如果您接受並非我們計劃網絡內的醫療服務提供者提供的緊急護理

您可接受任何提供者提供的緊急醫療服務，無論該提供者是否在我們的網絡內。在接受非我們網絡內提供者提供的緊急護理時，您僅須負責支付您應承擔的費用，而非全部費用。您應要求提供者向計劃收取我們應承擔的費用。

* 如果您在接受護理時支付了全部費用，您需要求我們向您償付我們應承擔的費用。您應將賬單及您的付款憑證寄送給我們。
* 有時，您可能會收到提供者要求您付款的賬單，而您認為您並不應支付這筆費用。您應將賬單及您的付款憑證寄送給我們。
  + 如果我們欠付提供者款項，我們將直接向其付款。
  + 如果您已支付的費用超出您應承擔的服務費用，我們將確定您應支付的費用，並向您償付我們應承擔的費用。
* **請注意：**雖然您可從網絡外提供者處獲得護理，但該提供者必須符合參與 Medicare 的資格。除緊急醫療護理外，我們無法向不符合參與 Medicare 資格的提供者付款。如果提供者不符合參與 Medicare 的資格，您將需承擔所接受的服務的全部費用。

2. 如果網絡內提供者向您發出賬單，而您認為您不應支付該筆費用

網絡內提供者應始終直接向計劃收取費用，並僅要求您支付您的分攤費用。但是，這些提供者有時會出錯，要求您支付超出您應承擔費用的金額。

* 一旦您收到網絡內提供者發出的賬單，而您認為其中費用超出您應支付的金額，請將賬單寄送給我們。我們將直接聯絡提供者，解決賬單問題。
* 如果您已經支付網絡內提供者的賬單，但您感覺您支付得太多，請將賬單與任何付款憑證寄送給我們，並要求我們向您償付您所支付的金額與根據計劃您應付的金額之間的差額。

3. 如果您是以追溯性的方式加入我們的計劃。

有時，人們是以追溯性的方式加入計劃。（追溯是指參保的第一天已過。參保日期甚至可能已於上一年度開始。）

如果您是以追溯性方式加入我們的計劃且在參保日期後已就您的承保服務 [*insert if applicable:* 或藥物] 支付了自付費用，則您可要求我們償付我們應承擔的費用。您將需要向我們提交書面材料，以便處理報銷。有關如何要求我們償付費用及提出請求期限的更多資訊，請致電會員服務部。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）

*[MA-only delete next three situations.]*

4. 當您使用網絡外藥房配取處方藥時

如果您前往網絡外藥房，並試著使用您的會員卡來配取處方藥，該藥房可能無法直接向我們提交償付要求。當發生這種情況時，您將須支付處方藥的全額費用。（我們僅在少數特殊情況下承保網絡外藥房配取的處方藥。詳細說明請見第 5 章第 2.5 節。）請保留您的收據，並在您要求就我們應承擔的費用向您償付時寄送一份副本給我們。

5. 當您因未攜帶計劃會員卡，而支付全額的處方藥費用時

如果您沒有攜帶計劃會員卡，您可以要求該藥房致電本計劃，或查閱您的參保資訊。然而，如果該藥房無法立即取得所需的參保資訊，您可能需要自行支付處方藥的全額費用。請保留您的收據，並在您要求就我們應承擔的費用向您償付時寄送一份副本給我們。

6. 當您在其他情況下支付處方藥的全額費用

您可能會因為處方藥由於某些因素未受承保，而需要支付處方藥的全額費用。

* 例如，該藥可能未列於計劃的*承保藥物清單（處方藥一覽表）*上；或者可能有某項您不知道或不認為適用於您的要求或限制。如果您決定您需要立即獲得藥物，您可能需要支付全部藥費。
* 請保留您的收據，並在您要求我們向您償付時寄送一份副本給我們。在某些情況下，我們可能會需要向您的醫生取得更多資訊，以便就我們應承擔的費用向您  
  償付。

*[Plans should insert additional circumstances under which they will accept a paper claim from an enrollee.]*

所有上述範例均屬於承保範圍裁決的類型。這表示，如果我們拒絕您的付款請求，您可對我們的裁決提出上訴。本手冊 [*Insert as applicable:* 第 7 章 *OR* 第 9 章]（*遇到問題或想投訴該如何處理 [承保範圍裁決、上訴、投訴*]）包含有關如何提出上訴的資訊。

### 第 2 節 如何要求我們向您退款或就您收到的賬單付款

*[Plans may edit this section to include a second address if they use different addresses for processing medical and drug claims.]*

#### 第 2.1 節 向我們發出付款請求的方式及地址

請將付款請求及您的賬單與付款憑證寄送給我們。最好備份您的賬單及收據，以便記錄。

[*If the plan has developed a specific form for requesting payment, insert the following language:* 為確保您向我們提供我們作出決定所需的所有資訊，您可填寫我們的賠付表格，以請求  
付款。

* 您並非必須使用該表格，但使用會有助於我們更快地處理資訊。
* 可從我們的網站 (*[insert URL]*) 下載表格副本或致電會員服務部索取表格。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）]

*[Plans with different addresses for Part C and Part D claims may modify this paragraph as needed and include the additional address]* 將您的付款請求及任何賬單或收據郵寄至以下  
地址：

*[insert address]*

[*If the plan allows enrollees to submit oral payment requests, insert the following language:* 您也可致電我們的計劃請求付款。有關詳細資訊，請查閱第 2 章第 1 節，並查找 *[plans may edit section title as necessary]*「如要求我們就您已獲得的醫療護理或藥物支付我們應承擔的費用，應將請求遞交至何處」一節。]

[*Insert if applicable:* **您必須在獲得服務、服務項目或藥物之日起** *[****insert timeframe****]* 內向我們提交償付申請。]

如有疑問請聯絡會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。如果您不清楚應支付的費用，或您收到賬單，但不知道該如何處理這些賬單，我們可提供幫助。如果您要向我們提供更多有關已向我們發出的付款請求的資訊，也可來電。

### 第 3 節 我們將考慮您的付款請求並作出回覆

#### 第 3.1 節 我們會核對我們是否應承保有關服務 [*if applicable:* 或藥物] 以及我們應支付的金額

收到您的付款請求時，如果我們需要任何額外資訊，將通知您提供。如果不需要，我們將考慮您的請求，並作出承保範圍裁決。

* 如果我們決定有關醫療護理 [*if applicable:* 或藥物] 獲承保，且您遵守了所有獲取護理 [*if applicable:* 或藥物] 的規則，我們將支付我們應承擔的費用。如果您已經為服務 [*if applicable:* 或藥物] 付款，我們會以郵寄方式將我們需要承擔的費用報銷給您。如果您未支付服務 [*if applicable:* 或藥物] 費用，我們將直接向提供者郵寄款項。（第 3 章說明了您在獲取承保的醫療服務時需遵守的規則。[*If applicable:* 第 5 章說明了您在獲取承保的 D 部分處方藥時需遵守的規則。])
* 如果我們決定有關醫療護理 [*if applicable:* 或藥物] 不獲承保，或您*未*遵守任何規則，我們將不會支付分攤費用。相反，我們將向您發出一封函件，解釋我們不寄出您所請求的付款的原因，並說明您有權對該決定提出上訴。

#### 第 3.2 節 如果我們通知您我們不會支付有關醫療護理 [*if applicable:* 或藥物] 的全部或部分費用，您可提出上訴

如果您認為我們在駁回您的付款請求時犯有錯誤或您不同意我們支付的金額，您可提出上訴。如果您提出上訴，即表明您要求我們更改在駁回您的付款請求時所作出的決定。

有關如何提出上訴的詳細資訊，請查閱本手冊 [*insert as applicable:* 第 7 章 *OR* 第 9 章]*（遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴）*）。上訴程序是一項流程複雜、時限明確的正式程序。如果不熟悉上訴程序，請閱讀 [*insert as applicable:* 第 7 章 *OR* 第 9 章] 第 4 節，有關內容會對您有所幫助。第 4 節是介紹性章節，說明承保範圍裁決及上訴的程序，並提供「上訴」等術語的定義。在您閱讀完第 4 節後，您可參閱 [*insert as applicable:* 第 7 章 *OR* 第 9 章] 瞭解如何就您的情況進行處理：

* 如果您想要就獲得醫療服務費用償付提出上訴，請參見 [*insert as applicable:* 第 7 章 *OR* 第 9 章] 第 5.3 節。
* [*If applicable:* 如果您想要就獲得藥物費用償付提出上訴，請參閱第 9 章第 6.5 節。]

### 第 4 節 其他您應保留收據並寄送副本給我們的情況

#### 第 4.1 節 在某些情況下，您應寄送收據副本給我們，以便我們追蹤您的藥物自付費用

*[MA-only: delete this section.]*

某些情況下，您應告知我們您為藥物所支付的款項。在這些情況下，您並不是向我們要求付款。而是告知我們您的付款，使我們能夠正確地計算您的自付費用。這可幫您更快取得災難承保階段的資格。

在以下兩種情況中，您應寄送收據副本給我們，以告知我們您為藥物所支付的款項：

1. 當您購買藥物的價格低於我們的價格

*[Plans with neither a coverage gap nor a deductible should delete this section.]*

當您處於 [*insert if applicable:* 自付扣除金階段 *OR* 承保缺口階段 *OR* 自付扣除金階段和承保缺口階段] 時，有時您可以低於我們的價格購買**網絡內藥房**的藥物。

* 例如，藥房可能提供特價藥物。或您可能有超出我們福利之外的折扣卡，可享受較低的價格。
* 除非符合特殊條件，您必須在這些情況下使用網絡內藥房，且您的藥物必須列於我們的藥物清單上。
* 請保留您的收據，並寄送副本給我們，讓我們能夠將您的自付費用計入您的災難承保階段資格。
* **請注意：**如果您處於 [*insert if applicable:* 自付扣除金階段 *OR* 承保缺口階段 *OR* 自付扣除金階段和承保缺口階段]，我們 [*insert as applicable:* 將 *OR* 可能] 不會為這些藥物支付任何分攤費用。但是寄送收據副本可讓我們正確地計算您的自付費用，這可能有助於您更快取得災難承保階段資格。

2. 當您透過製藥商患者協助計劃取得藥物

某些會員加入了計劃福利外的製藥商患者協助計劃。如果您透過製藥商提供的計劃取得任何藥物，您可能要向患者協助計劃支付一筆定額手續費。

* 請保留您的收據，並寄送副本給我們，讓我們能夠將您的自付費用計入您的災難承保階段資格。
* **請注意：**因為您是透過患者協助計劃，而非透過本計劃福利取得藥物，我們將不會為這些藥費支付任何分攤費用。但是寄送收據副本可讓我們正確地計算您的自付費用，這可能有助於您更快取得災難承保階段資格。

由於您無法在上述兩種情況下要求付款，這些情況不被視為承保範圍裁決。因此，您無法在不同意我們的裁決時提出上訴。

第 8 章

您的權利與責任

## 第 8 章. 您的權利與責任

[第 1 節 我們的計劃必須尊重您作為會員而享有的權利 151](#_Toc485818404)

[第 1.1 節 *[Plans may edit the section heading and content to reflect the types of alternate format materials available to plan members. Plans may not edit references to language except as noted below.]* 我們必須以適合您的方式提供資訊（以除英語外的語言、盲文、大號字體印刷版或其他可選形式等） 151](#_Toc485818405)

[第 1.2 節 我們必須始終秉承公平與尊重的原則為您服務 151](#_Toc485818406)

[第 1.3 節 我們必須確保您及時獲得承保服務 [*insert if applicable:* 和藥物] 152](#_Toc485818407)

[第 1.4 節 我們必須為您的個人健康資訊保密 152](#_Toc485818408)

[第 1.5 節 我們必須向您提供計劃、其提供者網絡以及您的承保服務的  
相關資訊 153](#_Toc485818409)

[第 1.6 節 我們必須支援您作出護理決定的權利 155](#_Toc485818410)

[第 1.7 節 您有權投訴和要求我們重新考慮所作出的決定 157](#_Toc485818411)

[第 1.8 節 如果您認為遭受不公平待遇或權利未獲尊重，該如何處理？ 157](#_Toc485818412)

[第 1.9 節 如何獲得有關您權利的詳細資訊 157](#_Toc485818413)

[第 2 節 作為計劃會員，您應履行一些責任 158](#_Toc485818414)

[第 2.1 節 您的責任有哪些？ 158](#_Toc485818415)

*[Note*:*Plans may add to or revise this chapter as needed to reflect NCQA-required language*。*]*

### 第 1 節 我們的計劃必須尊重您作為會員而享有的權利

#### 第 1.1 節 *[Plans may edit the section heading and content to reflect the types of alternate format materials available to plan members. Plans may not edit references to language except as noted below.]* 我們必須以適合您的方式提供資訊（以除英語外的語言、盲文、大號字體印刷版或其他可選形式等）

*[Plans must insert a translation of Section 1.1 in all languages that meet the language threshold.]*

如需我們以適合您的方式提供資訊，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

我們的計劃配有專員及免費的翻譯服務，以回答不說英語的會員提出的問題。*[If applicable, plans may insert information about the availability of written materials in languages other than English.]* 我們也可以盲文、大號字體印刷版或您需要的其他可選形式向您提供資訊。若您因殘障而符合享有 Medicare 的條件，我們需向您提供您可獲得及適合您的計劃福利的相關資訊。如需我們以適合您的方式提供資訊，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

如果您因語言或殘障問題而在獲取計劃提供的資訊方面遇到任何困難，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare（全天候服務），並說明您要提出投訴。聽障和語障人士可致電 1-877-486-2048。

#### 第 1.2 節 我們必須始終秉承公平與尊重的原則為您服務

我們的計劃必須遵守保護您不遭受歧視或不公平待遇的法律。**我們**不會因種族、族群、原國籍、宗教、性別、年齡、身心殘障、健康程度、索賠經歷、病史、基因資訊、可保性證明或在服務區域內的地理位置而**歧視**任何人。

如需關於歧視或不公平待遇的詳細資訊或對此存有疑問，請致電 1-800-368-1019（聽障和語障人士可致電 1-800-537-7697），聯絡衛生與公眾服務部**民權辦公室**，或致電您當地的民權辦公室。

如果您身體殘障，需要護理幫助，請致電會員服務部聯絡我們（電話號碼印在本手冊封底）。若您想針對無障礙通道等問題進行投訴，可聯絡會員服務部。

#### 第 1.3 節 我們必須確保您及時獲得承保服務 [*insert if applicable:* 和藥物]

您可從美國的任何提供者處獲得護理，前提是該提供者在為您提供服務之前同意接受我們計劃的付款條款與條件，並且有資格提供 Original Medicare 項下的服務，如第 3 章第 1.2 節中所述。您應始終向該提供者出示您的 PFFS 計劃會員卡（除了可能的緊急情況之外）。*[Non-network PPFS plans may edit this sentence to remove network references]* 作為計劃會員，您有權*在合理的時間內*，從計劃網絡內的醫療服務提供者處取得預約並獲取承保服務。

[*Non-network PFFS plans insert:* 每次您前去該提供者處就診時，他/她可以決定是否接受我們計劃的付款條款與條件。]

[*Partial and full network PFFS plans insert*：我們計劃與一些提供者簽有合約以向本計劃的會員提供承保服務。這些提供者屬於我們的網絡內提供者。第 3 章第 1.2 節說明了使用我們的網絡內提供者獲取承保服務的規則。

[*Insert if applicable:* 在沒有長時間拖延的情況下，您也有權向任何我們的網絡內藥房取得處方配藥或重新配藥。]

如果您認為您在合理時間內未獲得醫療護理 [*insert if applicable:* 或 D 部分藥物]，本手冊[*insert as appropriate:* 第 7 章 *OR* 第 9 章], [*insert as appropriate:* 第 9 節 *OR* 第 10 節] 將告訴您該如何處理。（如果我們已拒絕承保您的醫療護理 [*insert if applicable:* 或藥物]，且您不同意我們的決定，[*insert as appropriate:* 第 7 章 *OR* 第 9 章] 第 4 節會向您說明該如何處理。）

#### 第 1.4 節 我們必須為您的個人健康資訊保密

聯邦和州法律保護您醫療記錄與個人健康資訊的隱私。我們按照此類法律的規定，保護您的個人健康資訊。

* 您的「個人健康資訊」包括您在加入本計劃時提供給我們的個人資訊，以及您的醫療記錄和其他醫療與健康資訊。
* 保護您隱私的法律賦予您獲得資訊與控制健康資訊如何使用的相關權利。我們會向您發出書面的「隱私條例通知」，其中有相關權利並說明我們如何為您的健康資訊保密。

我們如何保護您健康資訊的隱私？

* 我們確保未經授權人士不能查看或更改您的記錄。
* 在多數情形下，如果我們向任何不為您提供護理或不為您支付護理費用的人士提供您的健康資訊，*需事先獲得您的書面許可*。該書面許可可由您親自給予，或由您授予法定權力來替您做決定的人士給予。
* 在某些例外情況下，我們無需事先獲得您的書面許可。這些例外情況是法律所允許或所要求的。
* 例如，我們需向正在檢查護理品質的政府機構披露健康資訊。
* 由於您透過 Medicare 加入我們的計劃，我們需向 Medicare 提供您的健康資訊，[*MA-PD plans insert:* 包括您的 D 部分處方藥資訊]。如果 Medicare 出於研究或其他目的公開您的資訊，將根據聯邦法令和法規執行。

您可以檢閱您記錄內的資訊，瞭解其分享給他人的情況

您有權查閱由計劃保存的醫療記錄，並有權獲得記錄的副本。我們不會向您收取副本的費用。您也有權要求我們增添或更改您的醫療記錄。若您向我們提出這些要求，我們將與您的醫療保健提供者共同決定是否應作出更正。

若您的健康資訊因任何非常規目的而與他人共用，您有權瞭解共用的方式。

如果對於您的個人健康資訊的保密存有疑問或疑慮，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

*[Note: Plans may insert custom privacy practices.]*

#### 第 1.5 節 我們必須向您提供計劃、其提供者網絡以及您的承保服務的相關資訊

*[Non-network PFFS plans may edit the title of this section to remove network reference.]*

*[Plans may edit the section to reflect the types of alternate format materials available to plan members and/or language primarily spoken in the plan service area.]*

作為 *[insert 2018 plan name]* 的會員，您有權向我們索取多種資訊。（如上文第 1.1 節所述，您有權獲得我們以適合您的方式提供的資訊。這包括獲得以除英語外的語言，以及大號字體印刷版或其他可選形式提供的資訊。）

如果您需要以下任何類型的資訊，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）：

* **計劃的相關資訊**。例如，包括計劃財務狀況的相關資訊。也有會員提出上訴的次數及計劃表現評級的相關資訊，其中包括計劃會員如何對其評級，以及計劃與其他 Medicare 保健計劃的對比情況。
* *[Non-network PFFS plans may omit or revise this bullet as necessary]* **我們網絡內提供者的相關資訊** [*insert if applicable:* **包括網絡內藥房**]**。**
* 例如，您有權向我們索取關於我們網絡內提供者 [*insert if applicable:* 和藥房]的資質、以及我們如何向網絡內提供者付款的資訊。
* *[Plans that combine the provider and pharmacy directory may combine this bullet and the one below and edit the information as needed]* 有關本計劃網絡內提供者的清單，請參見 *[insert name of provider directory]*。
* [*Insert if applicable:* 有關本計劃網絡內藥房的清單，請參見 *[insert name of pharmacy directory]*。]
* 有關我們的提供者 [*insert if applicable:* 或藥房] 的詳細資訊，可致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）或瀏覽我們的網站 *[insert URL]*。
* **您的保險及您在使用保險時必須遵循的規則的相關資訊。**
* 在本手冊第 3 和第 4 章中，我們介紹了為您承保的醫療服務、對您的保險的限制，以及您在獲取承保醫療服務時必須遵循的規則。
* [*Insert if applicable:* 有關 D 部分處方藥保險的細節，請參見本手冊第 5 章與第 6 章，以及計劃的承保藥物清單（處方藥一覽表）。這些章節，加上承保藥物清單（處方藥一覽表）介紹了承保的藥物，以及說明您必須遵守的規則與對於特定藥物的承保範圍限制。]
* 如果對規則或限制存有疑問，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊  
  封底）。
* **服務或藥品不獲承保的原因及您對此可如何處理的相關資訊。**
* 若您的某項醫療服務 [*insert if applicable:* 或 D 部分藥物] 不獲承保，或如果您的保險在某方面受到限制，您可要求我們提供書面解釋。*[Non-network, MA-only plans may delete the following sentence]* 即使您已經從網絡外提供者 [*insert if applicable:* 或藥房] 處獲得了醫療服務 [*insert if applicable:* 或藥物]，您也有權要求作出解釋。[*Non-network MA-PD plans should replace the previous sentence with:* 即使您已經從網絡外藥房處獲得了藥物，您也有權作出解釋。]
* 如果您不滿意或不同意我們對為您承保哪些醫療護理 [*insert if applicable:* 或 D 部分藥物] 所作出的決定，您有權要求我們更改決定。您可以透過提出上訴要求我們更改決定。如果您對我們不向您承保某項服務或藥物存有異議，請參見本手冊 [*insert as applicable:* 第 7 章 *OR* 第 9 章]，瞭解您該如何處理。該章載有當希望我們更改決定時如何提出上訴的詳細資訊。（[*Insert as applicable:* 第 7 章 *OR* 第 9 章] 也介紹了如何對護理品質、等待時間及其他事宜提出投訴。）
* 如果想要求計劃就您收到的醫療護理 [*insert if applicable:* 或 D 部分處方藥]支付我們應承擔的費用，請參見本手冊 [*insert as applicable:* 第 5 章 *OR* 第 7 章]。

