**[2024 EOC model]**

**2024 年 1 月 1 日 – 12 月 31 日**

**承保範圍說明書：**

**作為 *[insert 2024 plan name] [insert plan type]*** 的會員，您的 Medicare 處方藥保險

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

本文件為您詳細介紹了 2024 年 1 月 1 日至 12 月 31 日您的 Medicare 處方藥保險。**本文件是重要的法律文件。請妥善保管。**

**如對本文件有疑問，請聯絡會員服務部，電話：*[insert phone number]***（聽障人士可致電 ***[insert TTY number]*** **）。**服務時間為 ***[insert days and hours of operation]***。此為免付費電話。

本計劃 *[insert 2024 plan name]*由 *[insert Part D sponsor name] [insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required Part D sponsor names throughout this document]* 提供。（本*承保範圍說明書*提述「我們」或「我們的」時，表示 *[insert Part D sponsor name] [insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required Part D sponsor names]*，提述「計劃」或「我們的計劃」時，表示*[insert 2024 plan name]*。）

[*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* 本文件免費提供 *[insert languages that meet the 5% threshold]. [Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., braille, large print, audio) as applicable.]* 版本。

*[Remove terms as needed to reflect plan benefits]* 自 2025 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。我們將至少提前 30 天通知受影響的參保人有關變更的資訊。

本文件介紹了您的福利和權利。您可以使用本文件來瞭解：

* 您的計劃保費和分攤費用；
* 您的處方藥福利；
* 如果您對服務或治療不滿意，該如何提出投訴；
* 如果您需要進一步的幫助，該如何联系我們；以及
* Medicare 法律規定的其他保護措施。

*[Insert Material ID: (H, R, S, or Y) number\_description of choice (M or C)]*

**2024 年承保範圍說明書**

**目錄**

[第 1 章： *會員入門* 4](#_Toc141625111)

[第 1 節 簡介 5](#_Toc141625112)

[第 2 節 要成為計劃會員需要具備哪些條件？ 6](#_Toc141625113)

[第 3 節 您將收到的重要會員資料 8](#_Toc141625114)

[第 4 節 您的 *[insert 2024 plan name]* 的每月費用 9](#_Toc141625115)

[第 5 節 關於月繳保費的更多資訊 14](#_Toc141625116)

[第 6 節 及時更新您的計劃會員記錄 16](#_Toc141625117)

[第 7 節 其他保險如何與我們的計劃配合運作 17](#_Toc141625118)

[第 2 章： *重要的電話號碼和資源* 19](#_Toc141625119)

[第 1 節 *[Insert 2024 plan name]* 聯絡人 （如何聯絡我們，包括如何聯絡會員服務部） 20](#_Toc141625120)

[第 2 節 Medicare （如何從聯邦 Medicare 計劃直接獲取幫助和資訊） 24](#_Toc141625121)

[第 3 節 州健康保險援助計劃 （關於 Medicare 的問題，免費為您提供幫助、資訊和回答） 26](#_Toc141625122)

[第 4 節 品質改進機構 28](#_Toc141625123)

[第 5 節 社會保障局 29](#_Toc141625124)

[第 6 節 Medicaid 30](#_Toc141625125)

[第 7 節 與協助支付處方藥的計劃有關的資訊 32](#_Toc141625126)

[第 8 節 如何聯絡鐵路職工退休委員會 35](#_Toc141625127)

[第 9 節 您是否有團體保險或雇主提供的其他健康保險？ 36](#_Toc141625128)

[第 3 章： *使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保* 37](#_Toc141625129)

[第 1 節 簡介 38](#_Toc141625130)

[第 2 節 在網絡內藥房 [*insert if applicable:*或透過本計劃的郵購服務] 配取處方藥 39](#_Toc141625131)

[第 3 節 您的藥物必須列於計劃的「藥物清單」上 44](#_Toc141625132)

[第 4 節 某些藥物具有承保範圍限制 47](#_Toc141625133)

[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？ 49](#_Toc141625134)

[第 6 節 如果您藥物的承保範圍更改，該如何處理？ 52](#_Toc141625135)

[第 7 節 哪些藥物*不能*獲得本計劃承保？ 56](#_Toc141625136)

[第 8 節 配取處方藥 58](#_Toc141625137)

[第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物保險 59](#_Toc141625138)

[第 10 節 藥物安全與用藥管理的計劃 62](#_Toc141625139)

[第 4 章： *對於 D 部分處方藥您須支付的費用* 65](#_Toc141625140)

[第 1 節 簡介 66](#_Toc141625141)

[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 70](#_Toc141625142)

[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 70](#_Toc141625143)

[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 72](#_Toc141625144)

[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 73](#_Toc141625145)

[第 6 節 承保缺口階段的費用 79](#_Toc141625146)

[第 7 節 在重大傷病承保階段期間，本計劃將為您的 D 部分承保藥物支付全部費用 79](#_Toc141625147)

[第 8 節 附加福利資訊 80](#_Toc141625148)

[第 9 節 D 部分疫苗。您支付的費用取決於您接種疫苗的方 式和地點 80](#_Toc141625149)

[第 5 章： *要求我們支付我們對您的承保藥物應承擔的費用* 83](#_Toc141625150)

[第 1 節 要求我們支付我們對您的承保藥物應承擔的費用的情況 84](#_Toc141625151)

[第 2 節 如何要求我們作出償付 85](#_Toc141625152)

[第 3 節 我們將考慮您的付款請求並作出回覆 86](#_Toc141625153)

[第 6 章： *您的權利與責任* 87](#_Toc141625154)

[第 1 節 我們的計劃必須尊重您作為計劃會員的權利和文化敏感性 88](#_Toc141625155)

[第 2 節 作為計劃會員，您應履行一些責任 93](#_Toc141625156)

[第 7 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）* 95](#_Toc141625157)

[第 1 節 簡介 96](#_Toc141625158)

[第 2 節 從何處獲取詳細資訊和個性化協助 97](#_Toc141625159)

[第 3 節 如需解決問題，應採取何種程序？ 97](#_Toc141625160)

[第 4 節 承保範圍裁決和上訴基準指引 98](#_Toc141625161)

[第 5 節 您的 D 部分處方藥：如何要求承保範圍裁決或提出上訴 100](#_Toc141625162)

[第 6 節 將您的上訴升級至第 3 級及以上 112](#_Toc141625163)

[第 7 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 114](#_Toc141625164)

[第 8 章： *終止計劃會員資格* 118](#_Toc141625165)

[第 1 節 終止計劃會員資格的簡介 119](#_Toc141625166)

[第 2 節 您何時能終止計劃會員資格？ 119](#_Toc141625167)

[第 3 節 如何終止計劃會員資格？ 122](#_Toc141625168)

[第 4 節 會員資格終止前，您必須繼續透過我們的計劃獲取藥物 124](#_Toc141625169)

[第 5 節 在特定情況下，*[Insert 2024 plan name]* 必須終止您的計劃會員資格 124](#_Toc141625170)

[第 9 章： *法律通知* 127](#_Toc141625171)

[第 1 節 有關管轄法律的通知 128](#_Toc141625172)

[第 2 節 有關非歧視的通知 128](#_Toc141625173)

[第 3 節 有關以 Medicare 作為次要付費者的代位求償權通知 129](#_Toc141625174)

[第 10 章： *重要辭彙的定義* 130](#_Toc141625175)

## 第 1 章： *會員入門*

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 節 您已參保了 *[insert 2024 plan name]*，這是一項 Medicare 處方藥計劃

您的醫療保險已獲 Original Medicare 或其他保健計劃承保，並且您已選擇透過我們的計劃*[insert 2024 plan name]* 獲得 Medicare 處方藥保險。

*[Insert 2024 plan name]* 是一項 Medicare 處方藥計劃 (PDP)。像所有 Medicare 計劃一樣，本 Medicare 處方藥計劃經 Medicare 認可並由私營公司運營。

#### 第 1.2 節 *承保範圍說明書*文件包括哪些內容？

本*承保範圍說明書*向您介紹了如何獲取您的處方藥。它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，以及如果您對裁決或治療不滿意該如何提出投訴。

詞語*承保範圍*和*承保藥物*是指您作為 *[insert 2024 plan name]* 會員可以獲得的處方藥承保。

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

如果您感到困惑、有顧慮或有疑問，請聯絡會員服務部。

#### 第 1.3 節 關於*承保範圍說明書*的法律資訊

本*承保範圍說明書*是與您簽署的有關 *[insert 2024 plan name]*如何承保您的護理服務的合約的一部分。本合約還包括您的參保表、*承保藥物清單（處方藥一覽表）*以及我們向您提供的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 2024 年 1 月 1 日到 2024 年 12 月 31 日之間，您是 *[insert 2024 plan name]* 參保人的那些月份有效。

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 2024 年 12 月 31 日之後變更 *[insert 2024 plan name]* 的費用和福利。我們也可在 2024 年 12 月 31 日之後選擇在您的服務區域停止提供計劃。

Medicare（Medicare 與 Medicaid 服務中心）每年必須批准 *[insert 2024 plan name]*。只要我們選擇繼續提供計劃並且 Medicare 續批了計劃，您就可每年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：*

* 您加入了 Medicare A 部分或 Medicare B 部分（或同時加入兩者）
* – *並且* – 您是美國公民或在美國合法居留
* *– 並且 –* 您居住於我們的地理服務區域（下面的第 2.2 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，只要從 1999 年 1 月以前至今未搬遷，您仍具備資格。] 被監禁的人不被視為居住在地理服務區域，即使他們實際位於該地理服務區域。

#### 第 2.2 節 以下是 *[insert 2024 plan name]* 的計劃服務區域

*[Insert 2024 plan name]* 僅提供給居住在我們計劃服務區域的個人。為保持我們計劃會員的身份，您必須持續居住在此服務區域內。服務區域在 [*insert as appropriate:* 下面 *OR* 本*承保範圍說明書*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. Examples of the format for describing the service area are provided below:*   
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]*]

[*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 this paragraph.]*

如果您計劃搬出服務區域，則您不能繼續成為本計劃的會員。請致電會員服務部，瞭解我們是否在您新搬至的地區內提供計劃。搬家後，您將有一段特殊參保期，使您可以轉而使用 Original Medicare 或參加您所在的新地區提供的 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 2.3 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 2024 plan name]* 您在此基礎上是否仍符合會員資格*。*如果您不符合此要求，*[Insert 2024 plan name]* 必須將您退保。

### 第 3 節 您將收到的重要會員資料

#### 第 3.1 節 您的計劃會員卡

作為計劃會員，當您獲取網絡內藥房的處方藥時，請務必使用計劃會員卡。您應向醫療服務提供者出示您的 Medicaid 卡（如適用）。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).]*

請始終隨身攜帶您的會員卡，並記住於獲取承保藥物時出示。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。

您可能需要使用您的紅白藍 Medicare 卡來獲取 Original Medicare 項下的承保醫療護理和服務。

#### 第 3.2 節 藥房目錄

藥房目錄列出了我們的網絡內藥房。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。您可以利用藥房目錄來尋找您想要使用的網絡內藥房。有關什麼情況下可以使用計劃網絡外藥房的資訊，請參閱第 3 章第 2.5 節。

[*Insert if plan has pharmacies that offer preferred cost sharing in its network:藥房目錄*也將介紹我們網絡中的哪些藥房提供首選分攤費用，對於某些藥物，首選分攤費用可能低於其他網絡內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。您也可以透過我們的網站 *[insert URL].* *[Plans may add detail describing additional information about network pharmacies available from Member Services or on the website.]* 取得此資訊。

#### 第 3.3 節 計劃的承保藥物清單*（處方藥一覽表）*

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 部分處方藥由 *[insert 2024 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 2024 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。

我們將為您提供一份「藥物清單」。[*Insert if applicable:*我們為您提供的「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。] 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。

### 第 4 節 您的 *[insert 2024 plan name]* 的每月費用

您的費用可能包括以下內容：

* 計劃保費（第 4.1 節）
* Medicare B 部分月繳保費（第 4.2 節）
* D 部分逾期參保罰金（第 4.3 節）
* 按收入每月調整保費（第 4.4 節）

在某些情況下，您的計劃保費可能更少

*[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 這項計劃]。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:*已隨附 *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」。

收入不同的人士，其 Medicare B 部分和 D 部分的保費也會有所不同。如果您對這些保費有疑問，請查看 *2024 年 Medicare 與您*手冊的「2024 年 Medicare 費用」一節。如果您需要一份副本，您可以從 Medicare 網站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) 下載。也可以隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 預訂印刷版本。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

#### 第 4.1 節 計劃保費

作為我們計劃的會員，您需支付月繳計劃保費。[*Select one of the following：*2024 年的 *[insert 2024 plan name]* 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保費金額。*OR* *[insert 2024 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]*.]

