**[MA-PD HMO（及 HMO-POS、I-SNP、C-SNP）模本]  
[2017 年 ANOC 模本]**

***[插入 2017 年計劃名稱]（[插入計劃類型])由 [插入 MAO 名稱] 提供***

# 2017 年年度變更通知

*[****可選****︰插入受益人姓名]*  
*[****可選****︰插入受益人地址]*

您目前已報名加入*[插入 2016 年計劃名稱]*。該計劃的費用和福利來年將有所變動。*本手冊將詳述這些變化。*

* **您可於10 月 15 日至 12 月 7 日更改您來年的聯邦醫療保險承保範圍。**

其他資源

* [*達到 5% 替代語言閾值的計劃請插入：*可免費獲取本資訊的其他語言版本。
* 請致電 *[插入電話號碼]* 聯絡我們的會員服務部，瞭解其他資訊。（聽覺及語言有障 (TTY) 人士請致電 *[插入 TTY 號碼*]。）服務時間為 *[插入服務日期與時間]。*]
* 會員服務部[*達到 5% 閾值的計劃請插入：*還]可為非英語人士提供免費的語言翻譯服務*[達到 5% 閾值的計劃刪除本句的剩餘部分]*（電話號碼位於*[酌情編輯節號]*本手冊第 8.1 小節）。
* *[達到 5% 閾值的計劃請插入上述段落的所有適用語言版本。]*
* *[若適用，計劃必須插入有關替代格式（比如盲文、大字體、錄音帶）的可用性說明。*
* 最低基本承保 (MEC)：根據這個計劃提供的保險有資格作為最低基本承保 (MEC)，而且滿足患者保護與平價醫療法案 (ACA) 的個人分擔責任的要求。請造訪國稅局 (IRS) 網站：<http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision>，瞭解有關最低基本承保個人要求的更多資訊。

關於*[插入 2017 年計劃名稱]*

* *[插入聯邦締約聲明]*
* 本手冊中所稱「我們」是指*[插入 MAO 名稱]*。手冊中所稱「計劃」或「我們的計劃」是指*[插入 2017 年計劃名稱]*。

[*適用時插入：[插入材料 ID]* 經 CMS 核准[年月日] *或 [插入材料 ID]* 檔案與用途[年月日]]

考量您來年的聯邦醫療保險承保範圍

每年秋季，您可於「年度參保期」內更改您的聯邦醫療保險 (Medicare) 健康與藥物承保範圍。請務必及時審查您的承保範圍，以確保滿足您的來年之需。

重要待辦事項：

* **檢查福利與費用變化，看看是否對您構成影響。**這些變化是否對您所接受之服務構成影響？請務必審查福利與費用變化，以確保來年依舊滿足您的需要。閱讀第 *[插入節號]* 和 *[插入節號]* 節，瞭解我們計劃內的福利與變化之資訊。
* **檢查處方藥的承保範圍變化，看看是否對您構成影響。**您使用的藥物是否在承保範圍之內？藥物所處等級是否發生變化？您能否繼續使用該藥？請務必審查這些變化，以確保我們的藥物承保範圍於來年依舊滿足您的需要。閱讀第 *[插入節號]* 節，瞭解藥物承保範圍變化之資訊。
* **檢查您的醫生和其他醫療服務提供者來年是否處於我們的網絡內。**您的醫生處於我們的網絡內嗎？那麼您就診的醫院和其他醫療服務提供者呢？閱讀第 *[插入節號]* 節，瞭解我們的《醫療服務提供者名錄》之資訊。
* **考量您的整體健康護理費用。**您將為常用服務及處方藥自付多少費用？您將支付多少保費？與其他聯邦醫療承保範圍選項相比，總費用方面有何差異？
* **您是否對我們的計劃感到滿意。**

若您決定保留*[插入 2017 年計劃名稱]*：

若您希望來年繼續與我們合作，非常簡單 — 您什麼也不用做。

若您決定更改計劃：

若您認為其他承保範圍更符合您的需要，您可於 10 月 15 日至 12 月 7 日期間變更計劃。若您參保新計劃，新的承保範圍將於 2017 年 1 月 1 日起生效。閱讀第 *[酌情編輯節號]* 4.2 小節，瞭解選項詳情。

2017 年重要費用摘要

下方表格針對多個重要方面對*[插入 2017 年計劃名稱]* 2016 年的費用與 2017 年的費用進行了對比。請注意，該內容僅為變化摘要。**請務必閱讀本*《年度變更通知》的其他內容，***審查[*適用時插入：*附件*或*函件]*《承保範圍證明》，*看看其他福利或費用變化是否對您構成影響。

| 費用 | 2016（今年） | 2017（來年） |
| --- | --- | --- |
| 每月計劃保費\*  \* 您的保費可能會高於或低於該金額。查看第 *[酌情編輯節號]* 2.1 小節，瞭解詳情。 | *[插入 2016 年保費金額]* | *[插入 2017 年保費金額]* |
| *[無自付額的計劃可以刪除該列。]*  自付額 | *[插入 2016 年自付額金額]* | *[插入 2017 年自付額金額]* |
| 最高自付限額  此為您在承保範圍內對於 A 部分與 B 部分服務之最高自付限額。  （詳情請參見第 *[酌情編輯節號]* 2.2 小節。） | *[插入 2016 年最高自付限額]* | *[插入 2017 年最高自付限額]* |
| 診所就診 | 一般護理就診：每次就診花費*[插入 2016 年 PCP 成本分擔]*  專科醫生就診：每次就診花費*[插入 2016 年專科醫生就診成本分擔]* | 一般護理就診：每次就診花費*[插入 2017 年 PCP 成本分擔]*  專科醫生就診：每次就診花費*[插入 2017 年專科醫生就診成本分擔]* |
| 住院服務  包括急性住院、康復住院、長期護理醫院和其他類型的住院服務。住院護理從醫生安排您正式入院之日開始。您出院的前一天是您住院的最後一天。 | *[插入 2016 年成本分擔]* | *[插入 2017 年成本分擔]* |
| D 部分處方藥承保範圍  （詳情請參見第 *[酌情編輯節號]* 2.6 小節。） | 自付額：*[插入 2016 年自付額金額]*  最初承保範圍階段期間*[適用時插入共付額/共同保險]*︰   * 藥物級別 1：*[插入 2017 年成本分擔]* * *[所有藥物級別同上。]* | 自付額：*[插入 2017 年自付額金額]*  最初承保範圍階段期間*[適用時插入共付額/共同保險]*︰   * 藥物級別 1：*[插入 2017 年成本分擔]* * *[所有藥物級別同上。]* |

***2017 年年度變更通知*  
目錄**

考量您來年的聯邦醫療保險承保範圍 1

2017 年重要費用摘要 2

第 1 節 我們將更改計劃名稱 5

第 1 節 除非您選擇其他計劃，否則您將於 2017 年自動參保*[插入 2017 年計劃名稱]* 5

第 2 節 來年的福利與費用變更 6

第 2.1 小節 — 每月保費變更 6

第 2.2 小節 — 您的最高自付限額變更 6

第 2.3 小節 — 醫療服務提供者網絡變更 7

第 2.4 小節 — 藥房網絡變更 8

第 2.5 小節 — 醫療服務的福利與費用變更 8

第 2.6 小節 — D 部分處方藥承保範圍的變更 10

第 3 節 — 其他變更 15

第 4 節 挑選計劃 15

第 4.1 小節 — 若您想保留*[插入 2017 年計劃名稱]* 15

第 4.2 小節 — 若您想更改計劃 16

第 5 節 更改計劃的截止日期 16

第 6 節 提供聯邦醫療保險免費諮詢的計劃 17

第 7 節 幫助支付處方藥的計劃 17

第 8 節 問題？ 18

第 8.1 小節 — 獲得*[插入 2017 年計劃名稱]*的幫助 18

第 8.2 小節 — 獲得聯邦醫療保險的幫助 19

*[若第 1 節不適用，應將其從計劃中刪除，並酌情為其他各節重新編號。]*

第 1 節 我們將更改計劃名稱

*[若經 CMS 核准，計劃名稱即將變更，請將第 1 節包括在內，並使用上方章節標題與下方文字：*

2017 年 1 月 1 日，我們的計劃名稱將從*[插入 2016 年計劃名稱]更改為[插入 2017 年計劃名稱]。*

*[若會員將獲得新身份卡，或者名稱變更會對任何其他受益人的溝通造成影響，請插入文字告知。]*

第 1 節 除非您選擇其他計劃，否則您將於 2017 年自動參保*[插入 2017 年計劃名稱]*

*[若受益人因合併而加入了其他計劃，請將第 1 節包括在內，並使用上方章節標題與下方文字。值得注意的是，根據《年度變更通知》(ANOC) 規定，計劃/贊助者若需將會員從不可續期計劃轉入合併計劃，則需對比參保人先前的計劃與合併後的計劃之福利與費用，包括藥物級別的成本分擔。]*

2017 年 1 月 1 日，*[插入 MAO 名稱]*將與我們的計劃之一 *[插入 2016 年計劃名稱]* 合併*[插入 2017 年計劃名稱]*。

**若您未於 2016 年 12 月 7 日之前對您的聯邦醫療保險承保範圍做出任何更改，我們將自動將您加入我們的*[插入 2017 年計劃名稱]*。**這意味著，自 2017 年 1 月 1 日起，您將納入*[插入 2017 年計劃名稱]*的醫療和處方藥承保範圍。若您願意，您可以更改為其他聯邦醫療保險健康計劃。您還可以改換為原有聯邦醫療保險。若您想要做出更改，須於 10 月 15 日至 12 月 7 日之間更改計劃。

本文件中所含資訊意在向您闡明您當前於*[插入 2016 年計劃名稱]*中所享福利與 2017 年 1 月 1 日加入*[插入 2017 年計劃名稱]*後所享福利之差異。

[*此前就參保合併事宜已經通知會員的計劃可以插入以下段落，必要時進行編輯：[插入 MAO 名稱]*已向您寄出名為「*[插入函件名稱]*」的函件。此函件向您說明與此更改相關的詳細資訊。您若有任何疑問，或未收到該函件，請致電會員服務部（電話號碼位於本手冊第 *[酌情編輯節號]* 8.1 小節]）。

第 2 節 來年的福利與費用變更

### 第 2.1 小節 — 每月保費變更

*[計劃可以在本表格中添加新列，以顯示可選補充福利的保費變化。]   
  
[包含 B 部分保費減少福利的計劃可以插入新列以描述福利的變化。]*

| 費用 | 2016（今年） | 2017（來年） |
| --- | --- | --- |
| 每月保費  *[包含 B 部分保費減少福利的計劃可以修改此列以描述福利的變化。]*  （您還必須繼續支付您的聯邦醫療保險 B 部分保費。） | *[插入 2016 年 保費金額]* | *[插入 2017 年 保費金額]* |

* 若您因為 63 天或更長時間沒有與聯邦醫療保險標準藥物承保範圍（也稱為「抵免」藥物承保範圍）至少一樣好的藥物承保範圍而必須支付 D 部分延期參保終生罰款，若您參保聯邦醫療保險處方藥保險，您的每月計劃保費將*增加*。
* 若您的收入較高，您可能必須為您的聯邦醫療保險處方藥承保範圍直接向政府每月支付額外的費用。
* 若您的處方藥費用正在接受「额外補助」，您的每月保費將*減少*。

### 第 2.2 小節 — 您的最高自付限額變更

*[最高自付限額中含補充福利（比如服務點福利）費用的計劃可以酌情修改本資訊。]*

為了保護您的利益，聯邦醫療保險要求所有健康計劃均須限制您本年度內支付的「自付額」。該限制稱為「最高自付限額」。一旦您達到此金額，您在本年度的剩餘時間一般無需再為承保範圍內的[*適用時插入：*A 部分和 B 部分]服務支付任何費用。

| 費用 | 2016（今年） | 2017（來年） |
| --- | --- | --- |
| 網絡內最高自付限額  您為承保範圍內的醫療服務所付的費用（比如共付額[*若計劃有自付額，請插入：*和自付額]）將計入您的最高自付限額。*[無保費的計劃可以酌情修改以下句段]*您的計劃保費和您為處方藥所付費用不計入您的最高自付限額。 | *[插入 2016 年 最高自付限額]* | *[插入 2017 年 最高自付限額]*  一旦您為承保範圍內的[*適用時插入︰* A 部分和 B 部分]服務支付了*[插入 2017 年網絡內最高自付限額]*的自付額，則該日曆年剩餘時間您將無需為承保範圍內的[*適用時插入︰*A 部分和 B 部分]服務支付任何費用。 |

### 第 2.3 小節 — 醫療服務提供者網絡變更

*[插入適用的章節︰對於醫療服務提供者網絡發生變更的計劃]* 我們的醫療服務提供者網絡來年會出現一些變更。[*適用時插入：*本手冊已隨附一份《醫療服務提供者名錄》。]更新後的《醫療服務提供者名錄》已發佈於我們的網站 *[插入網址]*。您還可以致電會員服務部，獲取更新後的醫療服務提供者資訊，或要求我們為您寄送一份《醫療服務提供者名錄》。**請審查 2017 年《醫療服務提供者名錄》，看看您的醫療服務提供者（一般護理醫療服務提供者、專科醫生、醫院等）是否處於我們的網絡內。**

或

[*對於退出及/或加入其網絡的醫療服務提供者數量高於正常數量的計劃]* 我們的網絡在 2017 年將會出現超過平常的變化。[*適用時插入：*本手冊已隨附一份《醫療服務提供者名錄》。]更新後的《醫療服務提供者名錄》已發佈於我們的網站 [*插入網址*]。您還可以致電會員服務部，獲取更新後的醫療服務提供者資訊，或要求我們為您寄送一份《醫療服務提供者名錄》。**我們強烈建議您審查最新的《醫療服務提供者名錄》，看看您的醫療服務提供者（一般護理醫療服務提供者、專科醫生、醫院等）是否依然處於我們的網絡內。**

請注意，我們可能會更改您本年度計劃內的醫院、醫生和專科醫生（醫療服務提供者）。您的醫療服務提供者可能會因故退出您的計劃，但是若您的醫生或專科醫生確實退出了您的計劃，則您享有下列特定的權利和保護：

* 即便我們的醫療服務提供者網絡可能會於本年度內發生變化，但聯邦醫療保險要求我們為您提供不間斷的就診權利，以便您得到合格醫生和專科醫生的診療服務。
* 若您的醫療服務提供者即將退出我們的計劃，可能的情況下，我們至少會提前 30 天通知您，讓您有時間選擇新的醫療服務提供者。
* 我們會幫助您選擇新的合格醫療服務提供者，以繼續管理您的衛生保健需求。
* 若您正在接受治療，您有權提出請求，我們將與您全力合作，確保您正在接受的必要治療不會中斷。
* 若您認為我們未向您提供合格的醫療服務提供者來代替您之前的醫療服務提供者，或者您的保健未得到妥善的管理，您有權對我們的決定提起上訴。
* 若您發現您的醫生或專科醫生即將退出您的計劃，請聯絡我們，以便我們幫助您找尋新的醫療服務提供者並管理您的保健事宜。

### 第 2.4 小節 — 藥房網絡變更

您為自己的處方藥支付的金額可能取決於您使用的藥房。聯邦醫療保險藥物計劃擁有藥房網絡。多數情況下，在我們的網絡藥房所抓的處方藥*才會*獲得承保。[*適用時插入：*我們的網絡包括含首選成本分擔的網絡內藥房，這些藥房可以為您提供更低的成本分擔，低於網絡內其他藥房提供的標準成本分擔。]

*[插入適用的章節︰對於藥房網絡發生變更的計劃]*我們的藥房網絡來年會出現一些變更。[*適用時插入：*本手冊已隨附一份《藥房名錄》。]更新後的《藥房名錄》已發佈於我們的網站 [*插入網址*]。您還可以致電會員服務部，獲取更新後的醫療服務提供者資訊，或要求我們為您寄送一份《藥房名錄》。**請審查 2017 年《藥房名錄》，看看哪些藥房處於我們的網絡內。**

*或*

[*對於退出其藥房網絡的藥房數量高於正常數量的計劃]*我們的網絡在 2017 年將會出現超過平常的變化。[*適用時插入：*本手冊已隨附一份《藥房名錄》。]更新後的《藥房名錄》已發佈於我們的網站 [*插入網址*]。您還可以致電會員服務部，獲取更新後的醫療服務提供者資訊，或要求我們為您寄送一份《藥房名錄》。**我們強烈建議您審查目前的藥房名錄，看看您的藥房是否仍在我們的網絡內。**

### 第 2.5 小節 醫療服務的福利與費用變更

[*若福利或成本分擔無變更，請將標題修改為「您的福利或為醫療服務支付的費用無變更」並將該小節的其餘部分替換為：*2017 年我們的福利與您為這些承保醫療服務支付的費用將與 2016 年一模一樣。]

來年，我們將更改特定醫療服務的承保範圍。下方資訊將解釋這些變化。如欲詳細瞭解這些服務的承保範圍與費用，請參見 *2017 年《承保範圍證明》*第 4 章*《醫療福利表》（承保內容與您需支付的金額）。*

*[表格內容必須包括：(1) 即將新增的所有新福利或 2017 年將終止的 2016 年福利，包括任何新的可選補充福利（計劃必須註明，享受這些可選補充福利需支付額外的保費）；(2) 2017 日曆年 C 部分福利的新限制；及 (3) 2017 年承保醫療服務成本分擔的所有變更，包括服務類別、最高自付限額和可選補充福利成本分擔的所有變更（計劃必須註明，享受這些可選補充福利需支付額外的保費）。]*

| 費用 | 2016（今年） | 2017（來年） |
| --- | --- | --- |
| *[插入福利名稱]* | [*對於 2016 年未承保的福利，請插入：*  *[插入福利名稱]*未承保。]  [*對於含共付額的福利，請插入：*  您需支付 *[插入 2016 年共付額]* 美元的共付額*[酌情插入文字，以準確描述福利，比如「每次診所就診」]*。]  [*對於含共同保險的福利，請插入：* 您需支付 *[插入 2016 年共同保險百分比]*% 的總費用  *[酌情插入文字，以準確描述福利，比如「每年最多就診一次」]*。] | [*對於 2017 年未承保的福利，請插入：[插入福利名稱]*未承保。]  [*對於含共付額的福利，請插入：*  您需支付 *[插入 2017 年共付額]* 美元的共付額*[酌情插入文字，以準確描述福利，比如「每次診所就診」]*。]  [*對於含共同保險的福利，請插入：*  您需支付 *[插入 2017 年共同保險百分比]*% 的總費用  *[酌情插入文字，以準確描述福利，比如「每年最多就診一次」]*。] |
| *[插入福利名稱]* | *[插入 2016 年費用/承保範圍，請使用上述格式。]* | *[插入 2017 年費用/承保範圍，請使用上述格式。]* |

### 第 2.6 小節 — D 部分處方藥承保範圍的變更

#### 藥物清單的變更

我們的承保藥物清單稱為處方藥物表或「藥物清單」。本信函中附有一份《藥物清單》。[*若處方藥物表有所刪減，請增添以下文字：*本信函中所附《藥物清單》包含許多 — 但並非所有 — 我們將於來年承保的藥物。若您未於該清單上找到您的藥物，該藥也可能處於承保範圍內。**如欲獲取*完整的*《藥物清單》**，請致電會員服務部（參見封底）或造訪網站 (*[插入*網址*]*)。]

[*若計劃的承保藥物、級別分配或限制無變更，則本小節的其餘部分可替換為：*我們未對來年的《藥物清單》做出任何更改。2017 年《藥物清單》中所含的藥物將與 2016 年相同。但是，徵得聯邦醫療保險的批准，或食品和藥品管理局（FDA）或產品製造商將藥物退出市場後，我們有權於年內不時更改《藥物清單》。

我們已變更《藥物清單》，包括變更我們所承保的藥物以及變更適用於我們特定藥物承保範圍的限制。**請審查《藥物清單》，確保來年您的藥物處於我們的承保範圍內，以及看看是否存在任何限制。**

若藥物承保範圍的變更對您構成影響，您可以：

* **與您的醫生（或其他處方醫生）合作，要求計劃破例**將該藥列入承保範圍。*[若計劃未針對當前會員制定提前過渡流程，則可以省略以下語句。]***我們鼓勵當前會員**在今年內請求做出破例處理。
  + 如需瞭解要求破例的必辦事項，請參閱*《承保範圍證明》*第 9 章*（出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦）*，或致電會員服務部。
* **與您的醫生（或其他處方醫生）合作，查找**我們承保的其他藥物。您可以致電會員服務部，索要治療相同疾病的承保藥物的清單。

*[如果計劃的所有當前會員將在來年提前過渡，則可以省略本句段。]*在某些情況下，在計劃年度承保範圍的前 90 天內，或在承保範圍內，我們需要承保不在處方藥物表內的**一次性**臨時藥物供給。（如需瞭解更多有關獲取臨時供給的情形以及方式，請參閱*《承保範圍證明》*的第 5 章第 5.2 小節。）領取臨時藥物供給期間，您應該諮詢您的醫生，以瞭解臨時供給的藥物用完之後的解決辦法。您可以換成計劃內承保的其他藥物，或要求計劃為您破例，將您當前使用的藥物列入承保範圍。

*[若您的處方藥物表相對於上一個計劃年度發生了變化，則計劃可以包含有關將當前參保人轉到處方藥物計劃的流程資訊。]*

*[請註明，當前的處方藥物表破例藥物於來年仍將處於承保範圍內，還是需要提交新的處方藥物表。]*

#### 處方藥費用變更

*注意：*若您加入的計劃能幫您支付藥費（簡稱「额外補助」，**則有關 D 部分處方藥的費用資訊[***適用時插入：***可能***或***一定]不適用於您。***[若不適用，請省略有關低收入補貼（LIS）附加條款之資訊。]*我們[*酌情插入*：已經附上*或*向您寄送]一份單獨的插頁，稱為《領取處方藥費用額外補助人士之承保範圍證明附加條款》（亦稱《低收入補貼附加條款》或《LIS 附加條款》），該條款將向您解釋您的藥物費用。若您領取「額外補助」[*若計劃寄送《LIS 附加條款》和《ANOC》，請插入：*未收到本插頁和封包]，[*如果計劃分開寄送《LIS 附加條款》和《ANOC》，請插入：[插入日期]*之前未收到本插頁]，請致電會員服務部索要《LIS 附加條款》。會員服務的電話號碼位於本手冊第 *[酌情編輯節號]* 8.1 小節。

「藥物支付階段」有四種。D 部分藥物的支付金額取決於您所於的藥物支付階段。（您可查閱*《承保範圍證明》*第 6 章第 2 節，瞭解各個階段的詳細資訊。）

下方資訊顯示來年前兩個階段的變更 — 年度自付額階段與最初承保範圍階段。（多數會員不會達到其他兩個階段 — 承保範圍缺口階段或重大災難承保範圍階段。如需獲取有關這些階段的費用資訊，請參閱[*適用時插入：*附件*或*函件]*《承保範圍證明》*第 6 章的第 6 節和第 7 節。)

自付額階段的變更

| 階段 | 2016（今年） | 2017（來年） |
| --- | --- | --- |
| 第 1 階段：年度自付額階段  本階段期間，**您將全額支付**您的[*適用時插入：*D 部分*或*品牌名稱*或[級別名稱]*]藥物，直到您達到年度自付額。  [*無自付額的計劃請省略上文。*] | 自付額為 *[插入 2016 年自付額]* 美元。  [*無自付額的計劃請將上文替換為：*因為我們沒有自付額，故此支付階段對您不適用。]  [*如為 2016 年及/或 2017 年包含無自付額之級別的計劃，則插入以下句段*︰] 本階段期間，您需為 [*插入無自付額的級別名稱*] 藥物支付*[插入受益人應為無自付額級別支付的成本分擔金額]* 成本分擔，並為 [*插入適用共付額的級別名稱*] 藥物支付全額費用，直到您達到年度自付額。 | 自付額為 *[插入 2017 年自付額]* 美元。  [*無自付額的計劃請將上文替換為：*因為我們沒有自付額，故此支付階段對您不適用。]  [*如為 2016 年及/或 2017 年包含無自付額之級別的計劃，則插入以下句段*︰] 本階段期間，您需要為 [*插入無自付額的級別名稱*] 藥物支付*[插入受益人應為無自付額級別支付的成本分擔金額]* 成本分擔，並為 [*插入適用共付額的級別名稱*] 藥物支付全額費用，直到您達到年度自付額。 |

最初承保範圍階段的成本分擔變更

*[如為成本分擔從 2016 年之共同保險變更為 2017 年之共付額（反之亦然）的計劃，則插入︰「*對於*[插入級別名稱]*藥物，您在最初承保階段的成本分擔將[*酌情插入*「從共付額變更為共同保險」*<或>*「從共同保險變更為共付額」。]請參閱以下表格，瞭解 2016 至 2017 年的變更。」*]*

如需瞭解共付額及共同保險的運作方式，請參閱*《承保範圍證明》*第 6 章第 1.2 小節︰*您需為承保藥物付款的自付費用類型。*

*[計劃必須於下方表格中列出所有的藥物級別，並顯示一個月內在網絡零售藥房購買供給藥物的費用。若藥房提供首選成本分擔，則計劃必須使用下表為提供標準成本分擔的網絡藥房提供會員成本分擔之資訊，或者使用第二個備用表格提供有關標準和首選成本分擔之資訊。無藥物級別的計劃可以酌情修改表格。]*

| 階段 | 2016（今年） | 2017（來年） |
| --- | --- | --- |
| 第 2 階段：最初承保範圍階段  *[無自付額的計劃請刪除第一句]* 支付年度自付額之後，您隨即進入最初承保範圍階段。本階段期間，計劃將支付藥費中應由其承擔的部分，而**您則支付自己應承擔的部分。***[如為成本分擔從 2016 年之共付額變更為 2017 年之共同保險（反之亦然）的計劃，則對每個適用級別插入︰*2016 年您為[*插入級別名稱]*藥物支付[*酌情插入*「$[*xx*] 共付額」<或>「[*xx*]% 共同保險]」。2017 年您將為此級別藥物支付[*酌情插入*「$[*xx*] 共付額」<或>「[*xx*]% 共同保險]」。]  若您在提供標準成本分擔的網絡藥房抓藥，本列中的費用是指一個月（*[插入一個月內供給的天數]* 天）的供給費用。[*如為 2016 至 2017 年的一個月藥物供給天數出現變更的計劃，則插入「*如表格所示，2016 年至 2017 年的一個月藥物供給天數已出現變更。」]如需瞭解有關[*適用時插入：*長期供給；提供首選成本分擔的網絡藥房；或郵購處方]的費用資訊，請參閱*《承保範圍證明》*第 6 章第 5 節。  [*適用時插入：*我們更改了《藥物清單》上部分藥物的級別。如需查看您的藥物是否發生了級別變化，請查閱《藥物清單》。] | 您一個月內[*如為 2016 至 2017 年的一個月藥物供給天數出現變更的計劃，則插入*「（[*xx*] 天）」*而非*「一個月」] 在標準成本分擔網絡藥房購買供給藥物的費用：  ***[插入級別 1 的名稱]***：  您的支付額為[*適用時插入：*每個處方 *[xx]* 美元*或*總費用的 *[xx]*%。]  ***[插入級別 2 的名稱]***：  您的支付額為[*適用時插入：*每個處方 *[xx]* 美元*或*總費用的 *[xx]*%。]  *[所有級別同上。]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  一旦[*適用時插入*：藥費總金額達到 [*插入 2016 年最初承保範圍限制]* 美元，即可進入下一個階段（承保範圍缺口階段）。*或*您已為 D 部分藥物自付 *[插入 2016 年自付閾值]* 美元，您將進入下一個階段（重大災難承保範圍階段）。] | 您一個月內[*如為 2016 至 2017 年的一個月藥物供給天數出現變更的計劃，則插入*「（[*xx*] 天）」*而非*「一個月*」*] 在標準成本分擔網絡藥房購買供給藥物的費用：  ***[插入級別 1 的名稱]***：  您的支付額為[*適用時插入：*每個處方 *[xx]* 美元*或*總費用的 *[xx]*%。]  ***[插入級別 2 的名稱]***：  您的支付額為[*適用時插入：*每個處方 *[xx]* 美元*或*總費用的 *[xx]*%。]  *[所有級別同上。]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  一旦[*適用時插入*：藥費總金額達到 [*插入 2017 年最初承保範圍限制]* 美元，即可進入下一個階段（承保範圍缺口階段）。*或*您已為 D 部分藥物自付 *[插入 2017 年自付閾值]* 美元，您將進入下一個階段（重大災難承保範圍階段）。] |

*[若藥房提供標準和首選成本分擔，則計劃可以將上表替換為下表，列明兩種成本分擔的費率。]*

|  | 2016（今年） | 2017（來年） |
| --- | --- | --- |
| 第 2 階段：最初承保範圍階段  *[無自付額的計劃請刪除第一句]* 支付年度自付額之後，您隨即進入最初承保範圍階段。本階段期間，計劃將支付藥費中應由其承擔的部分，而**您則支付自己應承擔的部分。**[*如為成本分擔從 2016 年之共付額變更為 2017 年之共同保險（反之亦然）的計劃，則對每個適用級別插入︰*2016 年您為此級別藥物支付[*酌情插入*「[*xx*] 美元共付額」*<或>*「[*xx*]% 共同保險」]。2017 年您將為此級別藥物支付[*酌情插入*「[*xx*] 美元共付額」<或>「[*xx*]% 共同保險]」。]  若您在網絡藥房抓藥，本列中的費用是指一個月（*[插入一個月內供給的天數]* 天）的供給費用。[*如為 2016 至 2017 年的一個月藥物供給天數出現變更的計劃，則插入*「如表格所示，2016 年至 2017 年的一個月藥物供給天數已出現變更。」]如需瞭解有關[*適用時插入：*長期供給或郵購處方]的費用資訊，請參閱*《承保範圍證明》*第 6 章第 5 節。  [*適用時插入：*我們更改了《藥物清單》上部分藥物的級別。如需查看您的藥物是否發生了級別變化，請查閱《藥物清單》。] | 您一個月內[*如為 2016 至 2017 年的一個月藥物供給天數出現變更的計劃，則插入*「（[*xx*] 天）」*而非*「一個*月」]*在網絡藥房購買供給藥物的費用：  ***[插入級別 1 的名稱]***：  *標準成本分擔：*您的支付額為[*適用時插入：*每個處方 *[xx]* 美元*或*總費用的 *[xx]*%]。  *首選成本分擔：*您的支付額為[*適用時插入：*每個處方 *[xx]* 美元*或*總費用的 *[xx]*%]。  ***[插入級別 2 的名稱]***：  *標準成本分擔：*您的支付額為[*適用時插入：*每個處方 *[xx]* 美元*或*總費用的 *[xx]*%]。  *首選成本分擔：*您的支付額為[*適用時插入：*每個處方 *[xx]* 美元*或*總費用的 *[xx]*%]。  *[所有級別同上。]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  一旦[*適用時插入：*藥費總金額達到 [*插入最初承保範圍限制]* 美元，即可進入下一個階段（承保範圍缺口階段）。*或*您已為 D 部分藥物自付 [*插入自付閾值*]美元，您將進入下一個階段（重大災難承保範圍階段）。] | 您一個月內*[如為 2016 至 2017 年的一個月藥物供給天數出現變更的計劃，則插入「*（[*xx*] 天）」*而非*「*一個月」*]在網絡藥房購買供給藥物的費用：  ***[插入級別 1 的名稱]***：  *標準成本分擔：*您的支付額為[*適用時插入：*每個處方 *[xx]* 美元*或*總費用的 *[xx]*%]。  *首選成本分擔：*您的支付額為[*適用時插入：*每個處方 *[xx]* 美元*或*總費用的 *[xx]*%]。  ***[插入級別 2 的名稱]***：  *標準成本分擔：*您的支付額為[*適用時插入：*每個處方 *[xx]* 美元*或*總費用的 *[xx]*%]。  *首選成本分擔：*您的支付額為[*適用時插入：*每個處方 *[xx]* 美元*或*總費用的 *[xx]*%]。  *[所有級別同上。]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  一旦[*適用時插入：*藥費總金額達到 [*插入 2017 年最初承保範圍限制]* 美元，即可進入下一個階段（承保範圍缺口階段）。*或*您已為 D 部分藥物自付 [*插入 2017 年自付閾值*]美元，您將進入下一個階段（重大災難承保範圍階段）。] |