#### 第 1.6 節 我們必須支援您作出護理決定的權利

您有權瞭解您的治療方案及參與決定您的醫療護理

您前往接受醫療護理時，有權向您的醫生和其他醫療服務提供者瞭解完整資訊。您的醫療服務提供者必須*以您可理解的方式*，說明您的病情及治療選擇方案。

您也有權完全參與您的醫療護理決定。為幫助您與醫生一起決定哪項治療方案最適合您，您擁有以下權利：

* **瞭解您的所有選擇方案。**這表明，您有權瞭解所有針對您的病情建議的所有治療方案，無論這些方案須支付多少費用或這些方案是否獲我們的計劃承保。[*Insert if applicable:* 其中也包含瞭解我們計劃所提供之協助會員管理藥物與安全用藥的計劃。]
* **瞭解風險。**您有權瞭解您的護理中涉及的任何風險。如果任何建議的醫療護理或治療是試驗研究的一部分，醫生必須事先向您說明。您完全有權拒絕任何試驗性治療。
* **有權拒絕**。您有權拒絕任何建議的治療。這包括有權離開醫院或其他醫療機構，即使您的醫生建議您不要離開。[*MA-PD plans insert:* 您有權停止使用藥物。] 當然，如果您拒絕治療 [*MA-PD plans insert:* 或停止使用藥物]，您需對身體因此出現的情況負全部責任。
* **如果被拒絕護理承保，您有權收到解釋。**如果醫療服務提供者拒絕您認為應享有的護理，您有權要求我們作出解釋。如想獲得解釋，您需要求我們作出承保範圍裁決。本手冊 [*Insert as applicable:* 第 7 章 *OR* 第 9 章] 有如何要求計劃作出承保範圍裁決的資訊。

您有權說明在您無法自行作出醫療決定時的處理方式

*[Note:**Plans that would like to provide members with state-specific information about advanced directives, including contact information for the appropriate state agency, may do so.]*

有時，有些人可能會因為事故或重病而無法自行作出醫療護理決定。您有權說明出現這種情況時希望採取的處理方式。這表明，*您可酌情*：

* 填寫書面表格，賦予某人合法權利，以在您不能自行決定時，**代您作出醫療  
  決定**。
* **向您的醫生提供書面指示**，說明您希望他們在您無法自行決定的情況下，如何處理您的醫療護理。

這些情況下，您可以用來事先作出指示的法律文件稱為**「預立醫療指示」**。預立醫療指示有多種類型及多種名稱，**「生前預囑」**和**「醫療護理授權書」**是常見的預立醫療指示。

如果您想使用「預立醫療指示」來進行說明，程序如下：

* **獲取表格。**如果想作出預立醫療指示，可從您的律師、社會工作者或某些辦公用品商店獲取表格。有時，您可從向公眾提供 Medicare 資訊的機構索取預立醫療指示表格。[*Insert if applicable:* 您也可聯絡會員服務部索取表格（電話號碼印在本手冊封底）。]
* **填好表格並簽名。**無論從何處獲取此表格，均請切記該表格屬於法律文件。您應考慮請一位律師幫您編製該文件。
* **將副本交給適當人士。**您應將表格副本交給您的醫生以及您在表格中列出的在您不便時代您做決定的人士。您也可以把副本交給您的好友或家人。請務必在家中保留一份副本。

如果您事先知曉即將住院，且曾簽署預立醫療指示，**請將副本帶至醫院。**

* 如果您獲准住院，醫院會詢問您是否已簽署預立醫療指示表格以及是否有帶來。
* 如果您尚未簽署預立醫療指示表格，醫院可提供表格並詢問您是否希望簽署。

請記住，**是否願意簽署預立醫療指示（包括住院時是否願意簽署）是您的自由。**依據法律，任何人均不得根據您是否已簽署預立醫療指示，而拒絕為您提供護理服務或歧視您。

如果未遵從您的指示，該如何處理？

如果您已簽署預先醫療指示，且認為醫生或醫院未遵從其中的指示，您可向 *[insert appropriate state-specific agency (such as the State Department of Health)]* 提出投訴。*[Plans also have the option to include a separate exhibit to list the state-specific agency in all states, or in all states in which the plan is filed, and then should revise the previous sentence to make reference to that exhibit.]*

#### 第 1.7 節 您有權投訴和要求我們重新考慮所作出的決定

如果對承保服務或護理存有任何問題或疑慮，請查閱本手冊第 9 章，瞭解處理方法。該章節為您詳述了如何處理各類問題和投訴。為解決問題或疑慮而需採取的措施可視情況而定。您可能需要求我們的計劃為您作出承保範圍裁決、向我們提出上訴以更改某項承保範圍裁決，或提出投訴。無論您是要求承保範圍裁決、提出上訴或投訴 － **我們均需公平對待您**。

您有權瞭解其他會員過去向我們計劃所提出的上訴及投訴的概況。如需獲得此資訊，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

#### 第 1.8 節 如果您認為遭受不公平待遇或權利未獲尊重，該如何處理？

如果遭受歧視，請致電民權辦公室

如果認為因種族、殘障、宗教、性別、健康程度、族群、教條（信仰）、年齡或原國籍問題而遭受不公平待遇或權利未獲尊重，應致電 1-800-368-1019（聽障/語障專線：1-800-537-7697），聯絡衛生與公眾服務部**民權辦公室**，或致電您當地的民權辦公室。

是否屬於其他問題？

若認為遭受不公平待遇或權利未獲尊重，*但並非*遭受歧視，您可透過以下方式尋求幫助：

* 您可**致電會員服務部**（電話號碼印在本手冊封底）。
* 可**致電州健康保險援助計劃。**有關該機構的詳細資訊及聯絡方式，請查閱第 2 章第 3 節。
* 或者，可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) **聯絡 Medicare**（全天候服務）。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。

#### 第 1.9 節 如何獲得有關您權利的詳細資訊

您可透過多種途徑瞭解有關您權利的詳細資訊：

* 您可**致電會員服務部**（電話號碼印在本手冊封底）。
* 可**致電州健康保險援助計劃。**有關該機構的詳細資訊及聯絡方式，請查閱第 2 章第 3 節。
* 您可聯絡 **Medicare**。
* 您可瀏覽 Medicare 網站，閱讀或下載刊物《Your Medicare Rights & Protections》（您的 Medicare 權利與保障）。（刊物載於：<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>。）
* 或者，可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（全天候服務）。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。

### 第 2 節 作為計劃會員，您應履行一些責任

#### 第 2.1 節 您的責任有哪些？

以下是作為計劃會員所需執行的事項。如存有任何疑問，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。我們將隨時隨地為您提供幫助。

* **熟悉您的承保服務及您獲得此類承保服務所必須遵守的規則。**閱讀本承保範圍說明書，瞭解為您承保的服務，以及獲得承保服務所需遵守的規則。
* 第 3 章及第 4 章介紹了有關您的醫療服務的詳細資訊，包括哪些服務承保、哪些不承保、應遵守的規則，以及您支付的費用。
* [*Insert if applicable:* 第 5 章與第 6 章詳細介紹了您的 D 部分處方藥保險。]
* **如果除我們的計劃外，您還加入了其他健康保險** [*insert if applicable:* **或處方藥保險**]**，您需將此情況告知我們。**請致電會員服務部通知我們（電話號碼印在本手冊封底）。
* 我們需遵從 Medicare 制定的規則，確保您在獲得我們計劃所提供的承保服務時，可使用您當時享有的所有保險。由於這涉及將您透過我們計劃獲得的健康 [*insert if applicable:* 及藥物] 福利與您可享有的任何其他健康 [*insert if applicable:* 及藥物] 福利相協調，因此稱為**「福利協調」**。我們將幫助您協調各項福利。（有關福利協調的詳細資訊，請查閱第 1 章第 10 節。）
* **將您加入我們計劃的情況告知您的醫生及其他醫療服務提供者。**獲取您的醫療護理 [*insert if applicable:* 或 D 部分處方藥] 時，務請出示您的計劃會員卡。
* **透過向您的醫生及其他提供者提供資訊、詢問問題和跟進您的護理情況，幫助其為您提供服務。**
* 與您的醫生及其他健康提供者合作，使其可為您提供最佳護理，且您應儘量瞭解您的健康狀況，並在您的醫生及其他健康提供者需要瞭解您及您的健康情況時，向他們提供相關資訊。遵從您與醫生議定的治療方案及指示。
* 確保您的醫生瞭解您所使用的藥品，包括非處方藥、維生素和補品。
* 如您有任何疑問，請務必提出。您的醫生及其他醫療服務提供者會以您能理解的方式向您作出解釋。如果您提出某問題後，不能理解其回答，應再次  
  詢問。
* **請體諒他人。**我們希望所有會員均能尊重其他患者的權利。也希望您在行事時，遵循您醫生診所、醫院及其他辦公室的工作程序，保證其正常工作。
* **支付應付的費用。**作為計劃會員，您承擔以下費用：
* [*Insert if applicable:* 要繼續成為我們計劃的會員，您必須支付計劃保費。]
* 為了符合我們計劃的資格，您必須獲得 Medicare A 部分和 Medicare B 部分保險。為此，一些計劃會員需支付 Medicare A 部分的保費，大部分計劃會員需支付 Medicare B 部分的保費，才能保留計劃的會員資格。
* 對於大部分由計劃承保的醫療服務 [*insert if applicable:* 或藥物]，您在獲取服務 [*insert if applicable:* 或藥物] 時必須支付應承擔的費用。這將屬於 [*insert as appropriate:* 定額手續費（固定金額）*OR* 共同保險（總費用的某個百分比）*OR* 定額手續費（固定金額）或共同保險（總費用的某個百分比）]。第 4 章介紹了您必須為醫療服務支付的費用。[*Insert if applicable:* 第 6 章介紹了您必須為 D 部分處方藥支付的費用。]
* 如果您獲取任何並非由我們計劃或您可能加入的其他保險所承保的醫療服務[*insert if applicable:* 或藥物]，則必須支付全部費用。
* 如果您不同意我們拒絕承保某項服務 [*insert if applicable:* 或藥物] 的決定，則可提出上訴。有關如何提出上訴的詳細資訊，請參見本手冊[*insert as applicable:* 第 7 章 *OR* 第 9 章]。

*[Plans that do not disenroll members for non-payment may modify this section as needed.]*

* [*Plans offering Part D, insert:* 如果您需要支付逾期參保罰金，則您必須支付該罰金才可維持您的處方藥保險。]
* [*Part D plans, insert:* 如果您因您的年收入而須支付額外的 D 部分金額，您必須直接向政府支付該筆額外的金額，才可維持本計劃的會員資格。]
* **通知我們搬遷的消息。**如要搬遷，請務必立即通知我們。請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。
* **如果您*搬離了*我們計劃的服務區域，您** [*if a continuation area is offered, insert****「*通常*」****here and then explain the continuation area*] **無法繼續作為我們計劃的會員。**（有關我們的服務區域，請參見第 1 章。）我們可幫助您確認您將前往的地點是否處於我們的服務區域之外。如果您將離開我們的服務區域，您將有一段特殊參保期，您可以在這段時間內加入您新區域內提供的任何 Medicare 計劃。我們可以告訴您我們是否在您的新區域中有提供  
  計劃。
* **如果您前往的地點*處於*我們的服務區域之內**，仍需通知我們您的搬遷情況，以便我們更新您的會員記錄及獲得您的聯絡資訊。
* 如果您搬遷，同請務必通知社會保障局（或鐵路職工退休委員會）。這些組織的電話號碼及聯絡資訊列於第 2 章。
* **如存有問題或疑慮，請致電會員服務部尋求幫助。**我們也歡迎您提出任何改進我們計劃的建議。
* 會員服務部的電話號碼和服務時間印在本手冊封底。
* 有關我們聯絡方式（包括郵寄地址）的詳細資訊，請參見第 2 章。

第 9 章

遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴）

## 第 9 章. 遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴）

[背景 165](#_Toc485818416)

[第 1 節 簡介 165](#_Toc485818417)

[第 1.1 節 遇到問題或疑慮該如何處理 165](#_Toc485818418)

[第 1.2 節 關於法律術語 165](#_Toc485818419)

[第 2 節 您可向與我們無關的政府機構求助 166](#_Toc485818420)

[第 2.1 節 從何處獲取詳細資訊和個性化協助 166](#_Toc485818421)

[第 3 節 如需解決問題，應採取何種程序？ 166](#_Toc485818422)

[第 3.1 節 是否應採取承保範圍裁決和上訴程序？或採取投訴程序？ 166](#_Toc485818423)

[承保範圍裁決和上訴 167](#_Toc485818424)

[第 4 節 承保範圍裁決和上訴基準指引 167](#_Toc485818425)

[第 4.1 節 要求承保範圍裁決和提出上訴：總體情況介紹 167](#_Toc485818426)

[第 4.2 節 欲要求承保範圍裁決或提出上訴時，該如何尋求幫助 168](#_Toc485818427)

[第 4.3 節 本章哪一節有關於您的情況的詳細資訊？ 169](#_Toc485818428)

[第 5 節 您的醫療護理：如何要求承保範圍裁決或提出上訴 169](#_Toc485818429)

[第 5.1 節 本節描述了在對於獲取醫療護理保險存有疑問或希望我們償付  
就您的護理應承擔的費用時，您該如何處理 170](#_Toc485818430)

[第 5.2 節 步驟說明：如何要求承保範圍裁決（如何要求我們的計劃批准  
或提供您希望獲得的醫療護理保險） 171](#_Toc485818431)

[第 5.3 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴（如何要求審核我們的計劃  
作出的醫療護理承保範圍裁決） 174](#_Toc485818432)

[第 5.4 節 步驟說明：如何進行第 2 級上訴 177](#_Toc485818433)

[第 5.5 節 如果要求我們就您已收到的醫療護理賬單向您支付我們應承擔的  
費用，該如何處理？ 178](#_Toc485818434)

[第 6 節 您的 D 部分處方藥：如何要求承保範圍裁決或提出上訴 179](#_Toc485818435)

[第 6.1 節 本節描述了在對於獲取 D 部分藥物存有疑問或希望我們償付   
D 部分藥物時，您該如何處理 180](#_Toc485818436)

[第 6.2 節 什麼是「例外處理」？ 181](#_Toc485818437)

[第 6.3 節 請求例外處理須知 183](#_Toc485818438)

[第 6.4 節 步驟說明：如何要求承保範圍裁決（包含例外處理） 183](#_Toc485818439)

[第 6.5 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴（如何要求審核我們的計劃作出  
的承保範圍裁決） 186](#_Toc485818440)

[第 6.6 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴 189](#_Toc485818441)

[第 7 節 如果您認為醫生過快讓您出院，如何要求我們延長住院承保 190](#_Toc485818442)

[第 7.1 節 您住院期間，將收到 Medicare 發出的書面通知，告知您的權利 191](#_Toc485818443)

[第 7.2 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴更改出院日期 192](#_Toc485818444)

[第 7.3 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴更改出院日期 194](#_Toc485818445)

[第 7.4 節 錯過提出第 1 級上訴的截止時間該如何處理？ 195](#_Toc485818446)

[第 8 節 如果您認為您的保險終止過快，如何要求我們繼續承保某些醫療服務 198](#_Toc485818447)

[第 8.1 節 本節僅涉及三項服務：居家護理、專業護理機構護理和綜合門診復健機構 (CORF) 服務 198](#_Toc485818448)

[第 8.2 節 您的保險即將終止時，我們將提前通知您 198](#_Toc485818449)

[第 8.3 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴，要求我們的計劃延長護理承保 199](#_Toc485818450)

[第 8.4 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴，要求我們的計劃延長護理承保 201](#_Toc485818451)

[第 8.5 節 錯過提出第 1 級上訴的截止時間該如何處理？ 202](#_Toc485818452)

[第 9 節 將您的上訴升級至第 3 級及以上 205](#_Toc485818453)

[第 9.1 節 醫療服務上訴的第 3、4 及 5 級上訴 205](#_Toc485818454)

[第 9.2 節 D 部分藥物的第 3、4 及 5 級上訴 206](#_Toc485818455)

[提出投訴 207](#_Toc485818456)

[第 10 節 如何就護理品質、等待時間、顧客服務或其他事宜提出投訴 207](#_Toc485818457)

[第 10.1 節 投訴程序處理哪些類型的問題？ 207](#_Toc485818458)

[第 10.2 節 「提出投訴」的正式名稱為「提出申訴」 209](#_Toc485818459)

[第 10.3 節 步驟說明：提出投訴 209](#_Toc485818460)

[第 10.4 節 您也可向品質改進機構提出護理品質方面的投訴 210](#_Toc485818461)

[第 10.5 節 您亦可將您的投訴告知 Medicare 210](#_Toc485818462)

*[Plans should ensure that the text or section heading immediately preceding each “Legal Terms” box is kept on the same page as the box.]*

背景

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 節 遇到問題或疑慮該如何處理

本章列述了處理問題及疑慮的兩種程序：

* 就某些問題而言，您需採用**承保範圍裁決和上訴程序**。
* 就其他問題而言，您需採用**提出投訴的程序。**

這兩種程序已獲 Medicare 批准。為保證公平並即時處理您的問題，每一程序配有一套規則、手續及截止期限，您與我們均須遵守。

您採用何種程序？這取決於您遇到的問題類型。第 3 節內的指引有助於您確定應採用的正確程序。

#### 第 1.2 節 關於法律術語

本章中所列的某些規則、程序及各類截止期限存在若干技術性法律術語。許多術語對於大多數人而言較為陌生且難以理解。

為使文字通俗易懂，本章在闡述法律規則及程序時採用更通俗的辭彙取代若干法律術語。例如，本章通常使用「提出投訴」而非「提出申訴」，使用「承保範圍裁決」而非「機構裁決」以及使用「獨立審核機構」而非「獨立審核實體」。本章中也儘量減少了縮寫詞的使用。

然而，瞭解描述您所處情形的正確法律術語可能對您有所幫助，甚至至關重要。處理問題和針對所處情形尋求適當的幫助或資訊時，瞭解應使用的正確法律術語將有助於您更清晰和準確地表達。為幫助您瞭解應使用的術語，我們在提供處理特殊情形的詳細資訊時會對法律術語加以闡述。

### 第 2 節 您可向與我們無關的政府機構求助

#### 第 2.1 節 從何處獲取詳細資訊和個性化協助

有時，您可能會弄不清如何開始或完成問題處理程序。在您感覺不適或身體疲乏時，尤為如此。而在其他時候您可能不知道下一步該怎麼辦。

向獨立政府機構求助

我們可隨時向您提供協助。但在某些情況下，您也可能希望獲得某位與我們無關人士的幫助或指引。您可隨時聯絡您的**州健康保險援助計劃 (SHIP)。**該政府計劃在各州均設有若干名訓練有素的顧問。該計劃與我們的計劃、任何保險公司或保健計劃均無關。該計劃的顧問可幫助您瞭解您在處理問題時應採取的程序。他們也能回覆您提出的問題、給予您更多資訊並提供有關處理方法的指引。

SHIP 顧問的服務是免費的。*[Plans providing SHIP contact information in an exhibit may revise the following sentence to direct members to it]* 電話號碼列於本手冊的第 2 章第 3 節。

您也可從 Medicare 獲得幫助和資訊

有關處理問題的更多資訊和幫助，也可聯絡 Medicare。您可透過兩種方式直接從 Medicare 獲取資訊：

* 您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（全天候服務）。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。
* 您可瀏覽 Medicare 網站 ([https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/))。

### 第 3 節 如需解決問題，應採取何種程序？

#### 第 3.1 節 是否應採取承保範圍裁決和上訴程序？或採取投訴程序？

如有問題或疑慮，您只需細閱本章中適用於您所處情形的部分。下述指引將對您有所  
幫助。

如要確定本章的哪部分內容將會有助於您解決問題或疑慮，請**參見以下內容**

您的問題或疑慮是否與您的福利或保險有關？

（這包括有關特定醫療護理或處方藥是否獲承保、承保的方式等問題，以及與醫療護理或處方藥付款有關的問題。）

**是的。**我的問題與福利或保險有關。

請查閱本章的下一節，**第 4 節「承保範圍裁決和上訴基準指引」。**

**不是。**我的問題與福利或承保範圍無關。

向前跳至本章末尾的 [*insert as applicable:* **第 9 節** *OR* **第 10 節**]：**「如何就護理品質、等待時間、顧客服務或其他事宜提出投訴？」。**

承保範圍裁決和上訴

### 第 4 節 承保範圍裁決和上訴基準指引

#### 第 4.1 節 要求承保範圍裁決和提出上訴：總體情況介紹

承保範圍裁決和上訴的程序針對醫療服務 [*insert if applicable:* 和處方藥] 處理與您的福利及承保範圍有關的問題，包括與付款有關的問題。您可利用該程序處理諸如某服務或藥品是否獲承保以及承保方式等事宜。

要求承保範圍裁決

承保範圍裁決是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您的醫療服務 [*insert if applicable:* 或藥物] 支付的金額所作出的決定。如果您的醫生不確定我們是否會承保某特定醫療服務或拒絕提供您認為所需的醫療護理時，您或您的醫生也可聯絡我們，要求進行承保範圍裁決。換句話說，如需在獲得某項醫療服務之前瞭解我們對此是否承保，您可要求我們為您作出承保範圍裁決。

我們就為您承保的服務或藥品以及支付的費用作出承保範圍裁決。在某些情況下，我們可能決定不承保某服務，或就您而言，Medicare 不再承保這些服務 [*insert if applicable:* 或藥物]。如果您不同意該項承保範圍裁決，可提出上訴。

提出上訴

如果我們作出一項承保範圍裁決，而您對此並不滿意，可就該決定「上訴」。上訴是指要求我們審核並更改我們已作出的承保範圍裁決的正式方式。

您首次對裁決提出的上訴稱為第 1 級上訴。在這一級上訴時，我們將審核已作出的承保範圍裁決，以核查我們是否恰當遵循所有規則行事。您的上訴不是由作出原始不利裁決的審核員處理。我們完成審核後，將告訴您我們的決定。在某些情況下，您可以申請加急或「快速承保範圍裁決」或對承保範圍裁決快速上訴，我們將在後文討論這些情況。

如果我們完全或部分拒絕您的第 1 級上訴，您可繼續第 2 級上訴。第 2 級上訴由與我們的計劃無關的獨立機構處理。（在某些情況下，您的個案將自動發送至獨立機構進行第 2 級上訴。如果發生此情況，我們將會通知您。在其他情況下，您需要求進行第 2 級上訴。）如果仍不滿第 2 級上訴作出的裁決，還可繼續提出其他級別的上訴。