[Plans with no premium should replace the preceding paragraph with:您不需要為 *[insert 2024 plan name]* 單獨支付月繳計劃保費。]

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

#### 第 4.2 節 Medicare B 部分月繳保費

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，]**您必須繼續支付您的 Medicare 保費才能保留計劃的會員資格。**這包括您的 B 部分保費。它還可能包括 A 部分保費，那些不符合免繳 A 部分保費的會員需要交納這部分費用。

#### 第 4.3 節 D 部分逾期參保罰金

一些會員需要支付 D 部分**逾期參保罰金**。D 部分逾期參保罰金是附加的保費，即如果在您的初始參保期結束後的任何時間，如果您連續 63 天或更長時間沒有獲得 D 部分或其他有信譽度的處方藥承保，則必須為 D 部分保險支付的保費。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。逾期參保罰金的金額取決於您未參保 D 部分保險或其他有信譽度的處方藥保險的時間。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或季度保費中。*[Plans that do not allow quarterly premium payments, omit the quarterly portion of the sentence above.]* 當您首次參保 *[insert 2024 plan name]* 時，我們會告知您該筆罰款的金額。[*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。]

[*Plans with no plan premium, delete the first sentence in the paragraph above and continue with the remainder of the paragraph.*]

如果出現以下情況，您**無需**支付逾期參保罰金：

* 您取得 Medicare 的「額外補助」來協助支付您的處方藥費用。
* 您失去有信譽度保險的時間未達連續 63 天。
* 您已透過前雇主、工會、TRICARE 或退伍軍人事務部等其他來源獲得了有信譽度的藥物承保。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。
  + **註：**所有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。
  + **註：**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。

**該筆罰款的金額由 Medicare 決定。**計算情況如下：

* 如果在您首次有資格參加 D 部分後，您連續 63 天或更長時間沒有 D 部分或其他有信譽度的處方藥保險，該計劃會將您沒有保險的完整月數計算在內。罰款金額為每月基礎保費的 1% 乘以您未擁有任何有信譽度的保險的月數。例如，您有 14 個月沒有保險，則罰款為 14%。
* 接著，Medicare 參考去年決定全國的 Medicare 藥物計劃平均月繳保費金額。[*Insert EITHER:* 在 2024 年，此平均保費金額為 $*[insert 2024 national base beneficiary premium]* *OR* 在 2023 年，此平均保費金額為 $*[insert 2023 national base beneficiary premium]*。此金額在 2024 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]*。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。
* 第二點，只要您仍然參保提供 Medicare D 部分藥物福利的計劃，**您就要繼續每月支付罰金**（即使您變更計劃）。
* 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。

**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對其進行審核。**通常，您必須在收到告知您必須支付逾期參保罰金的第一封信函後的 **60 天內**請求此審核。但是，如果您在加入本計劃前就已經在支付罰金，您將無法再提出逾期參保罰金審核請求。

[*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 4.4 節 按收入每月調整保費

一些會員可能需要支付額外費用，稱為 D 部分按收入每月調整保費，也稱為 IRMAA。這筆額外費用透過使用您 2 年前的 IRS 納稅申報表上的調整後總收入計算得出。如果這個金額超過一定金額，您將需支付標準保費金額和額外的 IRMAA。如需瞭解您是否因收入而需支付額外金額，請瀏覽 <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>。

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。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。如果您不支付這筆額外金額，您將退出計劃並失去處方藥保險。**

如果您不同意支付額外金額，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（聽障專線 1-800-325-0778）。

### 第 5 節 關於月繳保費的更多資訊

#### 第 5.1 節 您可以使用多種方式支付計劃保費

*[Plans indicating in Section 4.1 that there is no monthly premium: Rename this section:*若您須支付 D 部分逾期參保罰金，我們有幾種罰款支付方式可供您選擇，*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 without a monthly premium: Replace the preceding two paragraphs with the following:* 您可以使用 *[insert number of payment options]* 種方式支付這筆罰款。*[Plans must indicate how the member can inform the plan of the procedure for changing that choice.]*

選項 1：透過支票支付

*[Insert plan specifics regarding premium/penalty payment intervals (e.g., monthly, quarterly- please note that members 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 option.*

*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 members 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 members who use direct payment electronic payment methods is prohibited.]*

*[Include the option below only if applicable. SSA only deducts plan premiums below $300.]*

選項 *[insert number]*：在您的月度社會保險支票中扣除保費

**變更您支付 [plans with a premium insert: 計劃保費] [plans without a premium insert: D 部分逾期參保罰金]的方式。**如果您決定更改支付[*plans with a premium insert:* 計劃保費] [*plans without a premium insert:*D 部分逾期參保罰金]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[*plans with a premium insert:* 計劃保費] [*plans without a premium insert:*D 部分逾期參保罰金]。若要更改您的支付方式，*[Plans must indicate how the member can inform the plan of the procedure for changing that choice.]*

如果您在支付計劃保費上有困難該如何做

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

您的計劃保費應在 *[insert day of the month]* 之前向我們的辦公室支付。*[Plans with no premium:* 若您須支付 D 部分逾期參保罰金，則應於 *[insert day of the month]* 之前向我們的辦公室支付該筆罰金。如果我們在 *[insert day of the month]* 之前未收到您的保費，我們將發給您一份通知，告知您，如果我們在 *[insert length of plan grace period]* 之內未收到您的保費款項，您的計劃會員資格將終止。

如果您按時支付保費有困難，請聯絡會員服務部，看看我們能否向您介紹對您支付計劃保費有幫助的計劃。

如果我們因為您未支付保費而終止了您的會員資格，您將透過 Original Medicare 獲得健康保險。另外，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。（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，您可能仍欠我們費用，即您未支付的保費。[*Insert one or both statements as applicable for the plan:*我們有權追收欠繳的金額。*AND/OR* 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），您將需要先付清欠款，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，您可以提出投訴（也稱為申訴）；請參閱第 7 章瞭解如何提出投訴。如果您遇到無法控制的緊急情況並導致您無法在寬限期內支付自己的 [*plans with a premium insert:* 計劃保費] [*plans without a premium insert:* D 部分逾期參保罰金（如有欠繳）]，您可以提出投訴。若您提出投訴，我們將再次審核我們的裁決。本文件的第 7 章第 7 節介紹了如何提出投訴，或者您可以致電 *[insert phone number]* 聯絡我們，服務時間為：*[insert hours of operation]*。聽障人士可致電*[insert TTY number]*。您必須於會員資格終止後 60 天內提出要求。

#### 第 5.2 節 我們能否在一年中更改您的月繳計劃保費？

**不能。**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。

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」計劃的細節。

### 第 6 節 及時更新您的計劃會員記錄

*[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。

計劃網絡內的藥劑師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。

**請告知我們以下變化：**

* 您的姓名、地址或電話號碼的變化
* 您的任何其他醫療或藥物保險的變化（例如您的雇主、配偶或同居伴侶的雇主、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
* 如果您指定的責任方（例如護理者）發生了變化

如果這些資訊有任何變化，請致電會員服務部告知我們 *[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。

### 第 7 節 其他保險如何與我們的計劃配合運作

其他保險

*[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物保險承保的資訊。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。這稱為**福利協調**。

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或藥品保險承保情況。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。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。

當您有其他保險（如雇主團體健康保險）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。如果您有其他保險，請告知您的醫生、醫院和藥房。

以下規則適用於雇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、雇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，並且雇主的員工數多於等於 100 人或多個雇主計劃中至少一家雇主的員工數多於 100 人，則您的團體保健計劃先支付。
  + 如果您已過 65 歲、您或您的配偶或同居伴侶仍在工作，並且雇主的員工數多於或等於 20 人，或多個雇主計劃中至少一家雇主的員工數多於 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、雇主團體保健計劃和/或 Medigap 支付之後進行支付。

## 第 2 章： *重要的電話號碼和資源*

### 第 1 節 *[Insert 2024 plan name]* 聯絡人 （如何聯絡我們，包括如何聯絡會員服務部）

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 2024 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。 |
| **聽障專線** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:*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。*[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 D coverage determinations, appeals, and/or complaints, you may combine the appropriate sections below.]*

當您請求作出承保範圍裁決或上訴時，如何聯絡我們

承保範圍裁決是指我們針對您的承保範圍，或我們就您的 D 部分處方藥支付的金額所作出的裁決。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。有關請求關於您的 D 部分處方藥的承保範圍裁決或上訴的詳細資訊，請參見第 7 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 | **有關 D 部分處方藥的承保範圍裁決和上訴 – 聯絡資訊** |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number]*  撥打此號碼 *[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 coverage determinations, also include that number here.]* |
| **聽障專線** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:*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。*[Insert days and hours of operation] [****Note****: If you have a different TTY number for accepting expedited coverage determinations, also include that number here.]* |
| **傳真** | *[Optional: insert fax number] [****Note****: If you have a different fax number for accepting expedited coverage determinations, also include that number here.]* |
| **寫信** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have a different address for accepting expedited coverage determinations, also include that address here.]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **網站** | *[Optional:* *Insert URL]* |

提出投訴時，如何聯絡我們

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。有關提出投訴的詳細資訊，請參見第 7 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 | 投訴 – 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number]*  撥打此號碼 *[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.]* |
| **聽障專線** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:*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。*[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.]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **Medicare 網站** | 您可直接向 Medicare 提出有關 *[insert 2024 plan name]* 的投訴。要向 Medicare 提交線上投訴，請瀏覽 [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)。 |

如要我們就您已獲得的藥物支付我們應承擔的費用，應將請求遞交至何處

承保範圍裁決程序對如下請求進行裁決：包括對您已獲得的藥物要求我們支付應承擔的費用提出請求。如果您收到了賬單或已為藥物付費（例如藥房賬單），但您認為這應由我們支付，您可能需要向計劃申請報銷或支付該藥房賬單，請參見第 5 章（*要求我們對您收到的承保藥物賬單支付應承擔的費用*）。

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。請參見第 7 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。

| 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[*insert if applicable:*不]是免費的。 |
| **聽障專線** | *[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:*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。*[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]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **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 處方藥計劃（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** | [www.Medicare.gov](http://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、醫師、居家護理機構和透析設施的資訊。它提供了一些可以直接從電腦列印的文件。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 資格和參保選項的詳細資訊：   * **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。 |
| **網站（續）** | 您也可使用網站將您對 *[insert 2024 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 2024 plan name]* 的投訴。要向 Medicare 提出投訴，請前往 [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://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。他們將在網站上查找資訊，並與您一起查看資訊。（您可致電  1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，全天候服務。聽障人士可致電 1-877-486-2048。） |

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

*[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 refer to that exhibit below.]*

州健康保險援助計劃 (SHIP) 是一項政府計劃，在每個州都有受過培訓的顧問。. *[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 被稱為 *[insert state-specific SHIP name]*。

*[Insert state-specific SHIP name]* 是一項獨立的州計劃（與任何保險公司或保健計劃都沒有關係），由聯邦政府出資為 Medicare 受保人提供本地免費健康保險諮詢。

*[Insert state-specific SHIP name]* 顧問可以幫您瞭解您的 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]* 顧問還可以幫助您解決與 Medicare 有關的疑問或問題，以及幫助您瞭解您的 Medicare 計劃選擇並回答有關轉換計劃的問題。

| 存取 SHIP 及其他資源的方法： |
| --- |
| 請瀏覽 <https://www.shiphelp.org>（點擊頁面中間的 SHIP LOCATOR（物流查詢））  點擊首頁中間的「**Talk to Someone」（與某人交談）**  您現在有以下選項  選項 1：您可以**與 1-800-MEDICARE 代表進行即時聊天**   * + - * 選項 2：您可以從下拉式方塊中選擇您的 **STATE** 並按一下 GO。此頁將包含您所在州特定的電話號碼和資源。 |

| 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)]* |
| **聽障專線** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* 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。] |
| **寫信** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **網站** | *[Insert URL]* |

### 第 4 節 品質改進機構

*[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 refer to that exhibit below.]*

每個州均有為 Medicare 受益人服務的指定品質改進機構。*[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.]*在 *[insert state]*，品質改進機構被稱為 *[insert state-specific QIO name]*。

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

如要就您獲得的護理品質提出投訴，您應聯絡 *[insert state-specific QIO name]*。例如，如果您收到的藥物不對，或收到的藥物之間會產生不良的交互作用，您可以聯絡 *[insert state-specific QIO name]*。

| 方法 | *[Insert state-specific QIO name]* [*If the QIO’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]*’s 品質改進機構]）– 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **聽障專線** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the QIO uses a direct TTY number:* 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。] |
| **寫信** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **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和合法永久性居民符合 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。要申請加入 Medicare ，您必須致電社會保障局或造訪您當地的社會保障辦事處。

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。  服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 7 點。  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。  服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 7 點。 |
| **網站** | [www.ssa.gov/](http://www.ssa.gov/) |

### 第 6 節 Medicaid

*[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 refer 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產有限的人士支付醫療費用。某些 Medicare 受保人也符合 Medicaid 的資格。Medicaid 提供的計劃幫助 Medicare 受保人支付其 Medicare 費用，比如 Medicare 保費。這些 **Medicare 節省計劃**包括：

* **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]*’s Medicaid 計劃）] – 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **聽障專線** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the state Medicaid program uses a direct TTY number:* 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。] |
| **寫信** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **網站** | *[Insert URL]* |

### 第 7 節 與協助支付處方藥的計劃有關的資訊

Medicare.gov 網站 (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) 提供有關如何降低處方藥費用的資訊。對於收入有限的人士，還有其他計劃可以提供補助，如下所述。

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和共同保險。此「額外補助」同時也可計入您的自付費用中。

如果您自動符合「額外補助」的資格，Medicare 將寄送一封信函給您。您無需自行申請。如果您未自動符合資格，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）；
* 社會保障局辦事處，電話 1-800-772-1213，服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 7 點。聽障人士可致電 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，可幫助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，則可幫助您將此證明提供給我們。

* *[****Note****: Insert plan’s process for allowing members 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。如果您有任何問題，請聯絡會員服務部。

[*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。聽障人士可致電 1-877-486-2048。您還可瀏覽 [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)，瞭解更多資訊。]

**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.]*

許多州和美屬維爾京群島提供補助，以供支付處方藥、藥物計劃保費和/或其他藥物費用。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），對於承保的原廠藥，您仍可以獲得 70% 的折扣。本計劃還會在承保缺口階段為原廠藥支付 5% 的費用。本計劃提供的 70% 的折扣和所支付的 5% 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 藥物協助計劃 (ADAP) 承保會怎樣？**  
**什麼是 AIDS 藥物協助計劃 (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。同樣在 ADAP 處方藥一覽表上的 Medicare D 部分處方藥有資格透過 *[insert State-specific ADAP information]*。獲得處方藥分攤費用補助。**請注意：**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。

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 refer 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為 *[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]* |
| **聽障專線** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SPAP uses a direct TTY number:* 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。] |
| **寫信** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **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。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。

| 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。  按「0」可接通鐵路職工退休委員會 (RRB) 代表，其服務時間為週一至週五的上午 9 點至下午 3:30 點（週三除外，該天的服務時間為上午 9 點至中午 12 點）。  按「1」則會接通 RRB 自動應答服務熱線，您可以利用此專線查詢一些資訊記錄，服務時間包括週末與節假日。 |
| **聽障專線** | 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** | [rrb.gov/](https://rrb.gov/) |

### 第 9 節 您是否有團體保險或雇主提供的其他健康保險？

如果您（或您的配偶或同居伴侶）因本計劃而從您的（或您配偶或同居伴侶的）雇主處或退休人士團體處獲得福利，在您有任何疑問時，請致電雇主/工會福利管理員或會員服務部。您可以諮詢有關您的（您配偶或同居伴侶的）雇主或退休人士健康福利、保費或參保期的問題。（會員服務部電話號碼印在本文件封底。）您也可致電 1-800-MEDICARE  
（1-800-633-4227；聽障專線：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。