承保範圍缺口階段和重大災難承保範圍階段的變更

另外兩種藥物承保範圍階段 — 承保範圍缺口階段和重大災難承保範圍階段 — 適用於高額藥費人群。多數會員不會達到承保範圍缺口階段或重大災難承保範圍階段。*[如贊助者將成本分擔從 2016 年之共同保險變更為 2017 年之共付額（反之亦然），則插入以下句段︰如做出諸多變更，則視需要重複此句段。*在[*插入相關的承保階段*]承保階段，對於 [*xx*][*插入級別*] 級別的藥物，您的成本分擔將[*酌情插入*「從共付額變更為共同保險」<*或*>「從共同保險變更為共付額」。]如需獲取有關這些階段的費用資訊，請參閱*《承保範圍證明》*第 6 章第 6 小節和第 7 節。

第 3 節 — 其他變更

*[本節為可選內容。若管理變更對會員構成影響（如每月保費的支付選項變更、事先授權要求的變更、合同或 PBP 數目的變更），則計劃可以插入本節內容，並於下表中說明相關變更。選擇省略本節的計劃應酌情為剩下的章節重新編號。]*

| 費用 | 2016（今年） | 2017（來年） |
| --- | --- | --- |
| *[插入即將變更的管理流程/項目說明]* | *[插入 2016 年管理說明]* | *[插入 2017 年管理說明]* |
| *[插入即將變更的管理流程/項目說明]* | *[插入 2016 年管理說明]* | *[插入 2017 年管理說明]* |

第 4 節 挑選計劃

### 第 4.1 小節 — 若您想保留*[插入 2017 年計劃名稱]*

**如需繼續沿用我們的計劃，您什麼也不用做。**12 月 7 日之前，若您未加入其他計劃或更改為原有聯邦醫療保險，2017 年您將自動維持我們計劃內的參保狀態。

### 第 4.2 小節 — 若您想更改計劃

我們希望您來年依舊是我們的會員，但如果您希望更改 2017 年的計劃，請遵循以下步驟：

步驟 1：瞭解並對比您的各個選項

* 您可以加入其他聯邦醫療保險健康計劃，
* *— 或 —* 您可以更改為原有聯邦醫療保險。若您更改為原有聯邦醫療保險，您需要決定是否加入聯邦醫療藥物計劃以及是否購買聯邦醫療補充（差額保險）政策。

如需詳細瞭解原有聯邦醫療保險和不同類型聯邦醫療保險計劃，請閱讀*《2017 年聯邦醫療保險與您》、*致電州健康保險補助計劃（詳見第 *[酌情編輯節號]* 6 節），或致電聯邦醫療保險（詳見第 *[酌情編輯節號]* 8.2 小節)。

您還可以使用聯邦醫療保險計劃查找器於聯邦醫療保險網站上查找您所在區域的計劃之資訊。轉到 [http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/) 並按一下「Find health & drug plans」（查找健康與藥物計劃）。**您可在此找到有關聯邦醫療保險計劃的費用、承保範圍和質量評級資訊。**

[*適用時計劃可以選擇插入：*溫馨提示，*[插入 MAO 名稱]* 提供其他[*適用時插入：*聯邦醫療保險健康計劃*及/或*聯邦醫療保險處方藥計劃。這些其他計劃在承保範圍、每月保費和成本分擔金額方面可能有所不同。]]

步驟 2：更改承保範圍

* 如需更改為**其他聯邦醫療保險健康計劃，**請參保新計劃。您將自動退出*[插入 2017 年計劃名稱]*。
* 如需**更改為含處方藥計劃的原有聯邦醫療保險，**請參保新藥物計劃。您將自動退出*[插入 2017 年計劃名稱]*。
* 如需**更改為不含處方藥計劃的原有聯邦醫療保險**，您必須擇一而行：
  + 向我們寄送書面退保請求。若您需要瞭解詳細的實施方法，請聯絡會員服務部（電話號碼位於本手冊第 *[酌情編輯節號]* 8.1 小節）。
  + *— 或 —* 聯絡**聯邦醫療保險**要求退保，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，一週 7 天全天 24 小時服務。聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-877-486-2048。

第 5 節 更改計劃的截止日期

若您來年想更改為其他計劃或原有聯邦醫療保險，您可於 **10 月 15 日至 12 月 7 日期間**進行更改**。**更改自 2017 年 1 月 1 日起生效。

年內可於其他時間做出更改嗎？

特定情況下，還可於年內其他時間做出更改。例如，享受州醫療補助的人士、享受藥費「額外補助」的人士、已經或正在失去僱主承保的人士和搬離服務區域的人士可於年內其他時間做出更改*。*如需詳細資訊，請參閱*《承保範圍證明》*第 10 章第 2.3 小節。

若您於 2017 年 1 月 1 日加入了聯邦醫療保險優勢計劃但不喜歡您的計劃選項，您可於 2017 年 1 月 1 日至 2 月 14 日期間換成原有聯邦醫療保險。如需詳細資訊，請參閱*《承保範圍證明》*第 10 章第 2.2 小節。

[*I-SNP：將上方句段替換為以下內容：*

您可以**隨時**更改您的聯邦醫療保險承保範圍。您可以隨時更改為任何其他聯邦醫療保險健康計劃（無論是否含聯邦醫療保險處方藥承保範圍）或換為原有聯邦醫療保險（無論是否含單獨的聯邦醫療處方藥計劃）。]

第 6 節 提供聯邦醫療保險免費諮詢的計劃

*[在多個州提供計劃的組織：必要時修改本節，使用通用名稱「州健康保險補助計劃」，並列出您所在服務區域內所有州健康保險補助計劃 (SHIP) 的名稱、電話號碼和地址。]*

州健康保險補助計劃 (SHIP) 是一個政府計劃，每個州都有受過培訓的顧問。在*[插入州]*，SHIP 被稱為*[插入該州的 SHIP 名稱]*。

*[插入該州的 SHIP 名稱]*是一個獨立的計劃（即不與任何保險公司或健康計劃存在關聯）。這是一個由聯邦政府資助的州政府項目，為享受聯邦醫療保險的人士提供**免費的**本地健康保險諮詢服務。*[插入該州的 SHIP 名稱]*顧問可以為您解答有關聯邦醫療保險的疑問或問題。他們可以幫您理解您的聯邦醫療保險計劃選項，並且回答有關計劃轉換事宜的問題。您可以致電 *[插入 SHIP 電話號碼]* 聯絡*[插入該州的 SHIP 名稱]。*[*計劃可以插入以下內容：*您可以造訪他們的網站 ([*插入 SHIP 網站*])，瞭解更多有關[*插入該州 SHIP 名稱*]的資訊。

第 7 節 幫助支付處方藥的計劃

您可能符合幫助支付處方藥費用的資格。*[若計劃所在州無州藥物補助計劃 (SPAP)，請刪除下一句]*幫助基本上分為以下幾種：

* **聯邦醫療保險的「額外補助」。**低收入人士可能符合享受「額外補助」的資格，以助其支付處方藥費用。若您符合資格，聯邦醫療保險可支付高達 75% 的藥費，甚至可能更高，這當中包括每月處方藥物保費、年度自付額以及共同保險。除此之外，符合資格的人將不會存在承保範圍缺口或延期參保罰款。其實許多人都符合資格，但自己卻不知道。如需查看您是否符合資格，請致電：
  + 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-877-486-2048。每週 7 天，每天 24 小時服務。
  + 社會安全署號碼 1-800-772-1213，服務時間為週一至週五上午 7 點至下午 7 點。聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-800-325-0778（申請）；或
  + 致電您的州醫療補助辦公室（申請）；
* *[計劃所在州若無 SPAP，請刪除該項。][在多個州提供計劃的組織：必要時修改本項，使用通用名稱「州藥品協助計劃」，並列出您所在服務區域內所有 SPAP 的名稱。]***州藥品協助計劃提供的幫助。***[插入州名稱]*擁有名為*[插入該州的 SPAP 名稱]*的計劃，可根據人們的經濟需要、年齡或病情幫助他們支付處方藥費用。如需詳細瞭解該計劃，請查閱您的州健康保險補助計劃（該組織的名稱和電話號碼位於本手冊第 *[酌情編輯節號]* 6 節）。
* *[若計劃所在州因設有艾滋病藥物補助計劃 (ADAP) 而不提供保險補助，請刪除該項。][無 D 部分藥物成本分擔的計劃應刪除該節]***針對患 HIV/AIDS** **人士的處方成本分擔協助。**艾滋病藥物補助計劃 (ADAP)有助於確保符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 人士可以獲得挽救生命的 HIV 藥品。個人必須滿足特定的標準，包括州居住證明和 HIV 病情證明、州界定的低收入以及沒有參加保險/保險金額不足。根據*[插入該州的 ADAP 名稱與資訊]*，ADAP 也承保的聯邦醫療保險 D 部分處方藥符合享受處方成本分擔補助的資格*。*如需獲取有關資格標準、承保藥物或如何參保計劃的資訊，請致電 *[插入該州的 ADAP 聯絡資訊]。*

第 8 節 問題?

### 第 8.1 小節 — 獲得*[插入 2017 年計劃名稱]*的幫助

遇到問題？我們來幫您。請致電會員服務部，電話號碼為 *[插入會員服務部電話號碼]*。（*[插入 TTY 號碼]* 僅限 TTY 人士撥打。)我們的接聽時間為*[插入服務日期與時間]*。[*適用時插入：*這些號碼均為免費電話。]

請閱讀您的 2017 年*《承保範圍證明》*（內含來年福利與費用詳情）

本*《年度變更通知》*為您提供 2017 年福利與費用的變更摘要。如需查看詳細資訊，請參閱*[插入 2017 年計劃名稱]* 2017 年*《承保範圍證明》。《承保範圍證明》*將合法詳細地說明您的計劃福利。該文件將解釋獲取承保服務和處方藥時您的權利與您需要遵守的規定。本信函中附有一份*《承保範圍證明》*。

造訪我們的網站

您還可以造訪我們的網站 *[插入網址]*。溫馨提示，我們的網站上發佈了關於醫療服務提供者網絡的最新資訊（《醫療服務提供者名錄》）以及承保藥物清單（處方藥物表/藥物清單）。

### 第 8.2 小節 — 獲得聯邦醫療保險的幫助

如需直接從聯邦醫療保險獲取資訊：

請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時服務。聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-877-486-2048。

造訪聯邦醫療保險網站

您可以造訪聯邦醫療保險網站 ([http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/))。網站上發佈了有關費用、承保範圍和質量評級的資訊，可幫助您比較各個聯邦醫療保險健康計劃。您可以使用聯邦醫療保險計劃查找器於聯邦醫療保險網站上查找您所在區域可用的計劃之資訊。（如需查看有關計劃的資訊，請轉到 [http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/) 並按一下「Find health & drug plans」（查找健康與藥物計劃））。

閱讀*《2017 年聯邦醫療保險與您》*

您可以閱讀手冊《2017 年聯邦醫療保險與您》。該手冊將於每年秋季寄送給加入了聯邦醫療保險的人士。手冊中列出了聯邦醫療保險福利摘要、權利與保護以及聯邦醫療保險常見問題的回答。若您沒有該手冊，您可前往聯邦醫療保險網站 ([http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/)) 獲取，也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)— 每週 7 天，每天 24 小時提供服務。聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-877-486-2048。

**[2017 年承保範圍證明模本]**

**2017 年 1 月 1 日 — 12 月 31 日**

# 承保範圍證明：

**做為*[插入 2017 年計劃名稱][插入計劃類型]*會員，您的聯邦醫療保險福利與服務以及處方藥承保範圍**

*[****可選****︰插入受益人姓名]*

*[****可選****︰插入受益人地址]*

本手冊將為您提供 2017 年 1 月 1 日至 12 月 31 日有關聯邦醫療保險衛生保健與處方藥承保範圍的詳細資訊。本手冊將解釋如何獲取衛生保健服務與處方藥的承保範圍。**本手冊是重要的法律文件。請妥善保管本手冊。**

本計劃*[插入 2017 年計劃名稱]*由*[插入 MAO 名稱]*提供。（本*《承保範圍證明》*中所稱「我們」是指*[插入 MAO 名稱]*。手冊中所稱「計劃」或「我們的計劃」是指*[插入 2017 年計劃名稱]*。）

*[插入聯邦締約聲明]*

[*達到 5% 替代語言閾值的計劃請插入：*可免費獲取本資訊的其他語言版本。

請致電 *[插入電話號碼]* 聯絡我們的會員服務部，瞭解其他資訊。（聽覺及語言有障 (TTY) 人士請致電 *[插入 TTY 號碼]*）。服務時間為 *[插入服務日期與時間]。*]

會員服務部[*達到 5% 閾值的計劃插入：還*]可為非英語人士提供免費的語言翻譯服務*[達到 5% 閾值的計劃刪除本句的剩餘部分]*（電話號碼列印於本手冊封底）。

*[達到 5% 閾值的計劃請插入上述段落的所有適用語言版本。]*

*[若適用，計劃必須插入有關替代格式（比如盲文、大字體、錄音帶）的可用性說明。*

*[根據計劃的福利酌情刪除術語]*福利、處方藥物表、藥房網絡、保費、自付額和/或共付額/共同保險可能於 2018 年 1 月 1 日更改。

*[根據計劃的福利酌情刪除術語]* [處方藥物表、藥房網絡和/或醫療服務提供者網絡]可能隨時發生變化。必要時，您將收到通知。

[*適用時插入：[插入材料 ID]* 經 CMS 核准[年月日]  *或 [插入材料 ID]* 檔案與用途[年月日]]

**2017 年承保範圍證明**

**目錄**

章節與頁碼清單是為了方便您著手查閱。若不清楚該如何查找所需資訊，請轉到章節首頁。**每章開篇會列出詳細的話題清單。**

第 1 章 新手入會 4

解釋加入聯邦醫療保險健康計劃的意義以及本手冊的用法。告知我們將寄送給您的材料、您的計劃保費、您的計劃會員卡以及不斷更新您的會員記錄。

第 2 章 重要的電話號碼與資源 21

告知您如何與我們的計劃（*[插入 2017 年計劃名稱]*）以及其他組織取得聯絡，包括聯邦醫療保險、州健康保險補助計劃（SHIP）、質量改進組織（QIO）、社會安全署、州醫療補助（面向低收入人士的州健康保險計劃）、幫助人們支付處方藥費用的計劃以及鐵路員工退休委員會（RRB）。

第 3 章 使用計劃內的醫療服務承保範圍 40

解釋您做為我們計劃的會員有關獲取醫療護理的重要須知。各類話題，包括使用計劃網絡中的醫療服務提供者以及遇到緊急情況時如何獲得護理。

第 4 章 醫療福利表（承保內容與您需支付的金額） 53

詳細說明對您而言，做為我們計劃的會員，哪些類型的醫療護理處於承保範圍內，哪些*未*處於承保範圍內。解釋您將為承保醫療護理支付的費用。

第 5 章 使用計劃內的 D 部分處方藥承保範圍 88

解釋獲取 D 部分藥物時需要遵守的規則。告知如何使用計劃的*《承保藥物清單》（處方藥物表），*找出哪些藥物在承保範圍內。告知哪類藥物*未*處於承保範圍內。解釋適用於特定藥物承保範圍的幾類限制。解釋處方藥的抓藥地點。告知計劃對於藥物安全與藥物治療管理所設定的方案。

第 6 章 您該為 D 部分處方藥支付的部分 112

告知藥物承保範圍的 *[插入階段數目]* 個階段（*[刪除不適用的階段]*自付額階段、最初承保範圍階段、承保範圍缺口階段、重大災難承保範圍階段）以及這些階段對您的藥費支付構成的影響。*[無藥物級別的計劃請刪除下一句]*解釋 D 部分藥物的 *[插入級別的數目]* 個成本分擔級別，並告知各個成本分擔級別中您的必付費用。告知延期參保罰款。

第 7 章 要求我們支付應由我們支付的承保醫療服務或藥物帳單 138

解釋當您需要我們補償我們在承保服務或藥物中該付的金額時，您該何時以及如何向我們寄送帳單。

第 8 章 您的權利與義務 146

解釋您做為我們計劃的會員所享有的權利和需承擔的義務。告知您權利未得到尊重時該如何處理。

第 9 章 出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦 157

告知您做為我們計劃的會員遇到問題或疑問時的詳細處理步驟。

* 解釋獲取您認為我們的計劃承保的醫療護理或處方藥而遇到困難時，如何請求承保範圍決定以及如何上訴。當中包括，如果您認為您的承保範圍結束得太快，則可以要求我們為您的處方藥承保範圍破例或增添限制，以及要求我們為醫院護理與特定類型的醫療服務提供承保。
* 解釋如何針對護理質量、等候時間、顧客服務以及其他問題提起投訴。

第 10 章 終止您的計劃會員身份 205

解釋何時以及如何終止您的計劃會員身份。解釋何種情況下我們的計劃必須終止您的會員身份。

第 11 章 法務通知 215

包括有關準據法和非歧視的通知。

第 12 章 重要詞彙的定義 218

解釋本手冊中使用的關鍵術語。

第 1 章

新手入會

## 第 1 章 新手入會

第 1 節 簡介 5

第 1.1 小節 您已參保*[插入 2017 年計劃名稱]*，該計劃是一個聯邦醫療保險健康維護組織 (HMO) 計劃[*適用時插入：*服務點計劃] 5

第 1.1 小節 您目前已參保*[插入 2017 年計劃名稱]，*該計劃是一個特別的聯邦醫療保險優勢計劃（「特殊需要計劃」） 5

第 1.2 小節 *《承保範圍證明》*手冊的內容是什麼？ 6

第 1.3 小節 有關*《承保範圍證明》*的法律資訊 6

第 2 節 加入計劃需具備什麼資格？ 7

第 2.1 小節 資格要求 7

第 2.2 小節 什麼是聯邦醫療保險 A 部分與聯邦醫療保險 B 部分? 8

第 2.3 小節 此處為[*插入 2017 年計劃名稱*]的計劃服務區域 8

第 2.4 小節 美國公民或合法居住 9

第 3 節 我們將向您寄送哪些其他資料？ 9

第 3.1 小節 您的計劃會員卡 — 用來獲得所有承保護理與處方藥物 9

第 3.2 小節 *醫療服務提供者名錄*：計劃網絡內的所有醫療服務提供者指南 10

第 3.3 小節 *藥房名錄*：我們網絡內的藥房指南 11

第 3.4 小節 計劃的《承保藥物清單》*（處方藥物表）* 11

第 3.5 小節 *D* *部分處方藥福利解釋*（簡稱「D 部分 EOB」）：D 部分處方藥付款摘要報告 12

第 4 節 *[插入 2017 年計劃名稱]*的每月保費 12

第 4.1 小節 計劃保費是多少？ 12

第 4.2 小節 計劃保費的付費方法分多種 15

第 4.3 小節 我們能否於年度內更改您的每月計劃保費？ 17

第 5 節 請持續更新您的計劃會員記錄 17

第 5.1 小節 如何幫助我們確定您的資訊是否準確 17

第 6 節 我們為您的個人健康資訊保密 18

第 6.1 小節 我們會確保您的健康資訊受到保護 18

第 7 節 其他保險與我們的計劃如何合作 19

第 7.1 小節 您在擁有其他保險時，哪個計劃先付款？ 19

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 小節 您已參保*[插入 2017 年計劃名稱]*，該計劃是一個聯邦醫療保險健康維護組織 (HMO) 計劃[*適用時插入：*服務點計劃]

聯邦醫療保險將為您提供承保，您已選擇透過我們的計劃*[插入 2017 年計劃名稱]*取得您的聯邦醫療保險衛生保健與處方藥承保範圍。

聯邦醫療保險健康計劃分為不同的類型。*[插入 2017 年計劃名稱]*是一個聯邦醫療保險首選醫療服務提供者組織 (PPO) 計劃（PPO 代表首選醫療服務提供者組織) 。與所有聯邦醫療保險健康計劃一樣，本「聯邦醫療保險首選醫療服務提供者組織」經聯邦醫療保險批准，由私營公司提供。

[*I-SNP 和 C-SNP 的第 1.1 小節將上方文字替換為以下文字：*

#### 第 1.1 小節 您目前已參保*[插入 2017 年計劃名稱]，*該計劃是一個特別的聯邦醫療保險優勢計劃（「特殊需要計劃」）

聯邦醫療保險將為您提供承保，您已選擇透過我們的計劃*[插入 2017 年計劃名稱]*取得您的聯邦醫療保險衛生保健與處方藥承保範圍。

[*I-SNP：插入下方三個段落：*

聯邦醫療保險健康計劃分為不同的類型。*[插入 2017 年計劃名稱]*是一個特別的聯邦醫療保險優勢計劃（一項聯邦醫療保險優勢「特殊需要計劃」），這意味著，該計劃的福利專為有特殊衛生保健需要的人士提供。*[插入 2017 計劃名稱]*專為居住於某個機構內（比如養老院）或需要養老院級別護理的人士提供。

我們的計劃包括存取醫療服務提供者網絡，這些網絡醫療服務提供者具備專業知識，可為需要該級別養老院護理的患者提供治療。做為本計劃的會員，您將獲得量身定制的福利，並透過我們的計劃調整您所有的護理。

與所有聯邦醫療保險健康計劃一樣，本「聯邦醫療保險特殊需要計劃」經聯邦醫療保險批准，由私營公司提供。

[*C-SNP：插入下方三個段落：*

*[插入 2017 年計劃名稱]*是一個特別的聯邦醫療保險優勢計劃（一項聯邦醫療保險「特殊需要計劃」），這意味著，該計劃的福利專為有特殊衛生保健需要的人士提供。*[插入 2017 年計劃名稱]*旨在提供額外的健康福利，尤其是為了幫助患有*[插入疾病]*的人士*。*

我們的計劃可提供權限，讓您存取專門治療*[插入疾病]*的醫療服務提供者之網絡*。*該計劃還包括針對患*[適用時插入：*該疾病]病的特殊需要人士而設定的健康方案。]此外，我們的計劃承保用於治療大多數醫學醫病的處方藥，包括通常用於治療*[插入疾病]*的藥物。做為本計劃的會員，您獲得的福利將針對您的病情進行量身定制，並透過我們的計劃調整您所有的護理。

與所有聯邦醫療保險健康計劃一樣，本「聯邦醫療保險優勢特殊需要計劃」經聯邦醫療保險批准，由私營公司提供。]

#### 第 1.2 小節 *《承保範圍證明》*手冊的內容是什麼？

本*《承保範圍證明》*手冊將告訴您如何透過我們的計劃讓您的聯邦醫療保險醫療護理以及處方藥獲得承保。本手冊將解釋您做為本計劃會員的權利與義務、承保的內容以及需支付的金額。

「承保範圍」與「承保服務」是指您做為*[插入 2017 年計劃名稱]*會員可享受的醫療護理與服務以及處方藥。

請務必先瞭解計劃有哪些規則和您可以享受哪些服務。我們建議您花點時間通讀本*《承保範圍證明》*手冊。

若您感到困惑或心存疑慮，哪怕是需要提出一個簡單的問題，請聯絡我們計劃的會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

#### 第 1.3 小節 有關*《承保範圍證明》*的法律資訊

這是我們與您簽訂的合同的一部分

本*《承保範圍證明》*是我們與您簽訂的合同的一部分，合同內容有關*[插入 2017 年計劃名稱]*對您護理的承保方式。本合同的其他部分包括您的參保表格、*承保藥物清單（處方藥物表）*以及我們向您發出的任何影響您承保範圍的承保範圍變更通知或狀況變更通知。這些通知有時稱為「附加條款」或「修正案」。

本合同在您參保*[插入 2017 年計劃名稱]*期間，即 2017 年 1 月 1 日至 2017 年 12 月 31 日有效。

每個日曆年，聯邦醫療保險允許我們對我們提供的計劃做出變更。這意味著，我們可於 2017 年 12 月 31 日之後變更*[插入 2017 年計劃名稱]*的費用與福利。我們還可於 2017 年 12 月 31 日之後選擇停止提供該計劃或在不同的服務區域提供該計劃。

聯邦醫療保險必須每年批准我們的計劃

聯邦醫療保險（聯邦醫療保險和州醫療補助服務中心）必須每年批准*[插入 2017 年計劃名稱]*。只要我們選擇繼續提供該計劃且聯邦醫療保險重新批准我們的計劃，您做為我們計劃的會員就可以繼續獲取聯邦醫療保險承保範圍。

### 第 2 節 加入計劃需具備什麼資格？

#### 第 2.1 小節 資格要求

*具備以下資格即可加入我們的計劃：*

* 您享有聯邦醫療保險 A 部分與聯邦醫療保險 B 部分（第 2.2 小節講述什麼是聯邦醫療保險 A 部分與聯邦醫療保險 B 部分）
* *— 並且 —* 您居住於我們的地理服務區域（下方第 2.3 小節列出了我們的服務區域）
* *— 並且 —* 您是美國公民或合法在美國居住
* *[C-SNP：不適用時請刪除] — 並且 —* 您不是例外情況下的末期腎病(ESRD) 患者，比如若您患 ESRD 前已加入我們的計劃或者您曾加入過其他目前已經終止的計劃。
* [*I-SNP 與 C-SNP 請插入：— 並且 —* 您符合下方所述的特殊資格要求。]

[*I-SNP 和 C-SNP 根據計劃類型的適用是否酌情插入本小節：*

計劃的特殊資格要求

[*慢性/致殘病症特殊需要計劃 (SNP) 插入：*我們的計劃旨在滿足特定醫學疾病患者的特殊需要。您必須患有*[插入疾病]*才符合加入計劃的資格。]

[*機構特殊需要計劃插入：*我們的計劃旨在滿足需要養老院級別護理人士的特殊需要。]

[*限制居住於機構內人士參保的計劃插入：*您必須居住於我們網絡內的任一養老院才符合加入計劃的資格。[*酌情插入：*請參閱計劃的*《醫療服務提供者名錄》*，查詢網絡內的養老院清單，也可致電會員服務部或要求我們向您寄送一份清單（電話號碼列印於本手冊封底）。或者，此處列出了我們的網絡內養老院：

* *[插入簽約機構清單]*]

*[還允許經養老院級別護理 (NFLOC) 認證的人士參保的計劃插入：*您必須達到下列*兩項要求之一*才符合加入計劃的資格。

* 您居住於我們網絡內的任一養老院。[*酌情插入：*請參閱計劃的*《醫療服務提供者名錄》*，查詢網絡內的養老院清單，也可致電會員服務部或要求我們向您寄送一份清單（電話號碼列印於本手冊封底）。或者，此處列出了我們的網絡內養老院：
  + *[插入簽約機構清單]*]
* *– 或者 –* 您居住於家中並且*[插入州]*已認證您需要養老院級別的護理。]

#### 第 2.2 小節 什麼是聯邦醫療保險 A 部分與聯邦醫療保險 B 部分?

若您是第一次報名參加聯邦醫療保險，您收到了有關聯邦醫療保險 A 部分和聯邦醫療保險 B 部分所承保服務的資訊。請記住：

* 聯邦醫療保險 A 部分一般承保由醫院提供的服務（針對住院服務、專業護理機構或家居醫療護理機構）。
* 聯邦醫療保險 B 部分針對大多數其他醫療服務（比如醫生服務與其他非住院服務）與特定項目（比如耐用醫療設備和用品）。

#### 第 2.3 小節 此處為[*插入 2017 年計劃名稱*]的計劃服務區域

雖然聯邦醫療保險是聯邦政府計劃，但*[插入 2017 年計劃名稱]*僅向居住於我們計劃服務區域的個人提供。如欲繼續保持我們計劃的會員身份，您*[若美國聯邦法規第 42 章第 422.54 條規定了「相鄰區域」，請於此處插入「一般而言」並加上一句話描述相鄰區域]*必須繼續居住於計劃的服務區域內。本小節已對服務區域進行說明，詳見[*酌情插入：*下文*或*本*《承保範圍證明》*的附錄]。

[*於此處或附錄內插入計劃服務區域。計劃可酌情納入領地參考。若整個縣均經批准，則僅使用縣名。若某縣僅部分通過批准，則使用縣名加郵遞區號。下方列出了描述服務區域的格式範例。若有需要，計劃可以插入多列來描述服務區域：*

我們的服務區域包括全部 50 個州  
我們的服務區域包括這些州：*[插入州]*  
我們的服務區域包括*[插入州]*的這些縣：*[插入縣]*  
我們的服務區域包括*[插入州]*的這些縣部分：*[插入縣]*僅限以下郵遞區號 *[插入郵遞區號]*]

*[可選資訊：跨州計劃可以包括以下內容：*我們於[*適用時插入：*多個*或*全部]州[*適用時插入：*和領地]提供承保範圍*。*但是，我們在各個州提供的計劃可能會有費用或其他方面的差異。若您搬離州[*適用時插入：*或領地]並搬入另一個位於我們服務區域內的州[*適用時插入：*或領地]，您必須致電會員服務部，以便更新您的資訊*。[國家計劃請刪除本段的餘下內容]*若您搬入的州[*適用時插入：*或領地]位於我們的服務區域之外，您則不再享有我們的計劃會員身份。請致電會員服務部，查詢我們在您新搬入的州*[適用時插入：*或領地]是否設有計劃。]

若您計劃搬出服務區域，請聯絡我們計劃的會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。搬家時，您將享有一段「特別參保期」，在此期間你可以轉換為原有聯邦醫療保險或參保新家所在地的聯邦醫療保險健康或藥物計劃。

若您搬家或更改郵寄地址，還請您務必致電社會安全署。您可於第 2 章第 5 節找到社會安全署的電話號碼和聯絡資訊。

#### 第 2.4 小節 美國公民或合法居住

聯邦醫療保險健康計劃的會員必須是美國公民或合法在美國居住。如果您因為這個原因而沒有資格作為會員，聯邦醫療保險（聯邦醫療保險和州醫療補助服務中心）會告訴 *[插入 2017 年計劃名稱]*。如果您沒有滿足這個要求，*[插入 2017 年計劃名稱]* 必須將您退保。