#### 第 4.2 節 欲要求承保範圍裁決或提出上訴時，該如何尋求幫助

是否需要幫助？以下是一些您在決定要求任何類別的承保範圍裁決或對決定提出上訴時，可能希望採取的途徑：

* 您**可致電會員服務部聯絡我們**（電話號碼印在本手冊封底）。
* 如要向**與我們的計劃無關的獨立機構尋求免費幫助**，請聯絡您的州健康保險援助計劃（請參見本章第 2 節）。
* [*MA-only plans, insert:* **您的醫生可代表您提出請求。**您的醫生可代表您就醫療護理提出承保範圍裁決或第 1 級上訴。如果您的上訴在第 1 級被拒絕，則該上訴將會自動轉交至第 2 級。要在第 2 級後要求任何上訴，您的醫生必須獲委任為您的代表。]
* [*MA-PD plans, insert:* **您的醫生可代表您提出請求。**
* 您的醫生可代表您就醫療護理提出承保範圍裁決或第 1 級上訴。如果您的上訴在第 1 級被拒絕，則該上訴將會自動轉交至第 2 級。要在第 2 級後要求任何上訴，您的醫生必須獲委任為您的代表。
* 對於 D 部分處方藥，您的醫生或其他處方醫師可代表您要求承保範圍裁決或第 1 或 2 級上訴。要在第 2 級後要求任何上訴，您的醫生或其他處方醫師必須獲委任為您的代表。]
* **您可要求某人士代表您行事。**如果您願意，可指定任何其他人士作為您的「代表」代您要求承保範圍裁決或提出上訴。
* 您可能已根據州法律合法授權某人士，使其擔任您的代表。
* 如果您希望您的朋友、親屬、醫生或其他提供者，或其他人士擔任您的代表，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）並索取「代表委任」表格。（此表格也可在 Medicare 網站 <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> [*plans may also insert:*或我們的網站 *[insert website or link to form]*] 上獲取。）此表格可給予該人士許可，代您行事。表格必須經您和您希望代您行事的人士簽署。您必須向我們提交一份經簽署的表格。
* **您也有權聘請律師代您行事。**您可聯絡您的私人律師，或透過當地律師協會或其他轉介服務獲取律師姓名。如果您符合條件，某些團體也會為您提供免費法律服務。但**您並非必須聘請律師**才能要求任何類別的承保範圍裁決或針對某項決定提出上訴。

#### 第 4.3 節 本章哪一節有關於您的情況的詳細資訊？

涉及承保範圍裁決和上訴的情況共有 [*insert as applicable:* 三 *OR* 四] 種。由於每種情況的規則和截止期限各有不同，我們分別在不同章節詳述了不同情況：

* 本章**第 5 節**：「您的醫療護理：如何要求承保範圍裁決或提出上訴」
* *[MA-only plans: omit this bullet]*本章**第 6 節**：「您的 D 部分處方藥：如何要求承保範圍裁決或提出上訴」
* 本章 [*Insert as applicable:* **第 6 節** *OR* **第 7 節**]：「如果您認為醫生過快讓您出院，如何要求我們延長住院承保」
* 本章 [*Insert as applicable:* **第 7 節** *OR* **第 8 節**]：「如果您認為您的保險終止過快，如何要求我們繼續承保某些醫療服務」（*僅適用於下列服務：*居家護理、專業護理機構護理和綜合門診康復機構 [CORF] 服務）

如果您仍不確定應採用哪一節內容，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。您也可向州健康保險援助計劃（該計劃的電話號碼在本手冊第 2 章第 3 節）等政府機構尋求幫助或資訊。

### 第 5 節 您的醫療護理：如何要求承保範圍裁決或提出上訴

"" 您是否已閱讀本章第 4 節（*承保範圍裁決和上訴「基準」指引*）？如果尚未閱讀，請在開始本節之前先閱讀該節內容。

#### 第 5.1 節 本節描述了在對於獲取醫療護理保險存有疑問或希望我們償付就您的護理應承擔的費用時，您該如何處理

本節列述了您的醫療護理和服務福利的相關資訊。本手冊第 4 章對這些福利進行了描述：*醫療福利表（承保範圍與支付費用）*為使文字通俗易懂，我們在本節下文中一般提述「醫療護理保險」或「醫療護理」，而非每次贅述「醫療護理或治療或服務」。

本節介紹了您處於以下任一種情況（共五種）時可以採取的行動：

1. 您未獲得您想要的某種醫療護理，而您認為此種護理屬於我們計劃的承保範圍。

2. 我們的計劃不批准您的醫生或其他醫療機構要向您提供的醫療服務，而您認為此種護理屬於我們計劃的承保範圍。

3. 您已得到醫療護理或服務，且您認為這些醫療護理或服務屬於我們的計劃承保範圍，但我們卻表示將不支付此種護理費用。

4. 您已獲得您認為應由計劃承保的醫療護理或服務，並已就此付款，且欲要求我們的計劃就該項護理向您報銷費用。

5. 您獲知您所接受的我們之前認可的某種醫療護理的承保範圍將縮小或停止，而您認為減少或停止此種護理會損害您的健康。

* 註：**如果即將終止的保險屬於醫院護理、居家護理、專業護理機構護理，或綜合門診康復機構 (CORF) 服務保險，**您需閱讀本章的某個獨立章節，因為此類別的護理適用特殊規則。在此類情況下應閱讀以下章節：
* [*Insert as applicable:* 第 7 章 *OR* 第 9 章]，[*insert as applicable:* 第 6 節 *OR* 第 7 節]：*如果您認為醫生過快讓您出院，如何要求我們延長住院承保。*
* [*Insert* 第 7 章 *OR* 第 9 章]，[*insert as applicable:* 第 7 節 *OR* 第 8 節]：*如果您認為您的保險終止過快，如何要求我們繼續承保某些醫療服務。*本節僅涉及三項服務：居家護理、專業護理機構護理和綜合門診復健機構 (CORF) 服務。
* 有關獲悉一直在接受的醫療服務將終止的*所有其他*情況，請參見本節（第 5 節），以瞭解如何處理。

您處於以下哪種情形？

| 您所處的情形： | 您可處理的方式： |
| --- | --- |
| 您是否希望瞭解我們是否承保了您所需的醫療護理或服務？ | 您可要求我們為您作出承保範圍裁決。  請查閱本章的下一節，**第 5.2 節**。 |
| 我們是否已告知您，我們不會以您所希望的方式承保或支付醫療服務？ | 您可提出**上訴**。（這就意味著您要求我們重新考慮。）  向前跳至本章**第 5.3 節**。 |
| 您是否會要求我們償付您已獲得且付款的醫療護理或服務的費用？ | 您可向我們寄送賬單。  向前跳至本章**第 5.5 節**。 |

#### 第 5.2 節 步驟說明：如何要求承保範圍裁決（如何要求我們的計劃批准或提供您希望獲得的醫療護理保險）

| **法律術語** |
| --- |
| 如果承保範圍裁決涉及您的醫療護理，則稱為**「機構裁決」**。 |

第 1 步：要求我們的計劃就您請求的醫療護理作出承保範圍裁決。如果您的健康狀況需要快速回覆，您應要求我們作出「快速承保範圍裁決」。

| **法律術語** |
| --- |
| 「快速承保範圍裁決」稱為**「加急 裁定」**。 |

如何申請承保您所需的醫療護理

* 首先，致電、寄函或傳真至我們的計劃提出申請，請求我們授權或承保您希望獲得的醫療護理。您、您的醫生或代表均可提出此請求。
* 有關我們的詳細聯絡資訊，請查閱第 2 章第 1.2 節，並查找*要求就您的醫療護理作出承保範圍裁決時，如何聯絡我們*一節。

通常，我們會在標準截止期限前對您作出決定

除非我們同意採用「快速」截止期限，否則，我們均會採用「標準」截止期限，對您作出決定。**標準承保範圍裁決指我們將在收到您的請求後 14 個日曆日內**給您答覆。

* **但是**，如果您要求延長時間，或者我們需獲取可能有利於您的資訊（如 [*full and partial network plans insert:* 來自網絡外提供者的] 醫療記錄），**則可再延長至多 14 個日曆日。**如果我們決定延長作出決定的時間，將書面通知您。
* 如果您認為我們*不*應延長時間，可針對我們延長時間的決定提出「快速投訴」。您提出快速投訴後，我們會在 24 小時內給您答覆。（投訴程序與承保範圍裁決和上訴程序有所不同。（有關提出投訴程序（包括快速投訴）的詳細資訊，請參見本章 [*insert as applicable:* 第 9 節 *OR* 第 10 節]。）

如果您的健康狀況需要，可要求我們作出「快速承保範圍裁決」

* **快速承保範圍裁決是指我們將在 72 小時內答覆。**
  + **但是**，如果我們發現缺少可能有利於您的某些資訊（如 [*full and partial network plans insert:* 來自網絡外提供者的] 醫療記錄），或您需獲取資訊以供我們進行審查，**則可再延長至多 14 個日曆日。**如果我們決定延長時間，將書面通知您。
  + 如果您認為我們*不*應延長時間，可針對我們延長時間的決定提出「快速投訴」。（有關提出投訴程序（包括快速投訴）的詳細資訊，請參見本章 [*insert as applicable:* 第 9 節 *OR* 第 10 節]。）我們在作出決定後會儘快通知您。
* **要獲得快速承保範圍裁決**，**您必須滿足兩項要求︰**
  + *只有*在請求有關您尚未接受的醫療護理的承保範圍時，方可獲得快速承保範圍裁決。（如果您的請求與已接受醫療護理的付款有關，則不能獲得快速承保範圍裁決。）
  + *只有當*採用標準截止期限會*嚴重損害您的健康或傷害您的行動能力時*，  
    方可取得快速承保範圍裁決。
* **如果您的醫生告知我們您的健康狀況需要「快速承保範圍裁決」**，**我們即同意對您作出快速承保範圍裁決**。
* 如果您自行要求快速承保範圍裁決（未獲得醫生支援），我們將判斷您的健康狀況是否需要我們對您作出快速承保範圍裁決。
  + 如果我們認為您的醫療狀況不符合快速承保範圍裁決的要求，我們將發函拒絕（我們將採用標準截止期限）。
  + 此信函將告知您，如果您的醫生要求快速承保範圍裁決，我們將自動作出快速承保範圍裁決。
  + 此信函也會告知您如何就我們未按您的請求作出快速承保範圍裁決，而作出標準決定一事提出「快速承保範圍投訴」。（有關提出投訴程序（包括快速投訴）的詳細資訊，請參見本章 [*insert as applicable:* 第 9 節 *OR* 第 10 節]。）

第 2 步：我們將考慮您的醫療護理保險請求，並給予答覆。

「快速」承保範圍裁決的截止期限

* 通常，我們對於快速承保範圍裁決的答覆時間為 **72 小時以內。**
  + 如上所述，我們在某些情況下可延長至多 14 個日曆日的時間。如果我們決定延長作出承保範圍裁決的時間，將書面通知您。
  + 如果您認為我們*不*應延長時間，可針對我們延長時間的決定提出「快速投訴」。您提出快速投訴後，我們會在 24 小時內給您答覆。（有關提出投訴程序（包括快速投訴）的詳細資訊，請參見本章 [*insert as applicable:* 第 9 節 *OR* 第 10 節]。）
  + 如果我們在 72 小時內未給您答覆（或如果在該期間結束時增加延長期），您有權上訴。下文第 5.3 節將介紹如何提出上訴。
* **如果我們批准您的部分或全部請求**，必須在收到您請求後的 72 小時內，批准或提供我們已同意提供的醫療護理保險。如果我們延長作出承保範圍裁決所需的時間，則將在延長期結束時批准或提供保險。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出詳細的書面聲明說明拒絕的原因。

「標準」承保範圍裁決的截止期限

* 通常，我們對於標準承保範圍裁決的答覆時間為**收到您請求後的 14 個日曆  
  日內。**
  + 某些情況下，我們可再延長至多 14 個日曆日（「延長期」）。如果我們決定延長作出承保範圍裁決的時間，將書面通知您。
  + 如果您認為我們*不*應延長時間，可針對我們延長時間的決定提出「快速投訴」。您提出快速投訴後，我們會在 24 小時內給您答覆。（有關提出投訴程序（包括快速投訴）的詳細資訊，請參見本章 [*insert as applicable:* 第 9 節 *OR* 第 10 節]。）
  + 如果我們在 14 個日曆日內未給您答覆（或如果在該期間結束時增加延長期），您有權上訴。下文第 5.3 節將介紹如何提出上訴。
* **如果我們批准您的部分或全部請求**，必須在收到您請求後的 14 個日曆日內，批准或提供我們已同意提供的保險。如果我們延長作出承保範圍裁決所需的時間，則將在延長期結束時批准或提供保險。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求，**我們將向您發出書面聲明說明拒絕的  
  原因。

第 3 步：如果我們拒絕您的醫療護理保險請求，由您決定是否提出上訴。

* 如果我們拒絕您的請求，您有權提出上訴，要求我們重新考慮並（或許）更改該決定。提出上訴意味著再次嘗試獲得所需醫療護理保險。
* 如果您決定上訴，即表明您進入第 1 級上訴程序（請參見下文第 5.3 節）。

#### 第 5.3 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴（如何要求審核我們的計劃作出的醫療護理承保範圍裁決）

| **法律術語** |
| --- |
| 就醫療護理承保範圍裁決向計劃提出上訴稱為計劃**「重新考慮」**。 |

第 1 步：您聯絡我們並提出上訴。如果您的健康狀況需要快速回覆，您必須要求「快速上訴」。

如何操作

* **要開始上訴，您、您的醫生或您的代表必須聯絡我們。**有關適用於任何上訴相關目的的詳細聯絡資訊，請查閱第 2 章第 1.2 節，並查找「*當您就您的醫療護理進行上訴時，如何聯絡我們*」一節。
* **如果您要求標準上訴，請提交請求，以書面形式提出標準上訴。**[*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* 您也可撥打第 2 章第 1.2 節（*How to contact us when you are making an appeal about your medical care*）中所示的電話號碼聯絡我們要求上訴。]
  + 如果您需要您的醫生以外的人士代您就我們的決定提出上訴，您的上訴必須隨附一份授權該人士代表您的「代表委任」表格。如需獲得表格，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）並索取「代表委任」表格。表格也可在 Medicare 網站 <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> [*plans may also insert:*或我們的網站*[insert website or link to form]*]上獲取。）雖然我們可在沒有表格的情況下接受上訴請求，但是我們在未收到表格之前無法開始或完成審核。如果我們在收到您的上訴請求後 44 個日曆日內未收到該表格（這是我們就您的上訴作出決定的截止期限），您的上訴請求將被駁回。如果發生此情況，我們將向您發出書面通知，就您要求獨立審核機構對我們駁回您的上訴的決定進行審核的權利作出解釋。
* **如果您要求快速上訴，可透過書面形式或撥打**第 2 章第 1 節 *[plan may edit section title as needed]*（*就您的醫療護理進行上訴時，如何聯絡我們*）中所示的電話號碼，提出上訴。
* 您必須在自我們向您發出書面通知，**對您的承保範圍裁決請求作出答覆之日起 60 個日曆日內**提出上訴請求。如果您錯過此截止期限，並能提供充分理由，我們可給予您更多時間提出上訴。錯過截止期限的充分理由可能包括：您患有使您無法聯絡我們的重病或我們向您提供的有關上訴請求截止期限的資訊是錯誤或不完整的。
* **您可索取一份有關您醫療決定的資料，並添加更多資料支持您的上訴。**
  + 您有權向我們索取一份有關您上訴的資料。[*If a fee is charged, insert:* 對於複製和寄送此材料，我們可向您收取費用。]
  + 如果您願意，您與您的醫生可向我們提供其他資訊，支持您的上訴。

如果您的健康狀況需要，請要求「快速上訴」（您可透過致電我們提出請求）

| **法律術語** |
| --- |
| 「快速上訴」也稱為**「加急重新 考慮**」。 |

* 如果您就我們對您尚未接受的護理保險作出的決定提出上訴，您和/或您的醫生將需決定您是否需要「快速上訴」。
* 獲得「快速上訴」的要求及程序與獲得「快速承保範圍裁決」的要求及程序相同。如欲要求快速上訴，請遵循要求快速承保範圍裁決的指示。（相關指示載於本節上文。）
* 如果您的醫生告知我們您的健康狀況需要「快速上訴」，我們將對您作出快速上訴。

第 2 步：我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

* 在審核您的上訴時，我們會謹慎考慮有關您的醫療護理保險請求的全部資訊。我們將核實拒絕您的請求時是否遵守所有規則。
* 必要時，我們將收集更多資訊。我們可能會聯絡您或您的醫生以瞭解詳細  
  資訊。

「快速上訴」的截止期限

* 如果我們採用快速截止期限，則必須在**接到您的上訴後 72 小時內**給您答覆。如果您的健康狀況需要快速回覆，我們將盡快給您答覆。
  + 但是，如果您要求延長時間，或者我們需收集可能有利於您的更多資訊，**則可再延長至多 14 個日曆日**。如果我們決定延長作出決定的時間，將書面通知您。
  + 如果我們在 72 小時內未給您答覆（或若在延長期結束時增加延長時間），我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立機構進行審核。本節隨後將介紹此機構，並介紹上訴程序第 2 級的情況。
* **如果我們批准您的部分或全部請求**，必須在收到您上訴後的 72 小時內，批准或提供我們已同意提供的保險。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，將向您發出一份書面否決通知，告知您我們已自動將您的上訴發送至獨立審核機構進行第 2 級上訴。

「標準上訴」的截止期限

* 如果我們採用標準截止期限，且如果您的上訴是關於您尚未接受的服務的保險，我們必須在接到您的上訴後 **30 個日曆日**內給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。
  + 但是，如果您要求延長時間，或者我們需收集可能有利於您的更多資訊，**則可再延長至多 14 個日曆日**。如果我們決定延長作出決定的時間，將書面通知您。
  + 如果您認為我們*不*應延長時間，可針對我們延長時間的決定提出「快速投訴」。您提出快速投訴後，我們會在 24 小時內給您答覆。（有關提出投訴程序（包括快速投訴）的詳細資訊，請參見本章 [*insert as applicable:* 第 9 節 *OR* 第 10 節]。）
  + 如果我們在上述截止期限之前未給您答覆（或若在延長期結束時增加延長時間），我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立外部機構進行審核。本節隨後將介紹此審核機構，並介紹上訴程序第 2 級的  
    情況。
* **如果我們批准您的部分或全部請求，**必須在收到您上訴後的 30 個日曆日內，批准或提供我們已同意提供的保險。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，將向您發出一份書面否決通知，告知您我們已自動將您的上訴發送至獨立審核機構進行第 2 級上訴。

第 3 步：如果我們的計劃部分或完全拒絕您的上訴，您的個案將*自動*發送至下一級上訴程序。

* 為確保我們在拒絕您的上訴時遵守所有規則，**我們需將您的上訴發送至「獨立審核機構」**。這樣，即表示您的上訴即將進入下一級上訴程序，即第 2 級。

#### 第 5.4 節 步驟說明：如何進行第 2 級上訴

如果我們拒絕您的第 1 級上訴，您的個案將*自動*發送至下一級上訴程序。第 2 級上訴期間，**獨立審核機構**將審核我們對第一次上訴作出的裁決。該機構將決定是否應更改我們作出的裁決。

| **法律術語** |
| --- |
| 「獨立審核機構」的正式名稱為**「獨立審核實體」**。有時將其稱為**「IRE」**。 |

第 1 步：獨立審核機構審核您的上訴。

* **獨立審核機構是 Medicare 聘請的一個外部獨立機構**。該機構與我們無關，且並非政府機構。該機構為 Medicare 選擇的一家公司，處理獨立審核機構的工作。Medicare 監督其工作。
* 我們將向該機構發送有關您的上訴的資料。該資料稱為您的「個案文件」。**您有權向我們索取一份個案文件副本**。[*If a fee is charged, insert:* 對於複製和寄送此材料，我們可向您收取費用。]
* 您有權向獨立審核機構提供其他資訊，支援您的上訴。
* 獨立審核機構的審核員將仔細查閱上訴的所有相關資訊。

如果您的第 1 級上訴為「快速上訴」，您的第 2 級上訴也將為「快速上訴」

* 如果我們計劃的第 1 級上訴為快速上訴，您將自動獲得第 2 級的快速上訴。審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **72 小時內**給您答覆。
* 但是，如果獨立審核機構需要收集可能有利於您的更多資訊，**則可再延長至多 14 個日曆日。**

如果您的第 1 級上訴為「標準上訴」，您的第 2 級上訴也將為「標準上訴」

* 如果我們計劃的第 1 級上訴為標準上訴，您將自動獲得第 2 級的標準上訴。審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **30 個日曆日內**給您答覆。
* 但是，如果獨立審核機構需要收集可能有利於您的更多資訊，則**可再延長至多 14 個日曆日。**

第 2 步：獨立審核機構給您答覆。

獨立審核機構將以書面形式告知您他們的決定，並說明原因。

* **如果審核機構批准您的部分或全部請求，**我們必須在收到審核機構的決定後 72 小時內批准醫療護理保險，或在我們收到審核機構的決定後 14 個日曆日內（標準請求），或在本計劃收到審核機構的決定後 72 小時內（加急請求）提供服務。
* **如果該機構部分或完全拒絕您的上訴**，表明他們同意我們的決定，即您的醫療護理保險的請求（或部分請求）應不予批准。（這稱為「支持裁決」，也稱為「駁回上訴」。）
  + 如果獨立審核機構「支持裁決」，您有權提出第 3 級上訴。然而，要再次提出第 3 級上訴，您請求的醫療護理保險的價值必須達到某個最低金額。如果您請求的保險的價值過低，您不能再次提出上訴，這就意味著第 2 級的決定即為最終決定。您從獨立審核機構獲得的書面通知將告知您，如何確定滿足繼續上訴程序條件的金額。

第 3 步：如果您的個案符合要求，請選擇是否希望進一步上訴。

* 上訴程序中，第 2 級後仍有三個級別（共五個上訴級別）。
* 如果第 2 級上訴遭到駁回，且您符合繼續上訴的要求，則必須決定是否希望繼續第 3 級，提出第三次上訴。有關如何處理的詳細資訊，請查閱第 2 級上訴後收到的書面通知。
* 第 3 級上訴由行政法官處理。本章 [*Insert as applicable:* 第 8 節 *OR* 第 9 節] 將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