如果您有透過您的（或您的配偶或同居伴侶的）雇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： *使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保*

### 第 1 節 簡介

本章**說明使用您 D 部分藥物承保範圍的規則。**

除了您透過我們計劃獲得的 D 部分藥物保險，Original Medicare（Medicare A 部分和 B 部分）也承保某些藥物：

* Medicare A 部分承保您在 Medicare 承保的住院或入住專業護理機構期間接受的藥物。
* Medicare B 部分也為部分藥物提供福利。B 部分藥物包含某些化療用藥、某些您在診室就診時接受的藥物注射，以及您在透析機構接受的藥物。

上述範例的兩種藥物由 Original Medicare 承保。（要瞭解更多關於該保險的資訊，請參閱您的 *2024 年 Medicare 與您*手冊。）您的 D 部分處方藥由我們計劃承保。

#### 第 1.1 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、牙醫或其他處方醫生）為您開立處方，處方在適用的州法律下必須有效。
* 您的處方醫生不在 Medicare 的排除或除外名單中。
* 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:* 或透過計劃的郵購服務] 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:*或透過本計劃的郵購服務] 配取處方藥

#### 第 2.1 節 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」上的 D 部分處方藥。

#### 第 2.2 節 網絡內藥房

如何尋找您當地的網絡內藥房？

要查找網絡內藥房，您可以查看您的*藥房目錄*，瀏覽我們的網站 *[insert URL]* 和/或致電會員服務部。

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:*我們的一些網絡內藥房提供首選分攤費用，可能低於提供標準分攤費用的藥房的分攤費用。*藥房目錄*將告訴您哪些網絡內藥房提供首選分攤費用。您可以聯絡我們瞭解更多有關不同藥物的自付費用有何不同的資訊。]

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，建議您改為其他網絡或首選藥房（如果可用）。]如要尋找您當地的另一間藥房，您可以致電會員服務部或使用*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？

有些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，LTC 機構（如療養院）擁有自己的藥房。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。（**註：**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。

#### 第 2.3 節 使用本計劃的郵購服務

*[Omit section 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:*對於某些種類的藥物，您可以使用該計劃的網絡郵購服務。通常，您定期服用的藥物、慢性或長期病情的藥物可透過郵購服務購買。[*Insert if plan marks mail-order drugs in formulary:*這些藥物在我們的「藥物清單」中被標記為**郵購藥物**。] [*Insert if plan marks non-mail-order drugs in formulary:*不可透過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：****至少* [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**]。

*[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] 關於透過郵寄配取處方藥的資訊，*[insert instructions]*。

通常，郵購藥房的訂單會在 [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 will automatically process new prescriptions consistent with the policy described in the December 12, 2013, HPMS memo and 2016 Final Call Letter; and ii) whether the sponsor offers an optional automatic refill program consistent with policy described in the 2020 Final Call Letter.* *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:*** *Sponsors that* ***do not*** *automatically process new prescriptions from provider offices, 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。每次藥房聯絡您時，您都應作出回覆，以便讓他們知道是否要發運、延發或停發新處方藥物，這一點非常重要。]

[***Option 2:*** *Sponsors that* ***do*** *automatically process new prescriptions from provider offices, 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。每次藥房聯絡您時，您都應作出回覆，以便讓他們知道是否要發運、延發或停發新處方藥物，這一點非常重要。*[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。**對於重新配取藥物，請在您現有的處方藥將用完前 *[insert recommended number of days]* 天聯絡您的藥房，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，您可選擇參加一項自動重配計劃 [*optional：*called *insert name of auto-refill program*]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，但仍希望郵購藥房向您寄送處方藥，請在您現有的處方藥將用完前 *[insert recommended number of days]* 天聯絡您的藥房。這將確保您的郵購藥物及時送達。

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。]

如果您自動收到您不想要的郵寄處方藥，您可能有資格獲得退款。

#### 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」上的*維持*藥物，取得長期供藥（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。）

1. *[Delete if plan does not offer extended-day supplies through retail pharmacies.]* [*Insert if applicable:*部分網絡內零售藥房可 [*insert if applicable:*（提供首選分攤費用）] [*insert if applicable:*] 以 [*insert as appropriate:* 較低 *OR* 郵購] 分攤費用，為您提供長期維持藥物供應。[*Insert if applicable:*其他零售藥房可能不會同意接受 [*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。您亦可致電會員服務部瞭解更多資訊。
2. *[Delete if plan does not offer mail-order service.]*您還可以透過我們的郵購計劃獲得維持藥物。請參見第 2.3 節瞭解更多資訊。

#### 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。]**請先洽詢會員服務部**，以確定附近是否有網絡內藥房。您很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。

在以下情形下，我們可能會承保於網絡外藥房購買的處方藥。

*[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).]*

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 5 章第 2 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

本計劃有一份*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。該清單符合 Medicare 的要求並已獲得 Medicare 批准。

「藥物清單」僅列出由 Medicare D 部分承保的藥物。

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*：

* 經美國食品藥物管理局批准可用於診斷結果或疾病（經處方）。
* *– 或 –* 由某些參考資料提供支持，例如 American Hospital Formulary Service Drug Information 和 DRUGDEX Information System。

*[Plans that are not offering indication-based formulary design should delete this section]*部分藥物對於某些疾病可享受承保，但對於其他疾病則被視為非處方藥一覽表藥物。從我們的「藥物清單」和 Medicare 計劃搜尋器中可找到這些藥物，同時註明所承保的特定疾病。

*[Insert either of the two sentences:*「藥物清單」同時包含原廠藥與副廠藥。*OR* 「「藥物清單」包含原廠藥、副廠藥和生物仿製藥」。*]*

原廠藥是一種處方藥，以藥物製造商擁有的商標名稱進行銷售。比典型藥物（例如，基於蛋白質的藥物）更複雜的原廠藥稱為生物製品。在「藥物清單」上，當我們提到*藥物*時，可能是指藥品或生物製品。

副廠藥是一種和原廠藥具有相同活性成分的處方藥。[*Insert if applicable:*由於生物製品比典型藥物更複雜，因此它們沒有副廠版本，而是具有稱為生物仿製藥的替代藥物。]一般來說，副廠藥[*Insert if applicable:*和生物仿製藥] 與原廠藥 [*Insert ifapplicable*或生物製品] 藥效相同，而且通常成本更低。許多原廠藥皆有副廠藥可供替代。[*Insert if applicable:*某些生物製品有生物仿製藥可供替代]。

[*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。如需瞭解更多資訊，請致電會員服務部。]

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）。
* 還有一些情況則是，我們決定不將某種特定的藥物包含在「藥物清單」內。在某些情況下，您可能可以獲得不在「藥物清單」上的藥物。有關詳細資訊，請參見第 7 章。

#### 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 4 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 [*insert*: 郵寄給您] OR [*insert*:以電子方式提供]的最新「藥物清單」。[*Insert if applicable:*（請注意：我們提供的「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. 瀏覽計劃的網站 (*[insert URL]*)。該網站上的「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。
4. 使用計劃的「即時福利工具」(*[insert URL]*或致電會員服務部）。您可以使用此工具搜尋「藥物清單」上的藥物，以預先估算您需支付的費用以及「藥物清單」上是否有可治療相同病症的替代藥物。*[Plans may insert additional information about the Real-Time Benefit Tool such as rewards and incentives which may be offered to enrollees who use the “Real-Time Benefit Tool.”]*
5. *[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，來協助您和您的提供者最有效地使用藥物。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」。

請注意，有時某種藥物可能在「藥物清單」上多次出現。這是因為相同藥物可能因您的醫療服務提供者開出藥物的規格、份量或劑型而有所不同，並且不同版本的藥物可能適用不同的限製或分攤費用（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？

下節將介紹關於我們對某些藥物使用的限制類型。

**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。**請聯絡會員服務部，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處理。我們不一定會同意為您豁免該限制。（參見第 7 章。）

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

在有副廠藥 [*insert as applicable:*或可互換的生物仿製藥] 可用時對原廠藥[*Insert as applicable:*或原廠生物製品] 進行限制

通常，**副廠**藥 [*Insert as applicable: or interchangeable biosimilar]* 和原廠藥[*Insert as applicable: or original biological product]*的藥效相同，並且費用較低。[[*Insert as applicable:***大多數情況下，當** *OR* **在] 原廠藥****[*Insert as applicable:或原廠生物製品****]* **有其副廠藥**[*Insert as applicable:* ***或可互換的生物仿製藥****]* **可用時，我們的網絡內藥房將會為您提供副廠藥****[*Insert as applicable:或可互換的生物仿製藥****]* **，而不是原廠藥****[*Insert as applicable:或原廠生物製品****]***。**但是，如果您的提供者 [*insert as applicable:* 已告訴我們在醫學上副廠藥 [*insert as applicable:*或可互換的生物仿製藥] 對您不起效的理由 *OR* 已書面說明：在您的處方上註明某種原廠藥[*Insert as applicable:* 或原廠生物製品]「無替代藥物」*OR* 告訴我們在醫學上副廠藥 [*insert as applicable:* 可互換的生物仿製藥]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[*Insert as applicable*:或原廠生物製品]。（對於原廠藥 [*insert as applicable:* 或原廠生物製品]，您所承擔的費用可能高於副廠藥[*insert as applicable:* 或可互換的生物仿製藥]。）]

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**。這是為了確保用藥安全，幫助指導適當使用某些藥物。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通常療效相同的藥物。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 對您不起效，則本計劃將會承保藥物 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，我們會限制您每次配取處方藥時可獲得的藥物數量。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 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

在某些情況下，您正在使用的處方藥或您和您的提供者認為您應該使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，如第 4 節所述。
* *[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。
* 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。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]*如果您的藥物所在的分攤費用等級使得您的費用高於您認為其應有的費用，請參見第 5.3 節瞭解您可以採取哪些措施。

#### 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，您有以下選項：

* 您可能可以取得該藥物的臨時性供藥。
* 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，計劃必須提供您已經在服用的藥物的臨時性供藥。這種臨時性供藥讓您有時間與您的提供者討論承保範圍的變化，並決定接下來應該怎麼做。

要符合獲得臨時性供藥的資格，您一直在服用的藥物**必須不再列於計劃的「藥物清單」上，**或者**目前受到了某些限制**。

* **如果您是新會員，**在您成為本計劃會員後的前 ***[insert time period (must be at least 90 days)]*** 天內，我們將承保您藥物的臨時性供藥。
* **如果您去年參保了本計劃，**在該日曆年的前 [*insert time period (must be at least 90 days*)] 天內，我們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 the number of days in the plan’s one-month 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 the number of days in the plan’s one-month supply)]* 的藥物。處方藥必須在網絡內藥房配取。（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)]* 的緊急供藥，如果您的處方天數少於此數，則會承保少於該天數的藥量。這是除了上述臨時性供藥之外的供藥。

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

有關臨時性供藥的問題，請致電會員服務部。

在您使用臨時性供藥期間，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。您有兩個選擇：

1) 您可以更換成另一種藥物

與您的提供者討論是否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。

2) 您可以要求例外處理

您和您的提供者可以要求計劃作出例外處理，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，我們將在新年前告知您關於藥物的任何變更。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（或您的處方醫生的支持聲明）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 7 章第 5.4 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，請與您的提供者討論。可能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。

您可以要求例外處理

您和您的提供者可以要求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 7 章第 5.4 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 the plan designated one of its tiers as a specialty tier for unique/high-cost drugs and is exempting that tier from the exceptions process:*我們的 *[insert tier number and name of the tier designated as the specialty tier]* 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。]

[*Insert if the plan* *designated two of its tiers as specialty tiers, such that one of the specialty tiers is a preferred specialty tier with lower cost sharing relative to the other specialty tier and is exempting both of those tiers from the exceptions process to lower (non-specialty) tiers*:我們的 [*insert tier number and name of tier designated as the higher cost-sharing specialty tier*] 藥物不符合此類 [*insert tier number and name of the tier designated as the preferred specialty tier*] 例外處理的資格。但是，我們的 [*insert tier numbers and names of two tiers designated as specialty tiers*] 藥物不符合此類 [*insert tier numbers and names of the non-specialty tiers below the tiers designated as specialty tiers*] 例外處理的資格。

### 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」作出一些更改。例如，計劃可能：

* **新增藥物至「藥物清單」，或從中移除藥物。**
* *[Plans that do not use tiers may omit]***提高或降低藥物的分攤費用等級。**
* **新增或撤銷藥物的承保範圍限制**。
* **以副廠藥來替換原廠****藥。**
* [*Insert as applicable:*以生物製品的可互換的生物仿製藥來替換原廠生物製品。]

在更改計劃的「藥物清單」之前，我們必須遵守 Medicare 的要求。

#### 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？

關於更改藥物承保範圍的資訊

如果「藥物清單」發生更改，我們會在網站上發佈有關更改的資訊。我們還會定期更新我們的線上「藥物清單」。下面我們會說明，如果您正在使用的藥物發生更改，您會直接收到通知的情況。

在當前計劃年度內影響您的藥物承保範圍的更改

*[Plan sponsors that otherwise meet all requirements and want the option to immediately replace brand name drugs with their new generic equivalents should insert A directly below and insert a clause on generics not new to market in the section on other changes to the “Drug List.” Plan sponsors that will not be using the option to make immediate substitutions of new generic drugs should insert B.]*

[***A. Advance General Notice that plan sponsor may immediately substitute new generic drugs:*** *In order to immediately replace brand name drugs with new therapeutically equivalent generic drugs (or change the tiering or the restrictions, or both, applied to a brand name drug after adding a new generic drug), plan sponsors that otherwise meet the requirements must provide the following advance general notice of changes:*