### 第 3 節 我們將向您寄送哪些其他資料？

#### 第 3.1 小節 您的計劃會員卡 — 用來獲得所有承保護理與處方藥物

*[使用健康與藥物承保範圍單獨會員卡的計劃應該編輯以下小節，以便說明各種卡的用途。]*

如果您是我們計劃的會員，您必須使用我們的會員卡才能獲得本計劃承保的任何服務和網絡藥房的處方藥。此處為一張會員卡範例，以向您展示會員卡的樣子：

*[插入會員 ID 卡的正反面圖片。將其標記為簡卡（比如在卡的影像上疊加「簡」字）。]*

只要您是我們計劃的會員，**您就不得使用紅色、白色和藍色聯邦醫療保險卡**來獲得承保醫療服務（例行臨床研究與善終服務屬於例外情況）。請妥善保管您的紅色、白色與藍色聯邦醫療保險卡，以備後用。

**重要性如下：**在您是計劃會員的情況下，若您使用紅色、白色與藍色聯邦醫療保險卡獲取承保服務，而不使用*[插入 2017 年計劃名稱]*會員卡，您可能必須自己全額支付所有費用。

若您的計劃會員卡損壞、丟失或被盜，請立即致電會員服務部，我們將向您寄送一張新卡。（會員服務部的電話號碼列印於本手冊封底。）

#### 第 3.2 小節 *醫療服務提供者名錄*：計劃網絡內的所有醫療服務提供者指南

*[醫療服務提供者與藥房合二為一的計劃可以彙編醫療服務提供者與藥房小節（包括小節標題），來描述整合文件。計劃應酌情為各小節重新編號並修改《醫療服務提供者名錄》的參考，以便在整體模本中使用真實的文件名稱。]*

*《醫療服務提供者名錄》*列出了我們的網絡醫療服務提供者[*適用時插入︰*和耐用醫療設備供應商]。

什麼是「網絡醫療服務提供者」？

**網絡醫療服務提供者**是指醫生和其他衛生保健專業人士、醫療團體、[*適用時插入︰*耐用醫療設備供應商]、醫院和其他與我們簽訂了協議的衛生保健機構。協議的存在是為了讓他們接受我們的付款方式和任何計劃成本分擔，如同接受全額付款一樣。我們已經安排這些醫療服務提供者為我們的計劃會員提供承保服務。[*適用時插入：*本手冊已隨附一份《耐用醫療設備供應商名錄》。您還可以造訪我們的網站 [*插入網址*] 獲取最新的供應商清單。

您為何需要知道哪些醫療服務提供者處於我們的網絡內？

知道哪些醫療服務提供者處於我們的網絡內很重要，因為在有限的例外情況下，如果您是我們計劃的會員，則您[*酌情插入：*必須使用*或*可能被要求使用]網絡醫療服務提供者來獲取您的醫療護理服務。*[含次級網絡（比如限制 PCP 次級網絡醫療服務提供者擁有的會員）的計劃請插入文字，簡單解釋次級網絡結構的其他限制。]*唯一的例外情況是遭遇急症、急需護理時網絡無法使用（一般而言，是指您身處服務區域外）、接受區域外透析服務以及*[插入 2017 年計劃名稱]*授權使用網絡外醫療服務提供者的情況。參見第 3 章（使用計劃內的醫療服務承保範圍）瞭解有關緊急情況、網絡外和區域外承保範圍的詳細資訊。

*[含服務點 (POS) 選項的計劃必須於此處簡單說明 POS 選項。POS 詳情應於第 3 章中進行說明。]*

若您沒有*《醫療服務提供者名錄》*，您可以向會員服務部索要一份（電話號碼列印於本手冊封底）。您可以向會員服務部諮詢更多有關網絡醫療服務提供者的資訊，包括各自的資質。[*計劃還可以添加其他資訊，描述醫療服務提供者名錄、計劃網站或會員服務部可用的資訊。例如：* 您還可以造訪 *[插入網址]* 查閱*《醫療服務提供者名錄》*，或從該網站上下載。會員服務部與該網站可以為您提供有關網絡醫療服務提供者變更的最新資訊。]

#### 第 3.3 小節 *藥房名錄*：我們網絡內的藥房指南

*[醫療服務提供者與藥房合二為一的計劃可以彙編醫療服務提供者與藥房小節（包括小節標題），來描述整合文件。計劃應酌情為各小節重新編號並修改「藥房名錄」的參考，以便在整體模本中使用真實的文件名稱。]*

什麼是「網絡藥房」？

網絡藥房即所有同意為我們的計劃會員提供承保處方藥的藥房。

您為何需要知道網絡藥房？

您可以使用*《藥房名錄》*來查找您想使用的網絡藥房。*[插入適用的章節︰對於藥房網絡發生變更的計劃]* 我們的藥房網絡來年會出現一些變更。[*適用時插入：*本手冊已隨附一份《藥房名錄》。]更新後的《藥房名錄》已發佈於我們的網站 [*插入網址*]。您還可以致電會員服務部，獲取更新後的醫療服務提供者資訊，或要求我們為您寄送一份《藥房名錄》。**請審查 2017 年《藥房名錄》，看看哪些藥房處於我們的網絡內。**

*或*

[*對於退出其藥房網絡的藥房數量高於正常數量的計劃]*我們的網絡在 2017 年將會出現超過平常的變化。[*適用時插入：*本手冊已隨附一份《藥房名錄》。]更新後的《藥房名錄》已發佈於我們的網站 [*插入網址*]。您還可以致電會員服務部，獲取更新後的醫療服務提供者資訊，或要求我們為您寄送一份《藥房名錄》。**我們強烈建議您審查目前的藥房名錄，看看您的藥房是否仍在我們的網絡內。**這很重要，因為您必須在我們的網絡藥房抓藥，我們的計劃才會為藥物承保（即幫助您支付藥費），例外情況並不多。

*[若計劃內的藥房於其網絡內提供首選成本分擔，請插入：《藥房名錄》*將告知您我們的網絡中哪些藥房擁有首選成本分擔，首選成本分擔可能比其他網絡藥房提供的標準成本分擔要低。]

若您沒有*《藥房名錄》*，您可以向會員服務部索取（電話號碼列印於本手冊封底）。您隨時可以致電會員服務部獲取有關藥房網絡變更的最新資訊。您還可以造訪我們的網站 [*插入網址*] 查閱該等資訊。*[計劃可以添加詳細內容，以描述來自會員服務部或網站上有關可用網絡藥房的其他資訊。]*

#### 第 3.4 小節 計劃的《承保藥物清單》*（處方藥物表）*

本計劃擁有一份*《承保藥物清單》（處方藥物表）*。我們簡稱「藥物清單」。該清單列明了哪些 D 部分處方藥由*[插入 2017 計劃名稱]*的 D 部分福利提供承保。清單上的藥物由該計劃在一組醫生和藥劑師的幫助下選出。清單必須滿足聯邦醫療保險規定的要求。聯邦醫療保險已經批准*[插入 2017 年計劃名稱]*藥物清單。

該藥物清單還將告知，您的藥物是否存在任何限制承保範圍的規定。

我們將向您寄送一份藥物清單。[*適用時插入：*我們向您寄送的藥物清單含有關於會員最常用承保藥物之資訊。但是，我們還承保其他藥物，這些藥物並未納入列印的藥物清單內。若您的某種藥物未列於藥物清單內，您應該造訪我們的網站或聯絡會員服務部，以便瞭解我們是否承保該藥物。]如需獲取有關承保藥物的最完整、最新資訊，您可以造訪計劃的網站 ([*插入網址*]) 或致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

#### 第 3.5 小節 *D* *部分處方藥福利解釋*（簡稱「D 部分 EOB」）：D 部分處方藥付款摘要報告

當您使用 D 部分處方藥福利時，我們會向您寄送一份摘要報告，幫助您理解並記錄您的 D 部分處方藥付款情況。該摘要報告稱為「*D* *部分處方藥福利解釋」*（簡稱「*D 部分 EOB*」）：

*D 部分處方藥福利解釋*將告知，當月您或代表您的其他人士為 D 部分處方藥所支付的總額以及我們為每份 D 部分處方藥支付的總額。第 6 章（*您該為 D 部分處方藥支付的部分*）將給出更多資訊，講解有關 *D 部分處方藥福利解釋*及其對您記錄藥物承保範圍的幫助。

*D 部分處方藥福利解釋*摘要亦為承索即寄*。*如欲索取，請聯絡會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

*[注意：計劃可以插入會員獲取 D 部分處方藥福利解釋的其他方法。]*

### 第 4 節 *[插入 2017 年計劃名稱]*的每月保費

*[無保費以及會員無須支付延期參保罰款的計劃（比如 I-SNP，接受根據 HCBS 豁免權享有全福利雙重資格的人士參保且無保費）可以酌情編輯第 4 節。]*

#### 第 4.1 小節 計劃保費是多少？

做為我們計劃的會員，您需每月支付計劃保費。[*選擇以下其中一項：*對於 2016 年，*[插入 2017 年計劃名稱]*的每月保費是 *[插入每月保費金額]*。*或者，*下表將顯示我們服務的各個區域的每月計劃保費金額。*或者，*下表將顯示我們在該服務區域正在提供的各個計劃的每月計劃保費金額。*或者*，*[插入 2017 年計劃名稱]*的每月保費金額已列於[*描述附件*]。*[計劃可以插入有關州/區及《承保範圍說明》中所含各個區域每月計劃保費金額的清單或表格。計劃還可在《承保範圍證明》的附件中包括保費。*]此外，您必須繼續支付您的聯邦醫療保險 B 部分保費（除非州醫療補助或其他第三方已替您支付您的 B 部分保費）。

[*無保費的計劃應該將前一段落替換為：*您無需為*[插入 2017 年計劃名稱]*單獨支付每月計劃保費。您必須繼續支付您的聯邦醫療保險 B 部分保費（除非州醫療補助或其他第三方已替您支付您的 B 部分保費）。

[*適用時插入：*您的承保範圍透過與您現任僱主或前任僱主或工會簽訂的合同提供。請聯絡您的僱主或工會的福利管理人員，瞭解有關您計劃保費的資訊。]

在某些情況下，您的計劃保費可能會減少

*[無每月保費的計劃：省略本分段。]*

[*根據第 2 章是否已討論 SPAP 酌情插入：*有一些計劃專門用來幫助無力支付藥費的人士。當中包括「額外補助」以及州政府藥品援助計劃。*或者，*「額外補助」計劃可幫助無力支付藥費的人士。]第 2 章第 7 節將提供更多有關[*適用時插入：*這些計劃*或*該計劃]的資訊。若您符合資格，加入該計劃可能會減少您的每月計劃保費。

若您*已經加入*並且正接受該類計劃的幫助，**則本*《承保範圍證明》*中有關保費的資訊**[*適用時插入：***可能***或***一定**]**不適用於您**。*[若不適用，請省略有關低收入補貼（LIS）附加條款之資訊。]*我們[*酌情插入：* 已經附上*或*向您寄送]一份單獨的插頁，稱為《領取處方藥費用額外補助人士之承保範圍證明附加條款》（亦稱《低收入補貼附加條款》或《LIS 附加條款》），該條款將向您解釋您的藥物承保範圍。若您沒有該插頁，請致電會員服務部索要《LIS 附加條款》。（會員服務部的電話號碼列印於本手冊封底。）

在某些情況下，您的計劃保費可能會增多

在某些情況下，您的計劃保費可能會超過上方第 4.1 小節所列的金額。[*酌情插入：*該類情況*或*該情況]列於下方。

* [*適用時插入：*若您已報名參加額外福利，也稱為「可選補充福利」，那麼您每月需為這些額外福利支付額外的保費。若您對計劃保費存有任何問題，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。*[若計劃於第 4 章描述了可選補充福利，則該計劃必須在本小節中納入這些福利的保費金額。]*]
* 部分會員需要支付**延期參保罰款**，因為他們第一次符合資格時並未加入聯邦醫療保險藥物計劃或者他們無「抵免」處方藥承保範圍的時間持續 63 天或以上。（「抵免」是指藥物承保範圍通常應該至少支付和聯邦醫療保險的標準處方藥承保範圍一樣多的費用。）對於這些會員，延期參保罰款計入計劃的每月保費。他們的保費金額為每月計劃保費加上延期參保罰款金額。
  + 若您需要支付延期參保罰款，您的罰款金額取決於您在參保藥物承保範圍之前耽擱了多久或您符合資格之後未擁有藥物承保範圍長達多少個月。第 6 章第 10 節解釋了延期參保罰款。
  + 若您需要支付延期參保罰款卻未支付，您可能會被退出該計劃。

許多會員需要支付其他聯邦醫療保險保費。

*[包含 B 部分保費減少福利的計劃可於本小節描述福利。]*

[*無每月保費的計劃請省略：*除了支付每月計劃保費外，]許多會員需要支付其他聯邦醫療保險保費。如上文第 2 節所述，您必須參保聯邦醫療保險 A 部分並參保聯邦醫療保險 B 部分才有資格加入我們的計劃。因此，部分計劃會員（即無資格享受免保費 A 部分保險的會員）需支付聯邦醫療保險 A 部分的保費。大部分計劃會員需支付聯邦醫療保險 B 部分的保費。**您必須繼續支付聯邦醫療保險保費才能繼續保持我們的計劃會員身份。**

部分人士因其年度收入的原因，需為 D 部分支付額外的費用。這稱為「收入相關的每月調整金額」，亦稱「IRMAA」。.若您是單身人士（或單獨報稅的已婚人士），收入超過 *[插入金額]* 美元，或者您是已婚人士，收入超過 *[插入金額]*，**您必須直接向政府支付（並非向聯邦醫療保險計劃支付）一筆額外的費用**才能獲取您的聯邦醫療保險 D 部分承保範圍。

* **若您需要支付額外的費用卻未支付，您將被退出該計劃，並失去處方藥承保範圍。**
* 若您必須支付額外的費用，社會安全署，**而不是您的聯邦醫療保險計劃，**將向您致函，告知您該筆額外費用的具體金額。
* 如需瞭解有關與收入掛鉤的 D 部分保費的更多資訊，請參見本手冊第 6 章第 11 節。您還可以上網造訪 [http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/) 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時服務。聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-877-486-2048。您也可以致電社會安全署 1-800-772-1213。聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-800-325-0778。

*《2017 年聯邦醫療保險與您》*的「2017 年聯邦醫療保險費用」小節將提供有關聯邦醫療保費的資訊。該小節將解釋對於收入不同的人士，聯邦醫療保險 B 部分和 D 部分的保費差別。加入了聯邦醫療保險的每位人士都將於秋季收到一份*《聯邦醫療保險與您》。*新加入聯邦醫療保險的人士將於首次報名參保後的一個月內收到。您還可以造訪聯邦醫療保險網站 ([http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/)) 下載一份*《2017 年聯邦醫療保險與您》*。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取一份列印資料，每週 7 天，每天 24 小時服務。聽覺及語言有障人士專用電話：1-877-486-2048。

#### 第 4.2 小節 計劃保費的付費方法分多種

*[第 4.1 小節中聲明無每月保費的計劃：重命名本小節，「若您需支付 D 部分延期參保罰款，則有多種付款方式供您選擇」，按下方說明使用備用文字。]*

您有 [*插入付款方式的選項數量*] 種方式來支付計劃保費。*[計劃必須指明會員該如何將自己的保費付款選擇告知計劃以及更改選擇的程序。]*

若您決定更改支付保費的方式，新的付款方式可能需花費三個月的時間才能生效。我們在處理您的新付款方式請求期間，您有義務確保按時支付計劃保費。

[*無每月保費的計劃：將前兩個段落替換為以下內容：*若您需支付 D 部分延期參保罰款，則您有 [*插入付款方式的選項數量*] 種方式來支付罰款。*[計劃必須指明會員該如何將自己的保費付款選擇告知計劃以及更改選擇的程序。]*

若您決定更改支付延期參保罰款的方式，新的付款方式可能需花費三個月的時間才能生效。我們在處理您的新付款方式請求期間，您有義務確保按時支付延期參保罰款。]

選項 1：支票支付

*[插入計劃詳情，解釋保費/罰款付款的時間間隔（比如按月、按季 — 請注意，支付每月保費的選擇必須由受益人做出），會員如何用支票付款（包括地址，無論會員是否能親自寄送支票），以及支票的最遲接收日期（比如每個月的第 5 天）。值得強調的是，支票應向計劃開出而並非 CMS 或 HHS。若計劃使用優惠券，則解釋會員將於何時收到以及優惠券用完或丟失後何時致電會員服務部索要新的優惠券。此外，若您收取空頭支票的費用，則請添加相應資訊。]*

選項 2：*[插入選項類型]*

*[若適用：插入有關其他支付方式選項的資訊。或者刪除該選項。*

*添加所有相關選擇之資訊（比如自動退出您的支票帳戶或儲蓄帳戶，直接向您的信用卡或借記卡收取費用，或直接由計劃開具每月帳單）。插入資訊，解釋插入自動扣款的頻率（比如按月、按季 — 請注意，支付每月保費的選擇必須由受益人做出）、扣款的適當日期以及如何進行設置。請注意，禁止向使用直接付款電子付款方式的參保人提供折扣。]*

選項 [*插入數字*]：您可以讓[*含保費的計劃插入：*計劃保費][*無保費的計劃插入:*延期參保罰款]從您每月的社會安全支票中扣除

您可以讓[*含保費的計劃插入：*計劃保費][*無保費的計劃插入:*延期參保罰款]從您每月的社會安全支票中扣除。聯絡會員服務部，獲取更多資訊，瞭解如何以此方式支付[*含保費的計劃插入：*計劃保費][*無保費的計劃插入:*罰款]。我們很樂意幫您進行設置。（會員服務部的電話號碼列印於本手冊封底。）

支付[*含保費的計劃插入：*計劃保費][*無保費的計劃插入:*延期參保罰款]時遇到困難怎麼辦

*[會員未付款時不會將會員退保的計劃可以酌情修改本節。]*

您的[*含保費的計劃插入：*計劃保費][*無保費的計劃插入:*延期參保罰款]在我們的辦公室將於*[插入當月日期]*到期。如果我們於*[插入當月日期]*之前未收到您的[*含保費的計劃插入：*保費][*無保費的計劃插入︰*罰款]付款，我們將向您發出通知，告知您，若我們未於*[插入計劃寬限期時長]*之內收到您的[*含保費的計劃插入：*保費][*無保費的計劃插入︰*延期參保罰款]，您的計劃會員身份將被終止。若您需要支付延期參保罰款，您必須支付該項罰款才能保有處方藥承保範圍。

若您按時支付[*含保費的計劃插入：*保費][*無保費的計劃插入:*延期參保罰款]存在困難，請聯絡會員服務部，看看我們是否能介紹您加入其他計劃，幫助您支付[*含保費的計劃插入：*計劃保費][*無保費的計劃插入:*罰款]。（會員服務部的電話號碼列印於本手冊封底。）

若我們因您未支付[*含保費的計劃插入：*保費][*無保費的計劃插入:*延期參保罰款]而終止了您的計劃會員身份，您將享有原有聯邦醫療保險項下的健康承保範圍。

若我們因您未支付[*含保費的計劃插入：*計劃保費][*無保費的計劃插入：*延期參保罰款]而終止了您的計劃會員身份，而您於年度參保期內參保了新計劃，則該年度內您可能無法接受 D 部分承保範圍。年度參保期內，您可以加入獨立處方藥計劃或提供藥物承保範圍的健康計劃。（若您未享有「抵免」藥物承保範圍的時間超過 63 天，只要您享有 D 部分承保範圍，您可能必須支付延期參保罰款。）

[*適用時插入：*我們終止您的會員身份之時，您仍拖欠尚未支付的[*含保費的計劃插入：*保費][*無保費的計劃插入:*罰款]。[*根據計劃的情況，適用時插入以下一項或兩項陳述：*我們有權追索您拖欠的[*含保費的計劃插入：*保費][*無保費的計劃插入:*罰款金額]。*和/或，*若未來您想再次參保我們的計劃（或我們提供的其他計劃），您需要支付拖欠的款項才能參保。]]

若您認為我們對您的會員身份終止不當，您有權提起投訴，要求我們重新考慮該決定。本手冊第 9 章第 10 節講解如何提起投訴。若您遭遇緊急情況，局面不在您的控制能力之內，導致您無法於寬限期內支付保費，您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，請求聯邦醫療保險重新考慮該決定，該熱線每週 7 天，每天 24 小時服務。聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-877-486-2048。

#### 第 4.3 小節 我們能否於年度內更改您的每月計劃保費？

**不能。**[*無保費的計劃將下一句替換為以下內容：*我們不能於年度內開始收取每月計劃保費。]我們不能於年度內更改計劃的每月計劃保費之金額。若來年的每月計劃保費變更，我們會於 9 月份告知您，變更自 1 月 1 日起生效。

但是，在某些情況下，保費中需由您支付的部分可能會於年度內出現變動。發生變動的情形如下：該年度內您獲得了享受「額外補助」計劃的資格，或者，您喪失了享受「額外補助」計劃的資格。若會員符合處方藥費用「額外補助」的資格，則「額外補助」計劃將替會員支付全部或一部分每月計劃保費。若會員於年度內喪失了資格，則該會員需全額支付每月保費。您可以在第 2 章第 7 節找到更多關於「額外補助」計劃的資訊。

[*無保費的計劃將前一段落替換為以下內容：*但是，在某些情況下，您可能需要開始支付延期參保罰款或可能不必再支付延期參保罰款。（若您連續 63 天或以上無「抵免」處方藥承保範圍，則延期參保罰款可能適用。）若您於年度內獲得了「額外補助」計劃的資格，或您喪失了「額外補助」計劃的資格，便可能出現這種情況。

* 若您目前需要支付延期參保罰款並且於年度內獲得了「額外補助」資格，您可以不必再支付罰款。
* 如果您曾經喪失「額外補助」，您必須維持您的 D 部分承保範圍，否則您可能需要繳納延期參保罰款。

您可以在第 2 章第 7 節找到更多關於「額外補助」的資訊。]

### 第 5 節 請持續更新您的計劃會員記錄

#### 第 5.1 小節 如何幫助我們確定您的資訊是否準確

*[在標題和本小節中，若檔案中所使用的名稱不同於「會員記錄」，則計劃應替換掉該名稱。]*

您的會員記錄含有的資訊來自您的參保表格，包括您的地址和電話號碼。該記錄將顯示您的計劃承保範圍詳情[*酌情插入：*包括您的一般護理醫療服務提供者/醫療團體/IPA]。

計劃網絡內的醫生、醫院、藥劑師和其他醫療服務提供者需要掌握有關您的正確資訊。**這些網絡醫療服務提供者需要使用您的會員記錄來瞭解哪些服務與藥物承保以及您的成本分擔金額。**因此，請您務必幫助我們更新您的資訊。

出現如下變更時，請告知我們：

* 您的姓名、地址或電話號碼變更
* 您擁有的任何其他健康保險承保範圍變更（比如您的僱主、您配偶的僱主、勞工補償金或州醫療補助）
* 若您擁有任何債務索賠，比如車禍索賠
* 若您入住養老院
* 若您在區域外或網絡外的醫院或急救室接受護理
* 若您的指定責任方（比如護理員）變更
* 若您正在參與臨床研究

若任何該類資訊發生變更，請致電會員服務部告知我們（電話號碼列印於本手冊封底）。*[允許會員線上更新本資訊的計劃可以在此說明該選項。]*

若您搬家或更改郵寄地址，還請您務必聯絡社會安全署。您可於第 2 章第 5 節找到社會安全署的電話號碼與聯絡資訊。

請閱讀我們向您寄送的資訊，瞭解任何其他您擁有的保險承保範圍

*[透過撥打電話收集資訊的計劃請酌情修改標題與小節以便反映流程。]*聯邦醫療保險規定，我們必須收集資訊，瞭解您擁有的任何其他醫療或藥物保險承保範圍。這是因為，我們必須根據您在我們計劃項下所享有的福利來調整您擁有的任何其他承保範圍。（如需獲取更多資訊，瞭解我們的承保範圍在您擁有其他保險的情況下會如何運作，請參閱本章第 7 節。）

我們每年都會向您寄送一封信函，列明我們知曉的任何其他醫療或藥物保險承保範圍。請仔細閱讀這些資訊。若資訊正確，您什麼也不用做。若資訊有誤，或者您擁有其他未在其列的承保範圍，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

### 第 6 節 我們為您的個人健康資訊保密

#### 第 6.1 小節 我們會確保您的健康資訊受到保護

聯邦法律和州法律會保護您的醫療記錄和個人健康資訊的隱私。我們將依法保護您的個人健康資訊。

如需更多資訊，瞭解我們會如何保護您的個人健康資訊，請參閱本手冊第 8 章第 1.4 小節。

### 第 7 節 其他保險與我們的計劃如何合作

#### 第 7.1 小節 您在擁有其他保險時，哪個計劃先付款？

您在擁有其他保險時（比如僱主團體健康承保範圍），聯邦醫療保險設定了一些規則，用來確定我們的計劃或您的其他保險是否先付款。先付款的保險稱為「主要付款方」，付款上限為其承保範圍的最大限額。第二個付款的保險稱為「次要付款方」，僅支付主要付款方未承保的費用。次要付款方可能不會支付所有的未承保費用。

這些規則適用於僱主或工會團體健康計劃承保範圍：

* 若您擁有退休人員承保範圍，聯邦醫療保險將先付款。
* 若您的團體健康計劃承保範圍基於您或您家人目前的就業狀態，則誰先付款取決於您的年齡、您僱主僱用的人數以及您擁有的聯邦醫療保險是否基於年齡、殘障或末期腎病 (ESRD)：
  + 若您是未滿 65 歲的殘障人士，且您或您的家人仍在工作，若僱主擁有的員工數不低於 100 人或多個僱主計劃中至少有一位僱主擁有 100 位以上的員工，則您的團體健康計劃先付款。
  + 若您已滿 65 歲，且您或您的配偶仍在工作，若僱主擁有的員工人數不低於 20 人或多個僱主計劃中至少有一位僱主擁有 20 位以上的員工，則您的團體健康計劃先付款。
* 若您因患有 ESRD 而享有聯邦醫療保險，當您符合聯邦醫療保險的資格後，前 30 個月內，您的僱主團體健康計劃將先付款。

這類承保範圍通常先支付與以下各項相關的服務：

* 無過失保險（包括車輛保險）
* 責任（包括車輛保險）
* 黑肺病福利
* 勞工補償金

州醫療補助與三軍醫療保險絕不會先為聯邦醫療保險應付費用的服務付款。州醫療補助與三軍醫療保險僅在聯邦醫療保險、僱主團體健康計劃和/或差額保險付款之後才會付款。

若您擁有其他保險，請告知您的醫生、醫院與藥房。若您對誰先付款存有疑問，或需要更新您的其他保險資訊，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。您可能需要將您的計劃會員 ID 告訴您的其他保險商公司（一旦您已確認他們的身份），以便您的帳單得到準確及時的支付。

第 2 章

重要的電話號碼與資源

## 第 2 章 重要的電話號碼與資源

第 1 節 *[插入 2017 年計劃名稱]*合同 （如何聯絡我們，包括如何聯絡計劃的會員服務部） 22

第 2 節 聯邦醫療保險 （如何直接獲取聯邦醫療保險計劃的幫助與資訊） 28

第 3 節 州健康保險補助計劃 （針對您的醫療醫療保險問題提供免費的幫助、資訊與回答） 30

第 4 節 質量改進組織 (由聯邦醫療保險付款，以便檢查聯邦醫療護理的質量) 31

第 5 節 社會安全署 32

第 6 節 州醫療補助 （一個聯邦政府與州政府之間的合作項目，幫助收入與資源有限的人士支付醫療費用） 32

第 7 節 幫助人們支付處方藥費用的計劃之資訊 33

第 8 節 如何聯絡鐵路員工退休委員會 37

第 9 節 您是否享有僱主提供的「團體保險」或其他健康保險？ 38

### 第 1 節 *[插入 2017 年計劃名稱]*合同 （如何聯絡我們，包括如何聯絡計劃的會員服務部）

如何聯絡我們計劃的會員服務部

若因索賠、帳單或會員卡的問題而需要獲取幫助，請致電或致函*[插入 2017 年計劃名稱]*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** | *[插入電話號碼]*  該號碼是免費電話。*[插入服務日期與時間，包括有關其他技術的使用資訊。]*  會員服務部亦可為非英語人士提供免費的語言翻譯服務。 |
| **聽覺及語言有障（TTY）人士** | *[插入號碼]*  [*若計劃使用直撥 TTY 號碼，請插入：*撥打該號碼需使用特殊的電話設備，僅適用於聽覺或語言有障人士。]  該號碼*[適用時插入：不]*是免費電話。*[插入服務日期與時間。]* |
| **傳真** | *[可選：插入傳真號碼]* |
| **致函** | *[插入地址]*  *[****注意：****計劃可以於此處添加電子郵件地址。]* |
| **網站** | *[插入網址]* |

*[****注意：****若您的計劃對下方所列的 C 部分與 D 部分事宜使用相同的聯絡資訊，您可以酌情整合適當的章節並修改章節標題與段落。]*

您想請求醫療護理的承保範圍決定時，該如何聯絡我們

承保範圍決定是我們對您的福利與承保範圍或我們將為您的醫療服務所付金額所做的決定。如需獲取更多資訊，瞭解如何諮詢醫療護理的承保範圍決定，請參閱第 9 章（*出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦*）。

若您對我們的承保範圍決定流程存有疑問，請致電聯絡我們。

| 方法 | 醫療護理的承保範圍決定 — 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[插入電話號碼]*  該號碼*[適用時插入：不]*是免費電話。*[插入服務日期與時間]* *[****注意：****您亦可於此處寫上 24 小時熱線電話。][****注意：****若您對受理加急組織決定設置了不同的號碼，亦請於此處註明。]* |
| **聽覺及語言有障（TTY）人士** | *[插入號碼]*  [*若計劃使用直撥 TTY 號碼，請插入：*撥打該號碼需使用特殊的電話設備，僅適用於聽覺或語言有障人士。]  該號碼*[適用時插入：不]*是免費電話。*[插入服務日期與時間][****注意****：若您對受理加急組織決定設置了不同的 TTY 號碼，亦請於此處註明。]* |
| **傳真** | *[可選：插入傳真號碼][****注意：****若您對受理加急組織決定設置了不同的傳真號碼，亦請於此處註明。]* |
| **致函** | *[插入地址][****注意：****若您對受理加急組織決定設置了不同的地址，亦請於此處註明。]* |
| **網站** | *[可選：插入網址]* |