#### 第 5.5 節 如果要求我們就您已收到的醫療護理賬單向您支付我們應承擔的費用，該如何處理？

如果您想要求我們支付醫療護理的費用，請先細閱本手冊 [*insert as applicable:* 第 5 章 *OR* 第 7 章]：*要求我們對您收到的承保醫療服務帳單支付應承擔的費用 [insert if applicable: or drugs]*。[*Insert as applicable:* 第 5 章 *OR* 第 7 章] 描述了您可能需要求我們就某提供者向您發出的帳單給予報銷或作出支付的一些情況。其中也介紹了應如何向我們寄送要求我們付款的書面材料。

要求報銷即要求我們作出承保範圍裁決

如果您向我們寄送要求報銷的書面材料，即為要求我們作出承保範圍裁決（有關承保範圍裁決的詳細資訊，請參見本章第 4.1 節）。為作出此承保範圍裁決，我們將核查您已付款的醫療護理是否為承保服務（請參見第 4 章：*醫療福利表（承保範圍與支付費用）*我們也將核查您是否遵守所有使用醫療護理保險的規則（有關規則在本手冊第 3 章：*使用本計劃承保您的醫療服務*中提供）。

我們將批准或拒絕您的請求

* 如果您已付款的醫療護理獲承保且您遵守所有規則，我們將在接到您請求後 60 個日曆日向您寄出我們就您的醫療護理應承擔的費用付款。或者，如果您尚未就服務作出支付，我們將直接向提供者寄出付款。我們寄出付款即表明*批准*您的承保範圍裁決請求。
* 如果有關醫療護理*未*獲承保，或您*未*遵守所有規則，我們將不會寄出付款。相反，我們將向您發出一封函件，說明我們將不會就服務作出支付並詳細解釋原因。（如果我們駁回您的付款請求，即表明*拒絕*您的承保範圍裁決請求）。

您要求付款但我們拒絕支付時，該如何處理？

如果您不同意我們駁回您的請求的裁決，**可提出上訴。**如果您提出上訴，即表明您要求我們更改在駁回您的付款請求時所作出的承保範圍裁決。

**如欲提出此項上訴，請遵循第 5.3 節所述的上訴程序**。請查閱該節內容以瞭解各步驟指示。遵循此類指示時，請注意：

* 如果您針對費用報銷提出上訴，我們必須在收到您的上訴後 60 個日曆日內給您答覆。（如果您要求我們償付您已接受並自行作出支付的醫療護理之費用，不允許要求快速上訴。）
* 如果獨立審核機構推翻我們拒絕付款的決定，我們必須在 30 個日曆日內向您或提供者寄出您所請求的付款。如果第 2 級之後的任何一級上訴程序批准了您的上訴，我們必須在 60 個日曆日內向您或提供者寄出您所請求的付款。

### 第 6 節 您的 D 部分處方藥：如何要求承保範圍裁決或提出上訴

*[MA-only plans: omit Section 6, re-number remaining sections in Chapter 9, and change cross-references to section numbers.]*

"" 您是否已閱讀本章第 4 節（*承保範圍裁決和上訴「基準」指引*）？如果尚未閱讀，請在開始本節之前先閱讀該節內容。

#### 第 6.1 節 本節描述了在對於獲取 D 部分藥物存有疑問或希望我們償付 D 部分藥物時，您該如何處理

作為我們計劃會員，您的福利包含多種處方藥的承保。請參考我們計劃的*承保藥物清單（處方藥一覽表）*。該藥必須用於醫學上認可的適應症才可承保。（「醫學上認可的適應症」表示一種由美國食品藥物管理局批准，或由某些參考書籍支持的藥物使用方式。有關醫學上認可的適應症的詳細資訊，請參見第 5 章第 3 節。）

* **本節僅和您的 D 部分藥物有關。**為使文字通俗易懂，我們在本節下文中提述為「藥物」，而非每次贅述「承保門診處方藥」或「D 部分藥物」。
* 有關我們對於 D 部分藥物、*承保藥物清單（處方藥一覽表）*、承保範圍的規則與限制，以及費用資訊的定義，請參見第 5 章*（使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保）*與第6章*（對於 D 部分處方藥您須支付的費用）。*

D 部分承保範圍裁決與上訴

承保範圍裁決是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您的藥物支付的金額所作出的決定，詳見本章第 4 節。

| **法律術語** |
| --- |
| 有關 D 部分藥物的初始承保範圍裁決被稱為**「承保範圍裁決」**。 |

以下是您要求我們對於您 D 部分藥物作出承保範圍裁決的範例：

* 您要求我們作出例外，包含：
  + 要求我們承保不在計劃*承保藥物清單（處方藥一覽表）*上的 D 部分藥物
  + 要求我們豁免藥物的計劃承保範圍限制（例如您可以取得的藥物數量限制）
  + *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this bullet]*要求對於較高分攤費用等級的承保藥物支付較低的分攤費用金額。
* 您向我們詢問某種藥物是否有為您承保，以及您是否符合任何適用的承保規則。（例如，當您的藥物列於計劃的*承保藥物清單（處方藥一覽表）*上，但我們要求您在我們為您承保前，先取得我們的批准。）
  + *請注意：*如果您的藥房告知您，您的處方無法按上方指示配藥，您將會收到一份書面通知，說明如何聯絡我們要求進行承保範圍裁決。
* 您要求我們支付您已購買的處方藥。這是一項對於付款之承保範圍裁決的要求。

如果您不同意我們作出的承保範圍裁決，可對此提出上訴。

本節介紹如何要求承保範圍裁決，以及如何提出上訴請求。請利用下表來協助您決定符合您情形的部分為何：

您處於以下哪種情形？

| 您所處的情形： | 您可處理的方式： |
| --- | --- |
| 您是否需要未包含在我們藥物清單上的藥物，或需要我們豁免承保藥物的規則或 限制？ | 您要求我們作出例外處理。 （這是一種承保範圍裁決的類型。）  請參見本章**第 6.2 節**。 |
| 您是否想要我們承保我們藥物清單上的藥物，並且您認為對於您需要的藥物，您滿足所有的計劃規則或限制（例如事先取得批准）？ | 您可要求我們為您作出承保範圍裁決。  向前跳至本章**第 6.4 節**。 |
| 您是否想要求我們償付您已取得並付款的藥物？ | 您可要求我們作出償付。（這是一種承保範圍裁決的類型。）  向前跳至本章**第 6.4 節**。 |
| 我們是否已告知您，我們將不會依照您想要的承保或支付方式來承保或支付某種 藥物？ | 您可提出上訴。（這就意味著您要求我們重新考慮。）  向前跳至本章**第 6.5 節**。 |

#### 第 6.2 節 什麼是「例外處理」？

如果某種藥物的承保方式並不是您所想要的，您可以要求我們作出「例外處理」。這是一種承保範圍裁決的類型。和其他類型的承保範圍裁決類似，如果我們駁回您的例外處理申請，您可以對我們的決定提出上訴。

當您申請例外處理時，您的醫生或其他處方醫師將需就為何您需要批准例外處理說明醫療理由。接著，我們將會考慮您的申請。以下為您或您的醫生或其他處方醫師可以要求我們作出的 [*insert as applicable:* 兩種 *OR* 三種] 例外處理範例：

1. **為您承保不在計劃*承保藥物清單（處方藥一覽表）*上的 D 部分藥物**（我們簡稱為「藥物清單」。）

| **法律術語** |
| --- |
| 要求承保未包含在藥物清單上的藥物有時稱為要求**「處方藥一覽表例外」**。 |

* 如果我們同意作出例外處理，並承保未包含在藥物清單的藥物，您將需要支付適用於 [*insert as appropriate:*我們所有藥物 *OR [insert exceptions tier]* 藥物 *OR[insert exceptions tier] 原廠藥或 [insert exceptions tier] 副廠藥*] *的分攤費用。*您無法就該藥物您應支付的定額手續費或共同保險申請例外處理。

1. **為承保藥物移除承保範圍的限制**。某些我們*承保藥物清單（處方藥一覽表）*上的藥物具有額外的規則或限制（如需更多資訊，請查閱第 5 章，並查找第 4 節）。

| **法律術語** |
| --- |
| 要求免除針對某些藥物承保的限制有時稱為要求**「處方藥一覽表例外處理」**。 |

* 某些藥物承保範圍的額外規則與限制包括：
  + *[Omit if plan does not use generic substitution]* 要求使用副廠藥，而非原  
    廠藥。
  + *[Omit if plan does not use prior authorization]* 在我們同意為您承保該藥物前，事先取得計劃的批准。（此步驟有時稱為「事先授權」。）
  + *[Omit if plan does not use step therapy]* 在同意承保您請求的藥物前，我們會要求您先嘗試一種不同的藥物。（此步驟有時稱為「階段療法」。）
  + *[Omit if plan does not use quantity limits]* 數量限制。對於某些藥物，您可以取得的數量將受到限制。
* *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this bullet]* 如果我們同意作出例外處理並為您豁免限制，您可以就該藥物您應支付的定額手續費或共同保險申請例外處理。

**3.** *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this section]* **將藥物的承保範圍更改至較低的分攤費用等級。**我們藥物清單上的每種藥物皆屬於 *[insert number of tiers]* 種分攤費用等級中的一種。通常，分攤費用的等級編號越低，您需要支付的藥物分攤費用就越少。

| **法律術語** |
| --- |
| 要求對承保的非首選藥物支付較低的金額有時稱為要求**「等級例外處理」**。 |

* [*If the Plan designated one of its tiers as a “high-cost/unique drug tier” and is exempting that tier from the exceptions process, include the following language:* 對於任何屬於 *[insert tier number and name of tier designated as the high-cost/unique drug tier]* 的藥物，您無法要求我們更改分攤費用等級。]

#### 第 6.3 節 請求例外處理須知

您的醫生必須告訴我們醫療理由

您的醫生或其他處方醫師必須向我們提供一份聲明，其中說明申請例外處理的醫療理由。對於快速決定，當您要求例外處理時，請附上此則來自您醫生或其他處方醫師的醫療  
資訊。

通常，我們的藥物清單對於特定病症的治療皆包含了一種以上的藥物。這些不同的藥物稱為「替代」藥物。如果某種替代藥物和您所要求的藥物具有相同的效果，並且不會造成更多的副作用或其他健康上的問題，我們通常將*不會*批准您的例外處理要求。*[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this statement]* 如果您向我們要求等級例外處理，我們一般*不會*批准您的例外請求，除非較低分攤費用等級的所有替代藥物均無法對您產生相同的效果。

我們可批准或拒絕您的請求

* 如果我們批准了您的例外處理要求，我們的批准通常至計劃年度結束前皆為有效。只要您的醫生繼續為您開立該藥物，並且該藥物對於治療您的病症仍然安全與有效，上述有效期限即成立。
* 如果我們拒絕您的例外處理要求，您可透過提出上訴要求審核我們的決定。下文第 6.5 節將介紹如果我們拒絕您的例外處理要求您如何提出上訴。

下一節將介紹如何要求承保範圍裁決（包括例外處理）。

#### 第 6.4 節 步驟說明：如何要求承保範圍裁決（包含例外處理）

第 1 步：您要求我們對於您需要的藥物或付款作出承保範圍裁決。如果您的健康狀況需要快速回覆，您必須要求我們作出「快速承保範圍裁決」。如果您要求我們償付您已購買的藥物，您無法要求快速承保範圍裁決。

如何操作

* **申請您想要的承保範圍裁決的類型。**首先，致電、寄函或傳真給我們提出申請。您、您的代表或醫生（或其他處方醫師）均可提出此請求。我們的網站亦提供了承保範圍裁決程序。有關詳細資訊，請查閱第 2 章第 1 節，並查找「*[plans may edit section title as necessary] 要求就您的 D 部分處方藥作出承保範圍裁決時，如何聯絡我們*」一節。或者，如果您要求我們償付藥物，請查閱「*[plans may edit section title as necessary] 如要我們就您已獲得的醫療護理或藥物支付我們應承擔的費用，應將請求遞交至何處*」一節。
* **您或您的醫生或代表您行事的人士**可以要求承保範圍裁決。本章第 4 節介紹了如何向他人發出書面許可，讓其擔任您的代表。您還可讓律師代表您行事。
* **如果您想要求我們報銷您的藥費，**請先閱讀本手冊第 7 章：*要求我們對您收到的承保醫療服務或藥物賬單支付應承擔的費用。*第 7 章描述了您可能需要求我們給予報銷的一些情況。其中也介紹了應如何向我們寄送要求我們就您已支付的藥物，償付我們應承擔費用的書面材料。
* **如果您請求例外處理，請提供「支持聲明」。**您的醫生或其他處方醫師必須提供我們要求藥物例外處理的醫療理由。（我們稱之為「支持聲明」。）您的醫生或其他處方醫師可以傳真或郵寄該聲明給我們。或者，您的醫生或其他處方醫師可以透過電話告知我們，並隨後傳真或郵寄書面聲明（如果必需）。有關例外處理要求的詳細資訊，請參見第 6.2 節與 6.3 節。
* **我們必須接受任何的書面申請，**包括使用 CMS 承保範圍裁決申請表範本 [*insert if applicable:* 或我們計劃的表格]（前述 [*insert if applicable:* 一份 *OR* 多份表格] 可在我們的網站獲取）提交的申請。
* *[Plans that allow enrollees to submit coverage determination requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]*

如果您的健康狀況需要，可要求我們作出「快速承保範圍裁決」

| **法律術語** |
| --- |
| 「快速承保範圍裁決」稱為**「加急承保範圍裁定」**。 |

* 除非我們同意採用「快速」截止期限，否則，我們均會採用「標準」截止期限，對您作出決定。標準承保範圍裁決指我們將在收到您醫生的聲明後 72 小時內給您答覆。快速承保範圍裁決指我們將在收到您醫生的聲明後 24 小時內作出答覆。
* **要獲得快速承保範圍裁決**，**您必須滿足兩項要求︰**
  + *只有*在請求與*您尚未接受的藥物*有關的情況下，才可取得快速承保範圍裁決。（如果您要求我們償付您已購買藥物費用，則不能取得快速承保範圍裁決。）
  + *只有當*採用標準截止期限會*嚴重損害您的健康或傷害您的行動能力時*，方可取得快速承保範圍裁決。
* **如果您的醫生或其他處方醫師告知我們您的健康狀況需要「快速承保範圍裁決」，我們即同意對您作出快速承保範圍裁決**。
* 如果您自行要求快速承保範圍裁決（未獲得醫生或其他處方醫師支援），我們將判斷您的健康狀況是否需要我們對您作出快速承保範圍裁決。
  + 如果我們認為您的醫療狀況不符合快速承保範圍裁決的要求，我們將發函拒絕（我們將採用標準截止期限）。
  + 此信函將告知您，如果您的醫生或其他處方醫師要求快速承保範圍裁決，我們將自動作出快速承保範圍裁決。
  + 此信函也會告知您如何就我們未按您的請求作出快速承保範圍裁決，而作出標準承保範圍裁決的事提出投訴。其中介紹如何提出「快速」投訴（表示我們會在收到投訴的 24 小時內對您的投訴給予答覆）。（投訴程序與承保範圍裁決和上訴程序有所不同。有關提出投訴程序的詳細資訊，請參見本章第 10 節。）

第 2 步：我們將考慮您的要求，並給予答覆。

「快速」承保範圍裁決的截止期限

* 如果我們採用快速截止期限，則必須在接到您的上訴後 **24 小時內**給您答覆。
  + 通常，這代表在我們收到您要求後的 24 小時內。如果您要求例外處理，我們會在收到支持您要求的醫生聲明後 24 小時內給予答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出答覆。
  + 如果我們未能遵守此截止期限，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立外部機構進行審核。本節隨後將介紹此審核機構，並介紹上訴程序第 2 級的情況。
* **如果我們批准您的部分或全部請求**，必須在收到您的請求或醫生支持您的請求之聲明後的 24 小時內，提供我們已同意提供的保險。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及如何提出上訴。

對於您尚未取得之藥物的「標準」承保範圍裁決截止期限

* 如果我們採用標準截止期限，則必須在 **72 小時內**給您答覆。
  + 通常，這代表在我們收到您要求後的 72 小時內。如果您要求例外處理，我們會在收到支持您要求的醫生聲明後 72 小時內給予答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出答覆。
  + 如果我們未能遵守此截止期限，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立機構進行審核。本節隨後將介紹此審核機構，並介紹上訴程序第 2 級的情況。
* **如果我們批准您的部分或全部請求－** 
  + 如果我們批准您的承保請求，我們必須在收到您的請求或支持您請求的醫生聲明後的 **72 小時內**，**提供**我們已同意提供的**保險**。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及如何提出上訴。

對於您已購買藥物的「標準」承保範圍裁決截止期限

* 我們必須在收到您的請求後 **14 個日曆日內**給您答覆。
  + 如果我們未能遵守此截止期限，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立機構進行審核。本節隨後將介紹此審核機構，並介紹上訴程序第 2 級的情況。
* **如果我們批准您的部分或全部請求，**必須在收到您請求後的 14 個日曆日內向您付款。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及如何提出上訴。

第 3 步：如果我們拒絕您的承保範圍請求，由您決定是否提出上訴。

* 如果我們拒絕，您有權提出上訴。提出上訴表示要求我們重新考慮（並可能更改）我們已作的決定。

#### 第 6.5 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴（如何要求審核我們的計劃作出的承保範圍裁決）

| **法律術語** |
| --- |
| 就 D 部分藥物承保範圍裁決對計劃提出上訴稱為計劃**「重新裁決」**。 |

第 1 步：您聯絡我們並提出第 1 級上訴。如果您的健康狀況需要快速回覆，您必須要求「快速上訴」。

如何操作

* **要開始上訴，您（或者您的代表、您的醫生或其他處方醫師）必須聯絡我們。**
  + 有關適用於任何上訴相關目的的電話、傳真、郵件或網站聯絡詳細資訊，請查閱第 2 章第 1 節，並查找「*[plans may edit section title as necessary] 當您就 D 部分處方藥進行上訴時，如何聯絡我們*」一節。
* **如果您要求標準上訴，請以書面形式提出上訴。**[*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:*您也可撥打第 2 章第 1 節 *[plans may edit section title as necessary]*（*當您就 D 部分處方藥提出上訴時，如何聯絡我們的計劃*）中所示的電話號碼聯絡我們要求上訴。]
* **如果您要求快速上訴，可透過書面形式或撥打第 2 章第 1 節** *[plans may edit section title as necessary]*（當您就 D 部分處方藥進行上訴時，如何聯絡我們）中所示的電話號碼，提出上訴。
* **我們必須接受任何的書面申請**，包括使用 CMS 承保範圍裁決申請表範本（可在我們的網站獲取）提交的申請。
* *[Plans that allow enrollees to submit appeal requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]*
* **您必須在**自我們向您發出書面通知，對您的承保範圍裁決請求作出答覆之日起 **60 個日曆日內提出上訴請求**。如果您錯過此截止期限，並能提供充分理由，我們可給予您更多時間提出上訴。錯過截止期限的充分理由可能包括：您患有使您無法聯絡我們的重病或我們向您提供的有關上訴請求截止期限的資訊是錯誤或不完整的。
* **您可索取一份有關您上訴的資訊，並添加更多資訊。**
  + 您有權向我們索取一份有關您上訴的資料。[*If a fee is charged, insert:* 對於複製和寄送此材料，我們可向您收取費用。]
  + 如果您願意，您與您的醫生或其他處方醫師可向我們提供其他資訊，支援您的上訴。

如果您的健康狀況需要快速回覆，您可要求「快速上訴」

| **法律術語** |
| --- |
| 「快速上訴」也稱為**「加急重新 裁決」**。 |

* 如果您就我們計劃對您尚未接受的藥物作出的決定提出上訴，您和您的醫生或其他處方醫師將需決定您是否需要「快速上訴」。
* 獲得「快速上訴」的要求與獲得本章第 6.4 節中的「快速承保範圍裁決」的要求及程序相同。

第 2 步：我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

* 在審核您的上訴時，我們會謹慎考慮有關您的保險請求的全部資訊。我們將核實拒絕您的請求時是否遵守所有規則。我們可能會聯絡您或您的醫生或其他處方醫師以瞭解詳細資訊。

「快速上訴」的截止期限

* 如果我們採用快速截止期限，則必須**在接到您的上訴後 72 小時內**給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們會儘快給予答覆。
  + 如果我們在 72 小時內未給您答覆，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立機構進行審核。本節隨後將介紹此審核機構，並介紹上訴程序第 2 級的情況。
* **如果我們批准您的部分或全部請求**，必須在收到您上訴後的 72 小時內，提供我們已同意提供的保險。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及如何對我們的決定提出上訴。

「標準上訴」的截止期限

* 如果我們採用標準截止期限，則必須在接到您的上訴後 **7 個日曆日內**給您答覆。如果您尚未獲得藥物且您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。如果您的健康狀況需要快速回覆，您必須要求「快速上訴」。
  + 如果我們未能在 7 個日曆日內給您答覆，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。本節隨後將介紹此審核機構，並介紹上訴程序第 2 級的情況。
* **如果我們批准您的部分或全部請求－** 
  + 如果我們批准承保請求，我們必須視您的健康需要儘快**提供**我們已同意提供的**保險**，但**不晚於**在我們收到您上訴後的 **7 個日曆日**。
  + 如果我們批准償付您已購買之藥物的請求，我們需要在收到您上訴請求後的 **30 個日曆日內向您付款**。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及如何對我們的決定提出上訴。

第 3 步：如果我們拒絕您的上訴，您可決定是否繼續上訴程序，並提出*另*一個上訴。

* 如果我們拒絕您的上訴，您接下來將可選擇接受此決定，或是繼續提出另一個上訴。
* 如果您決定上訴，即表明您進入第 2 級上訴程序（請參見下文）。

#### 第 6.6 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴

如果我們拒絕您的上訴，您接下來將可選擇接受此決定，或是繼續提出另一個上訴。若您決定進行第 2 級上訴，**獨立審核機構**將審核我們在拒絕您的第一次上訴時作出的決定。該機構將決定是否應更改我們作出的裁決。

| **法律術語** |
| --- |
| 「獨立審核機構」的正式名稱為**「獨立審核實體」**。有時將其稱為**「IRE」**。 |

第 1 步：要提出第 2 級上訴，您（或者您的代表、您的醫生或其他處方醫師）必須聯絡獨立審核機構，要求審核您的個案。

* 如果我們拒絕您的第 1 級上訴，我們寄給您的書面通知將包含**如何向獨立審核機構提出第 2 級上訴的指示**。這些指示將說明可以提出此第 2 級上訴的人士、您須遵守的截止期限，以及如何聯絡審核機構。
* 當您提出上訴至獨立審核機構時，我們會將所持有的您的上訴資訊發送至此機構。該資料稱為您的「個案文件」。**您有權向我們索取一份個案文件副本**。[*If a fee is charged, insert:* 對於複製和寄送此材料，我們可向您收取費用。]
* 您有權向獨立審核機構提供其他資訊，支援您的上訴。