* **新的副廠藥取替了「藥物清單」中的原廠藥（或者我們更改了原廠藥的分攤費用等級或對其增設限制，或是同時更改了原廠藥的分攤費用等級並對其增設限制）** 
  + 如果我們用同一藥物新批准的副廠藥替換原廠藥，則可能會立即刪除我們「藥物清單」上的原廠藥。這種副廠藥將出現在相同或更低的分攤費用等級上，並具有相同或更少的限制。在加入新副廠藥時，我們可能會決定將該原廠藥保留在「藥物清單」上，但會立即將其移至更高的分攤費用等級或增設限制，或是同時將其移至更高的分攤費用等級並增設限制。
  + 在作出更改之前，我們可能不會提前通知您，即使您正在使用該原廠藥也不例外。如果我們作出更改時您正在使用該原廠藥，我們將向您提供有關具體更改的資訊。這些資訊也包括您可能需要採取的行動，以申請例外處理，獲得該原廠藥的承保。在我們作出更改前，您可能不會收到此通知。
  + 您和您的處方醫生可以要求我們作出例外處理，並繼續為您承保該原廠藥。有關如何請求例外處理的資訊，請參見第 7 章。

**[*B. Information on generic substitutions for plan sponsors that will not be immediately substituting new generic drugs.*** *Plan sponsors that will not be making any immediate substitutions of new generic drugs should insert the following:*

* **副廠藥** **[*Insert as applicable:*或可互換的生物仿製藥] 取代了「藥物清單」中的原廠藥（或者我們更改了原廠藥的分攤費用等級或對其增設限制，或者同時作出這兩種變更）** 
  + 如果我們用同一藥物的副廠藥替換了原廠藥 [*Insert as applicable:*或用同一生物製品的可互換的生物仿製藥替換了生物製品]，可能會從「藥物清單」上刪除該原廠藥 [*Insert as applicable:*或原廠生物製品]。在新增副廠藥 [*Insert as applicable*或可互換的生物仿製藥]時，我們可能會決定將該原廠藥 [*Insert as applicable:*或原廠生物製品]保留在「藥物清單」上，但會提高其分攤費用等級或增設限制，或者同時作出這兩種變更。
  + 如果您正在使用的原廠藥 [*Insert as applicable:*或原廠生物製品]被副廠藥 [*Insert as applicable*或可互換的生物仿製藥]取代或被提高了分攤費用等級，我們必須至少提前 30 天通知您，或向您通知此變更並就該項原廠藥給予您 *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one-month supply)]* 天份量的原廠藥 [*Insert as applicable:*或原廠生物製品]重新配藥。
  + 收到此變更通知後，您應和您的提供者一起準備轉換到副廠藥 [*Insert as applicable*或可互換的生物仿製藥]或不同的承保藥物。
  + 您和您的處方醫生可以要求我們作出例外處理，並繼續為您承保該原廠藥 [*Insert as applicable:* 或原廠生物製品]。有關如何請求例外處理的資訊，請參見第 7 章。

*[All plan sponsors should include the remainder of this section, with applicable clause noted below.]*

* **「藥物清單」上的不安全藥物和其他藥物退出市場**
  + 有時某種藥物可能因被認為不安全或因其他原因下市。如果發生這種情況，我們可能會立即將該藥自「藥物清單」中移除。如果您正在使用該藥，我們會立即告訴您。
  + 您的處方醫生也將得知此情況，並可和您一起尋找另一種適合您的病情的藥物。
* **「藥物清單」中藥物的其他變更** 
  + 一年之後，我們可能會作出其他變更，並可能會影響您正在使用的藥物。例如，*[plan sponsors that want the option to immediately substitute new generic drugs insert:*我們可能會新增一種已上市一段時間的副廠藥，以取代「藥物清單」上的原廠藥，或者更改原廠藥的分攤費用等級或對其增設限制，或者同時作出這兩種變更。我們也*] OR [plan sponsors that will not be making immediate generic substitutions insert:* *我們]*會根據 FDA 的包裝警告或 Medicare 認可的新臨床指引作出變更。
  + 如作出此類變更，我們必須至少提前 30 天通知您，或給您發出變更通知並就您正在使用的藥物給予您 *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one-month supply)]* 天的網絡內藥房重新配藥。
  + 收到此變更通知後，您應和您的處方醫生一起準備轉換到不同的承保藥物，或者滿足您正在使用的藥物的任何新限制。
  + 您或您的處方醫生可以要求我們作出例外處理，並繼續為您承保該藥。有關如何請求例外處理的資訊，請參閱第 7 章。

在本計劃年度內對您沒有影響的「藥物清單」更改

我們可能會對「藥物清單」進行上面沒有提到的更改。在這種情況下，這類更改不會影響作出更改時您正在使用的藥物；但是，如果您繼續留在相同的計劃裡，那麼這些更改可能會從下一個計劃年度的 1 月 1 日起開始影響您。

一般而言，在當前計劃年度不會影響您的變更包括：

* *[Plans that do not use tiers may omit]* 我們將您藥物的分攤費用等級提高。
* 我們對您使用的藥物施加了新的限制。
* 我們將您的藥物自「藥物清單」中移除。

您正在使用的藥物發生任何這些變更（但並非因為藥物從市場上退出，副廠藥取代了原廠藥，或上述章節所列的其他變更），則直到明年的 1 月 1 日為止，該變更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。

在當前計劃年度內，我們不會直接告訴您這些類型的更改。您將需要查看下一個計劃年度的「藥物清單」（該清單在開放參保期間內可以查看），瞭解您正在使用的藥物的任何變化是否會對您在下一個計劃年度造成影響。

### 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 [*insert if applicable:*（我們增強型藥物保險下承保的某些藥物除外）]。如果您提出上訴，並且我們發現您請求的藥物未被 D 部分排除在外，我們將支付或承保該藥物。（有關對決定提出上訴的資訊，請參見第 7 章。）

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或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。
* *非適應症使用*的承保僅在該用途受到某些參考資料支持的情況下才被允許，例如 American Hospital Formulary Service Drug Information 和 DRUGDEX Information System。

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承保範圍承保下文所列的某些藥物，您可能需要為該增強型藥物承保範圍支付額外保費。有關詳細資訊，請參見下文。）]：

* 非處方藥（也稱為成藥）
* 用於促進生育的藥物
* 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物
* 用於美容目的或促進頭髮生長的藥物
* 處方維生素與礦物質產品（產前維生素與氟化物製劑除外）
* 用於治療性功能或勃起功能障礙的藥物
* 用於治療厭食症、體重減輕或體重增加的藥物
* 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.]*您為此類藥物支付的金額不計入使您符合重大傷病承保階段資格的藥費內。（參見本文件的第 4 章第 7 節瞭解「重大傷病承保階段」。）]

[*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:***若您正在接受「額外補助」**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。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。）]

### 第 8 節 配取處方藥

#### 第 8.1 節 提供您的會員資訊

配取處方藥時，請在您選擇的網絡內藥房出示您的會員卡上的計劃會員資訊。網絡內藥房會自動向計劃收取*我們*就您的藥費應承擔的部分。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 如果您沒有帶上您的會員資訊，該如何處理？

如果您在配取處方藥時沒有帶上計劃會員資訊，您或藥房可以致電本計劃以取得必要的資訊，或者您可以要求藥房查找您的計劃參保資訊。

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 5 章第 2 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，該如何處理？

如果您住進醫院或專業護理機構，Original Medicare（或您擁有 A 部分和 B 部分承保的 Medicare 保健計劃 [如適用]）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，只要您的藥物滿足本章所述的所有承保規則，我們的計劃就會承保您的處方藥。

#### 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，或使用某個藥房為其所有的居住者提供藥物。如果您是 LTC 機構的居住者，只要該機構的藥房或其使用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*，以確認您 LTC 機構的藥房或其使用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，請聯絡會員服務部。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 藥房接受您的 D 部分福利。

如果您是長期護理 (LTC) 機構的居住者並且需要一種不在我們的「藥物清單」上或受到某些限制的藥物，該怎麼辦？

有關臨時或緊急供藥，請參見第 5.2 節。

#### 第 9.3 節 如果您正在使用由 Original Medicare 承保的藥物，該如何處理？

您加入 *[insert 2024 plan name]* 不會影響您由 Medicare A 部分或 B 部分承保的藥物。如何您符合 Medicare 的承保要求，即使您已加入本計劃，您的藥物仍由 Medicare A 部分或 B 部分承保。此外，如果您的藥物應由 Medicare A 部分或 B 部分承保，我們的計劃則無法提供承保，即使您選擇不加入 A 部分或 B 部分也不例外。

某些情況下，部分藥物可能由 Medicare B 部分承保，在其他一些情況下，則透過 *[insert 2024 plan name]* 提供承保。但是 B 部分與本計劃絕不會同時承保同種藥物。通常情況下，您的藥劑師或提供者會確定向 Medicare B 部分還是 *[insert 2024 plan name]* 收取該藥物的費用。

#### 第 9.4 節 如果您擁有附帶處方藥保險的 Medigap（Medicare 補充保險）保單，該如何處理？

如果您目前擁有包含處方藥保險的 Medigap 保單，您必須聯絡您的 Medigap 保險公司，並告訴他們您已加入我們計劃。如果您決定保留您目前的 Medigap 保單，您的 Medigap 保險公司將會從您的 Medigap 保單中移除處方藥保險部分並降低您的保費。

每年您的 Medigap 保險公司應寄給您一份通知，說明您的處方藥保險是否為有信譽度的保險，以及您對於藥物保險有哪些選擇。（如果來自 Medigap 保單的保險是有信譽度的保險，則是指該保單預計支付的平均費用至少與 Medicare 標準處方藥保險相當。）該通知還將說明，如果從您的 Medigap 保單中移除處方藥保險部分，您的保費將降低多少。如果您沒有收到該通知，或如果您找不到通知，請聯絡您的 Medigap 保險公司並再索要一份。

#### 第 9.5 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？

如果您目前有透過您的（或您的配偶或同居伴侶的）雇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。

一般來說，如果您有僱員或退休人士團體保險，您從我們這裡獲得的藥物保險將會成為您的團體保險之外的*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：

每年您的雇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。

如果來自團體計劃的保險是有信譽度的保險，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。

**請保留此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。如果您未獲得關於信譽度保險的通知，您可以向僱主或退休人士團體福利管理員，或該僱主或工會索取一份副本。

#### 第 9.6 節 如果您參加了經 Medicare 認證的善終計劃，該如何處理？

善終計劃和我們的計劃不會同時承保同一種藥物。如果您參加了 Medicare 善終計劃，並且要求獲得某些藥物（例如抗噁心、通便、止痛藥或抗焦慮藥物），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這些藥物，您在配取方配藥之前，請要求您的善終服務提供者或處方醫生提供通知。

在您撤銷所選的善終計劃或從善終機構中出院後，本計劃將如本文件所述承保您的藥物。當您的 Medicare 善終福利結束時，為了防止耽誤您獲得藥房服務，請將證明文件帶到藥房，證明您已撤銷善終服務或已出院。

### 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。

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藥物治療相同病症，所以可能不必要的藥物
* 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的成分
* 您正在使用之藥物的藥量（劑量）可能有錯
* 類鴉片止痛藥超出安全劑量

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 協助會員安全使用類鴉片藥物的藥物管理計劃 (DMP)

我們設立了一項計劃，可以幫助確保會員安全使用處方類鴉片藥物和其他經常被濫用的藥物。這項計劃稱為藥物管理計劃 (DMP)。如果您使用從多個醫生或藥房處獲得的類鴉片藥物，或者如果您近期使用了過量的類鴉片藥物，我們可能會與您的醫生商談，以確保您對類鴉片藥物的使用是適當的，而且在醫學上是必要的。在諮詢您的醫生後，如果我們認為您使用類鴉片[*insert if applicable:* 或苯二氮類] 處方藥的行為不太安全，我們可能會限制您獲取這些藥物。如果我們讓您加入我們的 DMP，則限制可能是：

* 要求您從某個藥房處獲得所有類鴉片藥物 [*insert if applicable:* 或苯二氮類藥物] 的處方
* 要求您從某位醫生處獲得所有類鴉片藥物 [*insert if applicable:* 或苯二氮類藥物] 的處方
* 限制我們將為您承保的類鴉片 [*insert if applicable:* 或苯二氮卓類] 藥物的用量

如果我們計劃限制您獲得這些藥物的方式或數量，我們會提前給您寄送一封信函。該信函將告知您我們是否會對這些藥物的承保作出限制，或如果您需要僅從特定的醫生或藥房處取得這些藥物的處方。您將有機會告訴我們您傾向於看哪些醫生或使用哪個藥房，以及您認為我們應瞭解的其他任何資訊。在您回覆後，如果我們決定對這些藥物的承保作出限制，我們將向您寄送另一封信函，藉此確認相關限制條件。如果您認為我們作出錯誤的決定，或您不同意我們的決定或限制條件，您和您的處方醫師有權提出上訴。如果您提出上訴，我們將會審核您的個案，並給予您新的裁決。如果我們仍然拒絕您的任何與藥物獲取限制相關的請求，我們將自動將您的個案交給我們計劃之外的獨立審查機構。有關如何提出上訴的資訊，請參閱第 7 章。

如果您患有某些病症，例如活動性癌症導致的疼痛或鐮狀細胞病，或您正在接受善終服務、安寧療護或臨終關懷，或居住在長期護理機構，您將不會被納入我們的 DMP。

#### 第 10.3 節 協助會員管理藥物的藥物治療管理 (MTM) [*insert if plan has other medication management programs* 「和其他」] [*insert if* *applicable*「多項」]計劃

我們提供計劃[*delete:* a, *and insert:* 多項計劃*, if plan has other medication management programs*] 來協助有複雜健康需求的會員。我們的[*if applicable replace:* 我們的 *with* 一項]計劃稱為「藥物治療管理」(MTM) 計劃。此計劃為is [*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」]，幫助確保我們的會員最大程度地從其使用的藥物中受益。

使用多種藥物治療不同疾病且需要支付高額藥費，或加入 DMP 協助會員安全使用類鴉片藥物的某些會員也許可以透過 MTM 計劃獲得服務。如果您符合參加該計劃的條件，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。在審查期間，您可以談論您的藥物、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。您將收到一份包含推薦的待辦事項清單的書面摘要，清單中包含了一些步驟，可以協助您從藥物中獲得最佳療效。您還將獲得一份藥物清單，其中包括您正在服用的所有藥物、服用的劑量以及服用的時間和原因。此外，MTM 計劃中的會員將獲得有關安全處置屬於受管制物質的處方藥的資訊。