您想針對醫療護理提起上訴時，該如何聯絡我們

上訴是一種正式的請求途徑，用來要求我們審查與更改我們做出的承保範圍決定。如需獲取更多資訊，瞭解如何針對醫療護理提起上訴，請參閱第 9 章（*出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦*）。

| 方法 | 醫療護理的上訴 — 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[插入電話號碼]*  該號碼*[適用時插入：不]*是免費電話。*[插入服務日期與時間][****注意****：您亦可於此處寫上 24 小時熱線電話。][****注意：****若您對受理加急上訴設置了不同的號碼，亦請於此處註明。]* |
| **聽覺及語言有障（TTY）人士** | *[插入號碼]*  [*若計劃使用直撥 TTY 號碼，請插入：*撥打該號碼需使用特殊的電話設備，僅適用於聽覺或語言有障人士。]  該號碼*[適用時插入：不]*是免費電話。*[插入服務日期與時間][****注意****：若您對受理加急上訴設置了不同的 TTY 號碼，亦請於此處註明。]* |
| **傳真** | *[可選：插入傳真號碼][****注意：****若您對受理加急上訴設置了不同的傳真號碼，亦請於此處註明。]* |
| **致函** | *[插入地址][****注意：****若您對受理加急上訴設置了不同的地址，亦請於此處註明。]* |
| **網站** | *[可選：插入網址]* |

您想針對醫療護理提起投訴時，該如何聯絡我們

您可以對我們或我們的網絡醫療服務提供者提起投訴，包括針對護理的質量提起投訴。這類投訴不涉及承保範圍或付款爭議。（若您的問題涉及計劃的承保範圍或付款事宜，您應該查閱上方有關提起上訴的章節。）如需獲取更多資訊，瞭解如何針對醫療護理提起投訴，請參閱第 9 章（*出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦*）。

| 方法 | 醫療護理的投訴 — 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[插入電話號碼]*  該號碼*[適用時插入：不]*是免費電話。*[插入服務日期與時間][****注意****：您亦可於此處寫上 24 小時熱線電話。][****注意：****若您對受理加急申訴設置了不同的號碼，亦請於此處註明。]* |
| **聽覺及語言有障（TTY）人士** | *[插入號碼]*  [*若計劃使用直撥 TTY 號碼，請插入：*撥打該號碼需使用特殊的電話設備，僅適用於聽覺或語言有障人士。]  該號碼*[適用時插入：不]*是免費電話。[*插入服務日期與時間][****注意****：若您對受理加急申訴設置了不同的 TTY 號碼，亦請於此處註明。]* |
| **傳真** | *[可選：插入傳真號碼][****注意：****若您對受理加急申訴設置了不同的傳真號碼，亦請於此處註明。]* |
| **致函** | *[插入地址][****注意：****若您對受理加急申訴設置了不同的地址，亦請於此處註明。]* |
| **聯邦醫療保險網站** | 您可以直接向聯邦醫療保險提交有關*[插入 2017 年計劃名稱]*的投訴。如需向聯邦醫療保險提交線上投訴，請造訪 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。 |

您想請求 D 部分處方藥的承保範圍決定時，該如何聯絡我們

承保範圍決定是我們對您的福利與承保範圍或我們將為您的計劃中所含 D 部分福利承保之處方藥所付金額所做的決定。如需獲取更多資訊，瞭解如何請求 D 部分處方藥的承保範圍決定，請參閱第 9 章（*出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦*）。

| 方法 | D 部分處方藥的承保範圍決定 — 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[插入電話號碼]*  該號碼*[適用時插入：不]*是免費電話。*[插入服務日期與時間]* *[****注意：****您亦可於此處寫上 24 小時熱線電話。][****注意：****若您對受理標準和加急承保範圍決定設置了不同的號碼，請均於此處列明。]* |
| **聽覺及語言有障（TTY）人士** | *[插入號碼]*  [*若計劃使用直撥 TTY 號碼，請插入：*撥打該號碼需使用特殊的電話設備，僅適用於聽覺或語言有障人士。]  該號碼*[適用時插入：不]*是免費電話。[*插入服務日期與時間][****注意****：若您對受理標準和加急承保範圍決定設置了不同的 TTY 號碼，請均於此處列明。]* |
| **傳真** | *[插入傳真號碼][****注意：****若您對受理標準和加急承保範圍決定設置了不同的傳真號碼，請均於此處列明。]* |
| **致函** | *[插入地址][****注意：****若您對受理標準和加急承保範圍決定設置了不同的地址，請均於此處列明。]* |
| **網站** | *[插入網址]* |

您想針對 D 部分處方藥提起上訴時，該如何聯絡我們

上訴是一種正式的請求途徑，用來要求我們審查與更改我們做出的承保範圍決定。如需獲取更多資訊，瞭解如何針對 D 部分處方藥提起上訴，請參閱第 9 章（*出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦*）。

| 方法 | D 部分處方藥的上訴 — 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[插入電話號碼]*  該號碼*[適用時插入：不]*是免費電話。*[插入服務日期與時間][****注意****：您亦可於此處寫上 24 小時熱線電話。][****注意：****您必須透過電話受理加急上訴請求，可以選擇透過電話受理標準上訴請求。若您選擇透過電話受理標準上訴請求，且您對受理標準和加急上訴設置了不同的號碼，請於此處列明。]* |
| **聽覺及語言有障（TTY）人士** | *[插入號碼]*  [*若計劃使用直撥 TTY 號碼，請插入：*撥打該號碼需使用特殊的電話設備，僅適用於聽覺或語言有障人士。]  該號碼*[適用時插入：不]*是免費電話。*[插入服務日期與時間]* *[****注意****：您必須透過電話受理加急上訴請求，可以選擇透過電話受理標準上訴請求。若您選擇透過電話接受標準上訴請求，且您對接受標準和加急上訴設置了不同的 TTY 號碼，請於此處列明。]* |
| **傳真** | *[插入傳真號碼][****注意：****若您對受理標準和加急上訴設置了不同的傳真號碼，請均於此處列明。]* |
| **致函** | *[插入地址][****注意：****若您對受理標準和加急上訴設置了不同的地址，請均於此處列明。]* |
| **網站** | *[插入網址]* |

您想針對 D 部分處方藥提起投訴時，該如何聯絡我們

您可以對我們或我們的網絡藥房提起投訴，包括針對護理的質量提起投訴。這類投訴不涉及承保範圍或付款爭議。（若您的問題涉及計劃的承保範圍或付款事宜，您應該查閱上方有關提起上訴的章節。）如需獲取更多資訊，瞭解如何針對 D 部分處方藥提起投訴，請參閱第 9 章（*出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦*）。

| 方法 | D 部分處方藥的投訴 — 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[插入電話號碼]*  該號碼*[適用時插入：不]*是免費電話。*[插入服務日期與時間][****注意****：您亦可於此處寫上 24 小時熱線電話。][****注意：****若您對受理標準和加急申訴設置了不同的號碼，請均於此處列明。]* |
| **聽覺及語言有障（TTY）人士** | *[插入號碼]*  [*若計劃使用直撥 TTY 號碼，請插入：*撥打該號碼需使用特殊的電話設備，僅適用於聽覺或語言有障人士。]  該號碼*[適用時插入：不]*是免費電話。*[插入服務日期與時間][****注意****：若您對受理標準和加急申訴設置了不同的 TTY 號碼，請均於此處列明。]* |
| **傳真** | *[可選：插入傳真號碼][****注意：****若您對受理標準和加急申訴設置了不同的傳真號碼，請均於此處列明。]* |
| **致函** | *[插入地址][****注意：****若您對受理標準和加急申訴設置了不同的地址，請均於此處列明。]* |
| **聯邦醫療保險網站** | 您可以直接向聯邦醫療保險提交有關*[插入 2017 年計劃名稱]*的投訴。如需向聯邦醫療保險提交線上投訴，請造訪 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。 |

欲要求我們支付應由我們支付的醫療護理或藥物費用時，向誰提出請求

如需獲取更多資訊，瞭解哪些情況下您需要要求我們提供償付或支付醫療服務提供者向您出具的帳單，請參閱第 7 章（*要求我們支付應由我們支付的承保醫療服務或藥物帳單*）。

**請注意：**若您向我們提出付款請求，而我們拒絕了請求的任何部分，您可以對我們的決定提起上訴。請參閱第 9 章*（出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦）*，以獲取更多資訊。

*[若計劃對 C 部分與 D 部分索賠設置了不同的地址和/或號碼，則可酌情修改下方表格或添加一個表格。]*

| 方法 | 付款請求 — 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[可選：插入電話號碼和服務日期與時間][****注意****：您必須以書面形式受理付款請求，可以選擇同時透過電話受理付款請求。*  該號碼*[適用時插入：不]*是免費電話。 |
| **聽覺及語言有障（TTY）人士** | *[可選：插入號碼][****注意****︰您必須以書面形式受理付款請求，可以選擇同時透過電話受理付款請求。*  [*若計劃使用直撥 TTY 號碼，請插入：*撥打該號碼需使用特殊的電話設備，僅適用於聽覺或語言有障人士。]  該號碼*[適用時插入：不]*是免費電話。*[插入服務日期與時間]* |
| **傳真** | *[可選：插入傳真號碼][****注意****：您必須以書面形式受理付款請求，可以選擇同時透過傳真受理付款請求。]* |
| **致函** | *[插入地址]* |
| **網站** | *[插入網址]* |

### 第 2 節 聯邦醫療保險 （如何直接獲取聯邦醫療保險計劃的幫助與資訊）

聯邦醫療保險是聯邦政府推行的健康保險計劃，面向年滿 65 歲的人士、部分未滿 65 歲的殘障人士以及末期腎病（需要透析或腎移植的永久性腎衰竭）患者。

負責聯邦醫療保險的聯邦機構是聯邦醫療保險和州醫療補助服務中心（有時簡稱「CMS」）。該機構與聯邦醫療保險優勢組織（包括我們）簽訂了合同。

| 方法 | 聯邦醫療保險 — 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | 1-800-MEDICARE，或 1-800-633-4227  該號碼是免費電話。  每週 7 天，每天 24 小時服務。 |
| **聽覺及語言有障（TTY）人士** | 1-877-486-2048  撥打該號碼需使用特殊的電話設備，僅適用於聽覺或語言有障人士。  該號碼是免費電話。 |
| **網站** | [http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/)  這是聯邦醫療保險的官方政府網站。網站上將為您提供有關聯邦醫療保險與當前聯邦醫療保險事宜的最新資訊。網站上還會公佈有關醫院、養老院、醫生、家居護理機構與透析機構的資訊。您可以透過電腦直接列印網站上的手冊。您還可以查詢所在州的聯邦醫療保險聯絡資訊。  聯邦醫療保險網站還會使用以下工具發佈詳細資訊，告知聯邦醫療保險資格與參保選項：   * **聯邦醫療保險資格工具：** 提供聯邦醫療保險資格狀態資訊。 * **聯邦醫療保險計劃查找器：**提供有關您所在區域可用聯邦醫療保險處方藥計劃、聯邦醫療保險健康計劃與差額保險（聯邦醫療保險補充保險）政策的個性化資訊。這些工具可*評估*不同的聯邦醫療保險計劃可能產的自付費用。   您還可以造訪該網站，將您對於*[插入 2017 年計劃名稱]*的任何投訴告知聯邦醫療保險：   * **將您的投訴告知聯邦醫療保險：**您可以直接向聯邦醫療保險提交有關*[插入 2017 年計劃名稱]*的投訴。如需向聯邦醫療保險提交投訴，請造訪 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。聯邦醫療保險將嚴肅處理您的投訴，並借此改善聯邦醫療保險計劃的服務質量。   如果您沒有電腦，當地的圖書館或老年人中心可以使用他們的電腦幫助您造訪該網站。您也可以致電聯邦醫療保險，告知您正在查找的資訊。他們可以在網站上找到相關資訊，加以列印，然後寄送給您。（您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡聯邦醫療保險，每週 7 天，每天 24 小時服務。聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-877-486-2048。）   * **最低基本承保範圍 (MEC)︰**本計劃的承保範圍符合最低基本承保範圍 (MEC) 資格，並滿足病患保護及可負擔醫療法案 (Patient Protection and Affordable Care Act，ACA) 的個人分擔責任要求。請造訪國稅局 (IRS) 網站 (http://[www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision](http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision))，瞭解關於最低基本承保範圍 (MEC) 個人要求的更多資訊。 |

### 第 3 節 州健康保險補助計劃 （針對您的醫療醫療保險問題提供免費的幫助、資訊與回答）

*[在多個州提供計劃的組織：必要時修改本節的第二段落和第三段落，使用通用名稱「州健康保險補助計劃」或「SHIP」，並列出您所在服務區域內所有州健康保險補助計劃 (SHIP) 的名稱、電話號碼和地址。若計劃可以對是否含有獨立的附表做出選擇，用來列出存有計劃的所有州之資訊，則該計劃應於下方提及附表所在。]*

州健康保險補助計劃 (SHIP) 是一個政府計劃，每個州都有受過培訓的顧問。*[若跨州計劃於附表中插入了資訊，請用一句話替換本段的其餘部分，該句應提及附表，以便幫助會員找到 SHIP 資訊。]*[*EOC 中插入資訊的跨州計劃請添加：*以下是我們所服務的各州的健康保險補助計劃清單：]*[EOC 中插入資訊的跨州計劃請為以下句段使用項目符號，每個州插入一個項目符號。]*在*[插入州]*，SHIP 被稱為*[插入該州的 SHIP 名稱]*。

*[插入該州的 SHIP 名稱]*是一個獨立的計劃（即不與任何保險公司或健康計劃存在關聯）。這是一個由聯邦政府資助的州政府項目，為享受聯邦醫療保險的人士提供免費的本地健康保險諮詢服務。

*[插入該州的 SHIP 名稱]*顧問可以為您解答有關聯邦醫療保險的疑問或問題。他們可以幫助您理解您的聯邦醫療保險權利，幫助您對醫療護理或治療提起投訴，幫助您解決聯邦醫療保險帳單的問題。*[插入該州的 SHIP 名稱]*顧問可以幫您理解您的聯邦醫療保險計劃選項，並且回答有關計劃轉換事宜的問題。

| 方法 | *[插入該州的 SHIP 名稱]*[*若 SHIP 的名稱中未包含該州的名稱，請添加：*（*[插入州名]* SHIP）] |
| --- | --- |
| **致電** | *[插入電話號碼]* |
| **聽覺及語言有障（TTY）人士** | *[適用時請插入號碼。或者刪除該列。]*  [*若 SHIP 使用直撥 TTY 號碼，請插入：*撥打該號碼需使用特殊的電話設備，僅適用於聽覺或語言有障人士。] |
| **致函** | *[插入地址]* |
| **網站** | *[插入網址]* |

### 第 4 節 質量改進組織 (由聯邦醫療保險付款，以便檢查聯邦醫療護理的質量)

*[在多個州提供計劃的組織：必要時修改本節的第二段落和第三段落，使用通用名稱「質量改進組織」，並列出您所在服務區域內所有質量改進組織 (QIO) 的名稱、電話號碼和地址。若計劃可以對是否含有獨立的附表做出選擇，用來列出所有州或存有計劃的所有州的 QIO 之資訊，則該計劃應於下方提及附表所在。]*

各州都有為聯邦醫療保險受益人服務的指定質量改進組織。*[若跨州計劃於附表中插入了資訊，請用一句話替換本段的其餘部分，該句應提及附表，以便幫助會員找到 QIO 資訊。]*[*EOC 中插入資訊的跨州計劃請添加：*以下是我們所服務各州的質量改進組織清單：]*[EOC 中插入資訊的跨州計劃請為以下句段使用項目符號，每個州插入一個項目符號。]*在*[插入州]*，質量改進組織稱為*[插入該州的 QIO 名稱]*。

*[插入該州的 QIO 名稱]*擁有一個由醫生和其他衛生保健專業人員組成的團體，聯邦政府負責這些人員的費用。該組織由聯邦醫療保險付款，以便檢查並改進聯邦醫療護理的質量。*[插入該州的 QIO 名稱]*是一個獨立的組織。該組織與我們的計劃不存在關聯。

遇到以下情況時，您應該聯絡*[插入該州的 QIO 名稱]*：

* 您欲針對自己得到的護理質量提起投訴。
* 您認為住院的承保範圍結束得太快。
* 您認為家居醫療護理、專業護理機構護理或綜合門診康復設施 (CORF) 服務的承保範圍結束得太快。

| 方法 | *[插入該州的 QIO 名稱]*[*若 QIO 的名稱中未包含該州的名稱，請添加：*（*[插入州名]*的質量改進組織）] — 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[插入電話號碼]* |
| **聽覺及語言有障（TTY）人士** | *[適用時請插入號碼。或者刪除該列。]*  [*若 QIO 使用直撥 TTY 號碼，請插入：*撥打該號碼需使用特殊的電話設備，僅適用於聽覺或語言有障人士。] |
| **致函** | *[插入地址]* |
| **網站** | *[插入網址]* |

### 第 5 節 社會安全署

社會安全署負責決定加入聯邦醫療保險的資格與處理參保事宜。年滿 65 歲、身體殘障或患有末期腎病的美國公民滿足特定條件時有資格加入聯邦醫療保險。您若已經進行了社會安全署檢查，則可自動加入聯邦醫療保險。若您未進行社會安全署檢查，您必須自己參保聯邦醫療保險。社會安全署處理聯邦醫療保險的參保流程。如需申請聯邦醫療保險，您可以致電社會安全署或前往當地的社會安全署辦公室。

社會安全署還負責決定哪些高收入人士該為 D 部分藥物承保範圍支付額外的費用。若您收到了社會安全署寄來的函件，告知您需支付額外的費用，但您對金額心存疑問，或因生活變故而導致收入減少，此時您可致電社會安全署，要求他們重新考慮。

若您搬家或更改郵寄地址，請您務必聯絡社會安全署，並說明詳情。

| 方法 | 社會安全署 — 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | 1-800-772-1213  該號碼是免費電話。  服務時間為週一至週五上午 7:00 至下午 7:00。  您可以使用社會安全署的自動電話服務獲取錄音資訊，供您 24 小時辦理業務。 |
| **聽覺及語言有障（TTY）人士** | 1-800-325-0778  撥打該號碼需使用特殊的電話設備，僅適用於聽覺或語言有障人士。  該號碼是免費電話。  服務時間為週一至週五上午 7:00 至下午 7:00。 |
| **網站** | [http://www.ssa.gov](http://www.ssa.gov/) |

### 第 6 節 州醫療補助 （一個聯邦政府與州政府之間的合作項目，幫助收入與資源有限的人士支付醫療費用）

*[在多個州提供計劃的組織：修改本節，將您所在服務區域所有州的機構名稱、電話和地址清單包括在內。若計劃可以對是否含有獨立的附表做出選擇，用來列出所有州或存有計劃的所有州的州醫療補助之資訊，則該計劃應於下方提及附表所在。]*

*[計劃可以採納本段對州醫療補助的一般探討，以顯示計劃所在各州的州醫療補助計劃之名稱或特色。]*

州聯邦醫療補助是一個聯邦政府與州政府之間的合作項目，幫助收入與資源有限的人士支付醫療費用。部分參加了聯邦醫療保險的人士也符合州醫療補助的資格。

此外，州醫療補助推出的一些計劃也可以幫助參加了聯邦醫療保險的人士支付聯邦醫療保險的費用，比如聯邦醫療保險保費。「聯邦醫療保險儲蓄計劃」每年可幫助收入與資源有限的人士節約資金：

* **合格聯邦醫療保險受益人 (QMB)：**幫助支付聯邦醫療保險的 A 部分和 B 部分保費，以及其他成本分擔（如自付額、共同保險和共付額）。（部分參加了 QMB 的人士也符合州醫療補助全部福利的資格 (QMB+)。）
* **指定的低收入聯邦醫療保險受益人 (SLMB)：**幫助支付 B 部分保費。（部分參加了 SLMB 的人士也符合州醫療補助全部福利的資格 (SLMB+)。）
* **合格的個人 (QI)：**幫助支付 B 部分保費。
* **合格的殘障人士與工作的個人 (QDWI)：**幫助支付 A 部分保費。

如需查找更多有關州醫療補助及其計劃之資訊，請聯絡*[插入該州的州醫療補助機構]*。

| 方法 | *[插入該州的州醫療補助機構]*[*若機構名稱中不含州名，請添加：*（*[插入州名]*的州醫療補助計劃）]— 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[插入電話號碼]* |
| **聽覺及語言有障（TTY）人士** | *[適用時請插入號碼。或者刪除該列。]*  [*若州醫療補助計劃使用直撥 TTY 號碼，請插入：*撥打該號碼需使用特殊的電話設備，僅適用於聽覺或語言有障人士。] |
| **致函** | *[插入地址]* |
| **網站** | *[插入網址]* |

### 第 7 節 幫助人們支付處方藥費用的計劃之資訊

聯邦醫療保險的「額外補助」計劃

聯邦醫療保險提供「額外補助」，專為收入與資源有限的人士支付處方藥費用。資源包括您的儲蓄與股票，不包括您的房子或車輛。若您符合資格，您將獲得聯邦醫療保險藥物計劃的每月保費、年度自付額與處方共付額費用的付款幫助。該「額外補助」還將計入您的自付費用。

收入與資源有限的人士可能符合「額外補助」資格。部分人士無需申請即自動符合「額外補助」的資格。聯邦醫療保險會寄送一封信函給自動符合「額外補助」資格的人士。

「額外補助」可能會替您支付處方藥保費與費用。如需查看您是否符合「額外補助」的資格，請致電：

* 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-877-486-2048。每週 7 天，每天 24 小時服務。
* 社會安全署號碼 1-800-772-1213，服務時間為週一至週五上午 7 點至下午 7 點。聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-800-325-0778（申請）；或
* 致電您的州醫療補助辦公室（申請）（聯絡資訊請參見本章第 6 節）。

若您認為您符合「額外補助」的資格，而且您認為自己在藥房抓藥時自己支付的成本分擔數額不正確，我們的計劃設立了一套流程，您可以透過這套流程請求援助，以便獲取正確的共付級別之證據，若您已經擁有證據，請向我們提供該證據。

* *[注意：插入計劃的流程，以便讓受益人請求援助，獲取可能的最佳證據，並提供該證據。]*
* 我們收到證據表明您的共付額級別時，我們會更新系統，下次您在藥房抓藥時即可支付正確的共付額。若您超額支付了您的共付額，我們會對您做出補償。我們會向您開出支票，金額為您超額支付的數額，或者我們會抵消未來的共付額。若藥房未向您收取共付額，而是以欠帳的形式記錄您的共付額，我們會直接向藥房支付款項。若某個州替您支付了款項，我們將直接向該州付款。若有疑問，請聯絡會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

[*美國領地內的計劃：若 EOC 僅適用於美國領地內的計劃，請將「額外補助」章節替換為以下文字。若 EOC 適用於美國領地和大陸地區的計劃，請在「額外補助」章節中添加以下文字：*波多黎各、維爾京群島、關島和北瑪利安納群島及美屬薩摩亞均設有計劃，可幫助收入與資源有限的人士支付聯邦醫療保險的費用。這些地區的計劃各異。如需查看規則詳情，請致電當地的聯邦醫療保險補助（州醫療補助）辦公室（電話號碼位於本章第 6 節）。或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時服務，諮詢有關「州醫療補助」的詳細資訊。聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-877-486-2048。您還可以造訪 [http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/) 獲取更多資訊。]

聯邦醫療保險承保範圍缺口折扣計劃

聯邦醫療保險承保範圍缺口折扣計劃使得製造商可為 D 部分的參保人提供品牌藥物折扣，因為這些參保人達到了承保範圍缺口，卻未獲得「額外補助」。對於品牌藥，由製造商提供的 50% 的折扣不包括在缺口成本的配藥費。參保人將支付由計劃支付的成本的配藥費（2017 年為 10%）。

若您達到了承保範圍缺口，藥房為您的處方出具帳單時，我們將自動適用折扣，您的 D 部分處方藥福利解釋（簡稱 D 部分 EOB）將顯示提供的所有折扣。您支付的金額與製造商優惠的金額均將計入您的自付費用，這與您自己支付所有費用並在承保範圍缺口中前移的情形一樣。計劃支付的金額 (5%) 不計入您的自付費用。

您還將享有部分非品牌藥的承保範圍。若您達到承保範圍缺口，計劃支付 49% 的非品牌藥費用，您支付 51% 的剩餘藥費。對於非品牌藥，計劃支付的金額 (49%) 不計入您的自付費用。您自己支付的金額才會計入，您才會在承保範圍缺口中前移。此外，配藥費包括在藥費中。

[*若計劃提供其他缺口承保範圍，請插入：*聯邦醫療保險承保範圍缺口折扣計劃全國適用。因為*[插入 2017 年計劃名稱]*在承保範圍缺口階段提供其他缺口承保範圍，所以您的自付費用有時將會低於此處所述的費用。請轉到第 6 章第 6 節，瞭解承保範圍缺口階段的承保範圍詳細資訊。]

[*若計劃不含承保範圍缺口，請插入：*聯邦醫療保險承保範圍缺口折扣計劃全國適用。因為*[插入 2017 年計劃名稱]*不含承保範圍缺口，此處所述的折扣對您不適用。

該計劃將繼續承保您的藥物，支付您的常規成本分擔金額，直至您符合重大災難承保範圍階段的資格。請轉到第 6 章第 5 節，瞭解最初承保範圍階段的承保範圍詳細資訊。]

若您不知道自己所用的藥物是否能夠適用折扣，或者對於聯邦醫療保險承保範圍缺口折扣計劃的一般性內容存有問題，請聯絡會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

**享有的州藥物補助計劃 （SPAP） 承保範圍會如何？**

*[計劃所在州若無 SPAP，請刪除本節。]*

若您參加了州藥物補助計劃 (SPAP) 或提供 D 部分藥物承保範圍中的任何其他計劃（「額外補助」），您仍然可以獲得承保品牌藥物的五折優惠。計劃將支付承保範圍缺口中品牌藥費用的 10%。50% 的折扣與計劃支付的 10% 均先於任何 SPAP 或其他承保範圍適用於藥物價格。

**享有的艾滋病藥物補助計劃 (ADAP) 承保範圍會如何？**

**什麼是艾滋病藥物補助計劃 (ADAP)？**

艾滋病藥物補助計劃 (ADAP)幫助符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 人士獲得挽救生命的 HIV 藥品。ADAP 也承保的聯邦醫療保險 D 部分處方藥符合享受處方成本分擔補助的資格，*[插入該州的 ADAP 資訊]*注意：如需符合所在州的 ADAP 資格，個人必須滿足特定的標準，包括州居住證明和 HIV 病情證明、州界定的低收入以及沒有參加保險/保險金額不足。

若您目前已參保 ADAP，則該計劃可繼續為您提供聯邦醫療保險 D 部分處方成本分擔藥費補助，但限於 ADAP 處方藥物表上的藥物。為了確保您能夠繼續獲得該項補助，若您的聯邦醫療保險 D 部分的計劃名稱或保單編號出現變更，請通知當地的 ADAP 參保工作人員。*[插入該州的 ADAP 聯絡資訊]。*

**聯邦醫療保險的「額外補助」幫您支付處方藥費用會如何？還能享受折扣嗎？**

不能。若您享有「額外補助」，則在承保範圍缺口期間，您的處方藥費用已經獲得承保。

**未享有折扣而認為自己應該享有折扣時怎麼辦？**

若您認為自己已經達到承保範圍缺口，但支付品牌藥物的費用時卻未享有折扣，請留意您的下一個*《D 部分處方藥福利解釋》*（簡稱 D 部分 EOB）通知。若*《D 部分處方藥福利解釋》上未顯示折扣，您應該聯絡我們，以便確保您的處方記錄正確且已更新。*若我們不認為您可以享有折扣，您可以提起上訴。您可以向州健康保險補助計劃 (SHIP) 尋求幫助，幫您提出上訴（電話號碼位於本章第 3 節），或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時服務。聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-877-486-2048。

州政府藥品援助計劃

*[計劃所在州若無 SPAP，請刪除本節。]*

*[在多個州提供計劃的組織：修改本節，將您所在服務區域所有州的 SPAP 名稱、電話和地址清單包括在內。若計劃可以對是否含有獨立的附表做出選擇，用來列出所有州或存有計劃的所有州的 SPAP 之資訊，則該計劃應於下方提及附表所在。]*

許多州都設有州政府藥品援助計劃，根據經濟需要、年齡、病情或殘障幫助部分人士支付處方藥費用。每個州為會員提供藥物承保範圍的規則不同。

*[若跨州計劃於附表中插入了資訊，請用一句話替換本段的其餘部分，該句應提及附表，以便幫助會員找到 SPAP 資訊。]*[*EOC 中插入資訊的跨州計劃請添加：*以下是我們所服務各州的州政府藥品援助計劃清單]*[EOC 中插入了資訊的跨州計劃請為以下句段使用項目符號，每個州插入獨立的項目符號。]*在*[插入州名]*，州政府藥品援助計劃是*[插入該州的 SPAP 名稱]*。

| 方法 | *[插入該州的 SPAP 名稱]*[*若 SPAP 的名稱中未包含該州的名稱，請添加：*（*[插入州名]*的州政府藥品援助計劃）]— 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[插入電話號碼]* |
| **聽覺及語言有障（TTY）人士** | *[適用時請插入號碼。或者刪除該列。]*  [*若 SPAP 使用直撥 TTY 號碼，請插入：*撥打該號碼需使用特殊的電話設備，僅適用於聽覺或語言有障人士。] |
| **致函** | *[插入地址]* |
| **網站** | *[插入網址]* |

### 第 8 節 如何聯絡鐵路員工退休委員會

鐵路員工退休委員會是一個獨立的聯邦機構，管理全國鐵路員工及其家人的全面福利計劃。若您對鐵路員工退休委員會提供的福利存有疑問，請聯絡該機構。

若您透過鐵路員工退休委員會接受聯邦醫療保險，請您務必於搬家或更改郵寄地址時將變動情況告知鐵路員工退休委員會。

| 方法 | 鐵路員工退休委員會 — 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | 1-877-772-5772  該號碼是免費電話。  服務時間為週一至週五上午 9:00 至下午 3:30。  若您擁有按鍵式電話，則可使用全天候 24 小時錄音資訊和自動服務，包括週末與假日。 |
| **聽覺及語言有障（TTY）人士** | 1-312-751-4701  撥打該號碼需使用特殊的電話設備，僅適用於聽覺或語言有障人士。  該號碼*不*是免費電話。 |
| **網站** | [http://www.rrb.gov](http://www.rrb.gov/) |

### 第 9 節 您是否享有僱主提供的「團體保險」或其他健康保險？

做為本計劃的一部分，若您（或配偶）的僱主或退休人員團體為您（或配偶）提供了福利，您有任何疑問都可以致電僱主/工會福利管理人員或會員服務部。您可以諮詢有關您（或配偶）的僱主福利或退休人員健康福利、保費或參保期。（會員服務部的電話號碼列印於本手冊封底。）若對本計劃的聯邦醫療保險承保範圍有任何疑問，您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227；TTY： 1-877-486-2048)。若您還透過您（或配偶）的僱主或退休人員團體享有其他處方藥承保範圍，請聯絡**該團體的福利管理人員。**該名福利管理人員可以幫您確定您當前的處方藥承保範圍將會如何與我們的計劃合作。