第 2 步：獨立審核機構對您的上訴進行審核，並給您答覆。

* **獨立審核機構是 Medicare 聘請的一個外部獨立機構**。該機構與我們無關，且並非政府機構。該機構為 Medicare 選擇的一家公司，負責審核我們就您的 D 部分福利作出的決定。
* 獨立審核機構的審核員將仔細查閱上訴的所有相關資訊。該機構將以書面形式告知您他們的決定，並說明原因。

第 2 級「快速」上訴的截止期限

* 如果您的健康狀況需要快速回覆，您必須對獨立審核機構要求「快速上訴」。
* 若審核機構同意您的「快速上訴」，則審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **72 小時內**給您答覆。
* **如果獨立審核機構批准您的部分或全部請求，**我們必須在收到審核機構的決定後 **24 小時內**提供由該審核機構批准的藥物承保。

第 2 級「標準上訴」的截止期限

* 如果您提出第 2 級標準上訴，審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **7 個日曆日內**給您答覆。
* **如果獨立審核機構同意您部分或全部的請求 －** 
  + 如果獨立審核機構批准了您的承保請求，我們必須在收到審核機構的決定後 **72 小時內提供**由該審核機構批准的**藥物承保**。
  + 如果獨立審核機構批准償付您已購買之藥物的請求，我們需要在收到審核機構決定後的 **30 個日曆日內向您付款**。

如果審核機構拒絕您的上訴會如何？

如果該機構拒絕您的上訴，即表示他們與我們意見一致，不批准您的請求。（這稱為「支持裁決」，也稱為「駁回上訴」。）

如果獨立審核機構「支持裁決」，您有權提出第 3 級上訴。然而，要再次提出第 3 級上訴，您請求的藥物保險的價值必須達到某個最低金額。如果您請求的藥物保險的價值過低，您不能再次提出上訴，且第 2 級的決定即為最終決定。您從獨立審核機構獲得的通知將告知您，請求的保險價值是否滿足繼續上訴程序的要求。

第 3 步：如果您請求的保險價值符合要求，請選擇是否希望進一步上訴。

* 上訴程序中，第 2 級後仍有三個級別（共五個上訴級別）。
* 如果第 2 級上訴遭到駁回，且您符合繼續上訴的要求，則必須決定是否希望繼續第 3 級，提出第三次上訴。如果您決定提出第三次上訴，有關如何處理的詳細資訊，請查閱第二次上訴後收到的書面通知。
* 第 3 級上訴由行政法官處理。本章第 9 節將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

### 第 7 節 如果您認為醫生過快讓您出院，如何要求我們延長住院承保

*[MA-only plans: Renumber sections 7 through 10 and update cross references as needed.]*

您入院時，有權獲得診斷及治療傷病需要的所有承保醫院服務。有關我們對您醫院護理的保險的詳細資訊，包括此保險的任何限制，請參見本手冊第 4 章：*醫療福利表（承保範圍與支付費用）*

您的承保住院期間，您的醫生及醫務人員將與您一同商討您的出院日期。他們也會幫助安排您出院後需要的護理。

* 離開醫院的日期稱為**「出院日期」**。
* 您的出院日期確定後，您的醫生或醫務人員會告知您。
* 如果您認為他們過快讓您出院，可要求延長住院時間，您的請求將獲考慮。本節將介紹如何提出要求。

#### 第 7.1 節 您住院期間，將收到 Medicare 發出的書面通知，告知您的權利

您在承保住院期間，將收到一份書面通知，名為*關於您所享權利的 Medicare 重要資訊 (An Important Message from Medicare about Your Rights)*。參與 Medicare 的任何人均會在入院時收到一份該通知。醫院的相關人員（如個案工作者或護士）必須在您入院後的兩天時間內給予您通知。如果您未獲得通知，請向醫院員工索取。如果您需要幫助，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。您也可以隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。

**1.** **請仔細閱讀此通知，如不理解，請詢問。**通知將介紹您作為住院患者所享有的權利，包括：

* 您有權在住院期間及出院後，按醫生指示接受 Medicare 承保服務。這包括瞭解服務內容、付款方及獲取服務的地點。
* 您有權參與任何有關您住院的決定，並瞭解費用由誰承擔。
* 向何處報告您對醫院護理品質存有的任何疑慮。
* 如果您認為醫院過快讓您出院，您有權就您的出院決定提出上訴。

| **法律術語** |
| --- |
| Medicare 發出的書面通知告知您如何**「請求立即審核」**。請求立即審核是要求推遲出院日期，以便獲得較長醫院護理承保的正式、合法途徑。（下文 [*Insert as applicable:* 第 6.2 節 *OR* 第 7.2 節] 將介紹如何請求立即審核。） |

**2.** **您必須簽署該書面通知，以表示您已收到通知並瞭解您的權利。**

* 您或代表您行事的人士必須簽署該通知。（本章第 4 節介紹了如何向他人發出書面許可，讓其擔任您的代表。）
* 簽署通知*僅*表示您已獲得有關您權利的資訊。通知並不會指定您的出院日期（您的醫生或醫務人員將告知您出院日期）。簽署通知***不*代表**您同意某出院  
  日期。

3. **請保留已簽署的通知**，以便在需要時隨時瞭解有關提出上訴（或報告對護理品質的疑慮）的資訊。

* 如果您在出院前兩天以上時間簽署通知，則會在計劃出院前再收到一份通知。
* 如要提前查閱該通知的副本，請隨時致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。您還可以在線上查閱副本，網址：<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>。

#### 第 7.2 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴更改出院日期

如果您希望我們延長對住院服務的承保，您需採用上訴程序提出請求。提出前，請先瞭解必要事項及截止期限。

* **遵循程序。**下文將介紹上訴程序前兩級的各項步驟。
* **遵守截止期限。**截止期限至關重要。請務必瞭解並遵守適用於必要事項的截止  
  期限。
* **需要時請尋求幫助**。如果存有疑問或需要幫助，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。您也可致電州健康保險援助計劃，該計劃是一個提供個性化援助的政府機構（請參見本章第 2 節）。

**第 1 級上訴期間，品質改進機構審核您的上訴。**該機構將核實從醫療角度而言，您的計劃出院日期是否適當。

第 1 步：聯絡您所在州的品質改進機構，要求「快速審核」您的出院日期。您必須儘快行動。

什麼是品質改進機構？

* 該機構是由聯邦政府資助的醫生及其他醫療保健專業人員組成的團體。這些專家並不屬於我們的計劃。該機構由 Medicare 出資，檢查 Medicare 受保人獲得的護理的品質並幫助改進。這包括審核 Medicare 受保人的出院日期。

如何聯絡該機構？

* 您收到的書面通知里（*關於您所享權利的 Medicare 重要資訊*）有該機構的聯絡方式。（您也可在本手冊第 2 章第 4 節中查閱您所在州的品質改進機構的名稱、地址和電話號碼。）

儘快行動：

* 如要提出上訴，必須在出院*前*聯絡品質改進機構，**不得遲於計劃出院日期**。（您的「計劃出院日期」指預定讓您離開醫院的日期。）
  + 如果您遵守此截止期限，可在等待品質改進機構對您的上訴作出決定時，在*超過*出院日期的情況下繼續住院，*而無需付費*。
  + 如果您*未能*遵守此截止期限，並決定在計劃出院日期後繼續住院，*您可能須支付計劃出院日期後的所有醫院護理費用*。
* 如果您錯過就上訴聯絡品質改進機構的截止期限，則可直接向我們的計劃提出上訴。有關其他上訴方式的詳細資訊，請參見 [*insert as applicable:* 第 6.4 節 *OR* 第 7.4 節]。

要求「快速審核」：

* 您必須要求品質改進機構「**快速審核**」您的出院時間。要求「快速審核」指您要求該機構就上訴採用「快速」截止期限，而非標準截止期限。

| **法律術語** |
| --- |
| **「快速審核」**也稱為**「立即審核」**或**「加急審核」**。 |

第 2 步：品質改進機構將對您的個案進行獨立審核。

審核有哪些流程？

* 品質改進機構的保健專業人員（我們將其簡稱為「審核員」）會詢問您（或您的代表）認為應延長服務保險的理由。您無須準備任何書面材料，但如願意，也可準備。
* 審核員也會查看您的醫療資訊，與您的醫生交談並審核醫院及我們向其提供的資訊。
* 審核員向我們通知您的上訴後的第二天中午，您也會收到書面通知，其中指定計劃出院日期，並詳細說明您的醫生、醫院及我們認為您適合於該日期出院（醫療上適當）的原因。

| **法律術語** |
| --- |
| 該書面說明稱為**「詳細出院通知」**。您可隨時致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）或撥打  1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 查看本通知的樣本。（聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。）或者您可以在線上查閱通知範本，網址：<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html> |

第 3 步：品質改進機構會在獲得所有必需資訊後的一天時間內，對您的上訴給予答覆。

如果批准會如何？

* 如果審核機構*批准*您的上訴，**我們必須繼續提供您的承保住院服務，時間視醫療必需性而定。**
* 您必須繼續支付應承擔的費用（如自付扣除金或定額手續費，如適用）。此外，您的承保醫院服務可能受到限制。（請參見本手冊第 4 章）。

如果拒絕會如何？

* 如果審核機構*拒絕*您的上訴，即表示從醫療角度看，您的計劃出院日期屬適當。如果情況如此，**我們對您住院服務的承保**將在品質改進機構對您的上訴給予答覆*後*次日中午結束。
* 如果審核機構*拒絕*您的上訴且您決定住院，則對於品質改進機構給予答覆後次日中午以後的醫院護理，**您可能須支付全部**費用。

第 4 步：如果您的第 1 級上訴遭到拒絕，請決定是否希望再次提出上訴。

* 如果品質改進機構駁回您的上訴，*而*您在計劃出院日期後繼續住院，可再次提出上訴。再次提出上訴指進入上訴程序的「第 2 級」。

#### 第 7.3 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴更改出院日期

如果品質改進機構駁回您的上訴，*而*您在計劃出院日期後繼續住院，屆時您可提出第 2 級上訴。第 2 級上訴期間，您要求品質改進機構再次審核他們對您的第一次上訴作出的決定。如果品質改進機構駁回您的第 2 級上訴，您可能須支付您在計劃出院日期後繼續住院的全部費用。

以下為上訴程序第 2 級的步驟：

第 1 步：您再次聯絡品質改進機構，要求再次審核。

* 您必須在品質改進機構*拒絕*您的第 1 級上訴後 **60 個日曆日內**要求進行此審核。只有在您於護理保險終止之日後繼續住院的情況下，方可要求進行此  
  審核。

第 2 步：品質改進機構會第二次審核您的情況。

* 品質改進機構的審核員將再次仔細查閱您上訴的所有相關資訊。

第 3 步：品質改進機構審核員將在收到您第二次審核請求的 14 個日曆日內就您的上訴作出決定，並通知您。

如果審核機構批准：

* 對於您自第一次上訴遭品質改進機構駁回後次日中午起獲得的醫院護理，我們必須**報銷**應承擔的費用。**我們必須繼續提供住院護理保險，時間視醫療必需性而定。**
* 您必須繼續支付應承擔的費用，且會受到承保限制。

如果審核機構拒絕：

* 即表明同意他們對您的第 1 級上訴作出的決定，且不會更改。這稱為「支持  
  裁決」。
* 您收到的通知將以書面形式說明，如果您希望繼續審核程序該如何。其中將向您詳細介紹如何繼續下一級上訴，此上訴由法官處理。

第 4 步：如遭到拒絕，您需要決定是否繼續第 3 級上訴。

* 上訴程序中，第 2 級後仍有三個級別（共五個上訴級別）。如果審核機構駁回您的第 2 級上訴，您可選擇接受決定或繼續第 3 級，再次上訴。在第 3 級，您的上訴將由法官審核。
* 本章 [*Insert as applicable:* 第 8 節 *OR* 第 9 節] 將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

#### 第 7.4 節 錯過提出第 1 級上訴的截止時間該如何處理？

您可向我們提出上訴

按照上文 [*insert as applicable:* 第 6.2 節 *OR* 第 7.2 節] 所述，您必須儘快行動，聯絡品質改進機構，開始對出院問題提出第一次上訴。（「儘快」指在出院前，且不遲於您的計劃出院日期。）若您錯過聯絡該機構的截止期限，可採用另一種方式提出上訴。

如果採用其他上訴方式，*前兩級上訴會有所不同。*

步驟說明：如何提出第 1 級*替代*上訴

如果您錯過聯絡品質改進機構的截止期限，可向我們提出上訴，要求「快速審核」。快速審核指採用快速截止期限，而非標準截止期限的上訴。

| **法律術語** |
| --- |
| 「快速審核」（或「快速上訴」）也稱為**「加急上訴」**。 |

第 1 步：聯絡我們要求「快速審核」。

* 有關我們的詳細聯絡資訊，請查閱第 2 章第 1.2 節，並查找「*當您就您的醫療護理進行上訴時，如何聯絡我們*」一節。
* **務必要求「快速審核」**。這表示您要求我們採用「快速」截止期限而非「標準」截止期限給予答覆。

第 2 步：我們將「快速審核」您的計劃出院日期，核實從醫療角度看是否適當。

* 在此審核期間，我們將查看所有住院相關資訊。我們將核實從醫療角度看，  
  您的計劃出院日期是否適當。我們將核實關於您何時出院的決定是否公平，  
  及是否遵循所有規則。
* 在此情況下，我們將使用「快速」截止期限而非標準截止期限給予您審核  
  答覆。

第 3 步：我們將在您要求「快速審核」（「快速上訴」）後 72 小時內作出決定。

* **如果我們批准您的快速上訴**，即表示我們同意您在出院日期後仍需住院，並將繼續提供承保住院服務，時間視醫療必需性而定。這也表示，我們同意對您自我們提出承保終止之日起所接受的護理，報銷我們應承擔的費用。（您必須支付您應承擔的費用，且會受到承保限制。）
* **如果我們拒絕您的快速上訴**，即表示從醫療角度看，您的計劃出院日期屬適當。自我們提出終止承保之日起，您的住院服務保險即告終止。
  + 如果您在計劃出院日期*後*繼續住院，**則可能須支付您在計劃出院日期後獲得的醫院護理的全部費用**。

第 4 步：如果我們*拒絕*您的快速上訴，您的個案將*自動*發送至下一級上訴程序。

* 為確保我們在拒絕您的快速上訴時遵守所有規則，**我們需將您的上訴發送至「獨立審核機構」**。這樣，即表示您的上訴即將*自動*進入下一級上訴程序，即第 2 級。

步驟說明：第 2 級替代上訴流程

如果我們拒絕您的第 1 級上訴，您的個案將*自動*發送至下一級上訴程序。第 2 級上訴期間，獨立審核機構將審核我們在拒絕您的「快速上訴」時作出的決定。該機構將決定是否應更改我們作出的裁決。

| **法律術語** |
| --- |
| 「獨立審核機構」的正式名稱為**「獨立審核實體」**。有時將其稱為**「IRE」**。 |

第 1 步：我們會自動將您的個案轉交獨立審核機構。

* 我們需在告知您我們拒絕您的第一次上訴後 24 小時內，將您的第 2 級上訴資料發送至獨立審核機構。（如果您認為我們未遵守該截止期限或其他截止期限，可提出投訴。投訴程序與上訴程序有所不同。本章 [*Insert as applicable:* 第 9 節 *OR* 第 10 節] 介紹了如何提出投訴。）

第 2 步：獨立審核機構會「快速審核」您的上訴。審核員會在 72 小時內給您答覆。

* **獨立審核機構是 Medicare 聘請的一個外部獨立機構**。該機構與我們的計劃無關，且並非政府機構。該機構為 Medicare 選擇的一家公司，處理獨立審核機構的工作。Medicare 監督其工作。
* 獨立審核機構的審核員將仔細查閱您就出院問題所提出上訴的所有相關資訊。
* **如果該機構*批准*您的上訴**，我們必須報銷（償付）對您自計劃出院日期起獲得的醫院護理應承擔的費用。我們也須繼續執行計劃對您的住院服務的承保，時間視醫療必需性而定。您必須繼續支付您應承擔的費用。如果存在承保限制，或會限制我們報銷的金額或延續承保服務的時間。
* **如果該機構*拒絕*您的上訴**，即表示他們與我們意見一致，認為您的計劃出院日期從醫療角度看屬適當。
  + 您從獨立審核機構收到的通知將以書面形式說明，如果您希望繼續審核程序該如何。其中將向您詳細介紹如何繼續第 3 級上訴，此上訴由法官處理。

第 3 步：如果獨立審核機構駁回您的上訴，您可選擇是否希望進一步上訴。

* 上訴程序中，第 2 級後仍有三個級別（共五個上訴級別）。如果審核員拒絕您的第 2 級上訴，請決定接受其決定抑或繼續第 3 級，提出第三次上訴。
* 本章 [*Insert as applicable:* 第 8 節 *OR* 第 9 節] 將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

### 第 8 節 如果您認為您的保險終止過快，如何要求我們繼續承保某些醫療服務

#### 第 8.1 節 本節僅涉及三項服務：居家護理、專業護理機構護理和綜合門診復健機構 (CORF) 服務

本節*僅*涉及以下類型的護理：

* 您在接受的居家護理服務。
* 您作為專業療養院內的患者而在接受的專業護理機構護理。（如要瞭解「專業護理機構」的界定，請參見 [*insert as applicable:* 第 10 章 *OR* 第 12 章]，重要辭彙的  
  定義。）
* 作為 Medicare 認可的綜合門診復健機構 (CORF) 的門診患者而在接受的復健護理。這通常表示您在接受疾病或事故治療，或在大手術後的康復中。（有關此類機構的詳細資訊，請參見 [*insert as applicable:* 第 10 章 *OR* 第 12 章]，重要辭彙的  
  定義。）

如果您正在接受上述任何類型的護理，只要診斷和治療傷病需要此護理，您就有權持續享有此類護理的承保服務。有關您的承保服務的詳細資訊，包括您應承擔的費用及任何適用的承保限制，請參見本手冊第 4 章：*醫療福利表（承保範圍與支付費用）*

如果我們決定是時候該終止對您承保任何一種護理（共三種），我們需提前通知您。您的護理保險終止時，*我們將終止為您的護理分攤費用*。

如果您認為我們過快終止您的護理保險，您可就我們的決定提出上訴。本節將介紹如何要求上訴。

#### 第 8.2 節 您的保險即將終止時，我們將提前通知您

**1.** **您將收到一份書面通知。**您將至少在我們計劃即將終止為您承保護理的兩天前收到通知。

* 書面通知將列明我們終止為您承保護理的日期。
* 書面通知也會說明如果您希望我們的計劃改變有關何時終止您護理的決定，並延長承保時間，該如何處理。

| **法律術語** |
| --- |
| 告知您處理方法時，書面通知會說明如何請求**「快速上訴」**。請求快速上訴是要求我們改變對何時終止護理作出的承保範圍裁決的正式、合法途徑。（下文 [*Insert as applicable:* 第 7.3 節 *OR* 第 8.3 節] 將介紹如何請求快速上訴。） |
| 書面通知稱為**「Medicare 不承保通知」。**您可隨時致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 獲得通知範本。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。或者在線上查閱副本，網址：<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html> |

**2.** **您必須簽署書面通知，表示您已接收。**

* 您或代表您行事的人士必須簽署該通知。（第 4 節介紹了如何向他人發出書面許可，讓其擔任您的代表。）
* 簽署通知*僅*表示您已獲得有關您的保險何時終止的資訊。**並不表示您同意**計劃有關護理終止時間的決定。

#### 第 8.3 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴，要求我們的計劃延長護理承保

如果您希望我們延長護理承保，您需採用上訴程序提出請求。提出前，請先瞭解必要事項及截止期限。

* **遵循程序。**下文將介紹上訴程序前兩級的各項步驟。
* **遵守截止期限。**截止期限至關重要。請務必瞭解並遵守適用於必要事項的截止期限。還有我們計劃必須遵守的截止期限。（如果您認為我們未遵守截止期限，您可提出投訴。本章 [*Insert as applicable:* 第 9 節 *OR* 第 10 節] 介紹了如何提出  
  投訴。）
* **需要時請尋求幫助**。如果存有疑問或需要幫助，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。您也可致電州健康保險援助計劃，該計劃是一個提供個性化援助的政府機構（請參見本章第 2 節）。

**第 1 級上訴期間，品質改進機構將審核您的上訴，並判斷是否要更改我們的計劃作出的決定。**

第 1 步：提出第 1 級上訴：聯絡您所在州的品質改進機構，要求審核。您必須儘快行動。

什麼是品質改進機構？

* 該機構是一個由聯邦政府資助的醫生及其他醫療護理專家組成的團體。這些專家並不屬於我們的計劃。他們會檢查 Medicare 受保人所獲護理的品質，並審核計劃對何時終止承保某種醫療護理作出的決定。

如何聯絡該機構？

* 您收到的書面通知裡有該機構的聯絡方式。（您也可在本手冊第 2 章第 4 節中查閱您所在州的品質改進機構的名稱、地址和電話號碼。）

您應提出何種要求？

* 要求該機構「快速上訴」（獨立審核），我們終止為您承保醫療服務從醫療角度看是否適當。

聯絡該機構的截止期限。

* 您必須*不遲於收到說明護理承保終止時間的書面通知後次日中午*，聯絡品質改進機構開始上訴。
* 如果您錯過就上訴聯絡品質改進機構的截止期限，則可直接向我們提出上訴。有關其他上訴方式的詳細資訊，請參見 [*insert* 第 7.5 節 *OR* 第 8.5 節]。