最好跟您的醫生討論一下推薦的待辦事項清單和藥物清單。在就診時或與您的醫生、藥劑師及其他醫療保健提供者交談時，請隨身攜帶這份摘要。另外，前往醫院或急診室時也請帶上最新的藥物清單（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。若您對此計劃 [*if applicable replace with:*這些計劃] 有任何疑問，請聯絡會員服務部。

## 第 4 章： *對於 D 部分處方藥您須支付的費用*

**您當前是否領取補助以支付您的藥費？**

若您加入了幫助您支付藥費的計劃，**則本承保範圍說明書關於 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:*已隨附 *OR* 向您寄送] 一份單獨的插頁來向您說明您的藥物承保，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」。

### 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 3 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。第 3 章第 1 節到第 4 節解釋了這些規則。當您使用計劃的「即時福利工具」來查找藥物承保（請參見第 3 章第 3.3 節）時，所顯示的費用是「即時」提供的，這意味著您在工具中看到的費用反映了某個時刻的費用，為您預計支付的自付費用提供估算。您亦可致電會員服務部，取得「即時福利工具」提供的資訊。

#### 第 1.2 節 您為承保藥物支付的自付費用類型

D 部分藥物有不同類型的自付費用。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，您先為藥物支付的金額。
* **定額手續費**是指您每次配取處方藥時支付的固定金額。
* **共同保險**是指您每次配取處方藥時您支付的一定比例的藥費總額。

#### 第 1.3 節 Medicare 如何計算您的自付費用

Medicare 規定了哪些內容可以計入您的自付費用，哪些內容不計入您的自付費用。以下是我們必須遵循的規則，以追踪您的自付費用。

**這些費用計入您的自付費用中**

您的自付費用包括下列款項（只要是用來支付 D 部分承保藥物且您遵守於第 3 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
  + *[Plans without a Coverage Gap, omit]*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*在您的自付費用中。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您的自付費用中。製造商為您原廠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。

進入重大傷病承保階段：

當您（或代表您支付的人）在日曆年內已支付共計 $*[insert 2024 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] 進入重大傷病承保階段。

**這些費用不計入您的自付費用中**

您的自付費用**不包括**以下任何類型的款項：

* *[Plans with no premium, omit]*您的月繳保費。
* 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之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（包含雇主保健計劃）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，您必須致電會員服務部通知我們的計劃。

如何追蹤自付費用的總額？

* 我們將為您提供幫助。您收到的 D 部分福利說明 (EOB) 報告包含了您目前的自付費用金額。當此金額達到 $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]* 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]，並進入了重大傷病承保階段。
* 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 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 2024 plan name]* 會員的藥物付款階段有哪些？

*[Plans participating in the VBID Model and approved to offer VBID reduced or eliminated Part D cost sharing should update the sections below to reflect the approved Model Benefit(s), as appropriate.]*

您在 *[insert 2024 plan name]* 下的處方藥保險具有四個**藥物付款階段**。您須支付的金額視您配取處方藥或重配處方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。每個階段的詳細資訊載於本章的第 4 節到第 7 節。這些階段包括：

**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：重大傷病承保階段**

### 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 我們寄給您的每月摘要稱為 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。這稱為您的**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。

如果您在上個月透過計劃配取了一次或多次處方藥，我們將向您寄送一份 D 部分 EOB。D 部分 EOB 包括：

* **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。
* **藥物價格資訊。**此資訊將顯示藥物總價格，以及自第一次配取每份處方中相同數量的藥物以來的漲價情況。
* **費用更低的其他可用處方藥。**此資訊包括每份處方中分攤費用較低的其他可用藥物。

#### 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：

* **每次配取處方藥時，請出示您的計劃會員卡。**這有助於確保我們瞭解您所配取的處方藥，以及您支付的金額。
* **請確保我們能獲得所需的資訊。**有時您可能需要支付處方藥的全部費用。在這種情況下，我們無法自動取得追蹤您的自付費用所需的資訊。為了協助我們追蹤您的自付費用，請向我們提供您的收據副本。以下是何時您應該向我們提供藥物收據副本的範例：
  + 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。
  + 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。有關如何執行此操作的說明，請參見第 5 章第 2 節。
* **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。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。請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 EOB 時，請仔細檢查，確保資訊完整且正確。如果您認為缺少某些內容或有任何疑問，請致電會員服務部。*[Plans that allow members to manage this information on-line may describe that option here.]*請務必保留這些報告。

### 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

[*Plans with no deductible replace Section 4 title with:* There is no deductible for *[insert 2024 plan name].*]

[*Plans with no deductible replace text below with*: *[insert 2024 plan name]*. 無需支付自付扣除金。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，2024 年的自付扣除金為 $*[insert deductible amount]*。][*Plans with a deductible amount other than $0, add:*自付扣除金不適用於承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗（包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗）。][*Plans with a deductible on only a subset of drugs, insert:*您將為藥物支付 $*[insert deductible amount]* on *[insert applicable drug tiers]* 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**，直至達到計劃的自付扣除金。對於所有其他藥物，您無需支付任何自付扣除金。]**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。

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]）。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.]*
* *[Plans with copayment/coinsurance on tiers during the Initial Coverage Stage, insert the following if the insulin cost sharing differs from the cost sharing for other drugs on the same tier:*您需為該等級上的每種承保胰島素產品支付每月 $[*xx*] 的費用。*][Repeat for all drug tiers.]*

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 with retail network pharmacies that offer preferred cost sharing, delete this bullet and use next two bullets instead.]* 網絡內零售藥房。
* *[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。在提供首選分攤費用的藥房，費用可能更低。*]*
* 本計劃網絡外的藥房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 3 章第 2.5 節。
* *[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詳情，請參見第 3 章，以及計劃的藥房目錄。

#### 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。

*[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分攤費用等級而定。*[Plans without copayments, omit]*有時藥物費用低於您的定額手續費。在這些情況下，您支付較低的藥物價格而非定額手續費。

[*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 modify the chart to indicate the different rates. Removed columns do not apply (e.g., preferred cost sharing or mail order). 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: Mail order is not available for drugs in [insert tier].*]

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 3 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]* |

*[Plans that offer cost-sharing for insulin that differs from the cost-sharing for other drugs on the same tier, insert the following footnote:* 對於承保的每種胰島素產品的一個月供應量，您支付的費用不會超過 $35*[update the cost sharing amount, if lower than $35]*，無論分攤費用等級如何 *[modify as needed if plan offers multiple cost-sharing amounts for insulins (e.g., preferred and non-preferred insulins)] [insert only if plan’s benefit design includes a deductible:,* ，即使您尚未支付您的自付扣除金也是如此。*]*

有關 D 部分疫苗的分攤費用的詳細資訊，請參見本章第 9 節。

*[Instructions to plans offering Value Based Insurance Design Model Test (VBID) benefits:*

*If applicable, plans with VBID should mention that members may qualify for a reduction or elimination of their cost sharing for Part D drugs. Plans should include details of the exact targeted reduced cost-sharing amount.]*

#### 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供藥。有時，您或您的醫生可能希望您的供藥少於一個月（例如，當您第一次嘗試藥物時）。如果能幫您更好地規劃不同處方的補給日期，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藥物。

如果您接受的某些藥物的供藥不足一個月，您將無需按整月支付費用。

* 如果您負有支付共同保險的責任，您需按藥物總費用的特定*百分比*支付。由於共同保險是基於藥物的總費用，因此藥物總費用降低後，您的費用也會降低。
* 如果您負有支付該藥物定額手續費的責任，您只需按您獲得藥物的天數支付，而不是按整個月支付。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。

#### 第 5.4 節 *長期*供藥（([*insert if applicable:*最多]*[insert number of days]-* 天份量）的費用表

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

對於某些藥物，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。

下表顯示了您在取得長期供藥時須支付的費用。

* *[Plans without copayments, omit]*有時藥物費用低於您的定額手續費。在這些情況下，您支付較低的藥物價格而非定額手續費。

*[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 modify the chart to indicate the different rates. Remove columns that do not apply (e.g., preferred cost sharing or mail order). 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: Mail order is not available for drugs in [insert tier].]*

*[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]* 級藥物不提供長期供藥。]

當您取得 D 部分承保處方藥的長期供藥時，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:* up to a] *[insert number of days]* 天份量的供藥） | **首選零售分攤費用（網絡內）**([*insert if applicable:* up to a] *[insert number of days]* 天份量的供藥） | **郵購分攤費用**([*insert if applicable:* up to a] *[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]* |

*For plans that offer insulin cost sharing different from the cost sharing applicable to the other drugs on the same tier, insert the following:*對於承保的每種胰島素產品，您為兩個月供藥量支付的費用不會超過 *[inset the applicable language:* $70 *[update the cost-sharing amount, if lower than $70]*，您為三個月供藥量支付的費用不會超過 $105 *[update the cost-sharing amount, if lower than $105]，*無論分攤費用等級如何*[modify as needed if plan offers multiple cost sharing amounts for insulins (e.g., preferred and non-preferred insulins)] [insert only if plan’s benefits design includes a deductible:，*即使您尚未支付您的自付扣除金也是如此。*]*

#### 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 2024 initial coverage limit] OR* 一年內的自付費用達到 $*[insert 2024 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**。

[*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 2024 out-of-pocket threshold*]。而後，您將進入重大傷病承保階段。

[*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計入您的 [*insert if plan has a coverage gap:* 初始承保限額或]總自付費用。]

您收到的 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。許多人未在一年內達到 [*insert as applicable:* $*[insert initial coverage limit]* *OR* $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]*] 的上限。

如果您達到此金額，我們會通知您。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* 重大傷病承保階段]。請參閱第 1.3 節，瞭解 Medicare 如何計算您的自付費用。

### 第 6 節 承保缺口階段的費用

[*Plans with no coverage gap replace Section 6 title with: [insert 2024 plan name]* 沒有承保缺口。]

[*Plans with no coverage gap replace text below with*: *[insert 2024 plan name]* 沒有承保缺口。您離開初始承保階段後，將會進入重大傷病承保階段（參見第 7 節）。]

*[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 25% 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，您需支付的費用不會超過 25%，而計劃將支付其餘的部分。只有您支付的金額才被計算在內，並使您通過承保缺口。

您將繼續支付這些費用，直到您的年度自付費用款項達到 Medicare 規定的上限。當您達到此金額 ($*[insert 2024 out-of-pocket threshold]*) 時，您將離開承保缺口階段，進入重大傷病承保階段。

Medicare 規定了哪些費用計入及哪些費用*不計入*您的自付費用（第 1.3 節）。

### 第 7 節 在重大傷病承保階段期間，本計劃將為您的 D 部分承保藥物支付全部費用

當您的自付費用在日曆年內達到 $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]* 的上限時，您將進入重大傷病承保階段。一旦您進入了重大傷病承保階段，您將會維持在此付款階段，直到該日曆年結束。

* *[Plans that do not cover excluded drugs under an enhanced benefit, OR plans that cover excluded drugs under an enhanced benefit but with the same cost sharing as covered Part D drugs in this stage (i.e., no cost sharing), insert the following:* 在此付款階段期間，本計劃將為您的 D 部分承保藥物支付全部費用。您無須支付任何費用。*]*
* *[Plans that cover excluded drugs under an enhanced benefit with cost sharing in this stage, insert the following two bullets:*
  + 在此付款階段期間，本計劃將為您的 D 部分承保藥物支付全部費用。您無須支付任何費用。
  + 對於我們增強型福利下承保的被排除在外的藥物，您需支付 *[insert copay of coinsurance amount]]*

### 第 8 節 附加福利資訊

*[Optional: Insert any additional benefits information based on the plan’s approved bid that is not captured in the sections above.]*

### 第 9 節 D 部分疫苗。您支付的費用取決於您接種疫苗的方 式和地點

**關於您支付疫苗費用的重要資訊** - 某些疫苗被視作醫療福利。其他疫苗則被視作 D 部分藥物。您可以在計劃的「藥物清單」中找到這些疫苗。我們的計劃免費為您承保大部分成人 D 部分疫苗 *[insert only if plan’s benefit design includes a deductible:*即使您沒有支付您的自付扣除金*]*。欲瞭解有關特定疫苗的承保和分攤費用詳情，請參閱您的計劃的「藥物清單」或聯絡會員服務部。

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**疫苗本身**的費用。
* 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」。）

您為 D 部分疫苗接種支付的費用，視以下三者而定：

**1.免疫接種諮詢委員會 (ACIP) 為成人提供是否需要接種疫苗的建議。**

* 大多數成人 D 部分疫苗接種都是 ACIP 推薦的，並且無需付費。

**2. 您在何處取得疫苗。**

* 疫苗本身可以由藥房分發或由醫生辦公室提供。

**3. 誰為您接種疫苗。**

* 藥劑師或其他提供者可能會在藥房接種疫苗。或者，提供者也可以在醫生的診室接種疫苗。

您取得 D 部分疫苗接種時須支付的金額將視情況以及您所處的**藥物付款階**段而定。

* 有些時候，當您接種疫苗時，您必須支付疫苗本身的全部費用以及提供者為您施打疫苗的費用。您可以要求我們計劃償付我們應承擔的費用。對於大多數成人 D 部分疫苗，這意味著您將獲得所支付全部費用的報銷。
* 其他時候，當您接種疫苗時，您只需支付您在 D 部分福利下的分攤費用。對於大多數成人 D 部分疫苗，您不需要支付任何費用。

以下是您可能接種 D 部分疫苗的三個範例。

*第 1 種情形：* 您在網絡內藥房接受 D 部分疫苗接種。（此選項視您的居住地而定。某些州不允許藥房施打某些疫苗。）

* 對於大多數成人 D 部分疫苗，您不需要支付任何費用。
* 對於其他 D 部分疫苗，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 種情形： 您在醫生的診所接種 D 部分疫苗。

* 當您接種疫苗時，您可能需要支付疫苗本身的全部費用以及提供者為您施打疫苗的費用。
* 接下來，您可以利用第 5 章所述的程序，要求我們的計劃支付我們應承擔的費用。
* 對於大多數成人 D 部分疫苗，我們將為您全額報銷您支付的金額。對於其他 D 部分疫苗，我們將為您報銷您支付的金額，其中扣除疫苗（含疫苗施打）[*insert as appropriate:*共同保險 *OR* 定額手續費]，) *[Only insert the following if an out-of-network differential is charged for a vaccine not identified as an adult ACIP-recommended $0 cost sharing vaccine:* 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。（如果您有接受「額外補助」，我們將向您報銷此差額。）]