第 3 章

使用計劃內的醫療服務承保範圍

## 第 3 章 使用計劃內的醫療服務承保範圍

第 1 節 會員使醫療護理獲得承保的須知事項 41

第 1.1 小節 什麼是「網絡醫療服務提供者」和「承保服務」？ 41

第 1.2小節 獲取計劃承保的醫療護理之基本規則 41

第 2 節 使用計劃網絡內的醫療服務提供者獲得醫療護理 42

第 2.1 小節 您[*適用時插入：*可以*或*必須]選擇一個一般護理醫療服務提供者 (PCP)，負責提供並監管您的醫療護理 42

第 2.2 小節 哪些類型的醫療護理無需經 PCP 事先批准即可獲得？ 43

第 2.3 小節 如何從專科醫生與其他網絡醫療服務提供者處獲得護理 43

第 2.4 小節 如何從網絡外的醫療服務提供者處獲得護理 44

第 3 節 遇到急症情形、需要緊急護理或在災難期間如何獲取承保服務 45

第 3.1 小節 遇到醫療急症情形時獲取護理 45

第 3.2 小節 需要緊急護理時獲取護理 46

第 3.3 小節 在災難期間獲取護理 47

第 4 節 若直接向您開具帳單，要求您全額支付承保服務怎麼辦？ 47

第 4.1 小節 您可以要求我們支付應由我們支付的承保服務費用 47

第 4.2 小節 若我們的計劃未承保服務，則您必須全額付款 47

第 5 節 參加「臨床研究」時醫療服務如何承保？ 48

第 5.1 小節 什麼是「臨床研究」？ 48

第 5.2 小節 您參加臨床研究時，誰支付哪些項目？ 48

第 6 節 「宗教非醫療衛生保健機構」的護理承保規則 50

第 6.1 小節 什麼是宗教非醫療衛生保健機構？ 50

第 6.2 小節 我們的計劃為宗教非醫療衛生保健機構提供的哪些護理承保？ 50

第 7 節 耐用醫療設備的所有權規則 51

第 7.1 小節 根據我們的計劃支付特定次數的款項之後，您是否擁有  
耐用醫療設備的所有權？ 51

### 第 1 節 會員使醫療護理獲得承保的須知事項

本章解釋使用計劃使醫療護理獲得承保的須知事項。本章將給出詞彙的定義，並解釋獲得本計劃承保的醫學治療、服務與其他醫療護理時需遵守的規則。

如需詳細瞭解我們的計劃所承保的醫療護理以及您獲取該類護理時需支付的金額，請使用下一章（第 4 章）的福利表（*《醫療福利表》*，*承保內容與您需支付的金額*）。

#### 第 1.1 小節 什麼是「網絡醫療服務提供者」和「承保服務」？

此處給出了一些定義，可以幫助您理解如何獲取面向會員的承保服務：

* **「醫療服務提供者」**是指獲得州執照後提供醫療服務與護理的醫生和其他衛生保健專業人士。「醫療服務提供者」一詞還包括醫院和其他衛生保健設施。
* **「網絡醫療服務提供者」**是指醫生和其他衛生保健專業人士、醫療團體、醫院和其他與我們簽訂了協議的衛生保健機構。協議的存在是為了讓他們接受我們的付款方式和您的成本分擔金額，如同接受全額付款一樣。我們已經安排這些醫療服務提供者為我們的計劃會員提供承保服務。我們網絡內的醫療服務提供者會因他們為您提供服務而直接向我們開具帳單。當您前往網絡醫療服務提供者處就診時，您僅需為他們提供的服務支付應由您支付的部分。
* **「承保服務」**包括我們計劃承保的所有醫療護理、衛生保健服務、用品與設備。您享有的醫療護理承保服務列於第 4 章的福利表。

#### 第 1.2 章 獲取計劃承保的醫療護理之基本規則

做為一個聯邦醫療保險健康計劃，*[插入 2017 年計劃名稱]*必須承保所有原有聯邦醫療保險承保的服務，且必須遵守原有聯邦醫療保險的承保範圍規則。

出現以下情況時，*[插入 2017 年計劃名稱]*通常會承保您的醫療護理：

* **您接受的護理包含在計劃的《醫療福利表》中**（該表位於本手冊第 4 章）。
* **您接受的護理被視為醫療必需。**「醫療必需」是指為了預防、診斷或治療您的疾病而需要的服務、用品或藥物，並且符合公認的醫療做法標準。
* *[計劃可以酌情省略或編輯與 PCP 相關的項目]***您擁有一個網絡一般護理醫療服務提供者 (PCP)，負責提供並監管您的護理事宜。**做為我們的會員，您必須選擇一個網絡 PCP（更多資訊請參見本章第 2.1 小節）。
  + 大多數情況下，經[*適用時插入：*您的網絡 PCP *或*我們的計劃]事先同意後，您才能使用計劃內的其他醫療服務提供者，比如專科醫生、醫院、專業護理機構或家居醫療護理機構。這叫做為您提供「轉介」。更多資訊請參見本章第 2.3 小節。
  + 緊急護理或急需護理的情況下不需要 PCP 的轉介。還有一些類型的護理無需事先徵得 PCP 同意。（更多資訊請參見本章第 2.2 小節）。
* *[含 POS 選項的計劃可以酌情編輯網絡醫療服務提供者項目。]***您接受的護理必須由網絡醫療服務提供者提供**（更多資訊請參見本章第 2 節）。多數情況下，網絡外醫療服務提供者（即未加入計劃網絡的醫療服務提供者）提供的服務不會被承保。*但有三個例外情況：*
  + 計劃承保網絡外醫療服務提供者提供的緊急護理或急需護理。更多資訊請參見本章第 3 節，瞭解什麼是緊急情況或急需護理。
  + 若您需要醫療護理，聯邦醫療保險要求我們對該護理提供承保，但若我們網絡內的醫療服務提供者無法提供該護理，那麼您可以從網絡外的醫療服務提供者處獲得該護理。*[若尋求護理之前需要計劃事先授權，計劃可以具體說明。]*在這種情況下，您支付的金額將和您接受網絡醫療服務提供者提供的服務一樣。有關前往網絡外醫生處就診需獲得批准的資訊，請參見本章第 2.4 小節。
  + 本計劃承保您短期內身處計劃的服務區域之外時從聯邦醫療保險認證的透析設施處獲得的腎病透析服務。

### 第 2 節 使用計劃網絡內的醫療服務提供者獲得醫療護理

#### 第 2.1 小節 您[*適用時插入：*可以*或*必須]選擇一個一般護理醫療服務提供者 (PCP)，負責提供並監管您的醫療護理

*[****注意：****計劃使用 PCP 時請插入本小節。計劃可以編輯本小節，提及「醫生選擇」(POC) 而不是 PCP。]*

什麼是「PCP」以及「PCP」有何用處？

*[各個計劃應根據具體情況描述以下內容：*

* *什麼是 PCP？*
* *哪些類型的醫療服務提供者可以做為 PCP？*
* *解釋 PCP 在您計劃中的作用。*
* *在協調承保服務中，PCP 有何作用？*
* *PCP 在做出事先授權決定或獲得事先授權時有何作用（若適用）？]*

如何選擇 PCP？

*[計劃應描述如何選擇 PCP。]*

更改 PCP

您可以隨時因任何原因更改 PCP。此外，您的 PCP 還可能退出我們的計劃醫療服務提供者網絡，屆時您可能需要尋找新的 PCP。

*[計劃應該描述如何更改 PCP，並說明更改將於何時生效（比如提出請求後次月的第一天生效、收到請求後立即生效等等）。]*

#### 第 2.2 小節 哪些類型的醫療護理無需經 PCP 事先批准即可獲得？

*[注意：計劃使用 PCP 或要求網絡醫療服務提供者轉介時請插入本小節。]*

下列服務無需經 PCP 事先批准即可獲得。

* 例行婦女衛生保健，包括胸部檢查、乳房 X 光檢查、巴氏子宮癌檢驗和骨盆檢查[*適用時插入：*從網絡醫療服務提供者處獲得即可]。
* 流感預防針[*適用時插入：*乙型肝炎疫苗和肺炎疫苗][*酌情插入：*從網絡醫療服務提供者處獲得即可]。
* 網絡醫療服務提供者或網絡外醫療服務提供者提供的緊急服務。
* 網絡醫療服務提供者暫時無法使用或無法獲取時，比如您短期內身處計劃服務區域外時，網絡醫療服務提供者或網絡外醫療服務提供者提供的急需護理。
* 您短期內身處計劃的服務區域之外時從聯邦醫療保險認證的透析設施處獲得的腎病透析服務。（如若可能，離開服務區域之前，請致電會員服務部，以便我們幫您做好安排，使您在外出期間仍能維持透析。會員服務部的電話號碼列印於本手冊封底。）
* *[計劃應酌情添加其他項目。]*

#### 第 2.3 小節 如何從專科醫生與其他網絡醫療服務提供者處獲得護理

專科醫生是針對特定疾病或身體的特定部位提供衛生保健服務的醫生。專科醫生分很多種。下面略舉幾例：

* 專為癌症患者提供護理的腫瘤學家。
* 專為心臟病患者提供護理的心臟病學家。
* 專為患有特定骷髏、關節或肌肉疾病的患者提供護理的整形外科醫生。

*[計劃應說明會員該如何聯絡專科醫生和其他網絡醫療服務提供者，包括：*

* *將會員轉介至專科醫生與其他醫療服務提供者時 PCP 有何作用（若有）？*
* *解釋獲得事先授權 (PA) 的流程，包括誰做出 PA 決定（比如計劃、PCP、其他實體）以及誰負責獲得事先授權（比如 PCP、會員）。引導會員參閱第 4 章第 2.1 小節，瞭解哪些服務需要獲得事先授權。*
* *若 PCP 的選擇限於特定的專科醫生或醫院，請解釋 PCP 的具體所指，即次級網絡、轉介圈。]*

專科醫生或其他網絡醫療服務提供者退出計劃怎麼辦？

我們可能會更改您本年度計劃內的醫院、醫生和專科醫生（醫療服務提供者）。您的醫療服務提供者可能會因故退出您的計劃，但是若您的醫生或專科醫生確實退出了您的計劃，則您享有下列特定的權利和保護：

* 即便我們的醫療服務提供者網絡可能會於本年度內發生變化，但聯邦醫療保險要求我們為您提供不間斷的就診權利，以便您得到合格醫生和專科醫生的診療服務。
* 若您的醫療服務提供者即將退出我們的計劃，可能的情況下，我們至少會提前 30 天通知您，讓您有時間選擇新的醫療服務提供者。
* 我們會幫助您選擇新的合格醫療服務提供者，以繼續管理您的衛生保健需求。
* 若您正在接受治療，您有權提出請求，我們將與您全力合作，確保您正在接受的必要治療不會中斷。
* 若您認為我們未向您提供合格的醫療服務提供者來代替您之前的醫療服務提供者，或者您的保健未得到妥善的管理，您有權對我們的決定提起上訴。
* 若您發現您的醫生或專科醫生即將退出您的計劃，請聯絡我們，以便我們幫助您找尋新的醫療服務提供者並管理您的保健事宜。

*[計劃應提供獲取援助的聯絡資訊。]*

#### 第 2.4 小節 如何從網絡外的醫療服務提供者處獲得護理

*[含 POS 選項的計劃：請於此處描述 POS。告知會員哪些情況下可以獲得網絡外醫療服務提供者提供的服務以及適用哪些限制。此處應插入 HMO/POS 計劃中使用網絡外醫療服務提供者時適用的成本分擔之一般資訊（無具體金額），並提及福利表，方便查找詳細的資訊。]*

*[無 POS 選項的計劃：告知會員哪些情況下可以獲得網絡外醫療服務提供者提供的服務（比如網絡內無可用的專業醫療服務提供者時）。描述獲得授權的流程，包括誰負責獲得授權。][注意：遇到急症情形或在服務區域外急需護理時，參保人有權利從網絡外醫療服務提供者處獲取服務。此外，若身患末期腎病 (ESRD) 的參保人前往本計劃服務區域外旅遊且未能使用簽訂合約的末期腎病 (ESRD) 醫療服務提供者，計劃必須承保透析服務。*

### 第 3 節 遇到急症情形、需要緊急護理或在災難期間如何獲取承保服務

#### 第 3.1 小節 遇到醫療急症情形時獲取護理

什麼是「醫療急症情形」以及遇到「醫療急症情形」時該怎麼辦？

「醫療急症情形」是指，您或任何其他具備健康與醫學常識的謹慎外行人認為，您的疾病症狀需要立即獲得醫護，以防喪命、截肢或出現肢體功能障礙。疾病症狀可能是生病、受傷、劇烈疼痛或病情急速惡化。

若您遇到醫療急症情形：

* **請儘快尋求幫助。**撥打 911 尋求幫助，或者前往最近的急救室或醫院就診。若有需要，請叫救護車。您無需先徵得 PCP 的批准或獲取轉介。
* [*計劃在適用時請添加：***請務必儘快將您的急症情形告知我們的計劃。**我們需要跟進您的緊急護理。通常在 48 小時內，您或其他人可以致電給我們，告知您的緊急護理情況。*[計劃必須提供電話號碼及服務日期與時間，或者說明何處可以找到電話號碼（比如電話號碼位於計劃會員卡的背面）。]*]

若您遇到醫療急症情形，哪些服務承保：

無論您何時需要，您都可以獲得承保緊急醫療護理，範圍包括美國全境或其領地*[計劃可以修改此句段，確定此承保範圍是否為美國或全球緊急/急需護理承保範圍內]。*我們的計劃承保救護車服務，但前提是，以其他方式到達急救室會危及您的健康。更多資訊請參見本手冊第 4 章的《醫療福利表》。

*[提供承保全球急症情形/急需護理承保範圍或美國及領地以外救護車服務之補助福利的計劃，請於此處提及該福利，並引導會員參見第 4 章的詳細資訊。]*

若您遇到急症情形，我們會諮詢為您提供急症護理的醫生，幫助管理並跟進護理。為您提供急症護理的醫生將決定您的病情何時會穩定以及醫療急症於何時結束。

*[計劃可以酌情修改本段落，以便說明您的計劃對病情穩定後的護理有何安排。]*急症結束之後，您有權進行後續護理，以確保病情持續穩定。我們的計劃將承保您的後續護理。若您的緊急護理由網絡外的醫療服務提供者提供，待您的病情及情況允許後，我們將儘快想辦法安排網絡內的醫療服務提供者接管您的護理事宜。

不是醫療急症怎麼辦？

有時會難以判斷是否為醫療急症。比如，您可能進醫院尋求急救護理 — 認為自己的健康處於嚴重的危險狀態 — 但是醫生可能會說您的病情根本不是醫療急症。若事後證明您的病情並非醫療急症，只要您有正當的理由認為自己的健康處於嚴重的危險之中，我們會為您的護理提供承保。

但是，若醫生已經說過您的病情*並非*急症，且您已獲得了以下兩種額外護理中的其中一種，那麼我們僅承保額外護理：

* 您向網絡醫療服務提供者尋求額外護理。
* *– 或 –* 您獲得的額外護理被認為是「急需護理」，且您遵守了獲取此類急需護理的規則（詳情請參見下方第 3.2 小節）。

#### 第 3.2 小節 需要緊急護理時獲取護理

什麼是「急需護理」？

「急需護理」即非緊急、不可預見但需要立即就醫的疾病、損傷或症狀。網絡醫療服務提供者暫時無法使用或無法獲取時，急需護理可以由網絡醫療服務提供者或網絡外醫療服務提供者提供。這種不可預見的病症可以是您患有的一種隨時可能發作的已知疾病。

您身處計劃的服務區域內而急需護理時怎麼辦？

您應始終嘗試從網絡醫療服務提供者處獲取急需護理。然而，如果醫療服務提供者暫時無法使用或無法獲取，無理由要求您等待網絡醫療服務提供者可供使用時方獲取醫療服務，我們將承保您從網絡外醫療服務提供者處取得的急需護理。

*[計劃必須插入說明文字，解釋如何獲取急需護理（比如使用急需護理中心、撥打醫療服務提供者的熱線電話等等。）]*

您身處計劃的服務區域外而急需護理時怎麼辦？

當您身處服務區域外，且無法獲取網絡醫療服務提供者的護理時，我們的計劃承保您從任何醫療服務提供者處獲得的急需護理。

若您接受美國境外的護理，我們的計劃不會承保急需護理或任何其他[*若計劃承保美國境外的緊急護理，請插入：*非緊急]護理。*[做為補充福利，承保全球急症情形/急需護理的計劃請插入：修改本小節。]*

#### 第 3.3 小節 在災難期間獲取護理

如果您所在州的州長、美國衛生與人類服務部部長或美國總統宣佈您所在地理區域內出現災難或緊急狀況，您仍然有權利獲取計劃提供的護理。

請造訪以下網站︰ *[插入網站]瞭解如何在災難期間獲取急需護理的相關資訊。*

通常，在災難期間，您的計劃允許您以網絡內成本分擔從網絡外醫療服務提供者處獲取護理。如果您在災難期間無法使用網絡藥房，您可能能夠在網絡外藥房領取您的處方藥。請參見第 5 章第 2.5 小節瞭解詳細資訊。

### 第 4 節 若直接向您開具帳單，要求您全額支付承保服務怎麼辦？

#### 第 4.1 小節 您可以要求我們支付應由我們支付的承保服務費用

若您超額支付了本應由您支付的承保服務費用，或您收到了承保醫療服務的全額帳單，請轉到第 7 章*（要求我們支付應由我們支付的承保醫療服務或藥物帳單）*，瞭解具體解決辦法。

#### 第 4.2 小節 若我們的計劃未承保服務，則您必須全額付款

*[插入 2017 年計劃名稱]*承保醫學上必要的所有醫療服務，這些服務全部列於計劃的《醫療福利表》中（該表位於本手冊第 4 章），獲取方式與計劃規則一致。您負責支付我們計劃未承保服務的所有費用，出現這種情況的原因可能是計劃未承保這些服務，或者是這些服務由網絡外醫療服務提供者提供且並未獲得授權。

若您不知道我們是否會為您所牽掛的任何醫療服務或護理付款，則獲取該類服務或護理之前，您有權詢問我們是否會對其提供承保。您亦有權以書面形式提出詢問。若我們說不會承保您的服務，您有權對我們不承保護理的決定提起上訴。

第 9 章（*出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦*）提供了更多資訊，講解如何要求我們做出承保範圍決定或如何對我們做出的決定提起上訴。您還可以致電會員服務部，獲取更多資訊（電話號碼列印於本手冊封底）。

若承保服務含有福利限額，當您用完該類承保服務的福利限額之後，您需全額支付所有服務的費用。*[計劃應解釋，達到福利限額之後，所支付的費用是否會計入最高自付限額。]*如需查詢已使用多少福利限額，可致電會員服務部。

### 第 5 節 參加「臨床研究」時醫療服務如何承保？

#### 第 5.1 小節 什麼是「臨床研究」？

臨床研究（也稱「臨床試驗」）是醫生和科學家測試新型醫療護理的一種方法，比如測試一種新抗癌藥的藥效如何。他們測試新醫療護理程序或藥物的方式是，邀請志願者加入研究。這種研究是研究流程的最終階段之一，可以幫助醫生和科學家驗證新方法是否奏效、是否安全。

並非所有的臨床研究都對我們計劃的會員開放。聯邦醫療保險[*進行或承保臨床試驗但未經聯邦醫療保險批准的計劃請插入：*或者我們的計劃]先要批准研究。若您參加了聯邦醫療保險[*進行或承保臨床試驗但未經聯邦醫療保險批准的計劃請插入：*或者我們的計劃]*尚未*批准的研究，*您可能要負責支付參與研究的所有費用。*

一旦聯邦醫療保險[*進行或承保臨床試驗但未經聯邦醫療保險批准的計劃請插入：*或者我們的計劃]批准了研究，研究人員將聯絡您，詳細介紹研究，檢查您是否滿足執行研究的科學家設定的要求。滿足研究要求即可參加研究，*但是*，您若參加研究，您需完全理解並接受研究所涉及的內容。

若您參加聯邦醫療保險批准的研究，原有聯邦醫療保險將支付研究過程中的大部分承保服務之費用。若您參加了臨床研究，您可以繼續保持計劃內的參保狀態，並繼續透過我們的計劃獲得護理（此護理與研究無關）。

若您想參加聯邦醫療保險批准的臨床研究，您*無*需徵得我們的批准*[不使用 PCP 的計劃可以刪除本句的其餘部分]*或者 PCP 的批准。做為臨床研究的一部分，為您提供服務的醫療服務提供者*無*需是我們計劃網絡內的醫療服務提供者。

雖然您參加臨床研究無需徵得我們的同意，**但開始參加臨床研究之前您需要告知我們。**告知我們的理由如下：

1. 我們可以告訴您該臨床研究是否通過了聯邦醫療保險的批准。

2. 我們可以告訴您該臨床研究醫療服務提供者可以為您提供哪些服務。

若您計劃參加臨床研究，請聯絡會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

#### 第 5.2 小節 您參加臨床研究時，誰支付哪些項目？

您加入聯邦醫療保險批准的臨床研究之後，研究中所含的例行項目和服務在承保範圍內，包括：

* 聯邦醫療保險會支付的住院膳宿費，即使您並未參加研究。
* 手術或其他醫療程序，即使並非研究的組成部分。
* 副作用與新護理併發症的治療。

原有聯邦醫療保險將支付研究過程中的大部分承保服務之費用。聯邦醫療保險支付應由其支付的服務費用之後，我們的計劃還將支付部分費用。我們將支付原有聯邦醫療保險的成本分擔與您在我們計劃中的成本分擔之間的差額。這意味著，您參加研究時支付的服務費用與您透過我們的計劃支付服務費用是一樣的。

*以下是成本分擔的運作方式舉例：*比如說，您在研究過程中進行了一次化驗，花費了 100 美元。假設根據原有聯邦醫療保險，您需為該次化驗支付 20 美元，但是根據我們的計劃福利，該您需為該次化驗支付 10 美元。在這種情況下，原有聯邦醫療保險將為該次化驗支付 80 美元，我們將再支付 10 美元。這意味著，您將支付 10 美元，也就是說，和按照我們計劃福利支付的金額一樣。

如需要求我們支付應由我們支付的費用，您需提交付款請求。提交請求時，您需隨附一份《聯邦醫療保險服務概要通知書》或其他文件，以便證明您在研究中接受的服務以及您所欠的金額。請參見第 7 章，瞭解提交付款請求的詳細資訊。

您參加臨床研究期間，**聯邦醫療保險和我們的計劃都不會為以下項目付款：**

* 一般而言，除非聯邦醫療保險會為處於測試狀態的新項目或服務承保，否則聯邦醫療保險*不*會為該等項目或服務付款，即使您*並未*參加研究。
* 該研究免費為您提供或可以免費參加的項目和服務。
* 僅為了收集資料而提供的項目或服務，且並未直接用於您的衛生保健。例如，假如正常情況下根據您的病情，您僅需做一次 CT 掃描，則聯邦醫療保險不會支付研究中的每月 CT 掃描。

您想瞭解更多嗎？

您可以造訪聯邦醫療保險的網站 ([http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/))，閱讀刊物《Medicare and Clinical Research Studies》（聯邦醫療保險與臨床研究），瞭解更多有關加入臨床研究的資訊。您還可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時服務。聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-877-486-2048。

### 第 6 節 「宗教非醫療衛生保健機構」的護理承保規則

#### 第 6.1 小節 什麼是宗教非醫療衛生保健機構？

宗教非醫療衛生保健機構是一種提供疾病護理的設施，但是這類疾病可以在醫院或專業護理機構中得到治療。若在醫院或專業護理機構中獲得護理有違會員的宗教信仰，我們將為宗教非醫療衛生保健機構提供護理承保。您可以選擇隨時因任何原因尋求醫療護理。該福利僅針對 A 部分住院服務提供（非醫療衛生保健服務）。聯邦醫療保險僅支付宗教非醫療衛生保健機構提供的非醫療衛生保健服務。

#### 第 6.2 小節 我們的計劃為宗教非醫療衛生保健機構提供的哪些護理承保？

如需獲取宗教非醫療衛生保健機構提供的護理，您必須簽署一份法律文件，聲明您內心反對獲取「非除外」醫療。

* 「非除外」醫療護理或治療是指*自願的*醫療護理或治療或聯邦政府、州政府、當地法律*未強制的*醫療護理或治療。
* 「除外」醫療是指您非自願獲取的醫療護理或治療，或者說是聯邦政府、州政府、當地法律強制要求的醫療護理或治療。

您從宗教非醫療衛生保健機構獲得的護理必須滿足以下條件才能被我們的計劃承保：

* 該設施提供護理必須經過聯邦醫療保險認證。
* 我們的計劃為您所接受的服務提供的承保範圍限於護理的*非宗教*方面。
* 若您在自己家中接受了該機構提供的服務，我們的計劃將承保這些服務，但條件是，您的病情滿足宗教非醫療衛生保健機構家居護理機構設定的服務承保範圍條件。
* 若您在機構所在地接受了該機構提供的服務，以下[*適用時插入：*疾病適用]：
  + 您患有的疾病必須讓您能夠接受為住院護理或專業護理機構護理提供的承保服務。
  + *[若不適用，請省略該項] –而且–* 入住該設施之前，您必須事先獲得我們計劃的批准，否則您的住院費用將不會得到承保。

*[計劃必須解釋聯邦醫療保險住院承保範圍限制是否適用（包括提及第 4 章的福利表），或該福利是否存在無限制的承保範圍。]*

### 第 7 節 耐用醫療設備的所有權規則

#### 第 7.1 小節 根據我們的計劃支付特定次數的款項之後，您是否擁有耐用醫療設備的所有權？

*[提供特定耐用醫療設備 (DME) 物品所有權的計劃必須修改本小節，以便解釋哪些條件下以及哪些 DME 可被會員擁有。]*

耐用醫療設備包括的物品有：由醫療服務提供者訂購並在家中使用的氧氣設備和用品、輪椅、助行器和病床等。特定的物品，比如假肢均為會員所有。本小節我們將討論必須租用的其他耐用醫療設備類型。

*[即使您的計劃有時允許擁有除假肢之外的物品，也必須插入第一句。]*在原有聯邦醫療保險中，租用特定類型耐用醫療設備的人士在支付該物品的共付額長達 13 個月後即可擁有該設備。但是，做為*[插入 2017 年計劃名稱]*的會員，持有我們的會員身份時，無論您為該物品支付了多少共付額，您[*若計劃有時允許擁有所有權，請插入：*通常]不會獲得所租用耐用醫療設備物品的所有權。*[若計劃有時允許擁有除假肢之外的其他物品，則插入：*在特定有限的情況下，我們將轉讓耐用醫療設備物品的所有權。請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底），瞭解您必須滿足的要求和您需要提供的文件。][*若您的計劃從不轉讓所有權（上述說明的物品除外，比如假肢），請插入：*即使您在加入我們的計劃前根據原有聯邦醫療保險為耐用醫療設備物品連續付款 12 次，無論您為該物品支付了多少個共付額，您也不會獲得所有權。]

若您轉換為原有聯邦醫療保險，您已為耐用醫療設備支付的款項會怎樣？

成為我們的計劃會員之後，若您轉換為原有聯邦醫療保險：加入我們的計劃後，若您未獲得耐用醫療設備物品的所有權，您須於加入聯邦醫療保險後連續為該物品付款 13 次，才能獲得該物品的所有權。您此前在加入我們的計劃後所付的款項不會計入連續 13 次的付款。

若您加入我們的計劃*之前*加入了原有聯邦醫療保險，且已為耐用醫療設備物品付款，則此前的原有聯邦醫療保險付款也不計入連續 13 次的付款。您須持原有聯邦醫療保險會員身份連續為該物品付款 13 次才能獲得所有權。當您回到原有聯邦醫療保險時，依然遵循該規則，不存在例外情況。

第 4 章

醫療福利表（承保內容  
與您需支付的金額）

## 第 4 章 醫療福利表（承保內容與您需支付的金額）

第 1 節 理解您為承保服務支付的自付費用 54

第 1.1 小節 您需為承保服務付款的自付費用類型 54

第 1.2 小節 什麼是計劃自付額？ 54

第 1.3 小節 我們的計劃[*若計劃於第 1.2 小節中描述了整體自付額，請插入︰*還]為特定類型的服務設定了[*若計劃於第 1.2 小節中描述了整體自付額，請插入*：單獨的]自付額 55

第 1.4 小節 您為[*適用時插入︰*聯邦醫療保險 A 部分與 B 部分]承保醫療服務支付的最高費用是多少？ 56

第 1.5 小節 我們的計劃還限制您為特定類型服務支付的自付費用 56

第 1.6 小節 我們的計劃不允許醫療服務提供者對您實行「差額」處理 57

第 2 節 使用*《醫療福利表》*查閱承保內容與您需支付的金額 58

第 2.1 小節 您做為計劃會員的醫療福利與費用 58

第 2.2 小節 您可以購買的其他「可選補充」福利 82

第 2.3 小節 使用我們計劃的可選遊客/旅客福利獲得護理 83

第 3 節 計劃不承保哪些服務？ 83

第 3.1 小節 我們*不*承保的服務（排除情況） 83

### 第 1 節 理解您為承保服務支付的自付費用

本章關注您的承保服務與您需為醫療福利支付的金額。本章含《醫療福利表》，列出了您的承保服務，顯示了您做為*[插入 2017 年計劃名稱]*會員，需為各項承保服務支付的金額。本章後文將提供未承保醫療服務之資訊。[*適用時插入：*文中還將解釋特定服務的限制。]*[若適用，您可以提及哪些地方也對福利、限制和排除情況進行了說明，比如可選額外福利或附錄。]*

#### 第 1.1 小節 您需為承保服務付款的自付費用類型

*[描述您的計劃所使用的所有適用的成本分擔類型。您可以省略不適用的內容。]*

為了方便您理解本章中我們提供的付款資訊，您需要瞭解您可能需為承保服務付款的自付費用類型。

* 「**自付額**」是指我們的計劃支付應付款項之前您必須為醫療服務支付的金額。[*適用時插入：*(第 1.2 小節將提供更多有關計劃自付額的資訊。）][*適用時插入：*（第 1.3 小節將提供更多有關特定類型服務自付額的資訊。）]
* **「共付額」**是您每次接受特定醫療服務時支付的固定金額。您每次接受醫療服務時需支付共付額。（第 2 節的《醫療福利表》將提供更多有關共付額的資訊。）
* **「共同保險」**是您支付的特定醫療服務總費用的百分比。您每次接受醫療服務時需支付共同保險。（第 2 節的《醫療福利表》將提供更多有關共同保險的資訊。）

部分人士符合州醫療補助計劃的資格，該計劃可以幫助他們支付聯邦醫療保險的自付費用。（這些「聯邦醫療保險儲蓄計劃」包括合格聯邦醫療保險受益人 (QMB)、指定的低收入聯邦醫療保險受益人 (SLMB)、合格的個人 (QI) 和合格的殘障人士與工作的個人 (QDWI) 計劃。）若您參保了其中一種計劃，您仍必須支付服務的共付額，具體金額取決於您所在州的規則。