第 2 步：品質改進機構將對您的個案進行獨立審核。

審核有哪些流程？

* 品質改進機構的保健專業人員（我們將其簡稱為「審核員」）會詢問您（或您的代表）認為應延長服務保險的理由。您無須準備任何書面材料，但如願意，也可準備。
* 審核機構也會查看您的醫療資訊，與您的醫生交談並審核我們的計劃向其提供的資訊。
* 審核員通知我們有關您的上訴結果的當日結束時，您也會收到我們發出的書面通知，詳細說明終止您的服務承保的原因。

| **法律術語** |
| --- |
| 該通知說明稱為**「不承保之詳細 說明」**。 |

第 3 步：審核員會在獲得所有必需資訊後的一天時間內，告知您他們的決定。

如果審核員批准您的上訴會如何？

* 如果審核員*批准*您的上訴，**我們必須繼續提供您的承保服務，時間視醫療必需性而定**。
* 您必須繼續支付應承擔的費用（如自付扣除金或定額手續費，如適用）。此外，您的承保服務可能受到限制（請參見本手冊第 4 章）。

如果審核員拒絕您的上訴會如何？

* 如果審核員*拒絕*您的上訴，**您的保險將於我們之前通知的日期終止**。我們將於通知所列之日終止支付就此護理應承擔的費用。
* 如果您決定在保險終止之日*後*繼續接受居家護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務，**則須自行承擔全部護理費用**。

第 4 步：如果您的第 1 級上訴遭到拒絕，請決定是否希望再次提出上訴。

* 您提出的第一次上訴是上訴程序的「第 1 級」。如果審核員*拒絕*您的第 1 級上訴，且您選擇在護理保險終止後繼續接受護理，則可再次提出上訴。
* 再次提出上訴指進入上訴程序的「第 2 級」。

#### 第 8.4 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴，要求我們的計劃延長護理承保

如果品質改進機構駁回您的上訴，且您選擇在護理保險終止後繼續接受護理，可提出第 2 級上訴。第 2 級上訴期間，您要求品質改進機構再次審核他們對您的第一次上訴作出的決定。如果品質改進機構駁回您的第 2 級上訴，您可能須支付我們提出承保終止之日*後*的居家護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務的全部費用。

以下為上訴程序第 2 級的步驟：

第 1 步：您再次聯絡品質改進機構，要求再次審核。

* 您必須在品質改進機構*拒絕*您的第 1 級上訴後 **60 天內**要求進行此審核。只有在您於護理保險終止之日後繼續接受護理的情況下，方可要求進行此審核。

第 2 步：品質改進機構會第二次審核您的情況。

* 品質改進機構的審核員將再次仔細查閱您上訴的所有相關資訊。

第 3 步：審核員將在收到您上訴請求的 14 天內就您的上訴作出決定，並通知您。

如果審核機構批准您的上訴會如何？

* 我們必須對您自我們提出承保終止之日起所接受的護理，**報銷我們應承擔的費用**。**我們必須繼續提供護理保險***，*時間視醫療必需性而定。
* 您必須繼續支付您應承擔的費用，且會受到承保限制。

如果審核機構拒絕會如何？

* 即表明同意我們對您的第 1 級上訴作出的決定，且不會更改。
* 您收到的通知將以書面形式說明，如果您希望繼續審核程序該如何。其中將向您詳細介紹如何繼續下一級上訴，此上訴由法官處理。

第 4 步：如遭到拒絕，您需要決定是否希望再次提出上訴。

* 第 2 級後仍有三個級別，共五個上訴級別。如果審核員駁回您的第 2 級上訴，您可選擇接受決定或繼續第 3 級，再次上訴。在第 3 級，您的上訴將由法官  
  審核。
* 本章 [*Insert as applicable:* 第 8 節 *OR* 第 9 節] 將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

#### 第 8.5 節 錯過提出第 1 級上訴的截止時間該如何處理？

您可向我們提出上訴

按照上文 [*insert as applicable:* 第 7.3 節 *OR* 第 8.3 節] 所述，您必須儘快行動，聯絡品質改進機構，開始第一次上訴（最多一到兩天內）。若您錯過聯絡該機構的截止期限，可採用另一種方式提出上訴。如果採用其他上訴方式，*前兩級上訴會有所不同。*

步驟說明：如何提出第 1 級*替代*上訴

如果您錯過聯絡品質改進機構的截止期限，可向我們提出上訴，要求「快速審核」。快速審核指採用快速截止期限，而非標準截止期限的上訴。

以下為第 1 級替代上訴的步驟：

| **法律術語** |
| --- |
| 「快速審核」（或「快速上訴」）也稱為**「加急上訴」**。 |

第 1 步：聯絡我們要求「快速審核」。

* 有關我們的詳細聯絡資訊，請查閱第 2 章第 1.2 節，並查找「*當您就您的醫療護理進行上訴時，如何聯絡我們*」一節。
* **務必要求「快速審核」**。這表示您要求我們採用「快速」截止期限而非「標準」截止期限給予答覆。

第 2 步：我們將「快速審核」我們對何時終止您的服務承保作出的決定。

* 此審核期間，我們將再次查看有關您的個案的所有資訊。我們將核查在設定計劃終止承保您正在接受的服務的日期時是否遵守了所有規則。
* 我們將使用「快速」截止期限而非標準截止期限給予您審核答覆。

第 3 步：我們將在您要求「快速審核」（「快速上訴」）後 72 小時內作出決定。

* **如果我們批准您的快速上訴**，表示我們同意您需要更長時間的服務，並會繼續提供承保服務，時間視醫療必需性而定。這也表示，我們同意對您自我們提出承保終止之日起所接受的護理，報銷我們應承擔的費用。（您必須支付您應承擔的費用，且會受到承保限制。）
* **如果我們拒絕您的快速上訴**，您的保險將於我們之前通知的日期終止，該日期後我們不會支付任何的分攤費用。
* 如果您在我們告知保險終止之日*後*繼續接受居家護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務，**則須自行承擔全部護理費用**。

第 4 步：如果我們*拒絕*您的快速上訴，您的個案將*自動*進入下一級上訴程序。

* 為確保我們在拒絕您的快速上訴時遵守所有規則，**我們需將您的上訴發送至「獨立審核機構」**。這樣，即表示您的上訴即將*自動*進入下一級上訴程序，即第 2 級。

步驟說明：第 2 級*替代*上訴流程

如果我們拒絕您的第 1 級上訴，您的個案將*自動*發送至下一級上訴程序。第 2 級上訴期間，**獨立審核機構**將審核我們在拒絕您的「快速上訴」時作出的決定。該機構將決定是否應更改我們作出的裁決。

| **法律術語** |
| --- |
| 「獨立審核機構」的正式名稱為**「獨立審核實體」**。有時將其稱為**「IRE」**。 |

第 1 步：我們會自動將您的個案轉交獨立審核機構。

* 我們需在告知您我們拒絕您的第一次上訴後 24 小時內，將您的第 2 級上訴資料發送至獨立審核機構。（如果您認為我們未遵守該截止期限或其他截止期限，可提出投訴。投訴程序與上訴程序有所不同。本章 [*Insert as applicable:* 第 9 節 *OR* 第 10 節] 介紹了如何提出投訴。）

第 2 步：獨立審核機構會「快速審核」您的上訴。審核員會在 72 小時內給您答覆。

* **獨立審核機構是 Medicare 聘請的一個外部獨立機構**。該機構與我們的計劃無關，且並非政府機構。該機構為 Medicare 選擇的一家公司，處理獨立審核機構的工作。Medicare 監督其工作。
* 獨立審核機構的審核員將仔細查閱上訴的所有相關資訊。
* **如果該機構*批准*您的上訴**，我們必須對您自我們提出承保終止之日起所接受的護理，報銷（償付）我們應承擔的費用。我們也必須繼續承保護理，時間視醫療必需性而定。您必須繼續支付您應承擔的費用。如果存在承保限制，或會限制我們報銷的金額或延續承保服務的時間。
* **如果該機構*拒絕*您的上訴**，即表示同意我們的計劃對您第一次上訴所作出的決定，且不會更改。
  + 您從獨立審核機構收到的通知將以書面形式說明，如果您希望繼續審核程序該如何。其中將向您詳細介紹如何繼續第 3 級上訴。

第 3 步：如果獨立審核機構駁回您的上訴，您可選擇是否希望進一步上訴。

* 第 2 級後仍有三個級別，共五個上訴級別。如果審核員拒絕您的第 2 級上訴，您可選擇接受決定或繼續第 3 級，再次上訴。在第 3 級，您的上訴將由法官  
  審核。
* 本章 [*Insert as applicable:* 第 8 節 *OR* 第 9 節] 將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

### 第 9 節 將您的上訴升級至第 3 級及以上

#### 第 9.1 節 醫療服務上訴的第 3、4 及 5 級上訴

本節適用於已提出第 1 級上訴及第 2 級上訴，但均遭到駁回的情況。

如果您上訴的事項或醫療服務價值達至某最低水準，則可繼續提出其他級別的上訴。如果價值低於最低金額，則不能進一步上訴。如果價值足夠高，您收到的第 2 級上訴回覆函件將提供聯絡人及如何要求第 3 級上訴方面的資訊。

大多數上訴情況下，後三級上訴的程序大致相同。以下為負責審核各級上訴的人士。

**第 3 級上訴** **為聯邦政府效力的法官**將審核您的上訴並給予答覆。該法官稱為「行政法官」。

* **如果行政法官同意您的上訴，上訴程序*可能*或*可能不會*結束** － 我們將決定是否將此決定上訴至第 4 級。與第 2 級裁決（獨立審核機構）不同，我們有權對您勝訴的第 3 級裁決提出上訴。
  + 如果我們決定*不*對裁決提出上訴，則必須在接到法官的裁決後 60 個日曆日內為您批准或提供服務。
  + 如果我們決定對裁決提出上訴，將向您發出第 4 級上訴請求及任何隨附文件的副本。我們可等待接到第 4 級上訴裁決後，再批准或提供存在爭議的  
    服務。
* **如果行政法官拒絕您的上訴，上訴程序*可能會*也*可能不會*結束。**
  + 如果您決定接受駁回您上訴的決定，上訴程序則告結束。
  + 如果您不願接受決定，則可繼續下一級審核程序。如果行政法官拒絕您的上訴，您接到的通知將說明如決定繼續上訴則應如何處理。

**第 4 級上訴** **上訴委員會**將審核您的上訴並給予答覆。上訴委員會效力於聯邦政府。

* **如果獲得批准，或上訴委員會拒絕我們要求審核您勝訴的第 3 級上訴裁決的請求，上訴程序*可能*或*可能不會*結束** － 我們將決定是否將該裁決上訴至第 5 級。與第 2 級裁決（獨立審核機構）不同，我們有權對您勝訴的第 4 級裁決提出上訴。
  + 如果我們決定*不對*裁決提出上訴，則必須在接到上訴委員會的裁決後 60 個日曆日內為您批准或提供服務。
  + 如果我們決定對裁決提出上訴，我們將以書面形式通知您。
* **如果遭到拒絕或上訴委員會拒絕審核請求，上訴程序*可能會*也*可能不會*結束**。
  + 如果您決定接受駁回您上訴的決定，上訴程序則告結束。
  + 如果您不願接受決定，或可繼續下一級審核程序。如果上訴委員會拒絕您的上訴，您收到的通知將說明相關規則是否允許您繼續上訴至第 5 級。如果規則允許您繼續上訴，書面通知也會提供聯絡人及如選擇繼續上訴該如何處理的資訊。

**第 5 級上訴** 一位**聯邦地方法院**的法官將審核您的上訴。

* 這是行政上訴程序的最後一步。

#### 第 9.2 節 D 部分藥物的第 3、4 及 5 級上訴

*[MA-only plans: delete this section.]*

本節適用於已提出第 1 級上訴及第 2 級上訴，但均遭到駁回的情況。

如果您上訴的藥物價值達至一定的金額，則可繼續提出其他級別的上訴。如果金額低於此金額，則不能進一步上訴。您收到的第 2 級上訴回覆函件將提供聯絡人及如何要求第 3 級上訴方面的資訊。

大多數上訴情況下，後三級上訴的程序大致相同。以下為負責審核各級上訴的人士。

**第 3 級上訴** **為聯邦政府效力的法官**將審核您的上訴並給予答覆。該法官稱為「行政法官」。

* **如果批准，則上訴程序結束**。您在上訴中所要求的事項已被批准。我們必須在收到該決定後的 **72 小時內（快速上訴為 24 小時）批准或提供行政法官所批准的藥物承保，或不晚於 30 個日曆日**進行付款。
* **如果遭到拒絕，上訴程序*可能會*也*可能不會*結束**。
  + 如果您決定接受駁回您上訴的決定，上訴程序則告結束。
  + 如果您不願接受決定，則可繼續下一級審核程序。如果行政法官拒絕您的上訴，您接到的通知將說明如決定繼續上訴則應如何處理。

**第 4 級上訴** **上訴委員會**將審核您的上訴並給予答覆。上訴委員會效力於聯邦政府。

* **如果批准，則上訴程序結束**。您在上訴中所要求的事項已被批准。我們必須在收到該決定後的 **72 小時內（快速上訴為 24 小時）批准或提供上訴委員會所批准的藥物承保，或不晚於 30 個日曆日進行付款**。
* **如果遭到拒絕，上訴程序*可能會*也*可能不會*結束**。
  + 如果您決定接受駁回您上訴的決定，上訴程序則告結束。
  + 如果您不願接受決定，或可繼續下一級審核程序。如果上訴委員會拒絕您的上訴或拒絕您的上訴審查請求，您收到的通知將說明相關規則是否允許您繼續上訴至第 5 級。如果規則允許您繼續上訴，書面通知也會提供聯絡人及如選擇繼續上訴該如何處理的資訊。

**第 5 級上訴** 一位**聯邦地方法院**的法官將審核您的上訴。

* 這是上訴程序的最後一步。

提出投訴

### 第 10 節 如何就護理品質、等待時間、顧客服務或其他事宜提出投訴

"" 如果您對福利、保險或付款的相關決定存有疑問，本節並*不適用*。相反，您需採取承保範圍裁決和上訴程序。請參見本章第 4 節。

#### 第 10.1 節 投訴程序處理哪些類型的問題？

本節將介紹如何利用該程序提出投訴。投訴程序*僅*適用於若干類型的問題。這包括護理品質、等待時間及您獲得的顧客服務的相關問題。以下為投訴程序所處理的各種問題範例。

如果您有這類問題，請「提出投訴」。

| 投訴 | 範例 |
| --- | --- |
| **您的醫療護理 品質** | * 您是否對所獲醫療護理品質（包括住院護理服務）感到不滿意？ |
| **尊重您的隱私** | * 您是否認為有人未尊重您的隱私，或個人共用資訊未獲得保密？ |
| **未受到尊重、顧客服務不佳或其他不良行為？** | * 是否有人對您無禮或不尊重？ * 您是否不滿意我們會員服務部對待您的方式？ * 您是否覺得自己被迫退出計劃？ |
| **等待時間** | * 經常很難約到醫生或等很久才能約到？ * 我們的醫生、[*Part D plans insert:* 藥劑師] 或其他醫療專業人員 曾經讓您等太久？或者計劃的會員服務部或其他職員曾讓您等 太久？   + 例如在電話中、候診室、[*Part D plans insert:* 取處方] 或檢查室時曾經等候太久。 |
| **清潔度** | * 您是否對某所診所、醫院或醫生診室的清潔度或條件感到不滿？ |
| **我們為您提供的資訊** | * 您是否認為我們未按規定提供通知？ * 您是否認為我們提供的書面資訊難以理解？ |
| **及時性** （這類投訴都與我們是否及時作出承保範圍裁決及處理上訴有關） | 本章第 4-[*insert as applicable:* 8 *OR* 9] 節介紹了有關要求承保範圍裁決和提出上訴的程序。如果您要求我們作出決定或希望提出上訴，請利用這些章節的程序，而不要使用投訴程序。  但是，如果您已要求我們作出承保範圍裁決或已提出上訴，同時，您認為我們未迅速回應您的要求，您也可就我們的緩慢行動提出投訴。範例如下：   * 如果您已經要求我們為您提供「快速承保範圍裁決」或「快速上訴」，而我們對您說無法做到時，您可提出投訴。 * 如果您認為我們無法在截止期限之前對您作出承保範圍裁決，或無法回應您提出的上訴，此時您可提出投訴。 * 如果我們作出的承保範圍裁決經過審核，確定我們必須為您承擔或報銷部分醫療服務 [*Part D plans insert:* 或藥物] 費用，則這些行動都應有期限規定。如果您認為我們未遵守此類截止期限，可提出投訴。 * 如果我們未準時讓您知道我們的決定，我們需將您的個案轉交獨立審核機構。 |

#### 第 10.2 節 「提出投訴」的正式名稱為「提出申訴」

| **法律術語** |
| --- |
| * 本節所謂的**「投訴」**也稱為**「申訴」**。 * **「提出投訴」**也稱為**「提出申訴」**。 * **「採用投訴程序」**也稱為**「採用提出申訴的程序」。** |

#### 第 10.3 節 步驟說明：提出投訴

第 1 步：請立即致電或寫信聯絡我們。

* **一般情況下，請先致電會員服務部。**如需採取任何行動，會員服務部將會告知您。*[Insert phone number, TTY, and days and hours of operation.]*
* **如果不願致電（或已致電，但並不滿意），可書面列明投訴事項後寄送給我們。**如果您進行書面投訴，我們也會以書面形式回覆您的投訴。
* *[Insert description of the procedures (including time frames) and instructions about what members need to do if they want to use the process for making a complaint. Describe expedited grievance time frames for grievances about decisions to not conduct expedited organization/coverage determinations or reconsiderations/redeterminations.]*
* **不論是致電或寫信，都應立即聯絡會員服務部。**您必須在出現希望投訴的問題後 60 個日曆日內提出投訴。
* **如果您因我們拒絕您「快速承保範圍裁決」或「快速上訴」的請求而提出投訴，我們將自動將其定為「快速投訴」。**如果提出「快速」投訴，即表示我們會在 24 小時內給予答覆。

| **法律術語** |
| --- |
| 本節所謂的**「快速投訴」**也稱為**「加急申訴」**。 |

第 2 步：我們將調查您的投訴並給予答覆。

* **如有可能，我們將立即答覆您。**如果您致電提出投訴，我們可能會在接聽來電的當時立即給予答覆。如果您的健康狀況需要快速回覆，我們會盡快答覆。
* **大多數投訴在 30 個日曆日內答覆。**如果我們需要更多資訊，且出於您的最佳利益考慮或您要求延長時間，我們可延遲 14 個日曆日（共 44 個日曆日）答覆您的投訴。如果我們決定延長時間，將書面通知您。
* **如果我們不認同**您的部分或全部投訴，或不負責您所投訴的問題，則會向您說明。我們的回覆包括給予相關答覆的理由。不論是否認同投訴，均必須回覆。

#### 第 10.4 節 您也可向品質改進機構提出護理品質方面的投訴

您可透過以上各步程序，就您所獲護理的品質向我們提出投訴。

當您對*護理品質*提出投訴時，也有兩種選擇：

* **您可向品質改進機構提出投訴**。如果您願意，可直接向該機構對您所獲護理的品質提出投訴（*不*向我們投訴）。
* 品質改進機構是一個由聯邦政府資助的執業醫生及其他醫療護理專家團體，以核查和改進提供給 Medicare 患者的護理。
* 如需查找您所在州的品質改進機構的名稱、地址和電話號碼，請查閱本手冊第 2 章第 4 節。如果您向該機構提出投訴，我們將與他們一同解決您的  
  投訴。
* **您也可同時向二者提出投訴**。如果您願意，您可向我們和品質改進機構對您所獲護理的品質提出投訴。

#### 第 10.5 節 您亦可將您的投訴告知 Medicare

您可直接向 Medicare 提出有關 *[insert 2018 plan name]* 的投訴。若要向 Medicare 提交投訴，請瀏覽 <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>。Medicare 會認真對待您的投訴，並且會運用這些資訊協助改進 Medicare 計劃的品質。

如果您有任何其他反饋或顧慮，或感到計劃不能解決您的問題，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障或語障人士可致電 1-877-486-2048。

第 10 章

終止計劃會員資格

## 第 10 章. 終止計劃會員資格

[第 1 節 簡介 213](#_Toc485818463)

[第 1.1 節 本章主要介紹計劃會員資格終止的情況 213](#_Toc485818464)

[第 2 節 您何時能終止計劃會員資格？ 213](#_Toc485818465)

[第 2.1 節 您可在年度參保期期間終止您的會員資格 213](#_Toc485818466)

[第 2.2 節 在 Medicare Advantage 年度退保期期間，您可終止您的會員資格，但您的選擇會有更多限制 215](#_Toc485818467)

[第 2.3 節 在某些情況下，您可在特殊參保期期間終止您的會員資格 215](#_Toc485818468)

[第 2.4 節 如何獲得有關何時可終止會員資格的更多資訊？ 216](#_Toc485818469)

[第 3 節 如何終止計劃會員資格？ 217](#_Toc485818470)

[第 3.1 節 您通常可透過參加另一項計劃終止會員資格 217](#_Toc485818471)

[第 4 節 會員資格終止前，您必須繼續透過我們的計劃獲取醫療服務 [*insert if applicable:* 及藥物] 219](#_Toc485818472)

[第 4.1 節 會員資格終止前，您一直是我們計劃的會員 219](#_Toc485818473)

[第 5 節 在特定情況下，*[Insert 2018 plan name]* 必須終止您的計劃會員資格 219](#_Toc485818474)

[第 5.1 節 我們何時必須終止您的計劃會員資格？ 219](#_Toc485818475)

[第 5.2節 我們不能因任何與您的健康有關的原因要求您退出計劃 221](#_Toc485818476)

[第 5.3 節 如果我們終止您的計劃會員資格，您有權提出投訴 221](#_Toc485818477)

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 節 本章主要介紹計劃會員資格終止的情況

終止在 *[insert 2018 plan name]* 享有的會員資格可為**自願性**（您自己的選擇）或**非自願性**（並非您自己的選擇）：

* 您*可自願*退出我們的計劃。
* 一年之中僅在若干時期或在特定情況下，您才可自願終止計劃會員資格。第 2 節將介紹您*何時*可終止計劃會員資格。
* 自願終止會員的程序會因您選擇的新保險類型而有所不同。第 3 節將介紹在各種情況下*如何*終止會員資格。
* 您未選擇退出，但我們需終止您的會員資格的情況較少。第 5 節將介紹我們必須終止您會員資格的情況。