*第 3 種情況：* 您在網絡內藥房自行購買 D 部分疫苗，然後帶去您醫生的診室接種疫苗。

* 對於大多數成人 D 部分疫苗，您不需要為疫苗本身支付任何費用。
* 對於其他 D 部分疫苗，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，您可能須支付此項服務的全部費用。
* 接下來，您可以利用第 5 章所述的程序，要求我們的計劃支付我們應承擔的費用。
* 對於大多數成人 D 部分疫苗，我們將為您全額報銷您支付的金額。[*Insert as appropriate:* 對於其他 D 部分疫苗，我們將為您報銷您支付的金額，其中扣除疫苗施打共同保險。]
* *[Only, insert the following if an out-of-network differential is charged for a vaccine that is not an adult ACIP-recommended $0 cost-sharing vaccine:*，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。（如果您有接受「額外補助」，我們將向您報銷此差額。）*]*

*[Insert any additional information about your coverage of vaccines and vaccine administration.]*

## 第 5 章： *要求我們支付我們對您的承保藥物應承擔的費用*

### 第 1 節 要求我們支付我們對您的承保藥物應承擔的費用的情況

在某些情況下，當您獲得處方藥時，您可能需要支付全額費用。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，或者您可能會收到醫療服務提供者開出的賬單。在這些情況下，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*）。您可能要在截止日期之前提出才能獲得償付。請參見本章第 2 節。

以下是您可能需要求我們的計劃向您償付費用的一些情況。所有這些範例均是承保範圍裁決的類型（有關承保範圍裁決的詳細資訊，請參見第 7 章）。

**1. 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，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。

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。請記住，我們僅在有限情況下承保網絡外藥房。有關這些情況的討論，請參見第 3 章第 2.5 節。

**2. 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。

**3. 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「藥物清單」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。

**4. 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。（這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。

*[Plans should insert additional circumstances under which they will accept a paper claim from a member.]*

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。本文件的第 7 章包含有關如何提出上訴的資訊。

### 第 2 節 如何要求我們作出償付

您可以 *[If the plan allows members to submit oral payment requests, insert the following language: either calling us or*] 向我們寄送書面請求，要求我們償付您的費用。如果寄送書面請求，請將記錄您已付款項的收據寄送給我們。最好備份您的收據，以留作記錄。[*Insert if applicable:***您必須在獲得服務、用品或藥物之日起 *[insert timeframe]*** **天內向我們索款**。]

[*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。]

將您的付款請求及任何賬單或付款收據郵寄至以下地址：

*[Insert address]*

### 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。

* 如果我們決定有關藥物獲承保，且您遵守了所有規則，我們將支付我們應承擔的費用。我們會以郵寄方式為您報銷我們需要承擔的費用。我們將在收到您的請求後 30 日內向您付款。
* 如果我們決定有關藥物*不獲*承保，或您*未*遵守任何規則，我們將不會支付我們應承擔的費用。我們將向您發送一封信函，解釋我們未寄出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藥物的全部或部分費用，您可提出上訴

如果您認為我們拒絕您的付款請求或我們支付的金額有誤，您可以提出上訴。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。上訴程序是一項流程複雜、時限明確的正式程序。有關如何提出上訴的詳細資訊，請參閱本文件第 7 章。

## 第 6 章： *您的權利與責任*

*[****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計劃會員的權利和文化敏感性

#### 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.]* 我們必須以適合您且符合您的文化敏感性的方式提供資訊（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.]*

我們的計劃需要確保所有臨床和非臨床服務都以符合文化背景的方式提供，並且面向所有參保人提供，包括英語水平有限、閱讀能力有限、有聽力障礙或具有不同文化和種族背景的人士。計劃如何滿足這些無障礙要求的範例，包括但不限於提供筆譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY（文本電話或電傳打字機電話）連接服務。

我們的計劃提供免費的翻譯服務，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免費向您提供資訊。我們必須以方便您查閱及適合您的形式為您提供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。

如果您無法從我們的計劃獲得方便您查閱和適合您的計劃資訊的方式，請撥打 *[insert plan contact information]* 提出申訴。您也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或致電 1-800-368-1019（聽障專線 1-800-537-7697）直接向民權辦公室提出投訴。

#### 第 1.2 節 我們必須確保您及時獲得承保藥物

您也有權向我們的任何網絡內藥房取得處方配藥或重新配藥，而不會出現長時間拖延的情況。如果您認為您沒有在合理的時間範圍內取得醫療護理或 D 部分藥物，本文件第 7 章會告訴您怎麼做。

#### 第 1.3 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。
* 您擁有與您的資訊相關的權利，並有權控制您的健康資訊的使用方式。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。
* 除下述情況外，如果我們打算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，*我們必須先獲得您或您賦予其法律權力替您做出決定的代表的書面許可。*
* 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。
  + 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，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；一般而言，能夠識別您個人身份的資訊是不會用來分享的。

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，我們將與您的醫療服務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。

若您有任何關於您個人健康資訊隱私方面的疑問或顧慮，請聯絡會員服務。

*[****Note:*** *Plans may insert custom privacy practices.]*

#### 第 1.4 節 我們必須向您提供計劃、其藥房網絡以及您的承保藥物的相關資訊

*[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 2024 plan name]* 的會員，您有權向我們索取多種資訊。

如果您需要以下任何類型的資訊，請致電會員服務部

* **計劃的相關資訊。**例如，包括計劃財務狀況的相關資訊。
* **關於我們的網絡內藥房的資訊。**您有權索取關於我們網絡內藥房的資格以及我們如何向網絡內藥房付款的資訊。
* **您的保險及您在使用保險時必須遵循的規則的相關資訊。**第 3 章與第 4 章介紹了 D 部分處方藥保險。
* **服務或藥物不獲承保的原因及您對此可如何處理的相關資訊。**第 7 章提供關於要求我們就某種 D 部分藥物不獲承保的原因或您的保險受到限制的情況作出書面解釋的資訊。第 7 章還提供關於要求我們所作決定（也稱為上訴）的資訊。

#### 第 1.5 節 我們必須支援您作出護理決定的權利

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。**您可以從您的律師、社會工作者或某些辦公用品商店獲取預立醫療指示表。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:* 您還可聯絡會員服務部索取該表格。]
* **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。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**。

* 醫院會詢問您是否已簽署預立醫療指示表格以及是否攜帶。
* 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？

如果您已簽署預立醫療指示，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)]. [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 refer to that exhibit.]* 提出投訴。

#### 第 1.6 節 您有權投訴和要求我們重新考慮所作出的決定

如果您有任何問題、疑慮或投訴並需要申請承保或提出上訴，本文件第 7 章會告訴您怎麼做。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。**

#### 第 1.7 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、性取向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：

* 您可以**致電會員服務部**。
* 您可**致電 SHIP**。詳情請參見第 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）（聽障專線 1-877-486-2048）。

#### 第 1.8 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：

* 您可以**致電會員服務部**。
* 您可**致電 SHIP**。詳情請參見第 2 章第 3 節。
* 您可聯絡 **Medicare**。
  + 您可瀏覽 Medicare 網站，閱讀或下載刊物 *Medicare Rights & Protections*（Medicare 權利與保障）。（刊物載於：[www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)。）
  + 或者，可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（聽障專線   
    1-877-486-2048），全天候服務。

### 第 2 節 作為計劃會員，您應履行一些責任

以下是作為計劃會員所需執行的事項。如果您有任何疑問，請致電會員服務部。

* **熟悉您的承保藥物及您獲得此類承保藥物所必須遵守的規則。**閱讀本承保範圍說明書，瞭解為您承保的藥物，以及獲得承保藥物所需遵守的規則。
  + 第 3 章與第 4 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，您還有任何其他處方藥保險，您需將此情況告知我們。**第 1 章介紹了關於協調這些福利的資訊。
* **將您加入我們計劃的情況告知您的醫生及藥房。**獲取您的 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。** 
  + 為了幫助您獲得最好的護理，請將您的健康問題告訴您的醫生和其他醫療服務提供者。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。
  + 如果您有任何疑問，請務必提出，並確保獲得您能理解的回答。
* **支付應付的費用。**作為計劃會員，您承擔以下費用：
  + [*Insert if applicable:*您必須支付您的計劃保費。]

對於大部分由計劃承保的藥物，您在獲取藥物時必須支付應承擔的費用。*[Plans that do not disenroll members for non-payment may modify this section as needed.]*

* + 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本計劃的會員資格。
  + 如果您因年收入而須支付額外的 D 部分金額，您必須直接向政府繼續支付該筆額外的金額，才可維持本計劃的會員資格。
* **如果您*在我們計劃的服務區域內搬遷*，您需通知我們**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*搬離*了我們計劃的服務區域**，則**您**無法繼續作為我們計劃的會員。
* 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）。

## 第 7 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）*

*[Plans should ensure that the text or section heading immediately preceding each Legal Terms box is kept on the same page as the box.]*

### 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**。
* 對於其他問題，您需採用**提出投訴的程序，**也叫申訴。

這兩種程序已獲 Medicare 批准。每個程序都有一套規則、手續及截止期限，您與我們均須遵守。

第 3 節內的指引有助於您確定應採用的正確程序以及您該做什麼。

#### 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。為方便起見，本章會：

* 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「承保範圍裁定」或「風險裁定」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，瞭解正確的法律術語可能對您有所幫助，甚至非常重要。瞭解應使用的正確法律術語將有助於您更準確地表達，以獲取適當的幫助或尋找針對您所處情形的資訊。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 從何處獲取詳細資訊和個性化協助

我們可隨時向您提供協助。即使您想要對我們對待您的方式提出投訴，我們也必須尊重您提出投訴的權利。因此，您應該始終向客戶服務部尋求幫助。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。以下是可以為您提供幫助的兩個機構。

州健康保險援助計劃 (SHIP)

每個州都設有一個政府計劃，並且都有受過專業訓練的顧問。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.]*電話號碼和網址列於本文件的第 2 章第 3 節。

Medicare

您也可以聯絡 Medicare 尋求幫助。要聯絡 Medicare：

* 您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（全天候服務）。聽障人士可致電   
  1-877-486-2048。
* 您也可瀏覽 Medicare 網站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))。

### 第 3 節 如需解決問題，應採取何種程序？

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。

您的問題或疑慮是否與您的福利或保險有關？

這包括有關處方藥是否獲承保、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。**

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。**

**否。**

向前跳至本章末尾的**第 7 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針對處方藥處理與您的福利及承保範圍有關的問題，包括付款。您可利用該程序處理諸如某種藥物是否獲承保以及承保方式等事宜。

要求在接受服務之前作出承保範圍裁決

承保範圍裁決是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您的處方藥支付的金額所作出的裁決。

我們就為您承保的藥物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藥物，或就您而言，Medicare 不再承保這些藥物。如果您不同意該項承保範圍裁決，可提出上訴。

在有限情況下，承保範圍裁決請求將被駁回，這表示我們將不會審核該請求。駁回請求的情況示例包括：請求不完整、有人代表您提出請求，但其並未獲得相應的合法授權，或您要求撤銷請求。如果我們駁回承保範圍裁決請求，我們將發出通知，解釋駁回請求的原因以及如何要求審核駁回裁決。

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，無論是在獲得福利之前還是之後，您均可就該裁決*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。在某些情況下，您可以對承保範圍裁決申請加急或*快速上訴*，我們將在後文討論這些情況。您的上訴不是由作出原始裁決的審核員處理。

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規則行事。我們完成審核後，將告訴您我們的決定。

在有限的情況下，第 1 級上訴請求將被駁回，這表示我們將不會審核該請求。駁回請求的情況示例包括：請求不完整、有人代表您提出請求，但其並未獲得相應的合法授權，或您要求撤銷請求。如果我們駁回第 1 級上訴請求，我們將發出通知，解釋駁回請求的原因以及如何要求審核駁回裁決。

如果我們沒有駁回您的申請個案，但完全或部分拒絕您的第 1 級上訴，您可繼續申請第 2 級上訴。第 2 級上訴由與我們計劃無關的獨立審核機構處理。對於 D 部分藥物上訴，如果我們拒絕您的全部或部分上訴，您將需要申請第 2 級上訴。本章第 5 節進一步介紹了 D 部分上訴。）如果仍不滿第 2 級上訴作出的決定，還可繼續提出其他級別的上訴（本章第 6 節將介紹第 3、4 及 5 級上訴程序）。

#### 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

以下是一些您在決定要求任何類別的承保範圍裁決或對裁決提出上訴時，可以採取的途徑：

* 您**可以致電我們的會員服務部。**
* 您可從州健康保險援助計劃處**免費取得幫助**。
* **您的醫生或其他處方醫生可代表您提出請求。**對於 D 部分處方藥，您的醫生或其他處方醫生可代表您要求承保範圍裁決或第 1 級上訴。如果您的第 1 級上訴被拒絕，您的醫生或處方醫生可以申請第 2 級上訴。
* **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。
  + 如果您希望您的朋友、親屬或其他人士擔任您的代表，請致電會員服務部索取*代表委任*表格。（該表格也可在 Medicare 網站 [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) [*plans may also insert:* or on our website at *[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。
  + 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 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，說明您有權利要求獨立審核機構對我們駁回上訴的決定進行審核。
* **您也有權聘請律師。**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 5 節 您的 D 部分處方藥：如何要求承保範圍裁決或提出上訴

#### 第 5.1 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

您的福利包含多種處方藥的承保。該藥必須用於醫學上認可的適應症才可承保。（有關醫學上認可的適應症的詳細資訊，請參見第 3 章。）如需關於 D 部分藥物、規則、限制和費用的詳細資訊，請參見第 3 及第 4 章。

* **本節僅和您的 D 部分藥物有關。**為了簡單起見，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。我們還使用「藥物清單」一詞，而非*承保藥物清單*或*處方藥一覽表*。
* 如果您不知道某種藥物是否獲承保或您是否符合規則，您可以詢問我們。有些藥物需要獲得我們的批准之後方可取得我們的承保。
* 如果您的藥房告知您，您的處方無法按上方指示配藥，藥房將向您提供一份書面通知，說明如何聯絡我們要求進行承保範圍裁決。