#### 第 1.2 小節 什麼是計劃自付額？

*[無自付額的計劃請刪除該小節並為第 1 節的其他分節重新編號。]*

*[注意︰自付額不適用於 $0.00 聯邦醫療保險預防性服務、緊急服務或急需護理]*

*[POS 計劃所含的自付額若僅適用於 POS 服務：酌情修改本小節。]*

您的自付額是*[插入自付額金額]*。該金額即為我們的計劃為承保醫療服務支付應付款項之前您必須支付的自付額。支付自付額金額之前，您須支付的金額為承保服務的全部費用。支付您的自付額後，我們將開始為承保醫療服務支付分擔的費用，而您將在日曆年的剩餘時間內支付您分擔的費用[*適用時插入︰*（您的共付額）*或*（您的共同保險金額）*或*（您的共付額或共同保險金額）]。

*[計劃可以修改本段落，以描述受自付額限制的服務。]*自付額不適用於部分服務。這意味著，即使您尚未支付您的自付額，我們亦將為這些服務支付應由我們支付的費用。自付額不適用於以下服務：

* *[計劃插入不受自付額限制的服務]*

#### 第 1.3 小節 我們的計劃[*若計劃於第 1.2 小節中描述了整體自付額，請插入︰*還]為特定類型的服務設定了[*若計劃於第 1.2 小節中描述了整體自付額，請插入*：單獨的]自付額

*[含服務類別自付額的計劃：插入本小節。若適用，計劃可以酌情修改文字，以便描述服務類別自付額與整體計劃自付額之間的關係。]*

*[計劃所含的服務類別自付額若不基於日曆年 — 比如每次住院自付額 — 應酌情修改本小節。]*

[*若計劃於第 1.2 小節中描述了整體自付額，請插入：*除了適用於所有承保醫療服務的計劃自付額外，我們還為特定類型的服務設定了自付額。]

[*若計劃因不含整體自付額而省略了第 1.2 小節，請插入：*我們為特定類型的服務設定了自付額。]

[*若計劃擁有一個服務類別自付額，請插入：*計劃為*[插入服務類別]*設定了自付額，金額為*[插入服務類別自付額]*。支付自付額金額之前，您須支付的金額為*[插入服務類別]*的全部費用。支付您的自付額後，我們將為承保醫療服務支付應分擔的費用，而您將在日曆年的剩餘時間內支付您應分擔的費用[*適用時插入︰*（您的共付額）*或*（您的共同保險金額）*或*（您的共付額或共同保險金額）]。[*適用時插入：[插入服務類別]*的計劃自付額與自付額適用於您的承保*[插入服務類別]*。這意味著，一旦您為*[插入服務類別]*支付的費用達到計劃自付額*或*自付額，我們將開始替您支付承保*[插入服務類別]*中應由我們支付的費用。]

[*若計劃不止一個服務類別自付額，請插入：*計劃為以下類型的服務設定了自付額金額：

* [*計劃應為每個服務類別自付額插入獨立的項目符號：*我們為*[插入服務類別]*設定的自付額金額為*[插入服務類別自付額]。*支付自付額金額之前，您須支付的金額為*[插入服務類別]*的全部費用。支付您的自付額後，我們將為承保醫療服務支付應分擔的費用，而您將在日曆年的剩餘時間內支付您應分擔的費用[*適用時插入︰*（您的共付額）*或*（您的共同保險金額）*或*（您的共付額或共同保險金額）]。[*適用時插入：[插入服務類別]*的計劃自付額與自付額適用於您的承保*[插入服務類別]*。這意味著，一旦您為*[插入服務類別]*支付的費用達到計劃自付額*或*自付額，我們將開始替您支付承保*[插入服務類別]*中應由我們支付的費用。]]

#### 第 1.4 小節 您為[*適用時插入︰*聯邦醫療保險 A 部分與 B 部分]承保醫療服務支付的最高費用是多少？

*[POS 計劃可以酌情修改本資訊，以便描述計劃的最高自付限額。]*

因為您參保了聯邦醫療保險優勢計劃，所以您每年為網絡內承保[*適用時插入：*聯邦醫療保險 A 部分與 B 部分*或*我們計劃的]醫療服務支付的自付額存在一定的限額（請參見下方第 2 節的《醫療福利表》）。該限額即為醫療服務的最高自付限額。

做為*[插入 2017 年計劃名稱]*的會員，2017 年您將為網絡內承保[*適用時插入：*A 部分與 B 部分]服務支付的最高自付限額為*[插入最高自付限額]*。您為網絡內承保服務支付的[*插入適用的術語：*自付額、共付額與共同保險]金額將計入該最高自付限額。*[無保費的計劃可以酌情修改以下句段]*（您為計劃保費和 D 部分處方藥所付的費用不計入您的最高自付限額。）[*適用時插入，酌情修改星號的引用：*此外，您為部分服務支付的金額不計入您的最高自付限額。這些服務在《醫療福利表》中均標記了星號。]）若您達到了金額為 *[插入最高自付限額]* 的最高自付限額，您在該年度的剩餘時間內無需再為網絡內的承保[*適用時插入：*A 部分與 B 部分]服務支付任何自付費用。但是，您必須繼續支付 [*若計劃含保費，請插入：*您的計劃保費與]聯邦醫療保險 B 部分保費（除非州醫療補助或其他第三方已替您支付您的 B 部分保費）。

#### 第 1.5 小節 我們的計劃還限制您為特定類型服務支付的自付費用

*[含服務類別最高自付限額的計劃：插入本小節。]*

*[計劃所含的服務類別最高自付限額若不基於日曆年 — 比如每次住院自付額 — 應酌情修改本小節。]*

除了承保[*適用時插入：*A 部分與 B 部分]服務的最高自付限額之外（請參見上方第 1.4 小節），我們還專門針對特定類型的服務設定了獨立的最高自付限額。

[*若計劃擁有一個服務類別最高自付限額，請插入：*計劃為*[插入服務類別]*設定了最高自付限額，金額為*[插入服務類別最高自付限額]*。一旦您已為*[插入服務類別]*支付了*[插入服務類別最高自付限額]*的自付額，則本日曆年的剩餘時間內，計劃將為這些服務提供承保，您無需支付任何費用。[*若第 1.4 小節所述的最高自付限額中包括了服務類別，請插入：*[*適用時插入：*A 部分與 B 部分*或*所有承保的]醫療服務最高自付限額與*[插入服務類別]*的最高自付限額均適用於您的承保*[插入服務類別]*。這意味著，一旦您已為[*適用時插入：*A 部分與 B 部分*或*所有承保的]醫療服務支付*[插入最高自付限額]*，*或*為您的*[插入服務類別]*支付*[插入服務類別最高自付限額]*，則本日曆年的剩餘時間內，計劃將為您的*[插入服務類別]*提供承保，您無需支付任何費用。]

[*若計劃不止一個服務類別最高自付限額，請插入：*計劃為以下類型的服務設定了最高自付限額：

* [*計劃應為每個服務類別最高自付限額插入獨立的項目符號：*我們為*[插入服務類別]*設定的最高自付限額為*[插入服務類別最高自付限額]*。一旦您已為*[插入服務類別]*支付了*[插入服務類別最高自付限額]*的自付額，則本日曆年的剩餘時間內，計劃將為這些服務提供承保，您無需支付任何費用。[*若第 1.4 小節所述的最高自付限額中包括了服務類別，請插入：*[*適用時插入：*A 部分與 B 部分或所有承保的]醫療服務最高自付限額與*[插入服務類別]*的最高自付限額均適用於您的承保*[插入服務類別]*。這意味著，一旦您已為[*適用時插入：*A 部分與 B 部分或所有承保的]醫療服務支付*[插入最高自付限額]*，或為您的*[插入服務類別]*支付*[插入服務類別最高自付限額]*，則本日曆年的剩餘時間內，計劃將為您的*[插入服務類別]*提供承保，您無需支付任何費用。]]

#### 第 1.6 小節 我們的計劃不允許醫療服務提供者對您實行「差額」處理

做為*[插入 2017 年計劃名稱]*的會員，您享有一項重要的權益保護，[*含計劃級別自付額的計劃請插入︰*您達到任何自付額之後]，在獲得我們的計劃所承保的服務時，僅需支付應由您支付的成本分擔費用。我們不允許醫療服務提供者附加其他獨立的費用，即「差額」。即使我們向醫療服務提供者支付的款項少於醫療服務提供者對服務收取的費用，即使存在爭議且我們未向特定的醫療服務提供者支付費用，該保護措施（您支付的費用永遠不會超過自己的成本分擔費用）仍然適用。

該項保護措施的運作方式如下。

* 若您的成本分擔是共付額（一定的款項，比如 15 美元），那麼針對網絡醫療服務提供者提供的任何承保服務，您僅需支付該筆金額即可。
* 若您的成本分擔為共同保險（總費用的百分比），那麼您支付的金額不會超過該百分比。但是，您的費用取決於您就診的醫療服務提供者是哪種類型：
  + 若您接受的承保服務來自網絡醫療服務提供者，您需支付乘以計劃償付率（醫療服務提供者與計劃之間簽訂的合同中已約定）後的共同保險百分比。
  + 若您接受的承保服務來自網絡外的醫療服務提供者，但該提供者參加了聯邦醫療保險，則您需為參加聯邦醫療保險的醫療服務提供者支付乘以聯邦醫療保險付款率後的共同保險百分比。（記住，僅在特定情況下計劃才會承保網絡外醫療服務提供者提供的服務，比如您獲得轉介時。）
  + 若您接受的承保服務來自網絡外的醫療服務提供者，但該提供者未參加聯邦醫療保險，則您需為未參加聯邦醫療保險的醫療服務提供者支付乘以聯邦醫療保險付款率後的共同保險百分比。（記住，僅在特定情況下計劃才會承保網絡外醫療服務提供者提供的服務，比如您獲得轉介時。）
* 如果您認為醫療服務提供者向您收取「差額」，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

### 第 2 節 使用*《醫療福利表》*查閱承保內容與您需支付的金額

#### 第 2.1 小節 您做為計劃會員的醫療福利與費用

下面幾頁中的《醫療福利表》列出了服務*[插入 2017 年計劃名稱]*承保情況與您需為每個服務支付的自付額。滿足以下承保範圍要求時，《醫療福利表》中所列的服務才會獲得承保：

* 您的聯邦醫療保險承保的服務必須按照聯邦醫療保險制定的承保範圍指南提供。
* 您的服務（包括醫療護理、用品與設備）*必須*是醫療必需。「醫療必需」是指為了預防、診斷或治療您的疾病而需要的服務、用品或藥物，並且符合公認的醫療做法標準。
* [*適用時插入：*您接受網絡醫療服務提供者提供的護理。大多數情況下，您接受的護理若來自網絡外的醫療服務提供者，則該類護理不會獲得承保。第 3 章將提供更多資訊，講解網絡醫療服務提供者的使用要求和我們承保網絡外醫療服務提供者所提供服務的情況。
* [*適用時插入：*您的一般護理醫療服務提供者 (PCP) 負責提供並監管您的護理。*[不要求轉介的計劃可以省略該項的剩餘部分]*大多數情況下，獲得 PCP 事先批准後，您才可前往計劃網絡內的其他醫療服務提供得處就診。這叫做為您提供「轉介」。第 3 章將提供更多有關獲取轉介與無需獲取轉介的情形之資訊。]
* [*適用時插入：*部分列於《醫療福利表》中的服務*僅*在您的醫生或其他網絡醫療服務提供者事先獲得我們的批准後方可獲得承保（有時稱為「事先授權」）。需事先獲得批准的承保服務在《醫療福利表》中已標記[*酌情插入：*星號*或*註腳*或*粗體*或*斜體][*適用時插入：*此外，以下需要事先授權的服務並未列於《醫療福利表》中：*[插入清單]*。]]
* [*適用時插入：*如未依預約就診或在接受服務時未支付您所需分擔的費用，我們還會向您收取「管理費」。如有關於管理費的疑問，請致電會員服務部。（會員服務部的電話號碼列印於本手冊封底。）]

有關我們承保範圍的其他重要須知：

* 和所有聯邦醫療保險健康計劃一樣，我們承保原有聯邦醫療保險承保的所有內容。對於其中部分福利，您在我們的計劃中需支付的費用會*高於*在原有聯邦醫療保險中需支付的費用。而對於其他福利，您支付的費用則會*減少*。（若您想詳細瞭解原有聯邦醫療保險的承保範圍與費用，請參見*《2017 年聯邦醫療保險與您》*手冊）。可造訪 [http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/) 線上閱覽或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索要資料，每週 7 天，每天 24 小時服務。聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-877-486-2048。）
* 對於原有聯邦醫療保險承保的無需支付費用的所有預防性服務，我們亦會承保這些服務，無需您支付任何費用。[*適用時插入：*但是，若您在接受預防性服務期間還對現有的疾病進行了治療或檢測，則對現有疾病進行的護理適用共付額。]
* 有時，聯邦醫療保險會於年內針對新服務增加原有聯邦醫療保險中的承保範圍。若 2017 年聯邦醫療保險針對任何服務增加了承保範圍，聯邦醫療保險或我們的計劃將承保該類服務。

**Apple icon.**蘋果圖標。福利表中的預防性服務旁邊有個這樣的蘋果。

***[福利表填寫說明：***

* *填寫該《福利表》時，請參考標準/組合 ANOC/EOC 的填寫說明。*
* *對於任何福利，若計劃在其已通過的競標中使用聯邦醫療保險的金額做為會員成本分擔，則計劃可以插入 2016 年聯邦醫療保險金額，說明這些金額可能會於 2017 年發生變動，聯邦醫療保險公佈費率後，計劃將立即提供更新後的費率。*
* *對於所有的預防性護理和篩檢福利資訊，若計劃承保的福利優於原有聯邦醫療保險，則無需將既定的描述性文字包括在內（依然適用的內容除外），可以換成描述計劃福利。*
* *不得將可選補充福利納入該表；計劃若想列入有關可選補充福利之資訊，可於第 2.2 小節中加以描述。*
* *含有網絡的所有計劃，應針對各項可適用的服務，明確地說明網絡內和網絡外醫療服務提供者與設施的成本分擔之差異。*
* *如為基於醫療服務提供者及/或福利設定分級成本分擔的計劃，應清楚指明每種服務每個級別的成本分擔，此外，還應定義每個級別的含義，及其與《醫療服務提供者名錄》中指示此類級別的字元及註腳之間的關聯（凡提及《醫療服務提供者名錄》，很顯然，這些符號或註腳均具備《承保範圍證明》之本小節內容中所述及的含義）。*
* *含 POS 福利的計劃可以將 POS 資訊錄入福利表，也可以在表格之後添加一個小節，列出符合 POS 資格的福利與成本分擔。*
* *計劃應明確地說明哪些福利受事先授權的限制（計劃可以使用星號或類似方法）。*
* *計劃可以根據計劃已通過的競標插入在福利表或排除情況小節中未列出的任何其他福利資訊。表格中的其他福利應該按照字母順序排列。*
* *計劃必須描述可能影響受益人獲取表內服務的任何限制性政策、限制條件或金額限制。*
* *計劃可以酌情於第 3.1 小節中添加排除情況清單的參考。*
* *[計劃必須（在出現參保人成本分擔的小節中）讓參保人清楚地知道自己的住院共付額或共同保險於入院之日和/或出院之日是否適用。]*