如要退出我們的計劃，必須繼續透過我們的計劃獲取醫療護理 [*insert if applicable:* 和處方藥]，直至會員資格終止。

### 第 2 節 您何時能終止計劃會員資格？

您僅可在一年的特定時期內終止您的計劃會員資格，這一時期稱為參保期。在年度參保期和 Medicare Advantage 年度退保期期間，所有會員均有機會退出計劃。在某些情況下，您可能還符合在一年內的其他時間退出計劃的資格。

#### 第 2.1 節 您可在年度參保期期間終止您的會員資格

您可在**年度參保期**（亦稱為「年度協調選擇期」）期間終止您的會員資格。在此期間，您應審查您的健康 [*insert if appropriate:* 和藥物] 保險，並決定來年的保險。

* **年度參保期是什麼時候？**10 月 15 日至 12 月 7 日。
* **在年度參保期期間，您可以轉到哪些類型的計劃？**您可選擇繼續使用當前的保險或變更來年的保險。如果您決定更改為新計劃，可選擇以下任何類型的計劃：
* 其他 Medicare 保健計劃（您可選擇一項承保處方藥或不承保處方藥的  
  計劃）；
* *附帶*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare；
* *— 或 —不附帶*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。
* *[MA-only plans, omit]* **如果您取得 Medicare 的「額外補助」來協助支付您的處方藥費用：**如果您轉至 Original Medicare 且未參加單獨的 Medicare 處方藥計劃，則 Medicare 可能會將您加入一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保。

*[MA-only plans, omit]* **註：**如果您退出 Medicare 處方藥保險，且未參與任何有信譽度的處方藥保險，則當您之後加入 Medicare 藥物計劃時，可能需要支付 D 部分逾期參保罰金。（「有信譽度的」保險是指預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 標準處方藥保險的處方藥保險。）如需逾期參保罰金的詳細資訊，請參見第 1 章第 5 節。

* **轉換計劃需要做什麼？**

[*MA-PD plans insert bullets below:*

* 如果您想要轉至 Original Medicare 並加入某項 Medicare 處方藥計劃：只需加入新計劃。您的新藥物計劃的保險開始時，您將退出我們的計劃並加入 Original Medicare。
* 如果您計劃轉至 Original Medicare 而不加入藥物計劃：聯絡會員服務部，獲取關於如何申請退保的資訊（電話號碼印在本手冊封底）。您也可以隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，申請從我們的計劃退保。聽障人士應致電 1-877-486-2048。]

[*MA-only plans insert bullets and text below:*

* 如果您想要轉至 Original Medicare：您必須請求退出我們的計劃。如需更多關於如何申請退保的資訊，請聯絡會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。您也可以隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，申請從我們的計劃退保。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。
* 如果您當前已加入單獨的 Medicare 處方藥計劃：
* 退出我們的計劃不會影響您的藥物計劃參保。
* 如果您想要加入新的藥物計劃，您必須申請加入您選擇的新藥物計劃。轉換您的 Medicare 處方藥計劃將不會使您自動從我們的計劃  
  退保。
* 如果您沒有透過其他計劃獲得 Medicare 處方藥保險，您可以加入其他不提供藥物保險的 Medicare 保健計劃，或您可以轉至 Original Medicare。]
* **您的會員資格何時終止？**當您的新計劃的保險在 1 月 1 日開始時，您的會員資格將終止。

#### 第 2.2 節 在 Medicare Advantage 年度退保期期間，您可終止您的會員資格，但您的選擇會有更多限制

您可在 **Medicare Advantage 年度退保期**對您的健康保險作出*一項*更改。

* Medicare Advantage 年度退保期是什麼時候？每年 1 月 1 日至 2 月 14 日。
* **在 Medicare Advantage 年度退保期期間，您可以轉到哪些類型的計劃？**在此期間，您可撤銷您的 Medicare Advantage 計劃參保，並轉至 Original Medicare。[*MA-PD plans insert the following:* 如果您選擇在此期間轉至 Original Medicare，您必須在 2 月 14 日之前加入另外的 Medicare 處方藥計劃以增加藥物保險。] [*MA-only plans insert the following:* 如果您已加入單獨的 Medicare 處方藥計劃，當您轉至 Original Medicare 時，您可能無法撤銷該保險。]
* **您的會員資格何時終止？**您的會員資格通常將在我們收到您轉至 Original Medicare 的請求後下個月第一天終止。[*MA-PD plans insert the following:* 如果您同時選擇加入某個 Medicare 處方藥計劃，您在該藥物計劃的會員資格將於其收到您的參保請求後下個月第一天開始。]

#### 第 2.3 節 在某些情況下，您可在特殊參保期期間終止您的會員資格

在某些情況下，*[insert 2018 plan name]* 會員可能有權在年內的其他時間終止其會員資格。這一時期稱為**特殊參保期**。

* **誰符合特殊參保期的資格？**如果以下任何情況適用於您，則您可以在特殊參保期期間終止您的會員資格。以下僅為範例，如需完整清單請聯絡本計劃、致電 Medicare 或瀏覽其網站 ([https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/))：
* 通常在您已搬遷的情況下。
* *[Revise bullet to use state-specific name, if applicable]* 如果您享有 Medicaid。
* 如果您符合「額外補助」的資格以支付您的 Medicare 處方藥。
* 如果我們違反與您簽署的合約。
* 如果您在養老院或長期護理 (LTC) 醫院等機構接受護理。
* [*Plans instates with PACE, insert:* 如果您參與老人綜合護理計劃 (PACE)。]
* **特殊參保期是什麼時候？**這一參保期因您的情況而異。
* **您可採取哪些措施？**如要瞭解您是否符合特殊參保期的資格，請隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare。聽障和語障人士可致電 1-877-486-2048。如果您因為特殊情況而可以終止您的會員資格，您可選擇同時變更您的 Medicare 健康保險和處方藥保險。這表示您可以選擇以下任意類型的計劃：
* 其他 Medicare 保健計劃（您可選擇一項承保處方藥或不承保處方藥的  
  計劃）；
* *附帶*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare；
* *－ 或 － 不附帶*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。
* *[MA-only plans, omit]* **如果您取得 Medicare 的「額外補助」來協助支付您的處方藥費用：**如果您轉至 Original Medicare 且未參加單獨的 Medicare 處方藥計劃，則 Medicare 可能會將您加入一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保。

*[MA-only plans, omit]* **註：**如果您退出 Medicare 處方藥保險，且連續 63 天或更長時間未參與任何有信譽度的處方藥保險，則當您之後加入 Medicare 藥物計劃時，可能需要支付 D 部分逾期參保罰金。（「有信譽度的」保險是指預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 標準處方藥保險的處方藥保險。）如需逾期參保罰金的詳細資訊，請參見第 1 章第 5 節。

* **您的會員資格何時終止？**您的會員資格通常將在我們收到您更改計劃的請求後下個月第一天終止。

#### 第 2.4 節 如何獲得有關何時可終止會員資格的更多資訊？

如果您存有任何疑問或希望詳細瞭解何時可終止會員資格：

* 您可**致電會員服務部**（電話號碼印在本手冊封底）。
* 您可在***「2018 年 Medicare 與您」***手冊中查閱資訊。
* Medicare 的每位會員每年秋季均會收到一份「*Medicare 與您*」手冊。Medicare 的新會員會在首次註冊後一個月內收到。
* 您也可從 Medicare 網站 ([https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/)) 下載一份手冊。或者，可致電 Medicare 的下列號碼，預定一份印刷手冊。
* 您可隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare**。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。

### 第 3 節 如何終止計劃會員資格？

#### 第 3.1 節 您通常可透過參加另一項計劃終止會員資格

通常，要終止您的計劃會員資格，只需在參保期參加另一項 Medicare 計劃（請參見本章第 2 節瞭解參保期）。但是，如果您希望從我們的計劃轉至 [*MA-PD plans insert:* 沒有 Medicare 處方藥計劃的] Original Medicare，您必須要求退出我們的計劃。以下是要求退出計劃的兩種方式：

* 您可向我們發出書面請求。如果您需要如何請求的詳細資訊，請聯絡會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）；
* *－ 或 －* 您可隨時致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare 。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。

下表將介紹如何終止計劃會員資格。

| 如果您希望從我們的計劃轉至： | 您應該： |
| --- | --- |
| * 另一項 Medicare 保健計劃。 | * 在 10 月 15 日至 12 月 7 日期間加入新的 Medicare 保健計劃。   您的新計劃保險開始時，您將自動退出 *[insert 2018 plan name]*。 |
| * *附帶*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。 | * 在 12 月 7 日之前加入新的 Medicare 處方藥 計劃。   您的新計劃保險開始時，您將自動退出 *[insert 2018 plan name]*。   * [*MA-only plans replace bullet above with the following three bullets:* **向我們寄送書面退保請求。**如果您需要如何請求的詳細資訊，請聯絡會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。**然後聯絡您想要加入的 Medicare 處方藥計劃並要求加入。** * 您可隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare**，要求退保。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。 * 您的 Original Medicare 開始時，您將退出 *[insert 2018 plan name]*。如果您加入 Medicare 處方藥計劃，該保險應也在此時開始。] |
| * *不附帶*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。   + **註：**如果您退出 Medicare 處方藥計劃，且未參與任何「有信譽度的」處方藥保險，則當您之後加入 Medicare 處方藥計劃時，可能需要支付「逾期參保罰金」。如需逾期參保罰金的詳細資訊，請參見第 1 章第 5 節。 | * **聯絡會員服務部並要求從計劃退保（電話號碼印在本手冊封底）。** * 您可隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare**，要求退保。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。 * 您的 Original Medicare 開始時，您將退出 *[insert 2018 plan name]*。 |

### 第 4 節 會員資格終止前，您必須繼續透過我們的計劃獲取醫療服務 [*insert if applicable:* 及藥物]

#### 第 4.1 節 會員資格終止前，您一直是我們計劃的會員

如果您退出 *[insert 2018 plan name]*，可能需要等待一段時間會員資格才能終止，新的 Medicare 才能生效。（請參見第 2 節，瞭解新保險開始的時間。）在此期間，您必須繼續透過我們的計劃接受醫療護理 [*insert if applicable:* 及處方藥]。

* **[*Insert if applicable:* 您應繼續使用我們的網絡內藥房來配取處方藥，直到您在我們計劃的會員資格終止。**通常，您的處方藥只有在網絡內藥房 [*insert if applicable:* 包含透過郵購藥房服務]配取時才有承保。]]
* **如果您在會員資格終止之日住院，我們的計劃通常會為您提供承保，直至您出院**（即便您在新健康保險開始後出院）。

### 第 5 節 在特定情況下，*[Insert 2018 plan name]* 必須終止您的計劃會員資格

#### 第 5.1 節 我們何時必須終止您的計劃會員資格？

***[Insert 2018 plan name]* 如發生以下任何情況，必須終止您的計劃會員資格：**

* 不再擁有 Medicare A 部分和 B 部分。
* 如果您離開我們的服務區域。
* 如果您離開我們的服務區域超過六個月。*[Plans with visitor/traveler benefits should revise this bullet to indicate when members must be disenrolled from the plan*。*]*
* 如果您遷移或進行長途旅行，需致電會員服務部，確定遷移或旅行目的地是否在我們的計劃區域內。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）
* [*Full and partial network plans that offer a visitor/traveler benefit insert the following sentence:* 如需瞭解在您離開服務區時透過我們計劃的訪客/遊客福利獲得護理的相關資訊，請查閱第 4 章第 2.3 節。]
* [*Plans with grandfathered members who were outside of area prior to January 1999, insert:* 如果您從 1999 年 1 月以前至今一直是我們計劃的會員，*and* 您在 1999 年 1 月之前居住在我們的服務區域之外，只要您從 1999 年 1 月以前至今未搬遷，您仍具備資格。但是，如果您搬遷，且搬遷至位於我們服務地區以外的其他地點，則您將退出我們的計劃。]
* 您被捕入獄。
* 您不是美國公民或在美國非法居留。
* 如果您在關於擁有其他處方藥保險方面說謊或是隱瞞資訊。
* *[Omit if not applicable]* 您在參加我們的計劃時故意提供錯誤資訊，而該資訊影響您參加計劃的資格。（除非事先獲得 Medicare 許可，否則我們不能因此讓您退出  
  計劃。）
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* 您的行為持續干擾及阻礙我們為您與計劃其他會員提供醫療護理。（除非事先獲得 Medicare 許可，否則我們不能因此讓您退出計劃。）
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* 您讓其他人使用您的會員卡獲得醫療護理。（除非事先獲得 Medicare 許可，否則我們不能因此讓您退出計劃。）
* 如果我們因此終止您的會員資格，Medicare 可能會讓監察長調查您的  
  個案。
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable. Plans with different disenrollment policies for dual eligible members and/or members with LIS who do not pay plan premiums must edit these bullets as necessary to reflect their policies. Plans with different disenrollment policies must be very clear as to which population is excluded from the policy to disenroll for failure to pay plan premiums.]* 如果您未支付計劃保費達 *[insert length of grace period, which cannot be less than two calendar months]*。
* 終止您的會員資格之前，我們必須以書面形式通知您，您有 *[insert length of grace period, which cannot be less than two calendar months]* 的寬限期來支付計劃保費。
* *[MA-only plans, omit]* 如果您因為收入的關係而需要支付額外的 D 部分金額，但您並未支付該金額，則 Medicare 會將您自我們的計劃退保，且您將喪失處方藥  
  保險。

如何獲得詳細資訊？

如果您存有任何疑問或希望詳細瞭解我們何時可終止您的會員資格：

* 您可致電**會員服務部**瞭解詳細資訊（電話號碼印在本手冊封底）。

#### 第 5.2節 我們不能因任何與您的健康有關的原因要求您退出計劃

*[Insert 2018 plan name]* 不能因您健康的任何相關原因要求您退出計劃。

如果發生此情況，該怎麼辦？

如果您認為被要求退出我們的計劃是出於健康相關原因，應致電 1-800-MEDICARE   
(1-800-633-4227)聯絡 Medicare。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。您可以隨時撥打這個電話。

#### 第 5.3 節 如果我們終止您的計劃會員資格，您有權提出投訴

如果我們終止您的計劃會員資格，必須書面告知您終止會員資格的原因。我們也必須說明如何對我們終止您會員資格的決定提出申訴或投訴。您也可查閱 [*insert as applicable:* 第 7 章 *OR* 第 9 章], [*insert as applicable:* 第 9 節 *OR* 第 10 節] 瞭解如何提出投訴。

第 11 章

法律通知

## 第 11 章. 法律通知

[第 1 節 有關管轄法律的通知 224](#_Toc485818478)

[第 2 節 有關非歧視的通知 224](#_Toc485818479)

[第 3 節 有關以 Medicare 作為次要付費者的代位求償權通知 224](#_Toc485818480)

*[Note****:*** *You may include other legal notices, such as a notice of member non-liability, a notice about third-party liability or a nondiscrimination notice under Section 1557 of the Affordable Care Act. These notices may only be added if they conform to Medicare laws and regulations.]*

### 第 1 節 有關管轄法律的通知

許多法律均適用於本*「承保範圍說明書」*，且由於法律規定，可能存在若干其他適用條文。即便相關法律並未納入本文件或未在本文件中說明，這也會影響您的權利和責任。適用於本文件的主要法律是《社會保障法》第十八條以及 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 根據《社會保障法》制定的法規。此外，其他聯邦法律可能適用，且在特定情況下，也可能包括您所居住州的法律。

### 第 2 節 有關非歧視的通知

*[Plans may add language describing additional categories covered under state human rights laws.]* 我們不會因種族、族群、原國籍、膚色、宗教、性別、性別認同、年齡、精神或身體殘疾、健康狀況、索賠經歷、病史、基因資訊、可保性證明或地理位置而歧視任何人。所有提供 Medicare Advantage 計劃的機構，如我們的計劃，必須遵守有關反對歧視的聯邦法律，包括 1964 年《民權法》第六條、1973 年《康復法》、1975 年《年齡歧視法》、《美國殘疾人法》、《平價醫療法案》第 1557 條、適用於聯邦資助機構的所有其他法律及因任何其他原因適用的任何其他法律與規則。

### 第 3 節 有關以 Medicare 作為次要付費者的代位求償權通知

我們有權利和責任為那些並非以 Medicare 作為主要付費者的承保 Medicare 服務收款。根據 CMS 法規 42 CFR 的第 422.108 和 423.462 節，*[insert 2018 plan name]*，作為一個 Medicare Advantage 組織，將行使部長依據 42 CFR 第 411 部分子部分 B 至 D 中的 CMS 法規所行使的相同追償權，而且本節中設立的法規取代任何州法律。

*[Note: You may include other legal notices, such as a notice of member non-liability, a notice about third-party liability or a nondiscrimination notice under Section 1557 of the Affordable Care Act. These notices may only be added if they conform to Medicare laws and regulations.]*

第 12 章

重要辭彙的定義

## 第 12 章. 重要辭彙的定義

*[Plans should insert definitions as appropriate to the plan type described in the EOC. You may insert definitions not included in this model and exclude model definitions not applicable to your plan, or to your contractual obligations with CMS or enrolled Medicare beneficiaries.]*

*[If allowable revisions to terminology (e.g., changing “Member Services” to “Customer Service”) affect glossary terms, plans should re-label the term and alphabetize it within the glossary.]*

*[If you use any of the following terms in your EOC, you must add a definition of the term to the first section where you use it and here in Chapter 12 with a reference from the section where you use it: IPA, network, PHO, plan medical group, Point of Service.]*

*[MA-only plans should delete the following definitions: Brand Name Drug, Catastrophic Coverage Stage, Cost-Sharing Tier, Covered Drugs, Dispensing Fee, Exception, Generic Drug, Initial Coverage Stage, List of Covered Drugs, Network Pharmacy, Out-of-Network Pharmacy, Part D Drugs, Quantity Limits, Step Therapy.]*

**門診手術中心** － 門診手術中心是一個為無需住院但預計呆在中心的時間不超過 24 小時的患者提供門診外科服務的獨家經營實體。

**年度參保期 －** 每年秋季允許會員變更其保健或藥物計劃或轉至 Original Medicare 的固定時間。年度參保期為 10 月 15 日至 12 月 7 日。

**上訴** － 上訴指您在對拒絕醫療護理服務承保請求，或支付您已獲得的服務費用的決定存有異議時，採取的措施。如果您對終止您正在接受的服務的決定存有異議，也可提出上訴。例如，如果我們拒絕為您認為應能獲得的藥物、用品或服務支付費用，您可要求上訴。[*Insert as applicable:* 第 7 章 *OR* 第 9 章] 介紹了上訴，包括提出上訴所涉及的程序。

**差額費用 －** *[Plans that allow balance billing may edit the percentage to reflect their actual balance billing rate.]* 提供者（如醫生或醫院）為患者開出的賬單超出了計劃為服務支付的費用，最高達 15%。除了患者的常規計劃分攤費用之外，還將收取「差額費用」。[*Plans that prohibit balance billing insert:* 作為 *[insert 2018 plan name]* 的會員，您獲取我們的計劃所承保的服務時，只須支付計劃的分攤費用。我們不允許提供者收取差額費用，或以其他方式向您收取超出計劃所載的應付分攤費用的款項。]（有關差額的詳細資訊，請參見第 4 章第 1.6 節。）

**受益期** － *[Modify definition as needed if plan uses benefit periods for SNF stays but not for inpatient hospital stays.]*[*insert if applicable:* 我們的計劃及] Original Medicare 衡量您使用醫院和專業護理機構 (SNF) 服務的方式。*[Plans that offer a more generous benefit period, revise the following sentences to reflect the plan’s benefit period.]* 受益期從您住進醫院或專業護理機構的那天開始算起。受益期到您連續 60 天未接受任何住院護理（或 SNF 的專業護理）之時結束。如果您在一個受益期結束後住進醫院或專業護理機構，則會開始一個新的受益期。[*Insert if applicable:* 您必須支付每個受益期的住院自付扣除金。] 受益期的數量沒有限制。

**原廠藥** － 由原先研發該藥物的製藥公司所製造和銷售的處方藥。原廠藥和其副廠藥具有相同活性成份的配方。然而，副廠藥是由其他藥物製造商製造和銷售，通常僅在原廠藥的專利過期後才有提供。

**災難承保階段** － 在承保年度期間內，您或其他符合資格代表您行事的人士就承保藥物支付 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* 後，您可支付較低藥物定額手續費或共同保險的 D 部分藥物福利階段。

**Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS)** － 管理 Medicare 的聯邦機構。第 2 章介紹了如何聯絡 CMS。

**共同保險** － [*insert if applicable:* 在您支付任何自付扣除金後]，可能需要您就服務 [*insert if applicable:* 或處方藥] 支付應承擔費用的金額。共同保險通常是一個百分比（例如 20%）。

**投訴 －** 「提出投訴」的正式名稱為「提出申訴」。投訴程序僅適用於若干類型的問題。這包括護理品質、等待時間及您獲得的顧客服務的相關問題。有關「申訴」的詳情，亦請參見此定義列表。

**綜合門診康復機構 (CORF) －** 主要提供傷病康復服務的機構，並提供各種服務，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職業治療、語言病理學服務及家庭環境評估服務。

**定額手續費** － 可能需要您就醫療服務或用品（如醫生看診、醫院門診就醫或處方藥）支付應承擔費用的金額。定額手續費是一個固定金額，而非百分比。例如，您可能要為醫生看診或處方藥支付 $10 或 $20。

**分攤費用** － 分攤費用指會員獲得服務 [*insert if applicable:* 或藥物] 時須支付的費用。[*Insert if plan has a premium:*（這是除本計劃月繳保費之外的費用。）] 分攤費用包括以下三種付款的任意組合：(1) 計劃在承保服務 [*insert if applicable:* 或藥物] 前徵收的任何自付扣除金；(2) 計劃要求在獲得特定服務 [*insert if applicable:* 或藥物] 時支付的任何固定「定額手續費」；或 (3) 計劃要求在獲得特定服務 [*insert if applicable:* 或藥物] 時支付的任何「共同保險」（服務 [*insert if applicable:* 或藥物] 總費用的百分比）。當醫生為您開的某種處方藥少於一個月的份量，並且您需要支付定額手續費時，可能適用「每日分攤  
費用」。