D 部分承保範圍裁決與上訴

| **法律術語** |
| --- |
| 有關 D 部分藥物的初始承保範圍裁決被稱為**承保範圍裁定**。 |

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裁決。本節介紹了您處於以下任一種情況時可以採取的行動：

* 要求我們承保不在計劃*承保藥物清單*上的 D 部分藥物。**要求例外處理。第 5.2 節**
* 要求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）。**請求例外處理。第 5.2 節**
* *[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。**請求例外處理。第 5.2 節**
* 要求獲得某種藥物的預先批准。**要求作出承保範圍裁決。第 5.4 節**
* 支付您已購買的處方藥的費用。**要求我們作出償付。第 5.4 節**

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。

#### 第 5.2 節 什麼是「例外處理」？

| **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**處方藥一覽表例外處理**。  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**。  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**。 |

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*。例外處理是一種承保範圍裁決。

為了讓我們考慮您的例外處理申請，您的醫生或其他處方醫師將需就為何您需要獲得例外處理說明醫療理由。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「藥物清單」上的 D 部分藥物。**如果我們同意承保未包含在「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分攤費用申請例外處理。
2. **撤銷對承保藥物的限制**。第 3 章描述了我們「藥物清單」中某些藥物適用的額外規則或限制。*[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。

* 如果我們的「藥物清單」中包含可用於治療您的疾病，且分攤費用等級低於您的藥物的替代藥物，您可以要求我們按照適用於該替代藥物的分攤費用來承保您的藥物。
* *[Plans that have a formulary structure where all of the biological products are on one tier or that do not limit their tiering exceptions in this way: omit this bullet]* 如果您使用的藥物是生物製品，則您可以要求我們按照較低的分攤費用承保您的藥物。這將是包含用於治療您的病症的替代生物製品的最低等級。
* *[Plans that do not limit their tiering exceptions in this way; omit this bullet]* 如果您使用的藥物是原廠藥，而且最低的分攤費用等級上有用於治療您的病症的替代原廠藥，則您可以要求我們按該等級的分攤費用來承保您的藥物。
* *[Plans that do not limit their tiering exceptions in this way; omit this bullet]* 如果您使用的藥物是副廠藥，而且最低的分攤費用等級上有用於治療您的病症的替代原廠藥或副廠藥，則您可以要求我們按該等級的分攤費用來承保您的藥物。
* [*If the plan designated one of its tiers as a specialty 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。]
* 如果我們批准您的等級例外處理申請，並且您不可使用的替代藥物的較低分攤費用等級有多個，那麼您通常將支付最低的費用。

#### 第 5.3 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生必須提供我們一則就要求例外處理說明醫療理由的聲明。對於快速裁決，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生的醫療資訊。

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，或者可能會造成不良反應或其他傷害。

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。
* 如果我們拒絕您的請求，您可透過提出上訴要求再次審核。

#### 第 5.4 節 步驟說明：如何要求承保範圍裁決（包含例外處理）

| **法律術語** |
| --- |
| *快速承保範圍裁決*稱為**加急承保範圍裁定**。 |

第 1 步：決定您需要的是標準承保範圍裁決還是快速承保範圍裁決。

我們會在收到您的醫生證明後 **72 小時**內作出**標準承保範圍裁決**。我們會在收到您的醫生證明後 **24 小時**內作出**快速承保範圍裁決**。

***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。*要獲得快速承保範圍裁決，您必須滿足兩項要求︰**

* 您必須是在請求*一種您尚未獲得的藥物*。（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。）
* 使用標準截止期限會對您的健康狀況造成嚴重傷害，或對您的行動能力造成傷害。
* **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。**如果我們不批准快速承保範圍裁決，我們將致函告知您：
* 說明我們將使用標準截止期限。
* 說明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。
* 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一事提出*快速投訴*。我們將在收到投訴後的 24 小時內給您答復。

第 2 步：請求標準承保範圍裁決或快速承保範圍裁決

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處方藥。我們的網站亦提供了承保範圍裁決程序。我們必須接受所有的書面申請，包括使用 *CMS 承保範圍裁決申請表範本[insert if applicable*:或我們計劃的申請表]（可在我們網站獲取的[*insert if applicable:*一份 *OR* 多份]表格）提交的申請。第 2 章提供了聯絡資訊。*[Plans that allow members to submit coverage determination requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.*]為協助我們處理您的請求，請務必提供您的姓名、聯絡資訊以及識別所上訴的被拒賠付的資訊。

您、您的醫生（或其他處方醫生）或代表均可提出此請求。您還可讓律師代表您行事。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。

* **如果您請求例外處理，請提供*支持聲明***，即說明請求例外處理的醫療理由。您的醫生或其他處方醫生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生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）。

第 3 步：我們將考慮您的請求，並給予答覆。

快速承保範圍裁決的截止期限

* 我們通常必須在收到您的請求後 **24 小時**內給您答覆。
  + 對於例外處理，我們會在收到您醫生的支持聲明後 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，由獨立審核機構進行審核。
* **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您可如何就我們的裁決提出上訴。

對於您尚未取得之藥物的標準承保範圍裁決截止期限

* 我們通常必須在收到您的請求後 **72 小时內**給您答覆。
  + 對於例外處理，我們會在收到您醫生的支持聲明後 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，由獨立審核機構進行審核。
* **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 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您可如何就我們的裁決提出上訴。

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 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，由獨立審核機構進行審核。
* **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 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您可如何就我們的裁決提出上訴。

第 4 步：如果我們拒絕您的承保範圍請求，您可提出上訴。

* 如果我們拒絕您的請求，您有權提出上訴，要求我們重新考慮該決定。這意味著再次要求獲得您所需的藥物承保。如果您提出上訴，即表明您進入第 1 級上訴程序。

#### 第 5.5 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴

| **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**重新裁定**。  *快速上訴*也稱為**加急重新裁定**。 |

第 1 步：決定您需要的是標準上訴還是快速上訴。

標準上訴通常在 7 天內提出。快速上訴的裁決通常在 72 小時內作出。如果您的健康狀況需要快速回覆，您可要求快速上訴

* 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 5.4 節中的*快速承保範圍裁決*的要求及程序相同。

第 2 步：您、您的代表、醫生或其他處方醫生必須聯絡我們並提出第 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。

* **若要進行標準上訴，請提交書面請求。**[*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* or call us.]第 2 章提供了聯絡資訊。
* **若要進行快速上訴，請以書面形式提交上訴或致電** (*insert phone number)* **聯絡我們**。第 2 章提供了聯絡資訊。
* **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。請務必提供您的姓名、聯絡資訊以及關於賠付的資訊，以幫助我們處理您的請求。
* *[Plans that allow members 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作出答覆之日起 **60 天內提出上訴請求**。如果您錯過此截止期限，並能提供充分理由，請在提出上訴時說明延誤上訴的原因。我們可為您延長提出上訴的時限。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。**您和您的醫生可以新增更多資訊支援您的上訴。[*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。]

第 3 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生以瞭解詳細資訊。

快速上訴的截止期限

* 對於快速上訴，我們必須**在收到您的上訴後 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。第 5.6 節介紹了第 2 級上訴程序。
* **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您如何對我們的裁決提出上訴。

對於您尚未取得之藥物的標準上訴截止期限

* 對於標準上訴，我們必須在收到您的上訴後 **7 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。
  + 如果我們未能在 7 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。第 5.6 節介紹了第 2 級上訴程序。
* **如果我們批准您的部分或全部請求**，我們必須視您的健康狀況需要盡快提供承保，但不得遲於我們收到您的上訴後的 **7 日**。
* **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您如何對我們的裁決提出上訴。

***對於您已購買藥物的付款的標準上訴截止期限***

* 我們必須在收到您的請求後 **14 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，由獨立審核機構進行審核。
* **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 30 日內向您作出付款。
* **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您可如何就我們的裁決提出上訴。

第 4 步：如果我們拒絕您的上訴，您可決定是否繼續上訴程序，並*再次*提出上訴。

* 如果您決定再次提出上訴，即表明您進入第 2 級上訴程序。

#### 第 5.6 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴

| **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**。 |

**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。該機構將判定我們所做的裁決是否正確，或者是否應該更改裁決。Medicare 監督其工作。

第 1 步：您（或者您的代表、您的醫生或其他處方醫生）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。但是，如果我們沒有在適用時限內完成審核，或者依據我們的藥物管理計劃對**風險**裁決作出不利裁決，我們將自動將您的賠付請求轉交至 IRE。
* 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**個案檔案**。**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：獨立審核機構審核您的上訴。

* 獨立審核機構的審核員將仔細查閱上訴的所有相關資訊。

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 級上訴請求後 **72 小時內**給您答覆。

標準上訴的截止期限

* 如為標準上訴，如果該上訴針對的是您尚未獲得的藥物，審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **7 日內**給您答覆。如果我們批准償付您已購買之藥物的請求，審核機構必須在收到您的請求後 **14 日內**，就您的第 2 級上訴給您答覆。

第 3 步：獨立審核機構給您答覆。

***對於快速上訴：***

* 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。

***對於標準上訴：***

* **如果獨立審核機構同意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**獨立審核機構批准部分或全部償付**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 天內向您付款**。

如果審核機構拒絕您的上訴會如何？

**如果該機構拒絕您的部分或全部上訴**，則表明他們同意我們計劃的裁決，即不批准您的請求（或部分請求）。（這稱為*維持原決定*。也稱為*駁回上訴*。）在這種情況下，獨立審核機構會給您寄送一封信函：

* 解釋其決定。
* 告知您有權在所請求藥物保險的價值達到某個最低金額時提出第 3 級上訴。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。
* 告知您滿足繼續上訴程序要求所需的價值。

第 4 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）。
* 如果您想進行第 3 級上訴，請查閱您在第 2 級上訴裁決後收到的書面通知，瞭解如何執行此操作。
* 第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。本章第 6 節將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

### 第 6 節 將您的上訴升級至第 3 級及以上

#### 第 6.1 節 D 部分藥物請求的第 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 為聯邦政府效力的行政法官或審裁員**將審核您的上訴並給予答覆。

* **如果批准，則上訴程序結束。**我們必須在收到該決定後的 **72 小時內（加急上訴為 24 小時）批准或提供**行政法官或審裁員所批准的**藥物承保**，或不**晚於 30 日進行付款**。
* **如果行政法官或審裁員拒絕您的上訴，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裁決，上訴程序則告結束。
  + 如果您不願接受裁決，則可繼續下一級審核程序。您收到的通知會告訴您該如何提出第 4 級上訴。

**第 4 級上訴 Medicare** **上訴委員會（下稱委員會）**將審核您的上訴並給予答覆。該委員會是聯邦政府的一部分。

* **如果批准，則上訴程序結束。**我們必須在收到該決定後的 **72 小時內（加急上訴為 24 小時）批准或提供**委員會所批准的**藥物承保**，**或不晚於 30 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裁決，上訴程序則告結束。
  + 如果您不願接受裁決，或可繼續下一級審核程序。如果委員會拒絕您的上訴或拒絕您的上訴审核請求，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。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。

* 法官會審核所有資訊，並就*批准*還是*拒絕*您的請求作出決定。這是最終答覆。聯邦地方法院之後再無上訴級別。

提出投訴

### 第 7 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

#### 第 7.1 節 投訴程序處理哪些類型的問題？

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。

| 投訴 | 範例 |
| --- | --- |
| **您的護理品質** | * 您是否對所獲醫療護理品質感到不滿意？ |
| **尊重您的隱私** | * 是否有人未尊重您的隱私權或分享關於您的保密資訊？ |
| **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？ * 您是否對我們會員服務部不滿意？ * 您是否覺得自己被迫退出計劃？ |
| **等待時間** | * 我們的藥劑師曾經讓您等太久？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、候診室或取處方時曾經等候太久。 |
| **清潔度** | * 您是否對藥房的清潔度或條件感到不滿？ |
| **我們為您提供的資訊** | * 我們是否沒有給您發送必要的通知？ * 我們的書面資訊是否難以理解？ |
| **時效性**  （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） | 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，您可以就我們的緩慢行動提出投訴。範例如下：   * 您已經要求我們提供*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。 * 如果您認為我們未遵守承保範圍裁決或上訴的截止期限規定，此時您可提出投訴。 * 如果您認為我們沒有按時為您承保或報銷某些已獲批准的藥物，此時您可以提出投訴。 * 您認為我們未能遵守要求的截止期限將您的個案轉交至獨立審核機構，您可以提出投訴。 |

#### 第 7.2 節 如何提出投訴

| **法律術語** |
| --- |
| * **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**。 * **快速投訴**也稱為**加急申訴**。 |

#### 第 7.3 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。
* **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.]*
* 提出投訴的**截止期限是**從您遇到要投訴的問題算起的 **60 天**內。

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。
* **大多數投訴在 30 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 日（共 44 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。
* **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，我們會在給予您的答覆中註明理由。

#### 第 7.4 節 您也可向品質改進機構提出護理品質方面的投訴

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直接提出投訴。**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。第 2 章提供了聯絡資訊。

*或*

* **您也可同時向品質改進機構和我們提出投訴。**

#### 第 7.5 節 您亦可將您的投訴告知 Medicare

您可直接向 Medicare 提出有關 *[insert 2024 plan name]* 的投訴。要向 Medicare 提出投訴，請前往 [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)。您也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障/語障人士可致電 1-877-486-2048。

## 第 8 章： *終止計劃會員資格*

### 第 1 節 終止計劃會員資格的簡介

終止在 *[insert 2024 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。第 2 節和第 3 節提供有關自願終止會員資格的資訊。
* 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，我們的計劃必須繼續為您提供處方藥，並且您將繼續支付您的分攤費用，直至會員資格終止。

### 第 2 節 您何時能終止計劃會員資格？

#### 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**（也稱為*年度開放參保期*）終止您在我們計劃中的會員資格。在此期間，您應審查您的健康和藥物保險，並決定來年的保險。

* **年度參保期**為 **10 月 15 日至 12 月 7 日**。
* 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：
  + 另一項 Medicare 處方藥計劃。
  + *附帶*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。
  + *不附帶*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。
    - 如果您選擇此選項，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。
  + – *或* – Medicare 保健計劃。Medicare 保健計劃是由與 Medicare 簽有合約的私營公司提供的計劃，為您提供所有 Medicare A 部分（醫院）和 B 部分（醫療）福利。某些 Medicare 保健計劃還包括 D 部分處方藥保險。