醫療福利表

| **您的承保服務** | 獲取這些服務時**您必須支付的費用** |
| --- | --- |
| Apple icon.蘋果圖標。腹部主動脈瘤篩檢  為有危險者進行一次性超聲篩查。您必須有一定的風險因素，而且從您的醫生、助理醫生、執業護士或臨床護理專家處得到轉介，計劃才能承保這項篩查。 *[還請列出任何提供的其他福利。]* | 符合該預防性篩查資格的受益人無需支付共同保險、共付額或自付額。 |
| 救護車服務   * 承保的救護車服務包括固定翼、旋轉翼和地面救護車服務，送至距離最近、適當且能提供護理的設施處，條件是該設施對身患疾病的會員開放，而其他的運輸方式可能危及該名人員的健康或未被計劃授權。 * 若有文件表明，其他運輸方式會對會員的身體狀況不利，可能危及該名人員的健康，且非緊急救護運輸為醫療必需，則非緊急救護運輸可視為恰當。 | *[列出共付額/ 共同保險/自付額。詳細說明成本分擔適用於單程還是往返]* |
| Apple icon.蘋果圖標。年度健康檢查  若您參加 B 部分已超過 12 個月，您可進行年度健康檢查，其目的是依據您目前的健康及危險因素，制定或更新您的個人化預防計劃。該健康檢查每 12 個月承保一次。  **注意**：您的首次年度健康檢查不得於「歡迎參加聯邦醫療保險」預防檢查後的 12 個月內進行。但是，即使您未進行「歡迎參加聯邦醫療保險」預防檢查，當您的 B 部分保險持續12 個月之後，您的年度健康檢查依然會獲得承保。 | 年度健康檢查無共同保險、共付額或自付額。 |
| Apple icon.蘋果圖標。骨質測量  對於符合資格的個人（一般而言，是指存在骨質流失或骨質疏鬆風險的人士），以下服務每 24 個月承保一次，若屬醫療必需，則增加承保頻率：識別骨質、偵測骨質流失或評定骨骼質量的程序，包括醫生對結果的解釋。  *[還請列出任何提供的其他福利。]* | 聯邦醫療保險承保的骨質測量無共同保險、共付額或自付額。 |
| Apple icon.蘋果圖標。乳腺癌篩查（乳房 X 光檢查）  承保的服務包括：   * 35 至 39 歲的一次基本乳房 X 光檢查 * 年滿 40 歲婦女每 12 個月一次的乳房 X 光篩查 * 每 24 個月一次的臨床胸部檢查   *[還請列出任何提供的其他福利。]* | 乳房 X 光篩查無共同保險、共付額或自付額。 |
| 心臟病康復服務  包括運動、教育和諮詢在內的心臟病康復服務之綜合計劃為滿足特定條件且持有醫生[*酌情插入：*轉介*或*指令]的會員提供承保。計劃還承保重症心臟病康復計劃，這類計劃通常比心臟康復計劃更嚴格或強度更大。  *[還請列出任何提供的其他福利。]* | *[列出共付額/共同保險/自付額]* |
| Apple icon.蘋果圖標。心血管疾病風險降低門診（心血管疾病治療）。  我們將每年為您承保一次一般護理醫生門診，以幫助您降低心血管疾病的風險。在此次門診期間，您的醫生可能與您討論使用阿斯匹靈（如果適當）、檢查您的血壓並為您提供建議，以確保您的飲食健康。  *[還請列出任何提供的其他福利。]* | 密集式行為療法心血管疾病預防福利無共同保險、共付額或自付額。 |
| Apple icon.蘋果圖標。心血管疾病檢測  每 5 年（60 個月）進行一次血液檢查，偵測心血管疾病（或與心血管疾病風險增加有關的異常）。  *[還請列出任何提供的其他福利。]* | 心血管疾病檢測每 5 年承保一次，無共同保險、共付額或自付額。 |
| Apple icon.蘋果圖標。宮頸癌及陰道癌篩查  承保的服務包括：   * 面向所有婦女：巴氏子宮癌檢驗和骨盆檢查每 24 個月承保一次。 * 若您極有可能患宮頸癌或巴氏子宮癌檢驗異常，且處於生育年齡：每 12 個月承保一次巴氏子宮癌檢驗   *[還請列出任何提供的其他福利。]* | 聯邦醫療保險承保的預防性巴氏子宮癌檢驗和骨盆檢查無共同保險、共付額或自付額。 |
| 推拿服務  承保的服務包括：   * [*如果計劃僅承保人工推拿，請插入︰*我們僅承保]脊骨人工推拿以矯正半脫位。   *[還請列出任何提供的其他福利。]* | *[列出共付額/共同保險/自付額]* |
| Apple icon.蘋果圖標。結腸直腸癌篩查  對於年滿 50 歲的人士，以下服務提供承保：   * 每 48 個月一次的軟式乙狀結腸鏡檢查（或選擇篩查鋇灌腸） * 糞便血液檢查，12 個月一次   對於結腸直腸癌高風險人士，我們承保：   * 每 24 個月一次的結腸鏡篩查（或選擇篩查鋇灌腸）   對於非結腸直腸癌高風險人士，我們承保：   * 每 10 年（120 個月）一次的結腸鏡篩查，但不可在乙狀結腸鏡篩查之後的 48 個月內進行。   *[還請列出任何提供的其他福利。]* | 聯邦醫療保險承保的結腸直腸癌篩查無共同保險、共付額或自付額。  *[如適用，請列出針對鋇灌腸收取的共付額及/或共同保險。]* |
| *[適用時添加列。若計劃將牙科福利做為可選補充福利，則不應列於表內。計劃可以在第 2.2 小節中加以描述。]*  牙科服務  在一般情況下，原有聯邦醫療保險不承保預防性牙科服務（比如牙齒清潔、例行牙齒檢查和牙科 X 光檢查）。我們承保：  *[列出提供的任何其他福利，比如例行牙科護理。]* | *[列出共付額/共同保險/自付額]* |
| Apple icon.蘋果圖標。憂鬱症篩查  我們每年承保一次憂鬱症篩查。必須在一般護理機構進行篩查，該機構應能夠提供後續治療和轉介。  *[還請列出任何提供的其他福利。]* | 年度憂鬱症篩查門診無共同保險、共付額或自付額。 |
| Apple icon.蘋果圖標。糖尿病篩查  若您有下列任何風險因素，我們即承保此篩查（包括空腹血糖監測）：高血壓、膽固醇及三酸甘油酯異常病史（血脂異常）、肥胖或高血糖病史。若您滿足其他要求，比如超重以及有糖尿病家庭病史，這些檢查也可以獲得承保。  基於這些檢查之結果，您可能有資格每 12 個月做一至兩次糖尿病篩查。  *[還請列出任何提供的其他福利。]* | 聯邦醫療保險承保的糖尿病篩查無共同保險、共付額或自付額。 |
| Apple icon.蘋果圖標。糖尿病自我管理培訓、糖尿病服務與用品  *[若計劃收取不同的共付額，則計劃可以將列出的項目放在各個獨立項目符號的單個項目符號之下。但是，項目符號中的所有項目必須全部包括在內。]*對於糖尿病患者（胰島素與非胰島素使用者），承保的服務包括：   * 血糖監測用品：血糖監測儀、血糖試紙、穿刺器具和刺血片，以及檢查試紙與監測儀準確性的血糖控制解決方案。 * 對於患有嚴重糖尿病足病的糖尿病患者：每個日曆年一雙治療專用鞋（包括為該類鞋子提供的鞋墊）與兩雙額外的鞋墊，或一雙深型鞋與三雙鞋墊（不包括為該類鞋子提供的非定製可脫卸鞋墊）。承保範圍包括安裝。 * 特定情況下的糖尿病自我管理培訓可獲得承保。   *[還請列出任何提供的其他福利。]* | *[列出共付額/共同保險/自付額]* |
| 耐用醫療設備與相關用品  （「耐用醫療設備」的定義請參見本手冊第 12 章）  承保的物品包括但不限於：輪椅、枴杖、病床、靜脈輸液泵、氧氣設備、噴霧器與助行器。  [*承保時不限制耐用醫療設備 (DME) 品牌與製造商的計劃請插入：*我們承保原有聯邦醫療保險承保的所有醫療必需耐用醫療設備。若在您的區域內我們的供應商不提供特定的品牌或製造商，您可以諮詢他們是否可以為您特別訂購。[*適用時插入：*本手冊已隨附一份《耐用醫療設備供應商名錄》。]您還可以造訪我們的網站 [*插入網址*] 獲取最新的供應商清單。  [*承保時限制耐用醫療設備 (DME) 品牌與製造商的計劃請插入：*在本*《承保範圍證明》*文件中，我們向您寄送了 [*插入 2017 年計劃名稱*] 的耐用醫療設備清單。該清單將列出我們承保的耐用醫療設備品牌與製造商。[*適用時插入：*本手冊已隨附一份《耐用醫療設備供應商名錄》]。您還可以造訪我們的網站 *[插入網址]* 獲取最新的品牌、製造商與供應商清單。  一般而言，*[插入 2017 年計劃名稱]* 承保清單上品牌與製造商提供且原有聯邦醫療保險承保的任何耐用醫療設備。除非您的醫生或其他醫療服務提供者告訴我們該品牌適用於您的醫療需要，否則我們不會承保其他品牌和製造商。但是，若您剛剛加入 *[插入 2017 年計劃名稱]*，且正在使用的耐用醫療設備品牌不在我們的清單之列，則我們最多為該品牌持續承保 90 天。在此期間，您可以與醫生商榷，決定這 90 天過後適用於您的醫療品牌。（若您不同意醫生的意見，您可以要求醫生向您推薦諮詢人選，以獲取第二種意見。）  若您（或您的醫療服務提供者）不同意計劃的承保範圍決定，您或您的醫療服務提供者可以提起上訴。若您不同意醫療服務提供者的決定，認為其選擇的產品或品牌不適用於您的病情，您也可以提起上訴。（如需獲取有關上訴的更多資訊，請參閱第 9 章*出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦*）。] | *[列出共付額/共同保險/自付額]* |
| 緊急護理  緊急護理是指具備以下特點的服務：   * 提供服務的醫療服務提供者符合提供緊急服務的資格，且 * 屬於評估或穩定緊急病情所必需。   醫療急症是指，您或任何其他具備健康與醫學常識的謹慎外行人認為，您的疾病症狀需要立即獲得醫護，以防喪命、截肢或出現肢體功能障礙。疾病症狀可能是生病、受傷、劇烈疼痛或病情急速惡化。  網絡外提供的必要緊急服務成本分擔與網絡內提供的這種服務相同。  *[亦請確定此承保範圍是否為美國境內通用，或為全球緊急/急需護理承保範圍的補充福利。]* | *[列出共付額/共同保險。若適用，請註明會員住院則放棄成本分擔。]*  若您在網絡外的醫院接受了緊急護理，且病情穩定後需要住院護理，*[插入一項或兩項：*您必須回到網絡醫院，以便您接受的護理繼續獲得承保*或*您在網絡外的醫院接受住院護理必須經過計劃授權，且您的費用為您在網絡醫院應該支付的*[適用時插入：*最高]成本分擔。] |
| Apple icon.蘋果圖標。健康教育計劃  *[這些計劃關注健康狀況，比如高血壓、膽固醇、氣喘和特殊飲食。專門用來豐富會員的健康與生活方式的計劃包括體重管理、健身與壓力管理。此處描述計劃的性質。*  *若這些福利不適用，計劃應刪除該列。]* | *[列出共付額/共同保險/自付額]* |
| 聽覺服務  [*適用時插入：*PCP *或*醫療服務提供者]為了確定您是否需要醫療護理而進行的診斷聽力與平衡評估，若由醫生、聽力師或其他合格醫療服務提供者提供，則做為門診護理提供承保。  *[列出提供的任何其他福利，比如例行聽力檢查、助聽器與安裝助聽器的評估。]* | *[列出共付額/共同保險/自付額]* |
| Apple icon.蘋果圖標。HIV 篩查  對於請求進行 HIV 篩查或 HIV感染風險增大的人士，我們承保：   * 每 12 個一次的篩檢   對於孕婦，我們承保：   * 孕期最多三次篩檢   *[還請列出任何提供的其他福利。]* | 符合聯邦醫療保險承保的預防性 HIV 篩查資格的受益人無需支付共同保險、共付額或自付額。 |
| 家居醫療護理機構護理  *[如若需要，計劃可以修改與醫療認證要求相關的文字。]*接受家居醫療護理服務之前，醫生必須證明您需要家居醫療護理服務，且即將訂購的家居護理服務由家居醫療護理機構提供。您必須在家療養，也就是說離開家時需要很大努力。  承保服務包括但不限於：   * 非全日或不定時專業護理與家居醫療護理助手服務（根據家居醫療護理福利獲得承保，您的專業護理與家居醫療護理助手服務總時長每天必須少於 8 小時，每週少於 35 小時） * 物理療法、職業療法和語言療法 * 醫療與社會服務 * 醫療設備和用品 | *[列出共付額/共同保險/自付額]* |
| 善終服務  您可以接受任何聯邦醫療保險認證的善終計劃提供的護理。如果您的醫生和善終醫療主任已經下達晚期預後，證明您已患有末期疾病，並且如果病情正常發展可能只剩不足 6 個月的壽命，您有資格取得善終服務福利。您的善終醫生可以是網絡醫療服務提供者，也可以是網絡外的醫療服務提供者。  承保的服務包括：   * 病症控制和止痛藥 * 短期暫息護理 * 家居護理   對於善終服務與聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分承保且與您的晚期預後有關的服務：原有聯邦醫療保險（並非我們的計劃）將為您的善終服務和任何 A 部分與 B 部分與晚期預後相關的服務付款。您加入善終計劃之後，您的善終醫療服務提供者將向原有聯邦醫療保險出具帳單，要求其為應由原有聯邦醫療保險付款的服務付款。  對於聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分承保且與您的晚期預後無關的服務：若聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分不承保您所需的非緊急、非急需服務，且該服務與您的晚期預後無關，則這些服務的費用取決於您使用的醫療服務提供者是否位於我們計劃的網絡內︰   * 若您獲得的承保服務來自網絡醫療保險提供者，則您僅需為網絡內的服務支付計劃成本分擔金額。 * 若您獲得的承保服務來自網絡外醫療服務提供者，則您需支付付費聯邦醫療保險（原有聯邦醫療保險）項下的成本分擔費用   對於*[插入 2017 年計劃名稱]*承保但聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分不承保的服務：不論該服務是否與您的晚期預後相關，*[插入 2017 年計劃名稱]*將繼續承保計劃承保但 A 部分或 B 部分不承保的服務。您需為這些服務支付您的計劃成本分擔金額。  對於計劃的 D 部分福利可能承保的藥物︰善終服務及我們的計劃絕不會同時為藥物承保。如需更多資訊，請參見第 5 章第 9.4 小節（*入住聯邦醫療保險認證的善終服務機構會如何*）。  **注意：**若您需要非善終護理（與您的晚期預後無關的護理），請聯絡我們，以便安排服務。透過我們的網絡醫療服務提供者獲取非善終護理可減少您為該服務支付的費用。  [*適用時插入，酌情編輯：*我們的計劃為尚未選擇善終福利的絕症患者承保善終諮詢服務（僅限一次）。] | 您參保聯邦醫療保險認證的善終計劃之後，您的善終服務以及與您的晚期預後有關的 A 部分與 B 部分服務將由原有聯邦醫療保險支付費用，而不是由*[插入 2017 計劃名稱]*支付費用。  *[若適用，請涵蓋有關善終諮詢服務成本分擔的資訊。]* |
| Apple icon.蘋果圖標。免疫接種  承保的聯邦醫療保險 B 部分服務包括：   * 肺炎疫苗 * 流感預防針，通常在秋天或冬天注射一次 * 乙型肝炎疫苗（若您患上乙型肝炎的風險很高或較高） * 其他疫苗（若您存在患病風險且這些疫苗符合聯邦醫療保險 B 部分承保範圍的規則）   根據我們的 D 部分處方藥福利，我們也承保部分疫苗。  *[還請列出任何提供的其他福利。]* | 肺炎、流感和乙型肝炎疫苗無共同保險、共付額或自付額。 |
| 住院護理：  包括急性住院、康復住院、長期護理醫院和其他類型的住院服務。住院護理從醫生安排您正式入院之日開始。您出院的前一天是您住院的最後一天。  *[列出承保天數和任何適用的限制。]*承保服務包括但不限於：   * 半私人病房（若為醫療必需則為私人病房） * 飲食，包括特殊飲食 * 例行護理服務 * 特殊護理單位的費用（比如重症護理或冠狀動脈護理單位） * 藥物與用藥 * 化驗 * X 光與其他放射服務 * 必要的手術與醫療用品 * 器具的使用，比如輪椅 * 外科手術與康復病房費用 * 物理治療、職業治療與言語語言治療 * 濫用住院藥物服務 | [*列出所有成本分擔（自付額、共付額/共同保險/自付額）與相應的收費期間。若成本分擔基於原有聯邦醫療保險或計劃定義的福利期，則請於此處涵蓋經批准的福利期之定義/解釋。按照住院次數支付自付額的計劃請涵蓋：*每次住院的自付額在規定的福利期內適用一次*。[此外，若適用，請解釋福利期內收取的所有其他成本分擔費用]。*] |
| 住院護理（續）   * 在特定的情況下，下列類型的移植可獲得承保：角膜、腎、腎臟胰腺、心臟、肝、肺、心/肺、骨髓、幹細胞和腸/多內臟。若您需要做移植，我們將做出安排，讓聯邦醫療保險批准的移植中心對您的情況進行審查，決定您是否能夠進行移植。[*含醫療服務提供者網絡的計劃請插入：*移植醫療服務提供者可以是當地或服務區域外的提供者。如果我們的網絡內移植服務在外地提供，您可以選擇前往本地或外地接受移植服務，前提條件是本地移植醫療服務提供者願意接受原有聯邦醫療保險的費率。若*[插入 2017 年計劃名稱]*提供外地（服務區域外）移植服務，且您選擇外地移植，我們將做出安排並為您與您的陪同人員支付適當的住宿與交通費用。]*[計劃可以進一步定義外出移植承保範圍的詳細內容。]* * 輸血 — 包括儲存與管理。全血與紅血球濃厚液的承保範圍僅從您輸入第 4 品脫血液開始起算 — 您必須支付一個日曆年內前 3 品脫血液的費用，或者輸入您自己或其他人捐獻的血液。所有其他血液成份從第 1 品脫開始承保。*[若計劃的承保範圍起算點更早，請酌情修改。]* * 醫生服務   **注意：**若您想要成為住院患者，則您的醫療服務提供者須開具書面指令，以住院醫院的身份正式安排您住院。即使您在醫院住上一晚，您可能仍然會被視為「門診患者」。若您不確定自己是住院患者還是門診患者，請諮詢醫院工作人員。  您還可以在聯邦醫療保險的情況說明書中找到更多資訊，該說明書名為《您是住院患者還是門診患者？若您參加了聯邦醫療保險 — 請提問！》有兩種方法可獲取該情況說明書，造訪 <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf> 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽覺及語言有障人士專用電話：1-877-486-2048。每週 7 天，每天 24 小時，您可以免費撥打這些電話號碼。 | [*若成本分擔****不是****基於原有聯邦醫療保險或計劃定義的福利期，請於此處解釋何時適用成本分擔。若按照住院次數收費，請酌情涵蓋以下文字：*每住院一次收取一次自付額和/或其他成本分擔的費用。]  *[若住院成本分擔因醫院等級的不同而有所差異，請在資料輸入欄中輸入該成本分擔。]*  急症穩定後，若您在網絡外的醫院接受了[*適用時插入︰*經授權的]住院護理，您的費用為您在網絡醫院應該支付的[*適用時插入︰* 最高]成本分擔。 |
| 住院精神健康護理  承保服務包括需要住院的精神健康護理服務。*[列出承保天數，比如精神病院190 天的住院服務終身限制。這 190 天的限制不適用於一般醫院精神科提供的住院精神健康服務。]* | [*列出所有成本分擔（自付額、共付額/共同保險/自付額）與相應的收費期間。若成本分擔基於原有聯邦醫療保險或計劃定義的福利期，則請於此處涵蓋經批准的福利期之定義/解釋。按照住院次數支付自付額的計劃請涵蓋：*每次住院的自付額在規定的福利期內適用一次*。[此外，若適用，請解釋福利期內收取的所有其他成本分擔費用]。*]  [*若成本分擔****不是****基於原有聯邦醫療保險或計劃定義的福利期，請於此處解釋何時適用成本分擔。若按照住院次數收費，請酌情涵蓋以下文字：*每住院一次收取一次自付額和/或其他成本分擔的費用。] |
| 非承保住院期間承保的住院服務  *[對計劃的醫院或專業護理機構 （SNF） 承保範圍無天數限制的計劃可以酌情修改或刪除該列。]*  若您用完了住院福利，或者住院不合理且不必要，我們將不會承保您的住院費用。但是，在某些情況下，我們會承保您在醫院或專業護理機構 (SNF) 接受的特定服務。承保服務包括但不限於：   * 醫生服務 * 診斷檢查（比如化驗） * X 光、鐳療法和同位素療法，包括技術員資料與服務 * 手術敷料 * 夾板、石膏模和其他減少骨折與脫臼的設備 * 假肢與其他替代全部或部分內部身體器官（包括相連組織）或者替代已永久喪失效用或功能的內部身體器官全部或部分功能的矯形設備（牙科除外），包括此類設備的替換或修復 * 腿、手臂和頭頸矯正器；疝氣帶與假腿、假臂和假眼，包括因破損、磨損、丟失或患者身體狀況發生變化而需要進行的調整、修復與替換 * 物理療法、語言療法和職業療法 | *[列出共付額/共同保險/自付額]* |
| Apple icon.蘋果圖標。醫學營養治療  該福利面向患有糖尿病、腎病（但無需透析）或進行了腎移植手術的人士，條件是獲得醫生的[*酌情插入：*轉介*或*指令]。  您根據聯邦醫療保險（當中包括我們的計劃、任何其他聯邦醫療保險優勢計劃或原有聯邦醫療保險）接受醫學營養治療服務的第一年，我們承保長達 3 小時的一對一諮詢服務，此後每年為 2 小時。若您的病情、治療或診斷發生變化，則治療時間可以延長，但您需持有醫生的[*酌情插入：*轉介*或*指令]。醫生必須對這些服務做出規定，若下一個日曆年還需要治療，還應每年更新[*酌情插入：*轉介*或*指令]。  *[還請列出任何提供的其他福利。]* | 符合聯邦醫療保險承保的醫學營養治療服務資格的受益人無需支付共同保險、共付額或自付額。 |
| 聯邦醫療保險 B 部分處方藥  這些藥物由原有聯邦醫療保險 B 部分承保。我們計劃的會員透過我們的計劃接受這些藥物的承保範圍。承保的藥物包括：   * 獲得醫生服務、醫院門診服務或門診外科中心服務時通常不由患者自行管理的藥物以及需要注射或輸注的藥物。 * 經計劃授權，使用耐用醫療設備（比如噴霧器）服用的藥物 * 因患血友病自行注射的凝血因子 * 免疫抑制藥物（進行器官移植時已參保聯邦醫療保險 A 部分保險） * 可注射的骨質疏鬆症治療藥物（您在家療養，醫生證明因絕經後骨質疏鬆引起骨折，無法自行管理藥物） * 抗原 * 特定的口腔抗癌藥物和止吐藥 * 特定的居家透析藥物，包括肝素、醫療必需的肝素解毒劑、局部麻醉劑與紅血球生成刺激劑*[計劃可以刪除以下藥物中計劃未包括的任何藥物]*（比如益比奧 (Epogen)®、普羅克里特 (Procrit)®、阿法依泊汀 (Epoetin Alfa)、Aranesp®或阿法達貝泊汀 (Darbepoetin Alfa)） * 用於居家治療原發性免疫缺陷症的免疫球蛋白靜脈注射液   第 5 章將解釋 D 部分處方藥福利，包括處方藥獲得承保的規則。第 6 章將解釋，透過我們的計劃，您該為 D 部分處方藥支付哪些費用。 | *[列出共付額/共同保險/自付額]* |
| Apple icon.蘋果圖標。肥胖篩查和治療，使得體重減輕得以維持  如果您的身體質量指數達到 30 或更高，我們將承保強化諮詢以幫助您減輕體重。如果您在一般護理機構進行此諮詢，並可在該機構協調您的綜合防治計劃，則該諮詢服務將獲得承保。聯絡您的一般護理醫生或醫療從業人員瞭解更多詳情。  *[還請列出任何提供的其他福利。]* | 預防性肥胖篩查與治療無共同保險、共付額或自付額。 |
| 門診診斷檢查與治療服務以及用品  承保服務包括但不限於：   * X 光 * 放射療法（鐳療法和同位素療法），包括技術員資料與服務*[列出單獨共付額/共同保險超過及高於門診放射治療共付額/共同保險的單獨服務。]* * 手術用品，比如敷料 * 夾板、石膏模和其他減少骨折與脫臼的設備 * 實驗室測試 * 輸血 — 包括儲存與管理。全血與紅血球濃厚液的承保範圍僅從您輸入第 4 品脫血液開始起算 — 您必須支付一個日曆年內前 3 品脫血液的費用，或者輸入您自己或其他人捐獻的血液。所有其他血液成份從第 1 品脫開始承保。*[若計劃的承保範圍起算點更早，請酌情修改。]* * 其他門診診斷檢查*[計劃可以酌情加入其他承保的檢測。]* | *[列出共付額/共同保險/自付額]* |
| 醫院門診服務  我們承保您因生病或受傷而在醫院門診部獲得的醫療必須之服務。  承保服務包括但不限於：   * 在急診室或門診診所獲得的服務，比如觀察服務或門診手術 * 由醫院開具帳單的實驗室測試與診斷檢查 * 精神健康護理，包括部分住院計劃中的護理（經醫生證明，若不提供此護理則可能需要住院治療） * 由醫院開具帳單的 X 光與其他放射服務 * 醫療用品，比如夾板與石膏模 * 特定的篩查與預防性服務 * 您無法自行使用的特定藥物與生物製品   **注意：**除非醫療服務提供者出具書面指令，允許您做為住院患者入住醫院，否則您的身份為門診患者，需為門診醫院服務支付成本分擔的費用。即使您在醫院住上一晚，您可能仍然會被視為「門診患者」。若您不確定自己是不是門診患者，請諮詢醫院工作人員。  您還可以在聯邦醫療保險的情況說明書中找到更多 資訊，該說明書名為《您是住院患者還是門診患者？ 若您參加了聯邦醫療保險 — 請提問！》可造訪網站 <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf> 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 獲取該情況說明書。聽覺及語言有障人士專用電話：1-877-486-2048。每週 7 天，每天 24 小時，您可以免費撥打這些電話號碼。  *[還請列出任何提供的其他福利。]* | *[列出共付額/共同保險/自付額]* |
| 門診精神健康護理  承保的服務包括：  由精神病學家或醫生、臨床心理學家、臨床社會工作者、精神健康服務、臨床護理專家、專科護理師、醫生助理或其他符合聯邦醫療保險資質的精神健康護理專業人士根據適用的州法律提供的精神健康服務。  *[還請列出任何提供的其他福利。]* | *[列出共付額/共同保險/自付額]* |
| 門診康復服務  承保的服務包括：物理治療、職業治療與言語語言治療。  門診康復服務可在多種門診場所提供，比如醫院門診部、獨立的治療師診室與綜合門診康復設施（CORF）。 | *[列出共付額/共同保險/自付額]* |
| 濫用門診藥物服務  *[描述濫用門診藥物服務的計劃的福利。]* | *[列出共付額/共同保險/自付額]* |
| 門診手術，包括醫院門診設施和流動手術中心提供的服務  **注意：**若您正在醫院設施處接受手術，您應該向醫療服務提供者諮詢您的身份是住院患者還是門診患者。除非醫療服務提供者出具書面指令，允許您做為住院患者入住醫院，否則您的身份為門診患者，需為門診手術支付成本分擔的費用。即使您在醫院住上一晚，您可能仍然會被視為「門診患者」。 | *[列出共付額/共同保險/自付額]* |
| 部分住院服務  「部分住院」是醫院門診或社區精神健康中心提供的主動精神治療結構化計劃，強度比您在醫生或治療師診所處受到的護理強度更大，是住院治療的替代選擇。  [*無網絡內社區精神健康中心的計劃可以添加：*注意：因為我們的網絡內沒有社區精神健康中心，所以我們僅承保醫院門診中的「部分住院」費用。] | *[列出共付額/共同保險/自付額]* |
| 醫生/醫療從業人員服務，包括醫生診所就診  承保的服務包括：   * 醫生診所、經認證的流動手術中心、醫院門診或任何其他地方提供的醫療必需的醫療護理或手術服務 * 專科醫生提供的諮詢、診斷與治療 * 您的[*適用時插入：*PCP *或*專科醫生]進行的基本聽力與平衡檢查（醫生為您開具指令，以便檢查您是否需要醫療護理） * **[***若根據聯邦醫療保險的要求，計劃擁有的服務區域與醫療服務提供者/地點符合遠程醫療服務的資格，請插入：*特定的遠程醫療服務包括醫生或醫療從業人員為經聯邦醫療保險批准的特定偏遠地區或其他地點的患者提供的諮詢、診斷與治療] * 手術前[*適用時插入：*其他網絡醫療服務提供者]的第二種意見 * 非例行牙科護理（承保的服務僅限於下巴或相關結構的手術、下巴骨折或面部骨骼的矯正、拔牙以便為下巴做好腫瘤癌症疾病的放射治療準備或者醫生提供的可以獲得承保的服務）   *[還請列出任何提供的其他福利。]* | *[列出共付額/共同保險/自付額]* |
| 足部醫療服務  承保的服務包括：   * 足部受傷與疾病的診斷與醫療或手術治療（如錘狀趾或跟骨骨刺）。 * 因患特定疾病而影響到下肢的會員之例行足部護理   *[還請列出任何提供的其他福利。]* | *[列出共付額/共同保險/自付額]* |
| Apple icon.蘋果圖標。前列腺癌篩查  面向年滿 50 歲的男士，承保的服務包括以下每 12 個月一次的檢查：   * 直腸指檢 * 前列腺特殊抗體 (PSA) 檢查   *[還請列出任何提供的其他福利。]* | 年度 PSA 檢查無共同保險、共付額或自付額。 |
| 矯形器械與相關用品  可以替代全部或部分身體部位或功能的設備（牙科設備除外）當中包括但不限於：造口術包和直接與造口術護理有關的用品、起搏器、矯正器、假體鞋、假肢和乳房假體（包括乳房切除術後的手術胸罩）。包括與矯形器械相關的特定用品以及矯形器械的修復和/或更換。還包括部分白內障切除或白內障手術之後的部分承保範圍 — 請參見本小節後文的「視力護理」瞭解詳情。 | *[列出共付額/共同保險/自付額]* |
| 肺病康復服務  為患有中度至重度慢性阻塞性肺病 (COPD) 的會員以及擁有慢性呼吸道疾病治療醫生肺病康復[*酌情插入：*轉介*或*指令]的會員承保肺病康復綜合計劃。  *[還請列出任何提供的其他福利。]* | *[列出共付額/共同保險/自付額]* |
| Apple icon.蘋果圖標。篩查與諮詢，以減少酒精濫用  我們為參加了聯邦醫療保險且濫用酒精但尚未達到酒精依賴的成年受保人（包括孕婦）每年承保 1 次酒精濫用篩查。  若您的酒精濫用篩查結果呈陽性，您可以獲得每年最多 4 次簡短的面對面諮詢（條件是您在諮詢過程中能夠舉止正常並保持警覺），該諮詢將由符合資格的一般護理醫生或醫療從業人員在一般護理場所中提供。  *[還請列出任何提供的其他福利。]* | 聯邦醫療保險承保的減少酒精濫用預防福利之篩查與諮詢無共同保險、共付額或自付額。 |
| Apple icon.蘋果圖標。性傳播感染 (STI) 的篩查與預防 STI 的諮詢  我們承保各種性傳播感染（STI）的篩查，包括衣原體、淋病、梅毒、乙型肝炎。孕婦和/或某些有更高風險得性傳播疾病的人進行這些篩查時有承保，但檢查需由一般護理醫療服務提供者安排。我們承保這些檢查為每 12 月一次或在孕期的某些時間。  我們還承保每年 2 次 20 至 30 分鐘的面對面的高強度行為輔導，對象是有性傳播疾病風險的性活躍成年人。這些諮詢服務必須由一般護理醫生在一般護理機構（如醫生的診所）做為預防性服務提供，我們才會承保。  *[還請列出任何提供的其他福利。]* | 聯邦醫療保險承保的 STI 篩查與預防 STI 預防福利諮詢無共同保險、共付額或自付額。 |
| 治療腎病與病症的服務：  承保的服務包括：   * 腎病教育服務，教授腎病護理知識，幫助會員對自己的護理做出明智的決定。醫生轉介之時若會員的慢性腎病已發展到第四階段，我們最多終身承保 6 次腎病教育服務。 * 門診透析治療（包括短期內離開服務區域時接受的透析治療，見第 3 章） * 住院透析治療（做為住院患者在醫院接受特殊護理） * 自我透析培訓（包括為您以及任何幫助您在家進行透析治療人士進行培訓） * 居家透析設備與用品 * 特定的居家支持服務（如必要時經過培訓的透析工作人員會上門拜訪，檢查您的居家透析情況，以便幫助您處理緊急情況並檢查您的透析設備與供水）   根據您的聯邦醫療保險 B 部分藥物福利，特定的透析藥物將獲得承保。如需獲取有關 B 部分藥物承保範圍的資訊，請轉到《聯邦醫療保險 B 部分處方藥》章節。 | *[列出共付額/共同保險/自付額]* |
| 專業護理機構 (SNF) 護理：  （「專業護理機構護理」的定義請參見本手冊第 12 章。專業護理機構有時稱為「SNF」。）  *[列出承保天數與任何適用的限制，包括此前是否需要住院。]*承保服務包括但不限於：   * 半私人病房（若為醫療必需則為私人病房） * 飲食，包括特殊飲食 * 專業護理服務 * 物理療法、職業療法和語言療法 * 做為護理計劃的一部分，對您的藥物進行管理（當中包括身體當中自然存在的物質，比如凝血因子。） * 輸血 — 包括儲存與管理。全血與紅血球濃厚液的承保範圍僅從您輸入第 4 品脫血液開始起算 — 您必須支付一個日曆年內前 3 品脫血液的費用，或者輸入您自己或其他人捐獻的血液。所有其他血液成份從第 1 品脫開始承保。*[若計劃的承保範圍起算點更早，請酌情修改。]* * 通常由 SNF 提供的醫療與手術用品 * 通常由 SNF 提供的實驗室測試 * 通常由 SNF 提供的 X 光與其他放射服務 * 通常由 SNF 提供的使用器具，比如輪椅 * 醫生/醫療從業人員服務   一般而言，您會從網絡設施處獲得 SNF 護理。但是，在下列特定情況下，您可以針對非網絡醫療服務提供者的設施支付網絡內成本分擔費用，條件是該設施接受我們計劃的付款金額。   * 進醫院之前您所居住的養老院或持續護理退休社區（其提供專業護理機構護理即可）。 * 您離開醫院時您配偶居住的 SNF。 | *[列出共付額/ 共同保險/自付額。若成本分擔基於福利期，則請於此處涵蓋經 BID 批准的福利期之定義/解釋。* |
| Apple icon.蘋果圖標。戒煙與煙草製品（諮詢戒煙或煙草製品）  若您使用煙草制品，但尚無跡象或症狀表明患有與煙草有關的疾病：12 個月內，我們承保兩次諮詢戒煙嘗試，該類諮詢將視為預防性服務，不對您收取任何費用。每次諮詢嘗試最多包括 4 次面對面的拜訪。  若您使用煙草且被診斷患有與煙草有關的疾病，或者正在服用的藥物可能會受煙草影響：我們承保戒煙諮詢服務。12 個月內，我們承保兩次諮詢戒煙嘗試，但是您需為適用的成本分擔付款。每次諮詢嘗試最多包括 4 次面對面的拜訪。  *[還請列出任何提供的其他福利。]* | 聯邦醫療保險承保的戒煙與煙草預防福利無共同保險、共付額或自付額。 |
| 急需護理  「急需護理」專門針對非緊急、不可預見但需要立即就醫的疾病、損傷或症狀。網絡醫療服務提供者暫時無法使用或無法獲取時，急需護理可以由網絡醫療服務提供者或網絡外醫療服務提供者提供。  網絡外提供的必要急需服務成本分擔與網絡內提供的這種服務相同。  *[請涵蓋網絡內的福利。亦請確定此承保範圍是否為美國境內通用，或全球緊急/急需護理承保範圍的補充福利。]* | *[列出共付額/共同保險。若適用，計劃應涵蓋各個簽約急需護理中心不同的共付額。]* |
| Apple icon.蘋果圖標。視力護理  承保的服務包括：   * 用於診斷與治療眼部疾病與損傷的門診醫生服務，包括治療與年齡有關的黃斑變性。原有聯邦醫療保險不承保為配眼鏡/隱形眼鏡而進行的例行眼科檢查（眼睛屈光）。 * 對於青光眼高風險人士，比如有青光眼家族病史的人士、糖尿病患者以及年滿 50 歲的非洲裔美國人：每年進行一次青光眼篩查。 * 糖尿患者的糖尿病視網膜病變篩查每年承保一次。 * *[若計劃提供的承保範圍大於原有聯邦醫療保險，請修改本小節描述。]*每次白內障手術（包括插入人工晶狀體）之後所配的一副眼鏡或隱形眼鏡。（若您進行兩次獨立的白內障手術，第一次手術之後您無法保留福利且無法在第二次手術之後購買兩副眼鏡。）   *[還請列出提供的任何其他福利 ，比如補充的視力檢查或眼鏡。若其他視力福利為可選補充福利，則這些福利不應出現在福利表中；請於第 2.2 小節中對這些福利進行說明。]* | *[列出共付額/共同保險/自付額]* |
| Apple icon.蘋果圖標。「歡迎參加聯邦醫療保險」預防檢查  計劃承保一次「歡迎參加聯邦醫療保險」預防檢查。該檢查包括健康復查、輔導及預防性服務諮詢（包括某些篩檢與預防針）及其他必要的護理轉介。  **重要：**我們僅於您參加聯邦醫療保險 B 部分後 12 個月內承保「歡迎參加聯邦醫療保險」預防檢查。進行預約時，請讓您的醫生的診所知曉您想要安排「歡迎參加聯邦醫療保險」預防檢查。 | 「歡迎參加聯邦醫療保險」預防檢查無共同保險、共付額或自付額。 |

#### 第 2.2 小節 您可以購買的其他「可選補充」福利

*[若您提供可選補充福利，請在計劃中加入本小節並於下方說明福利。您可以將本小節加入 EOC 中或者將本小節做為 ECO 的插頁。]*

我們的計劃提供一些原有聯邦醫療保險不承保的額外福利，而且這些福利未列入您的計劃會員福利之中。這些額外福利稱為「**可選補充福利**」。若您希望獲得這些可選補充福利，您必須報名加入這些福利[*適用時插入：*您可能需為這些額外福利支付額外的保費]。[*適用時插入：*本小節*或*所附插頁]中描述的可選補充福利與任何其他福利一樣，適用相同的上訴流程。

*[插入計劃的具體可選補充福利、保費、自付額、共付額與共同保險，以及上方《福利表》等表格的使用規則。插入計劃的具體程序，講解如何選擇可選補充承保範圍，申請流程與有效日期以及如何中止可選補充承保範圍，包括保費退還。還請插入會員重新申請可選補充承保範圍的任何限制（比如必須等到下一個年度參保期）。]*

#### 第 2.3 小節 使用我們計劃的可選遊客/旅客福利獲得護理

[*若您的計劃向身處服務區域之外的會員提供遊客/旅客計劃，請插入本小節，酌情修改並擴充下方段落，以便描述與接受區域外承保範圍相關的旅客福利與規則。若您允許延長美國聯邦法規第 42 章第 422.74(b)(4)(iii) 款中每個例外情況的區域外參保期（超過 6 個月不到 12 個月），還請於此處根據下方提示文字進行解釋。*

若您離開我們計劃的服務區域連續超過六個月，一般而言，我們必須將您從我們的計劃中退保。但是，我們提供補充福利，即遊客/旅客計劃*[請具體說明提供遊客/旅客計劃的區域]*，如果您離開我們的服務區域不到 12 個月，該計劃將允許您繼續保持我們計劃的參保狀態。該計劃對所有短期逗留在遊客/旅客區域的*[插入 2017 年計劃名稱]*會員開放。根據我們的遊客/旅客計劃，您可以接受所有計劃承保的服務，費用為網絡內的成本分擔。使用遊客/旅客福利時若找不到醫療服務提供者，請聯絡計劃以獲取幫助。

若您身處遊客/旅客區域，則您保持計劃參保狀態的時間最長為 12 個月。若您未於 12 個月內回到計劃的服務區域，您會被退出該計劃。]

### 第 3 節 計劃不承保哪些服務？

#### 第 3.1 小節 我們*不*承保的服務（排除情況）

本小節將告訴您聯邦醫療保險承保範圍內「不包含」哪些服務，因此，本計劃亦不提供承保。如果服務被「排除在外」，則指本計劃不承保此服務。

下表列示任何情況下均不會承保的服務及項目，以及僅在特定情況下才會承保的服務及項目。

若您獲得的服務被排除在外（不予承保），您必須自行為其付款。除所列的特定情況外，我們不會支付下表中列示的排除在外醫療服務。唯一的例外情況是：因您的情況特殊，若經上訴之後認定我們應該支付或承保下表中的醫療服務，我們將會為此支付費用。（關於如何對我們不承保醫療服務的決定提起上訴，請轉到本手冊第 9 章第 5.3 小節。）

有關服務的所有排除情況或限制均已在《醫療福利表》或下表中做出說明。

即使您在緊急設施處接受了排除在外的服務，此類服務依然不在承保範圍內，我們不會為之支付費用。

[*下表中所列的服務均排除在原有聯邦醫療保險的福利組合之外。若下方的任何服務為承保補充福利，請將其從該清單中刪除。若計劃排除部分被聯邦醫療保險排除在外的服務，則無需將這些項目完全從排除在外服務的清單中刪除，可以酌情修改文字，以便對排除情況的範圍進行描述。計劃可以對《福利表》添加附加說明，以酌情描述承保的服務/項目。計劃還可以酌情添加排除情況*。]

| **聯邦醫療保險不予承保的服務** | **任何情況下均不承保** | **僅在特定情況下承保** |
| --- | --- | --- |
| 根據原有聯邦醫療保險的標準，被視為不合理且不必要的服務 | **√** |  |
| 實驗性醫療與手術程序、設備與藥物治療。  實驗性程序與項目是指由我們的計劃和原有聯邦醫療保險決定的項目與程序，且不被醫療社區普遍接受。 |  | **√**  由原有聯邦醫療保險承保且屬於聯邦醫療保險批准的臨床研究，或者由我們的計劃承保。  （參見第 3 章第 5 節，瞭解關於臨床研究的更多資訊。） |
| 醫院的私人病房。 |  | **√**  僅當具有醫療必要性時承保。 |
| 在醫院或專業護理機構的病房內進行的個人項目。 | **√** |  |
| 家中的全日專業護理。 | **√** |  |
| \*您不需要專業醫療護理或專業護理時，養老院、善終服務機構或其他設施處提供的監護。 | **√** |  |
| 家庭主婦服務包括基本的家庭援助，包括簡單的家務處理或簡單的飲食準備。 | **√** |  |
| 您的直系親屬或家庭成員收取的護理費用。 | **√** |  |
| 美容手術或程序 |  | **√**   * 因意外受傷或改善身體畸形部位機能而提供的承保。      * 乳房切除術之後，乳房整形的所有階段均在承保範圍內，為使外觀對稱，另一個未受影響的乳房進行整形也在承保範圍內。 |
| 例行的牙科護理，比如清潔、填充或托牙。 | **√** |  |
| 非例行牙科護理。 |  | **√**  為了治療疾病或損傷而進行的牙科護理可以做為住院或門診護理進行承保。 |
| 例行的推拿護理 |  | **√**  為了矯正半脫位而接受的脊骨人工推拿在承保範圍內。 |
| 例行的足部護理 |  | **√**  根據聯邦醫療保險指南提供的有限承保範圍，比如說，您患有糖尿病。 |
| 家中送餐 | **√** |  |
| 矯形鞋 |  | **√**  如果鞋子是腿部固定器的一部分且包括在固定器的費用內或者鞋子是糖尿病足病患者專用鞋。 |
| 足部支撐設備 |  | **√**  糖尿病足病患者專用矯形鞋或治療鞋。 |
| 例行的聽力檢查、助聽器或助聽器安裝檢查。 | **√** |  |
| 例行眼科檢查、眼鏡、放射狀角膜切開術、鐳射視力矯正手術、視力治療與其他助視器。 |  | **√**  每次白內障手術後所接受的眼科檢查以及所配的一副眼鏡（或隱形眼鏡）在承保範圍內。 |
| 絕育手術的逆轉及/或非處方避孕用品。 | **√** |  |
| 針灸 | **√** |  |
| 理療服務（自然療法或其他療法） | **√** |  |