*[Delete if plan does not use tiers]* **分攤費用等級** － 承保藥物清單上的每種藥物皆屬於 *[insert number of tiers]* 種分攤費用等級中的一種。通常，分攤費用的等級越高，您藥物的費用就越高。

**承保範圍裁決 －** 關於為您開立之處方藥是否由計劃承保的決定，以及您須就該處方藥支付之金額（若有）的決定。通常，如果您攜帶處方至藥房，而該藥房告知您該處方不由您的計劃承保，這並不是承保範圍裁決。您需要致電或寫信給您的計劃，才可要求對於承保範圍作出正式的決定。保險裁決在本手冊中稱為「承保範圍裁決」。第 9 章介紹了如何要求我們作出承保範圍決定。

**承保藥物** － 我們的計劃承保的所有處方藥的總稱。

**承保服務** － 我們的計劃承保的所有醫療護理服務及用品的總稱。

**有信譽度的處方藥保險** － 預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 標準處方藥保險的處方藥保險（例如僱主或團體提供）。符合 Medicare 資格時擁有此類保險的人士，如果決定稍後參加 Medicare 處方藥保險，一般可保留該保險，而無需支付罰金。

**看護** － 看護是您不需要專業醫療護理或專業護理機構時在療養院、善終機構或其他機構中提供的護理。看護是指可由不具備專業技能或培訓的人士提供的個人護理，如協助沐浴、穿衣、就餐、上/下床或椅子、行走和使用衛生間等日常生活活動。它還可包括大多數人可自行完成的醫療相關護理，如使用滴眼液。Medicare 不會為看護付款。

**每日分攤費用** － 當醫生為您開的某種處方藥少於一個月的份量，並且您需要支付定額手續費時，可能適用「每日分攤費用」。每日分攤費用是指定額手續費除以一個月份量的天數所得到的費用。舉例如下：如果某種藥物一個月份量的定額手續費為 $30，您的計劃中一個月份量為 30 天的份量，那麼您的「每日分攤費用」為每日 $1。這意味著您配藥時需要為每日的供藥支付 $1。

**自付扣除金** － 在我們的計劃開始支付其所分擔您承保醫療護理 [*insert if applicable:* 或處方藥] 的費用前，您必須支付的金額。

**退出**或**退保** － 終止計劃會員資格的程序。退保可為自願（自己選擇）或非自願（並非自己選擇）。

*[MA-only plans, omit]* **配藥費** － 每次調配承保藥物時收取的費用，用來支付配藥的成本。配藥費所涵蓋的成本，包含諸如藥劑師準備與包裝處方藥的時間等成本。

**耐用醫療設備 (DME)** － 您的醫生出於醫療原因而訂購的特定醫療設備。例如助行器、輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、靜脈輸液泵、語音生成設備、氧氣設備、霧化器或提供者訂購用於家庭的醫院病床。

**緊急情況 －** 緊急醫療情況是您或任何其他具備健康和醫學常識的謹慎外行人認為您出現急需醫療看護以防失去生命、肢體缺損或肢體功能喪失的醫療症狀。醫療症狀可以是疾病、損傷、劇痛或快速惡化的病情。

**緊急醫療護理** － 承保以下服務：1) 由具備提供緊急服務資格的提供者提供；及 2) 屬治療、評估或穩定緊急病情需要。

**承保範圍說明書 (EOC) 及披露資訊 －** 本文件連同您的參保表及任何其他附件、附則或所選的其他可選保險，這些內容均用於介紹您的保險、我們的責任、您的權利及您作為計劃會員的責任。

**例外處理** － 一種承保範圍裁決的類型，當其受到批准後，將可允許您取得您計劃贊助人的處方藥一覽表之外的藥物（處方藥一覽表例外），或是以更低的分攤費用等級取得非首選藥物（等級例外）。如果計劃贊助人要求您在取得您所要求的藥物前先嘗試另一種藥物，或者當計劃限制了您所要求之藥物的數量或劑量時（處方藥一覽表例外處理），您也可以請求例外處理。

**額外補助** － 一項 Medicare 計劃，專門幫助收入及資源有限的人士，支付 Medicare 處方藥計劃費用（如保費、自付扣除金和共同保險）。

**副廠藥** － 一種由食品和藥物管理局 (FDA) 批准的處方藥，具有和原廠藥相同的活性成份。通常，「副廠」藥和原廠藥的藥效相同，並且費用較低。

**申訴** － 您對我們或我們網絡內的某一提供者 [*insert if applicable:* 或藥房] 提出的一種投訴，包括有關護理品質的投訴。該類型的投訴不涉及承保或付款爭議。

**居家護理** － 居家護理可提供不需要持牌護士或治療師技能的服務，如協助個人護理（例如沐浴、如廁、穿衣或進行規定性練習）。居家護理無需護理許可，也不提供治療。

**善終服務** － 在世剩餘時間不超過 6 個月的參保人有權選擇善終服務。我們的計劃必須為您提供您所在地理區域的善終服務清單。若您選擇善終服務並繼續支付保費，則您仍然是我們計劃的會員。您仍可以獲得我們提供的所有醫療必需的服務以及補充福利。善終服務將根據您的狀況提供特殊治療。

**住院** － 當您被正式批准如願接受專業醫療服務時住院。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為「門診患者」。

**按收入每月調整保費 (IRMAA) －** 若您的收入超出特定限值，除了您的計劃保費之外，您還將支付按收入每月調整保費。例如，收入高於 $*[insert amount]* 的個人和收入高於 $*[insert amount]* 的夫婦必須支付更高的 Medicare B 部分（醫療保險）和 Medicare 處方藥保險保費金額。此額外支付的金額稱為按收入每月調整保費。受影響的 Medicare 受保人員不超過 5%，所以大部分人無需支付更高的保費。

**初始承保範圍限制** － 初始承保階段的最大承保範圍限制。

**初始承保階段** － 這是一個在您本年的 [*insert as applicable:*「總藥費（包括您已支付的金額和計劃為您支付的金額）」*OR*「自付費用」] 達到 [*insert as applicable: [insert 2018 initial coverage limit] OR [insert 2018 out-of-pocket threshold]*前的階段。]

**首次參保期 －** 您第一次有資格參加 Medicare 的時間，在此期間內，您可登記加入 Medicare A 部分和 B 部分。例如，如果您年滿 65 歲時有資格參加 Medicare，您的首次參保期為 7 個月，從您年滿 65 歲當月的前三個月開始計算（包括您年滿 65 歲的當月），直至年滿 65 歲當月的後三個月。

**承保藥物清單（處方藥一覽表或「藥物清單」）**－ 一份計劃承保之處方藥的清單。此清單上的藥物皆由計劃在醫生和藥劑師的協助下選定。該清單同時包含原廠藥與副廠藥。

**低收入補貼 (LIS)** － 請參見「額外補助」。

**最高自付費用金額** － 日曆年內您就 [*insert if applicable:* A 部分和 B 部分] 承保服務支付的最高自付費用*。[MA-only plans and plans without a premium revise the following sentence as needed]* 您就計劃保費和 Medicare A 部分和 B 部分保費支付的金額不計入最高自付費用金額。[*Plans with service category MOOPs insert:* 除了承保 [*insert if applicable:* A 部分和 B 部分]醫療服務的最高自付費用金額之外，您還有某些類型服務的最高自付費用金額。] 請參見第 4 章第 1 *[insert subsection number]* 節瞭解最高自付費用金額的詳細資訊。

**Medicaid（或醫療補助）**－ 一項聯邦與州的聯合計劃，旨在幫助某些收入及資源有限的人士支付醫療費用。Medicaid 計劃因州而異，但如果您同時符合 Medicare 和 Medicaid 資格，便可獲承保大多數醫療保健費用。有關如何聯絡您所在州的 Medicaid 的資訊，請參見第 2 章第 6 節。

**醫學上認可的適應症** － 一種由美國食品藥物管理局批准，或由某些參考書籍支持的藥物使用方式。有關醫學上認可的適應症的詳細資訊，請參見第 5 章第 3 節。

**醫療必需** － 預防、診斷或治療您的病情所需且符合良好醫療實踐標準的服務、用品或  
藥品。

**Medicare** － 適用於 65 歲或以上人士、部分 65 歲以下特定殘障人士及患有末期腎病的人士（一般指患有永久性腎衰竭，須進行透析或腎臟移植的人士）的聯邦健康保險計劃。享有 Medicare 的人士可透過 Original Medicare [*insert only if there is a cost plan in your service area:* Medicare Cost Plan、] [*insert only if there is a PACE plan in your state:* 老人綜合護理 (PACE) 計劃] 或 Medicare Advantage 計劃獲得其 Medicare 健康保險。

**Medicare Advantage 計劃退保期** － 每年允許 Medicare Advantage 計劃的會員撤銷其計劃參保並轉至 Original Medicare 的固定時間。Medicare Advantage 計劃退保期為 2018 年 1 月 1 日至 2 月 14 日。

**Medicare Advantage (MA) 計劃** － 有時稱為 Medicare C 部分，由一間與 Medicare 簽約的私營公司提供的計劃，為您提供所有 Medicare A 部分和 B 部分福利。Medicare Advantage 計劃可為 HMO、PPO、私人按服務收費 (PFFS) 計劃或 Medicare 醫療儲蓄帳戶 (MSA) 計劃。您參與 Medicare Advantage 計劃後，Medicare 服務會透過計劃而獲承保，且在 Original Medicare 下無需支付費用。在大多數情況下，Medicare Advantage 計劃也提供 Medicare D 部分（處方藥保險）。這些計劃稱為：

**附帶處方藥保險的 Medicare Advantage 計劃**。擁有 Medicare A 部分和 B 部分的人士均可參與其所在地區提供的任何 Medicare 保健計劃，患有晚期腎病的人士除外（除非有特定例外情況）。

[*Insert cost plan definition only if you are a Medicare Cost Plan or there is one in your service area:* **Medicare** Cost Plan － Medicare Cost Plan是一項由健康維護組織 (HMO) 或競爭醫療計劃 (CMP) 根據法案第 1876(h) 條下的費用報銷合約運營的計劃。]

**Medicare 承保缺口折扣計劃** － 一項為大多數承保之 D 部分原廠藥提供折扣的計劃，適用於達到承保缺口階段且尚未接受「額外補助」的 D 部分參保人。折扣根據聯邦政府和某些藥物製造商之間的協議決定。因此，大多數（但非全部）的原廠藥皆有折扣。

**Medicare 承保的服務** － Medicare A 部分和 B 部分承保的服務。所有 Medicare 醫療保健計劃，包括我們的計劃，必須承保 Medicare A 部分和 B 部分所承保的所有服務。

**Medicare 保健計劃** － Medicare 保健計劃是由與 Medicare 簽約的私營公司提供的，為參與計劃的人士提供 Medicare 保健計劃 A 部分和 B 部分福利。此術語包括所有 Medicare Advantage 計劃、Medicare Cost Plan、演示/試點計劃和老人綜合護理計劃 (PACE)。

**Medicare 處方藥保險（Medicare D 部分）**－ 幫助支付門診處方藥、疫苗、生物製劑及 Medicare A 部分或 B 部分不承保的部分用品費用的保險。

**「Medigap」（Medicare 補充保險）政策** － 由私營保險公司銷售，用於填補 Original Medicare「缺口」的 Medicare 補充保險。Medigap 政策僅適用於 Original Medicare。（Medicare Advantage 計劃並非 Medigap 政策。）

**會員（我們計劃的會員或「計劃會員」）－** 享有 Medicare、有資格獲得承保服務、已參加我們的計劃且其參保經 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 確認的人士。

**會員服務部 －** 我們計劃內部的一個部門，負責解答有關會員資格、福利、申訴及上訴的問題。請參見第 2 章瞭解如何聯絡會員服務部。

**網絡內藥房** － 網絡內藥房是一間能夠讓我們計劃的會員取得其處方藥福利的藥房。我們將其稱為「網絡內藥房」，是因為這些藥房和我們的計劃簽有合約。在大多數情況下，您的處方藥僅在我們的網絡內藥房配取時才獲承保。

**網絡內提供者 －** 與我們簽有合約以向我們計劃的會員提供承保服務的醫療服務提供者，例如醫生和其他醫療保健專業人士、醫療團體、醫院以及其他醫療保健機構。這些提供者均同意為我們計劃的會員提供看診服務。網絡內提供者也稱為「計劃提供者」。

[*Include if applicable:* **可選項補充福利** － 可以額外保費購買且未包括在您的福利待遇內的非 Medicare 承保福利。如果您選擇享有可選項補充福利，您可能必須支付額外保費。您必須自願選擇可選項補充福利方可獲取這些福利。]

**機構裁決** － 在 Medicare Advantage 計劃對是否承保事項或服務，或您須為承保事項或服務支付多少費用作出裁決時，則是作出了機構裁決。當為您提供項目或服務時，或將您轉診至網絡外提供者來取得項目或服務時，Medicare Advantage 計劃的網絡內提供者或機構也作出了機構裁決。機構裁決在本手冊中稱為「承保範圍裁決」。[*Insert as applicable:* 第 7 章 *OR* 第 9 章] 介紹了如何要求我們作出承保範圍裁決。

**Original Medicare（「傳統 Medicare」或「按服務收費的 Medicare」）**－ Original Medicare 由政府提供，並非 Medicare Advantage 計劃及處方藥計劃等私人健康保險計劃。在 Original Medicare 下，可透過向醫生、醫院及其他醫療服務提供者支付國會指定的費用，獲承保 Medicare 服務。您可去接受 Medicare 的任何醫生、醫院或其他醫療保健提供者處就診。您必須支付自付扣除金。Medicare 支付應承擔的 Medicare 批准費用，而您支付您應承擔的費用。Original Medicare 分為兩部分：A 部分（住院保險）和 B 部分（醫療保險），在全美均有提供。

**網絡外藥房** － 未和我們計劃簽約來協調或提供承保藥物給我們計劃會員的藥房。正如本「承保範圍說明書」所解釋的，大多數您從網絡外藥房取得的藥物並未由我們計劃承保，除非符合某些條件。

**網絡外提供者或網絡外機構** － 我們並未簽約或安排其向我們計劃的會員協調或提供承保服務的提供者或機構。網絡外提供者並非由我們的計劃僱用、擁有或經營，或未簽訂向您提供承保服務的合約。本手冊第 3 章介紹了使用網絡外提供者或機構的有關情況。

**自付費用** － 請參見上文「分攤費用」定義。會員支付所接受服務 [*insert if applicable:* 或藥物] 一部分費用的分攤費用要求也稱為會員「自付」費用要求。

[*Insert PACE plan definition only if there is a PACE plan in your state:* **PACE 計劃** － PACE（老人綜合護理計劃）計劃包括為身體虛弱人士提供的醫療、社會和長期護理服務，幫助人們在獲得所需的高品質護理的同時，盡可能長久地在其社區內獨立生活（而非住入療養院）。加入 PACE 計劃的人士可透過計劃獲得 Medicare 和 Medicaid 福利。]

**C 部分 － 請參見「Medicare Advantage (MA) 計劃」。**

**D 部分** － 自願性 Medicare 處方藥福利計劃。（為方便提述，我們將該處方藥福利計劃稱為 D 部分。）

**D 部分藥物** － 可由 D 部分承保的藥物。我們不一定會提供所有 D 部分藥物。（特定的承保藥物清單，請參見您的處方藥一覽表。）某些類別的藥物

[*Include this definition only if Part D plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in addition to those offering standard cost-sharing:*

**首選分攤費用** *－* 首選分攤費用指在某些網絡內藥房，某些承保 D 部分藥物較低的分攤費用。]

**D 部分逾期參保罰金** － 當您連續 63 天或更長時間未參與任何有信譽度的保險（預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 標準處方藥保險的保險）時，將會追加到您 Medicare 藥物保險之月繳保費的一筆金額。只要您擁有 Medicare 藥物保險計劃，您就需要支付這筆較高的金額。也存在一些例外。例如：如果您接受 Medicare 的處方藥計劃費用「額外補助」，則逾期參保罰金規則將不適用於您。如果您領取「額外補助」，則您不用繳納逾期參保罰金。

**首選提供者組織 (PPO) 計劃** － 首選提供者組織計劃是一項擁有簽約提供者網絡的 Medicare Advantage 計劃，簽約的提供者同意依指定費用為計劃會員提供治療。PPO 計劃必須包含所有計劃福利，無論這些福利是從網絡內或是網絡外提供者處獲得。計劃福利是從網絡外提供者處獲得時，會員分攤費用通常較高。PPO 計劃對您從網絡內（首選）提供者處獲得服務的自付費用具有年度限制，而對從網絡內（首選）和網絡外（非首選）提供者處獲得服務的總合併自付費用具有更高限制。

**保費** － 定期支付給 Medicare、保險公司或醫療護理計劃用於健康或處方藥保險的費用。

*[Plans that do not use PCPs, omit]* **主治** [*insert as appropriate:* 醫師 *OR* 醫生] **(PCP)** － 您的主治醫師是您針對大多數健康問題首先求診的醫生或其他提供者。他或她會確保您獲得保持健康所需的護理。他或她也可與其他醫生和醫療服務提供者討論您的護理情況，並將您轉診至上述醫生和醫療服務提供者。在許多 Medicare 保健計劃中，您到任何其他醫療服務提供者處就診之前，必須到您的主治醫師處就診。請參見第 3 章第 2.1 節瞭解關於主治 [*insert as appropriate:*醫師 *OR* 醫生] 的資訊。

**事先授權** － 獲得服務或某些藥物 [*if applicable*: 和/或可能在或可能不在處方藥一覽表上的某些藥物）的事先批准。只有在您的醫生或其他網絡內提供者取得我們計劃的「事先授權」時，某些藥物才能獲得承保。第 4 章福利表中列有需獲得事先授權的承保服務。] 在 PFFS 計劃中，獲取服務無需事先授權。然而，在獲取服務之前，您可諮詢您的計劃，以確認計劃是否承保該服務及您需承擔的分攤費用。

**假體和矯具** － 這些是您的醫生或其他醫療保健提供者要求您使用的醫療器械。承保項目包括但不限於手臂、後背和頸部的支架；假肢；義眼；以及更換內部身體部位或功能所需的器械，包括造口術用品以及腸內和腸外營養治療。

**品質改進機構 (QIO)** － 是一個由聯邦政府資助的執業醫生及其他醫療護理專家團隊，  
以核查和改進提供給 Medicare 患者的護理。有關您所在州品質改進機構的聯絡資訊，請參見第 2 章第 4 節。

**數量限制** － 一種管理工具，目的是出於品質、安全或利用之原因限制指定藥物的使用。限制可能是我們每處方或指定期間內承保的藥物數量。

**康復服務** － 該等服務包括物理治療、語言治療和職業治療。

**服務區域 －** 保健計劃接受會員（如果計劃根據居住地點限制會員資格）的地理區域。  
對於限制所用醫生和醫院的計劃，它還通常是指您可獲取常規（非緊急）服務的地區。  
如果您永久搬離計劃的服務區域，計劃可能會將您除名。

**專業護理機構 (SNF) 護理** － 專業護理機構內持續、每天提供的專業護理和康復服務。  
專業護理機構護理的範例包括：僅可由註冊護士或醫生提供的物理治療或靜脈注射。

**特殊參保期 －** 允許會員變更其健康或藥物計劃或轉回 Original Medicare 的固定時間。  
您可能符合特殊參保期的資格的情形包括：如果您搬離服務區，如果您領取「額外補助」以支付您的處方藥費，如果您住進護理機構或如果我們違反與您簽署的合約。

**特殊需求計劃** － 一項特殊類型的 Medicare Advantage 計劃，為特定人群提供更有針對性的健康護理，如同時擁有 Medicare 和 Medicaid 計劃的人士、居住在療養院的人士或患有某些慢性病的人士。

[*Include this definition only if Part D plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in addition to those offering standard cost- sharing]：*

**標準分攤費用** － 標準分攤費用是網絡內藥房提供的首選分攤費用之外的另一種分攤  
費用。]

**階段治療** － 一個應用工具，要求您在我們承保您的醫生最初開立的處方藥之前，先嘗試使用其他藥物來治療。

**社安補助金 (SSI)** － 社會保障局向收入與資源有限的殘障人士、盲人或 65 歲及以上的老人補助的月度福利。SSI 福利不同於社會保障福利。

[*Full-network plans insert:***急症治療服務** － 急症治療服務是為需要即時醫療護理的非緊急、未能預見的疾病、受傷或病情提供的護理。急症治療服務可能由網絡內提供者提供，或在暫時無法從網絡內提供者處獲得護理時由網絡外提供者提供。]

*[This is the back cover for the EOC. Plans may add a logo and/or photographs, as long as these elements do not make it difficult for members to find and read the plan contact information.]*

***[Insert 2018 plan name]* 會員服務部**

| 方法 | 會員服務部 － 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number(s)]*  撥打此號碼是免費的。*[Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.]*  會員服務部還為不說英語的人士提供免費的翻譯服務。 |
| **聽障/語障專線** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* 此號碼需使用專用電話設備撥打，且僅適用於聽障或語障人士。]  撥打該電話是 [*insert if applicable:* 不是] 免費的。*[Insert days and hours of operation.]* |
| **傳真** | *[Optional:* *insert fax number]* |
| **寫信** | *[Insert address]*  *[Note: plans may add email addresses here.]* |
| **網站** | *[Insert URL]* |

***[Insert state-specific SHIP name]* [*If the SHIP’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]* SHIP)]**

*[Insert state-specific SHIP name]* 是一個由聯邦政府出資為 Medicare 受保人提供本地免費健康保險諮詢的州計劃。

*[Plans with multi-state EOCs revise heading and sentence above to use “State Health Insurance Assistance Program,” omit table, and reference exhibit or EOC section with SHIP information.]*

| 方法 | 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **聽障/語障專線** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* 此號碼需使用專用電話設備撥打，且僅適用於聽障或語障人士。] |
| **寫信** | *[Insert address]* |
| **網站** | *[Insert URL]* |