如果您加入大部分 Medicare 保健計劃，當您的新計劃的保險開始時，您將會從 *[insert 2024 plan name]* 退保。但是，如果您選擇不含 D 部分藥物保險的 Private Fee-for-Service Plan、Medicare Medical Savings Account Plan 或 Medicare Cost Plan，您可以加入該計劃並保留 *[insert 2024 plan name]* 作為您的藥物保險。如果您不想繼續留在我們的計劃，您可以選擇加入其他 Medicare 處方藥計劃或退出 Medicare 處方藥保險。

* **您在我們計劃的會員資格**將於 1 月 1 日新計劃保險開始時終止。

**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，可能需要支付逾期參保罰金。

#### 第 2.2 節 在某些情況下，您可在特殊參保期終止會員資格

在某些情況下，*[insert 2024 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**。

* 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 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))：
  + 如果您搬離您的計劃的服務區域。
  + *[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。
  + 如果您在療養院或長期護理 (LTC) 醫院等機構接受護理。
  + [*Plans in* *states with PACE, insert:*如果您參與老人綜合護理計劃 (PACE)。[*National or multi-state plans when there is variability in the availability of PACE insert:* PACE 並非在所有州均有提供。如果您想知道 PACE 是否在您所在的州提供，請聯絡會員服務部。]]
  + [**註：**如果您已參加藥物管理計劃，您可能無法更改計劃。第 3 章第 10 節詳細介紹了藥物管理計劃。]
* **參保期因您的情況而異。**
* **如要瞭解您是否符合特殊參保期的資格**，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，全天候服務。聽障人士可致電 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。您有以下選擇：
  + 另一項 Medicare 處方藥計劃。
  + *不附帶*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。

**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。

* + - **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。
  + – *或* – Medicare 保健計劃。Medicare 保健計劃是由與 Medicare 簽有合約的私營公司提供的計劃，為您提供所有 Medicare A 部分（醫院）和 B 部分（醫療）福利。某些 Medicare 保健計劃還包括 D 部分處方藥保險。
    - 如果您加入大部分 Medicare 保健計劃，當您的新計劃的保險開始時，您將自動從 *[insert 2024 plan name]* 退保。但是，如果您選擇不含 D 部分藥物保險的 Private Fee-for-Service Plan、Medicare Medical Savings Account Plan 或 Medicare Cost Plan，您可以加入該計劃並保留 *[insert 2024 plan name]* 作為您的藥物保險。如果您不想繼續留在我們的計劃，您可以選擇加入其他 Medicare 處方藥計劃或退出 Medicare 處方藥保險。
* **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 2.3 節 如何獲得有關何時可終止會員資格的更多資訊？

如果您對終止會員資格有任何疑問，您可以：

* **致電會員服務部**。
* 在 ***2024 年 Medicare 與您***手冊中查閱資訊。
* 您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare**，全天候服務。（聽障专线：1-877-486-2048）。

### 第 3 節 如何終止計劃會員資格？

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 處方藥計劃`。 | * 在 10 月 15 日至 12 月 7 日期間加入新的 Medicare 處方藥計劃。 * 您的新計劃保險開始時，您將自動從 *[insert 2024 plan name]* 退保。 |
| * Medicare 保健計劃。 | * 在 12 月 7 日之前加入 Medicare 保健計劃。對於大部分 Medicare 保健計劃，當您的新計劃的保險開始時，您將自動從 *[insert 2024 plan name]* 退保。 * 但是，如果您選擇不附帶 D 部分藥物保險的 Private Fee-For-Service Plan、Medicare Medical Savings Account Plan 或 Medicare Cost Plan，您可以加入該項新計劃並保留 *[insert 2024 plan name]* 作為您的藥物保險。如果您想要退出我們的計劃，您必須加入其他 Medicare 處方藥計劃*或*要求退出計劃。如要退出，您必須向我們寄送書面申請（如需更多關於如何退出的資訊，請聯絡會員服務部）或隨時致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE  (1-800-633-4227)（聽障人士可致電  1-877-486-2048）。 |
| * *不附帶*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。 | * **向我們寄送書面退保請求** [*insert if organization has complied with CMS guidelines for online disenrollment*或瀏覽我們的網站以在網上退保]。如果您需要有關如何操作的更多資訊，請聯絡會員服務部。 * 您也可致電 1-800-MEDICARE  (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare** 要求退保，全天候服務。聽障人士可致電 1-877-486-2048。 |

### 第 4 節 會員資格終止前，您必須繼續透過我們的計劃獲取藥物

在您的會員資格終止和新的 Medicare 保險開始之前，您必須繼續透過我們的計劃獲得處方藥。

* **繼續使用我們的網絡內藥房 *[insert if appropriate 或郵購服務****]* **配取您的處方藥。**

### 第 5 節 在特定情況下，*[Insert 2024 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？

**如發生以下任何情況，*[Insert 2024 plan name]*** 必須終止您的計劃會員資格：

* 如果您不再擁有 Medicare A 部分或 B 部分保險（或兩者）。
* 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 12 個月。
  + 如果您搬遷或進行長途旅行，請致電會員服務部，確定搬遷或旅行目的地是否在我們的計劃區域內。
* 您被捕入獄。
* 您不再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 if not applicable]* 您的行為持續干擾及阻礙我們為您與計劃的其他會員提供護理。（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處方藥。（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.]*您未支付計劃保費達 *[insert length of grace period, which cannot be less than 2 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 2 calendar months]* 的寬限期來支付計劃保費。
* 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？

如果您有任何疑問，或想要詳細瞭解我們在什麼情況下可終止您的會員資格，請致電會員服務部。

#### 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 2024 plan name]* 不能因任何與健康相關的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，請隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare。聽障專線 1-877-486-2048。

#### 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。

## 第 9 章： *法律通知*

### 第 1 節 有關管轄法律的通知

適用於本承保範圍說明書的主要法律是《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。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。

### 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、性取向、身心殘障、健康狀況、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**。所有提供 Medicare 處方藥計劃的機構，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。

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。您也可以查閱美國衛生與人類服務部民權辦公室發佈的資訊，網址：https://www.hhs.gov/ocr/index.html。

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。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 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 Medicare 承保處方藥收款。根據 CMS 法規 42 CFR 的第 422.108 和 423.462 節，*[insert 2024 plan name]*，作為一個 Medicare 處方藥計劃主辦機構，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 or 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.* *Plans may also include Medicaid-related legal notices.]*

## 第 10 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.]*

**上訴** – 上訴指您在對拒絕處方藥承保請求，或為您已獲得的藥物付費的決定存有異議時，採取的措施。

**年度參保期 –** 每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日，允許會員變更其健康或藥物計劃或轉至 Original Medicare 的時期。

**生物製品** – 由動物細胞、植物細胞、細菌或酵母等天然活體來源製成的處方藥。生物製品比其他藥物更複雜，無法完全複製，因此替代形式被稱為生物仿製藥。生物仿製藥通常與原生物製品一樣有效且安全。

*[Delete if plan does not include biosimilars on the formulary]* **生物仿製藥** – 一類與原廠生物製品非常相似但不完全相同的處方藥。生物仿製藥通常與原廠生物製品同樣有效和安全；不過，將原廠生物製品換成生物仿製藥時，通常需要開一份新處方。*[Insert if the formulary includes interchangeable biosimilars:*可互換的生物仿製藥符合額外的要求，藥房可在沒有新處方的情況下以其替代原廠生物製品，但須遵守州法律。]

**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。

**重大傷病承保階段** – 在承保年度期間內，您（或其他符合資格代您行事的人士）為 D 部分承保藥物花費 $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]* 後開始的 D 部分藥物福利階段。在此付款階段期間，本計劃將為您的 D 部分承保藥物支付全部費用。您無須支付任何費用。

**Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS)** – 管理 Medicare 的聯邦機構。

**慢性病護理特殊需求計劃** –C-SNP 是一種 SNP，其參保對象僅限於患有一種或多種嚴重或致殘慢性疾病的符合 MA 資格的個人（如 42 CFR 422.2 所定義），包括根據 42 CFR 422.4(a)(1)(iv) 中規定的多種常見共病和臨床相關病症分組來限制參保。

**共同保險** *–* [*insert if applicable:* 在您支付任何自付扣除金後] 可能需要您就處方藥支付的分攤費用金額，用百分比表示（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。如果您的計劃未遵循上訴程序中的時間，它還包括投訴。

**定額手續費** – 可能需要您就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（例如 10 美元），而不是百分比。

**分攤費用** – 分攤費用指會員獲得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) 計劃在承保藥物前徵收的自付扣除金；(2) 計劃要求在獲得特定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藥物時支付的任何*共同保險*，即藥物總費用的特定百分比。

*[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裁決。承保範圍裁定在本文件中稱為*承保範圍裁決*。

**承保藥物** – 我們的計劃承保的所有處方藥的總稱。

**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（例如雇主或團體提供）。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。

**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。範例如下：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。

**自付扣除金** – 在我們的計劃開始支付之前，您必須為處方藥支付的金額。

**退出**或**退保** – 終止計劃會員資格的程序。

**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，例如藥劑師準備與包裝處方藥的時間。

**雙重合格特殊需求計劃 (D-SNP) –** 有資格同時享受 Medicare（《社會保障法》第十八條）和 Medicaid 下的州計劃醫療援助（第十九條）的 D-SNP 参保个人。各州承保某些 Medicare 費用，具體取決於州和個人的資格。

**緊急醫療情況** – 是指您或任何其他具有一般健康和醫學知識的謹慎外行認為自己出現急需醫療看護以防失去生命（以及，若您是孕婦，以防流產）、肢體缺損或肢體功能喪失、或身體機能喪失或嚴重受損的醫療症狀。醫療症狀可以是疾病、損傷、劇痛或快速惡化的病情。

**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，將可允許您取得處方藥一覽表之外的藥物（處方藥一覽表例外處理），或是以更低的分攤費用等級取得非首選藥物（等級例外處理）。如果我們的計劃要求您在取得您所要求的藥物前先嘗試另一種藥物，或者當我們的計劃限制了您所要求之藥物的數量或劑量時，您也可以請求例外處理（處方藥一覽表例外處理）。

**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** – 一種由美國食品藥物管理局 (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** – 您對我們的計劃、醫療服務提供者或藥房提出的一種投訴，包括有關護理品質的投訴。不涉及承保或付款爭議。

**按收入每月調整保費 (IRMAA)** – 如果您 2 年前的 IRS 納稅申報表上的調整後總收入超過一定的金額，您將需要支付標準保費金額和一筆按收入每月調整保費（也稱為 IRMAA）。IRMAA 是額外收取的費用，將追加到您的保費中。受影響的 Medicare 受保人不超過 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 2024 initial coverage limit] OR [insert 2024 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。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 3 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 3 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。

**低收入補貼** **(LIS)** – 請參見「額外補助」。

**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。州 Medicaid 計劃各有不同，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。

**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。

**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。

**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 1) HMO，2) PPO，3) Private Fee-for-Service (PFFS) 計劃或 4) Medicare Medical Savings Account (MSA) 計劃。除了上述類型的計劃選擇之外，Medicare Advantage HMO 或 PPO 計劃也可以是特殊需求計劃 (SNP)。在大多數情況下，Medicare Advantage 計劃也提供 Medicare D 部分（處方藥保險）。這些計劃也稱為**附帶處方藥保險的 Medicare Advantage 計劃**。

[*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經營的計劃。]

**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 部分會員。折扣根據聯邦政府和某些藥物製造商之間的協議決定。

**Medicare 承保服務** – Medicare A 部分和 B 部分承保的服務。「Medicare 承保服務」一詞不包括 Medicare Advantage 計劃可能提供的額外福利，例如視力、牙科或聽力服務。

**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、特殊需求計劃、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。

**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。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。

**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保健計劃。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。您可向接受 Medicare 的任何醫生、醫院或其他醫療保健提供者求診。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。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。

**自付費用** – 請參見上文*分攤費用*定義。會員支付所獲得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、社會和長期服務和支援 (LTSS)，幫助人們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。[*National or multi-state plans when there is variability in the availability of PACE insert:* PACE 並非在所有州均有提供。如果您想知道 PACE 是否在您所在的州提供，請聯絡會員服務部。]]

**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。

**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。某些類別的藥物已被國會排除在 D 部分的承保範圍之外。

**D 部分逾期參保罰金** – 當您首次有資格加入 D 部分計劃後連續 63 天或更長時間未參與任何有信譽度的保險（此類保險的預計須支付的金額平均至少相當於 Medicare 標準處方藥保險）時，將會追加到您 Medicare 藥物保險之月繳保費的一筆金額。

[*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** – 首選分攤費用是指在某些網絡內藥房為某些 D 部分承保藥物支付的較低分攤費用。]

**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。

**事先授權** – 獲得承保服務的事先批准。*[Plans may delete applicable sentences if it does not require prior authorization for any drugs.]* 處方藥一覽表中標有需獲得事先授權的承保藥物。

**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。

**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。限制可能是我們依照處方或指定期間內承保的藥物數量。

**即時福利工具** — 一個入口網站或電腦應用程式，可供參保者查詢完整的、準確的、最新的、臨床適用的以及參保者特定的處方藥一覽表和福利資訊。這包括分攤費用、可作為治療同一病症的指定藥物的替代處方藥一覽表藥物，以及適用於替代藥物的承保限制（事先授權、階段治療、數量限制）。

**服務區域** – 您必須居住才能加入特定處方藥計劃的地理區域。如果您永久搬離計劃的服務區域，計劃可能會將您除名。

**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。

[*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師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。

*[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 2024 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。 |
| **聽障專線** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* 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。*[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)]* |
| **聽障專線** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* 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。] |
| **寫信** | *[Insert address]* |
| **網站** | *[Insert URL]* |

***PRA 披露聲明****根據 1995 年的「文書削減法案」(Paperwork Reduction Act)，任何人皆無須對資訊收集作出回應，除非其顯示了有效的 OMB 控制號碼。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼為 0938-1051。若您有任何意見或有改善此表格的建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn:PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。*