\*監護是一種個人護理，不需要受過培訓的醫療人員或醫療輔助人員時刻注意，比如照顧您的日常生活活動，如洗澡或穿衣。

第 5 章

使用計劃內的 D 部分處方藥承保範圍

## 第 5 章 使用計劃內的 D 部分處方藥承保範圍

第 1 節 簡介 91

第 1.1 小節 本章講述 D 部分藥物的承保範圍 91

第 1.2 小節 計劃 D 部分藥物承保範圍的基本規則 91

第 2 節 在網絡藥房抓藥[*適用時插入：*或透過計劃的郵購服務抓藥] 92

第 2.1 小節 使用網絡藥房使處方獲得承保 92

第 2.2 小節 查找網絡藥房 92

第 2.3 小節 使用計劃的郵購服務 93

第 2.4 小節 如何獲取長期藥物供給？ 95

第 2.5 小節 何時可以使用非計劃網絡內的藥房？ 96

第 3 節 您的藥物必須列於計劃的「藥物清單」上 97

第 3.1 小節 「藥物清單」列出了哪些 D 部分藥物可獲得承保 97

第 3.2 小節 《藥物清單》上的藥物共有 *[插入級別的數目]* 個「成本分擔級別」 98

第 3.3 小節 如何知道《藥物清單》上是否列有某種藥物？ 98

第 4 節 部分藥物的承保範圍存在限制 99

第 4.1 小節 為何部分藥物存在限制？ 99

第 4.2小節 哪類限制？ 99

第 4.3 小節 這些限制適用於您的藥物嗎？ 100

第 5 節 藥物的承保方式不理想怎麼辦？ 100

第 5.1 小節 藥物的承保方式不理想時，您有多種解決辦法 100

第 5.2 小節 藥物未列於《藥物清單》上或藥物受到某種限制怎麼辦？ 101

第 5.3 小節 您認為藥物所屬的成本分擔級別太高怎麼辦 103

第 6 節 藥物的承保範圍出現變更怎麼辦？ 104

第 6.1 小節 《藥物清單》可能會於年度內出現變動 104

第 6.2 小節 您正在服用的藥物的承保範圍發生變更會怎樣？ 104

第 7 節 計劃*不*承保哪些類型的藥物？ 105

第 7.1 小節 我們不承保的藥物類型 105

第 8 節 抓藥時請出示劃會員卡 107

第 8.1 小節 出示會員卡 107

第 8.2 小節 沒帶會員卡怎麼辦？ 107

第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物承保範圍 107

第 9.1 小節 所住的醫院或專業護理機構處於計劃的承保範圍內會如何？ 107

第 9.2 小節 入住長期護理 (LTC) 設施會如何？ 107

第 9.3 小節 若您還同時享受僱主或退休人員團體計劃的藥物承保範圍會如何？ 108

第 9.4 小節 入住聯邦醫療保險認證的善終服務機構會如何? 109

第 10 節 有關藥物安全與管理用藥的計劃 109

第 10.1 小節 幫助會員安全用藥的計劃 109

第 10.2 小節 藥物治療管理 (MTM)[*若計劃擁有其他藥物治療管理計劃*，請插入「與其他」]計劃[*若適用*請插入「s」]可以幫助會員管理自己的用藥情況 110

question mark問號。 **您知道有些計劃可以幫助人們支付藥費嗎？**

[*根據第 2 章是否已討論 SPAP 酌情插入：*有一些計劃專門用來幫助無力支付藥費的人士。當中包括「額外補助」以及州政府藥品援助計劃。*或者，*「額外補助」計劃可幫助無力支付藥費的人士。]詳情請參見第 2 章第 7 節。

**您目前正在享受藥費支付幫助嗎？**

若您加入的計劃能幫您支付藥費，**本*《承保範圍證明》*中有關 D 部分處方藥費用的部分資訊**[*適用時插入：***可能***或***一定**]**不適用於您。***[若不適用，請省略有關低收入補貼（LIS）附加條款之資訊。]*我們[*酌情插入：* 已經附上*或*向您寄送]一份單獨的插頁，稱為《領取處方藥費用額外補助人士之承保範圍證明附加條款》（亦稱《低收入補貼附加條款》或《LIS 附加條款》），該條款將向您解釋您的藥物承保範圍。若您沒有該插頁，請致電會員服務部索要《LIS 附加條款》。（會員服務部的電話號碼列印於本手冊封底。）

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 小節 本章講述 D 部分藥物的承保範圍

本章**解釋 D 部分藥物承保範圍的使用規則。**下一章將告訴您，您需為 D 部分藥物支付哪些費用（第 6 章，*您該為 D 部分處方藥支付的部分*）。

除了 D 部分藥物承保範圍之外，*[插入 2017 年計劃名稱]*還承保一些計劃醫療福利項下的藥物。憑藉聯邦醫療保險 A 部分福利提供的承保範圍，我們的計劃通常會承保您在承保入住醫院或專業護理機構期間獲得的藥物。憑藉聯邦醫療保險 B 部分福利提供的承保範圍，我們的計劃承保的藥物包括診所就診期間獲得的特定化療藥物、特定注射藥物以及於透析設施處獲得的藥物。第 4 章（*《醫療福利福利表》，承保內容與您需支付的金額*）將告知承保入住醫院或專業護理機構期間藥物的福利與費用，以及您所享有的 B 部分藥物福利與費用。

如果您使用聯邦醫療保險善終服務，您的藥物可能在原有聯邦醫療保險的承保範圍內。我們的計劃僅承保與您的晚期預後及相關病症無關的聯邦醫療保險 A、B 和 D 部分服務與藥物，因此不在聯邦醫療保險善終服務福利的承保範圍內。如需更多資訊，請參見第 9.4 小節（*入住聯邦醫療保險認證的善終服務機構會如何）*。如需詳細瞭解善終服務承保範圍，請參見第 4 章的善終服務章節（*《醫療福利表》，承保內容與您需支付的金額*）。

以下章節講述本計劃的 D 部分福利規則所提供的藥物承保範圍。第 9 節：*特殊情況下的 D 部分藥物承保範圍*包含有關您的 D 部分藥物承保範圍及原有聯邦醫療保險的更多詳細資訊。

#### 第 1.2 小節 計劃 D 部分藥物承保範圍的基本規則

一般而言，只要您遵守了下列基本規則，計劃會為您的藥物提供承保：

* 您必須擁有一位醫療服務提供者（醫生、牙醫或其他處方醫生），為您開出處方。
* 您的處方醫生必須接受聯邦醫療保險，或向 CMS 遞交資料，證明他/她具備開具處方的資格，否則，您的 D 部分請求會被駁回。下次致電或就診時，您應詢問處方醫生是否滿足此條件。如不符合條件，請務必知悉，處方醫生需要時間來遞交待處理的必要文件資料。
* 一般而言，您必須在網絡藥房抓藥。（參見第 2 節，*在網絡藥房抓藥*[*適用時插入：或透過計劃的郵購服務抓藥]。*）
* 您的藥物必須列於計劃的*《承保藥物清單》（處方藥物表）*（我們簡稱「藥物清單」）上。（參見第 3 節，*您的藥物必須列於計劃的「藥物清單」上。*）
* 您的藥物必須用於醫學上接受的適應症。「醫學上接受的適應症」是指藥物的用法經過食品和藥品管理局的批准或獲得了特定參考書籍的支持。（參閱第 3 節，詳細瞭解醫學上接受的適應症。）

### 第 2 節 在網絡藥房抓藥[*適用時插入：*或透過計劃的郵購服務抓藥]

#### 第 2.1 小節 使用網絡藥房使處方獲得承保

多數情況下，在計劃的網絡藥房所抓的處方藥*才會*獲得承保。（參見第 2.5 小節，瞭解我們會於何時承保在網絡外藥房所抓的處方藥。）

網絡藥房是指與計劃簽約後為您提供承保處方藥的藥房。「承保藥物」是指計劃的《藥物清單》上承保的所有 D 部分處方藥。

[*若計劃內的藥房於其網絡內提供首選成本分擔，請插入：*我們的網絡包括提供標準成本分擔的藥房與提供首選成本分擔的藥房。您可以前往其中任意一種網絡藥房獲取承保處方藥。在提供首選成本分擔的藥房抓藥時，您的成本分擔可能會更少。]

#### 第 2.2 小節 查找網絡藥房

您如何查找所在區域內的網絡藥房？

如需查找網絡藥房，您可以查閱*《藥房名錄》*、造訪我們的網站（*[插入網址]*），或者致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

您可以前往任意的網絡藥房。[*若計劃內的藥房於其網絡內提供首選成本分擔，請插入：*但是，若您使用提供首選成本分擔而不是提供標準成本分擔的網絡藥房，可能您為承保藥物支付的費用甚至會更少。*《藥房名錄》*將告訴您哪些網絡藥房提供首選成本分擔。透過聯絡我們，您能深入瞭解不同藥物之間的自付費用有何差異之處。]*[如為會員換處方藥時不需要採取任何行動的計劃，則可以刪除以下句段]*若您改換網絡藥房，且需要重新抓取常用藥物，您可以要求[*適用時插入：*醫療服務提供者重新開處方或者]將處方轉移至新的網絡藥房。

常用藥房退出網絡後怎麼辦？

若您的常用藥房退出了計劃的網絡，則您需要另找一家網絡藥房。[*適用時插入：*或者，您的常用藥房還在網絡內，但不再提供首選成本分擔，您可以換到其他藥房。]如需查找所在區域內的其他網絡藥房，您可以從會員服務部處獲取幫助（電話號碼列印於本手冊封底）或使用*《藥房名錄》*。[*適用時插入：*您還可以造訪我們的網站 [*插入網址*] 查閱資訊。]

您需要專業藥房怎麼辦？

有些處方藥可能需要到專業藥房才能抓到。專業藥房包括：

* 提供家居輸液治療藥物的藥房。*[計劃可以插入有關計劃網絡內家居輸液藥房服務的其他資訊。]*
* 為常期護理 (LTC) 設施內的入住患者提供藥物的藥房。長期護理設施（比如養老院）通常自帶藥房。如果您入住長期護理設施 (LTC) 機構，我們必須確保您可以透過我們的長期護理設施藥房網絡（通常是長期護理機構使用的藥房）定期獲取 D 部分福利。如果您在長期護理設施中很難享受到 D 部分福利，請聯絡會員服務部。*[計劃可以插入有關計劃網絡內 LTC 藥房服務的其他資訊。]*
* 為印第安人健康服務/部落/城市印第安人健康計劃提供服務的藥房（波多黎各地區不適用）。除了緊急情況之外，僅美洲印第安人或阿拉斯加原住民有權使用這類網絡藥房。*[計劃可以插入有關計劃網絡內印第安人健康服務/部落/城市印第安人藥房服務的其他資訊。]*
* 所配藥物受到 FDA 限制的藥房，包括限制地點或要求進行特殊處理、進行醫療服務提供者協調或進行用法培訓。（注意：這些情況很少發生。)

如需查找專業藥房，請查閱*《藥房名錄》*或者致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

#### 第 2.3 小節 使用計劃的郵購服務

*[若計劃不提供郵購服務，請省略。]*

[*若郵購服務限於所有的處方藥物表藥物，請涵蓋以下資訊，並酌情修改術語：*您可以使用計劃的網絡郵購服務獲取特定類型的藥物。一般而言，透過郵購方式提供的藥物是您用於治療慢性疾病或長期疾病的常用藥物。[*若計劃在處方藥物表中標記了郵購藥物，請插入：*可透過我們計劃的郵購服務獲取的藥物在我們的《藥物清單》中標記為**「郵購」藥物**。][*若計劃在處方藥物表中標記了非郵購藥物，請插入：不*可透過計劃的郵購服務獲取的藥物在我們的《藥物清單》中標記為星號。]]

我們計劃的郵購服務[*插入其中一項：*允許*或*要求]您訂購[*插入其中一項：****至少*為期 [XX] 天但*不超過* [XX] 天的藥物供給***或者***最多 [XX] 天的供給***或者* **[XX] 天的供給**]。

*[若計劃提供郵購福利，且含有首選與標準成本分擔，則可以添加文字，對兩種成本分擔進行描述。]*

如需獲取[*適用時插入：*訂貨單與]有關郵購抓藥的資訊，*[插入說明]*。

郵購藥房訂單通常會在 [XX] 天內到達。*[插入計劃的流程，告訴會員如何在郵購延期時獲得處方藥。]*

*[贊助者應基於以下選項提供下述適當資訊：i) 贊助者是否正在根據 2013 年 12 月12 日 HPMS 備忘錄所述的新處方例外運營；以及 ii) 贊助者是否提供可選的自動再抓藥方案。對於透過零售或其他非郵購服務提供自動配發的贊助者，則可以選擇酌情新增或用「配發」替換「發貨」一詞。]*

*[對於直接從醫療服務提供者處獲取的新處方，請插入以下其中一種選項（共兩種）。]*

[***選項 1：****若計劃贊助者根據2014年最後通話函說明的自動送藥政策運營（在配藥之前，必須與受益人核實由醫療服務提供者辦公室開出的所有新處方），則插入以下句段：*

**藥房直接從醫生辦公室獲取的新處方**。

藥房從醫療保健服務提供者處獲取處方後，會與您取得聯絡，詢問您是否想要即時抓取藥物，或過段時間再抓藥。您可借此確保藥房不會發錯藥物（包括藥效、數量以及形式），若有必要，您還可於出具帳單與發貨之前取消或推遲訂單。藥房每次聯絡您時，必須即時做出回應，告知他們如何處理新處方，避免出現發貨延遲問題。]

[***選項 2：****若計劃贊助者根據 2013 年 12 月12 日 HPMS 備忘錄所述自動送藥政策的例外運營（滿足條件時，無須受益人核實即可為從醫療服務提供者辦公室直接收到的新處方抓藥），則插入以下句段：*

**藥房直接從醫生辦公室獲取的新處方。**

藥房自動抓藥並配發從醫療保健服務提供者處獲取的新處方，除非屬於以下情況，否則不會事先與您核實：

* 您過去使用了本計劃的郵購服務，或
* 您註冊自動配發從醫療保健服務提供者處直接獲取的所有新處方。您可以要求立即或在任何時候自動配發所有新處方*[插入說明文字]*。

如果您收到了不需要的自動郵購處方藥，且並未在發貨前與您聯絡核實是否需要這些藥物，您可能有資格要求退款。

如果您過去使用郵購服務，但並不希望藥房自動抓藥並發運新處方，請聯絡我們*[插入說明文字]*。

如果您從未使用過我們的郵購服務，並且/或決定停止自動領取新處方藥，藥房會在每次從醫療保健服務提供者處獲取新處方時聯絡您，看看您是否想要立即抓取並配發藥物。您可借此確保藥房不會發錯藥物（包括藥效、數量以及形式），若有必要，您還可於出具帳單與發貨之前取消或推遲訂單。藥房每次聯絡您時，必須即時做出回應，告知他們如何處理新處方，避免出現發貨延遲問題。

如需選擇取消自動配發從醫療保健服務提供者處直接獲取的新處方，請透過*[插入說明文字]*與我們聯絡。]

*[如需重新抓取處方藥，請插入以下兩個選項之一。]*

[***選項 1：****若贊助者****並未****提供自動處理重抓藥物的方案，請插入以下句段：*

**重抓郵購處方藥。**如需重抓藥物，請在您估計手上的藥物即將耗盡之前 *[插入建議天數]* 聯絡您的藥房，確保您能及時收到下一次郵購的藥物。]

[***選項 2：****若贊助者****並未****提供自動處理重抓藥物的方案，請插入以下句段：*

**重抓郵購處方藥。**如需重抓藥物，您可以選擇註冊自動重抓藥物計劃[*可選：「稱為插入自動重抓方案名稱」*]*。*根據此方案，當我們的記錄表明您的藥物即將耗盡時，我們將會開始自動處理您的下一次重抓藥物。在發運每次的重抓藥物之前，藥房將會提前聯絡您，確認您是否需要更多藥物，若您已經擁有足夠的藥物，或您的藥物已經變更，則可取消預定的重抓藥物。如果您選擇不使用我們的自動重抓藥物方案，請在您估計手上的藥物即將耗盡之前 *[插入建議天數]* 聯絡您的藥房，確保您能及時收到下一次郵購的藥物。

若要選擇退出我們自動準備郵購重抓藥物的方案[*可選：插入自動重抓藥物方案名稱，代替「*我們的方案*」*]，請透過*[插入說明文字]*聯絡我們。]

*[對於所有提供郵購服務的計劃，請插入以下句段：]*

這樣藥房可以聯絡您，在發貨之前與您核實，請務必告知藥房您的最佳聯絡方式。*[插入參保人應如何提供其通訊首選方式的說明文字。]*

#### 第 2.4 小節 如何獲取長期藥物供給？

*[不提供延長藥物供給的計劃：刪除第 2.4 小節。]*

[*適用時插入：*您獲得長期藥物供給時，成本分擔可能會更低。]計劃提供[*酌情插入：*一種*或*兩種]方式來獲得我們計劃的《藥物清單》上「維持」藥物的長期供給（也稱為「延期供給」）。（維持藥物是指您用於治療慢性疾病或長期疾病的常用藥物。）[*適用時插入：*您可以透過郵購方式獲取此供給藥物（請參見第 2.3 小節），您也可以前往零售藥房]

1. *[若計劃不透過零售藥房提供延長藥物供給，則請刪除。]*我們網絡內的**部分零售藥房**可讓您獲得維持藥物的長期供給。[*適用時插入：*其中部分零售藥房[*適用時插入：*（提供首選成本分擔）][*適用時插入：*可能會]針對維持藥物的長期供給同意接受[*酌情插入：*更低的*或*郵購]成本分擔金額。][*適用時插入：*其他零售藥房可能不會針對維持藥物的長期供給同意接受[*酌情插入：*更低的*或*郵購]成本分擔金額。在這種情況下，您需支付差額。]您的*《藥房名錄》*將告訴您哪些網絡藥房可向您提供維持藥物的長期供給。您還可以致電會員服務部，獲取更多資訊（電話號碼列印於本手冊封底）。
2. *[若計劃不提供郵購服務，請刪除。]*[*適用時插入：*如需獲取特定類型的藥物，您*或*您]可以使用計劃的網絡**郵購服務。**[*若計劃在處方藥物表中標記了郵購藥物，請插入並酌情修改：*可透過我們計劃的郵購服務獲取的藥物在我們的《藥物清單》中標記為**「郵購」藥物**。][*若計劃在處方藥物表中標記了非郵購藥物，請插入並酌情修改： 不*可透過計劃的郵購服務獲取的藥物在我們的《藥物清單》中標記為星號。]]我們計劃的郵購服務[*插入其中一項：*允許或要求]您訂購[*插入其中一項：至少* [XX] 天但*不超過* [XX] 天的藥物供給*或*最多 [XX] 天的供給*或* [XX] 天的供給]。參見第 2.3 小節，瞭解更多郵購服務的使用資訊。

#### 第 2.5 小節 何時可以使用非計劃網絡內的藥房？

特定情況下，您的處方可能會獲得承保。

一般而言，我們*僅*在您無法使用網絡藥房時承保在網絡外藥房所抓的藥物。[*適用時插入：*為了幫助您，我們在服務區域外也設有網絡藥房，您做為計劃會員可以在這些藥房抓藥。]如果您無法使用網絡藥房，遇到以下情形時，我們將承保在網絡外藥房所抓的藥物：

* *[計劃應插入清單，說明何時將承保網絡外處方以及網絡外保單的所有限制（比如每日供給限制、延期在外旅行時郵購的使用、授權或計劃通知）。]*

遇到這些情形時，**請先諮詢會員服務部，**以查看附近是否有網絡藥房。（會員服務部的電話號碼列印於本手冊封底。）您可能需要支付您為網絡外藥房所付費用與我們在網絡藥房承保費用之間的差額。

如何要求計劃進行償付？

若您必須使用網絡外的藥房，一般而言，抓藥時您必須支付全額費用（而不是您的正常費用份額）。您可以要求我們償付應由我們支付的費用。（第 7 章第 2.1 小節將解釋如何要求計劃還款。）

### 第 3 節 您的藥物必須列於計劃的「藥物清單」上

#### 第 3.1 小節 「藥物清單」列出了哪些 D 部分藥物可獲得承保

計劃中含一份「承保藥物清單（處方藥物表）」。在本*《承保範圍證明》*中，**我們簡稱「藥物清單」**。

清單上的藥物由該計劃在一組醫生和藥劑師的幫助下選出。清單必須滿足聯邦醫療保險規定的要求。聯邦醫療保險已經批准計劃的《藥物清單》。

《藥物清單》上的藥物僅為聯邦醫療保險 D 部分承保的藥物（本章前文第 1.1 小節對 D 部分藥物進行瞭解釋）。

我們一般承保計劃《藥物清單》上的藥物，條件是您必須遵守本章中所述的其他承保範圍規則，而且藥物用於醫學上接受的適應症。「醫學上接受的適應症」是一種藥物用法，且滿足以下條件之一：

* 經過食品藥品管理局批准。（即食品藥品管理局已經批准該藥用於診斷，或可用於治療相應疾病。）
* — 或者 — 獲得了特定參考書籍的支持。（這些參考書籍是《美國醫院處方藥服務藥物資訊》(American Hospital Formulary Service Drug Information)、《DRUGDEX 資訊系統》(DRUGDEX Information System) 以及《美國藥典藥物資料》(USPDI) 或其後續版本，以及針對癌症的美國國家綜合癌症網絡及臨床藥理學或其後續版本。）

《藥物清單》中含品牌藥與非品牌藥

非品牌藥是一種處方藥，與品牌藥具有相同的有效成份。一般而言，非品牌藥的藥效與品牌藥一樣，而且通常更便宜。許多品牌藥都可以用非品牌藥替代。

[*適用時插入：*

**非處方藥**

我們的計劃還承保特定的非處方藥。部分非處方藥比處方藥更便宜，而且具有相同的藥效。更多資訊請聯絡會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

哪些*未*列於《藥物清單》上？

計劃並非承保所有的處方藥。

* 某些情況下，法律不允許任何聯邦醫療保險計劃承保特定類型的藥物（詳細資訊請參見本章第 7.1 小節）。
* 其他情況下，我們已決定不將某些藥物納入《藥物清單》。

#### 第 3.2 小節 《藥物清單》上的藥物共有 *[插入級別的數目]* 個「成本分擔級別」

*[不使用藥物級別的計劃應省略本小節。]*

計劃《藥物清單》上的每種藥物屬於 *[插入級別的數目]* 種成本分擔級別中的其中一種。在一般情況下，成本分擔級別越高，您的藥費就越高：

* *[計劃應簡要描述每個級別（比如成本分擔級別 1 包括非品牌藥）。對最低級別和最高級別進行說明。]*

請查閱計劃的《藥物清單》，瞭解藥物的成本分擔級別。

每個成本分擔級別中您需支付的金額已列於第 6 章（*您該為 D 部分處方藥支付的部分*）。

#### 第 3.3 小節 如何知道《藥物清單》上是否列有某種藥物？

您有 *[插入數目]* 種查找方法：

1. 查閱我們透過郵件向您寄送的最新《藥物清單》。[*適用時插入：*（請注意：我們寄送的藥物清單含有關於會員最常用承保藥物之資訊。但是，我們還承保其他藥物，這些藥物並未納入列印的藥物清單內。若您的某種藥物未列於藥物清單內，您應該造訪我們的網站或聯絡會員服務部，以便瞭解我們是否承保該藥物。）]
2. 造訪計劃的網站（*[插入網址]*）。網站上的《藥物清單》始終為最新版本。
3. 致電會員服務部，諮詢某種藥物是否列於計劃的《藥物清單》上，也可以索要一份清單副本。（會員服務部的電話號碼列印於本手冊封底。）
4. *[計劃可以插入用來查找藥物是否列於《藥物清單》上的其他方式。]*

### 第 4 節 部分藥物的承保範圍存在限制

#### 第 4.1 小節 為何部分藥物存在限制？

對於特定的處方藥，存在特殊的規則限制計劃承保的方式與條件。這些規則由一組醫生與藥劑師設定，意在幫助會員用最有效的方式使用藥物。這些特殊的規則還可幫助控制整體藥費，讓您的藥物承保範圍更具支付能力。

在一般情況下，我們的規則鼓勵您獲取對您的病情有益而且安全高效的藥物。若存在一種安全便宜的藥物與一種昂貴的藥物具有相同的治療效果，則計劃設定的規則將鼓勵您與您的醫療服務提供者選擇便宜的藥物。我們還需要遵守聯邦醫療保險對於藥物承保範圍與成本分擔的規則與規定。

**若您的藥物存在限制，通常意味著您或您的醫療服務提供者必須採取額外的措施我們才會對藥物進行承保。**若您希望我們撤銷對您的限制，您需要使用承保範圍決定流程，要求我們為您破例。我們可以同意也可以不同意撤銷對您的限制。（參見第 9 章第 6.2 小節，瞭解有關要求破例的資訊。）

請注意，有時一種藥物在我們的藥物清單上會多次出現。這是因為，基於多種因素適用了不同的限制或成本分擔，比如衛生保健醫療服務提供者所開藥物的藥效、數量或形式（如 10 mg 與 100 mg，每天一次與每天兩次；片劑與液體）。

#### 第 4.2小節 哪類限制？

我們的計劃使用不同類型的限制來幫助會員用最有效的方式使用藥物。下方章節將向您詳細解釋我們對特定藥物設定的限制類型。

*[計劃應僅涵蓋計劃所使用的醫療服務使用管理形式]*

可以使用非品牌藥時，限制品牌藥

一般而言，「非品牌」藥的藥效與品牌藥一樣，而且通常更便宜。[*適用時插入：***多數情況下，當*或***]**非品牌藥可替代品牌藥時，我們的網絡藥房將向您提供非品牌藥。**可以使用非品牌藥時，我們通常不會承保品牌藥。但是，若您的醫療服務提供者[*適用時插入：*已告知我們相關的醫療理由，即非品牌藥對您無效*或者*在您的處方上對品牌藥寫有「不可替換藥物」字樣，*或者*已告知我們醫療理由，即治療該病的非品牌藥及其他承保藥物對您的病情均無效]，則我們會承保品牌藥。（與非品牌藥相比，使用品牌藥時，應由您支付的費用可能會更高。）

事先徵得計劃的批准

對於特定的藥物，我們同意為您承保該藥物之前，您或您的醫療服務提供者需要事先徵得計劃的批准。這叫做「**事先授權**」。有時，要求徵得事先批准可以對妥善使用特定藥物起到引導作用。若您未徵得批准，計劃可能不會承保您的藥物。

先嘗試不同的藥物

這項要求鼓勵您嘗試一些更加便宜但同樣有效的藥物，然後計劃再承保新藥。例如，若藥物 A 與藥物 B 用於相同的疾病，則計劃可能會要求您先嘗試藥物 A。若藥物 A 對您無效，計劃將承保藥物 B。這項先嘗試不同藥物的要求稱為**「階梯療法」。**

藥量限制

對於特定藥物，我們可能會透過限制您每次抓藥時獲取的藥量，來限制您的藥量。比如，特定藥物若通常被認為一天僅能服用一片，則我們可能會限制您的處方藥的承保範圍，每天承保的藥量不超過 1 片。

#### 第 4.3 小節 這些限制適用於您的藥物嗎？

計劃的《藥物清單》涵蓋了有關上述限制的資訊。請查閱《藥物清單》查看這些限制是否適用於您所服用或希望服用的藥物。如需獲取最新資訊，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底），也可查閱我們的網站（*[插入網址]*）。

**若您的藥物存在限制，通常意味著您或您的醫療服務提供者必須採取額外的措施我們才會對藥物進行承保。**若您希望服用的藥物存在限制，您應聯絡會員服務部，瞭解您或您的醫療服務提供者需要採取哪些措施才能使該藥獲得承保。若您希望我們撤銷對您的限制，您需要使用承保範圍決定流程，要求我們為您破例。我們可以同意也可以不同意撤銷對您的限制。（參見第 9 章第 6.2 小節，瞭解有關要求破例的資訊。）

### 第 5 節 藥物的承保方式不理想怎麼辦？

#### 第 5.1 小節 藥物的承保方式不理想時，您有多種解決辦法

我們希望您的藥物承保範圍能夠滿足您的需要。但可能您目前在服用一種處方藥，或者您和您的醫療服務提供者認為您應該服用不在我們的處方藥物表上或在我們的處方藥物表上但具備限制條件的處方藥。例如：

* 該藥可能根本不承保。或者該藥的非品牌藥承保，但您希望服用的品牌藥卻不承保。
* 藥物可獲得承保，但該藥的承保範圍存在額外的規則或限制。如第 4 節所述，計劃承保的部分藥物存在額外的規則來限制藥物的使用。*[若計劃無階梯療法，請刪除此句段。]*例如，您可能需要先嘗試不同的藥物，看看是否奏效，然後您希望服用的藥物才會被承保。*[若計劃無藥量限制，請刪除此句段。]*或者，可能在特定期間內對承保的藥物設有藥量限制（片劑的數目等）。某些情況下，您可能想讓我們撤銷對您的限制。
* *[若計劃的處方藥物表結構（比如無級別）不允許出現級別例外情況，請省略。]*此藥物可獲得承保，但所屬的成本分擔級別使得您的成本分擔比您想像中昂貴。計劃會將每個承保的藥物歸到 *[插入級別的數目]* 種不同成本分擔級別中的其中一種。您為處方藥支付的費用取決於藥物的成本分擔屬於哪個級別。

藥物的承保方式不理想時，您有多種解決辦法。*[若計劃的處方藥物表結構（比如無級別）不允許出現級別例外情況，請刪除下一句。]*您的選項取決於您遇到的問題屬於哪一類：

* 若您的藥物未列於《藥物清單》上，或者您的藥物受到限制，請轉到第 5.2 小節，瞭解解決辦法。
* *[若計劃的處方藥物表結構（比如無級別）不允許出現級別例外情況，請省略。]*若藥物承保所屬的成本分擔級別使得您的成本分擔比您想像中昂貴，請轉到第 5.3 小節，瞭解解決辦法。

#### 第 5.2 小節 藥物未列於《藥物清單》上或藥物受到某種限制怎麼辦？

若您的藥物未列於《藥物清單》上或者受到限制，解決辦法是：

* 您或許可以獲取該藥的臨時供給（會員僅在特定情況下才可獲取臨時供給）。這可為您和您的醫療服務提供者爭取時間，以便換成其他藥物或提出藥物承保請求。
* 您可以換成其他藥物。
* 您可以請求破例，要求計劃承保該藥，或者消除對該藥的限制。

您或許能夠獲取臨時供給

在特定情況下，若您的藥物未列於《藥物清單》上或受到某種限制，計劃可以臨時供給藥物。此舉可為您爭取時間，讓您與您的醫療服務提供者商榷承保範圍的變更以及解決辦法。

您必須達到下列兩項要求之一才符合獲得臨時供給的資格：

**1. 藥物承保範圍的變更必須為以下類型的變更之一：**

* 您一直在服用的藥物**從《藥物清單》上消失了**。
* — 或者 — 您一直服用的藥物**當下受到了某種限制**（本章第 4 節將講解限制）。

**2. 您必須符合下述情況之一：**

* *[如果所有當前會員將在來年提前過渡，則贊助者可以省略該情景。]***對於新加入或去年加入了計劃但未入住長期護理 (LTC) 設施的會員：**

如果您為新會員，我們會承保您成為本計劃會員的**前 *[插入時間段（必須至少為 90 天）]* 內的臨時藥物供給，如果您為去年加入計劃的會員，我們會承保日曆年內前 [插入時間段*（必須至少為 90* 天）] 天內的臨時藥物供給。**臨時供給不得超過*[插入供給限額（必須至少為 30 天的供給）*]。若處方的適用天數更少，我們將允許多次抓藥，提供最多 *[插入供給限額（必須至少為 30 天的供給）]*的藥量。必須在網絡藥房抓藥。

* **對於去年加入了計劃且入住長期護理 (LTC) 設施的會員：**

**如果您為新會員**，我們會承保**您成為本計劃會員的前 *[插入時間段（必須至少為 90 天）]*** 內的臨時藥物供給，**如果您為去年加入計劃的會員，我們會承保日曆年內前** *[插入時間段（必須至少為 90 天）*] 內的臨時藥物供給。總供給量不得超過*[插入供給限額（必須至少為 91 天的供給，可能最多不超過 98 天的供給，取決於配藥增量）*]。若處方適用的天數更少，我們允許多次抓藥，提供最多*[（必須至少為 91 天的供給* *，最多不超過 98 天的供給）]* 的藥量。（請注意，為杜絕浪費，長期護理藥房每次提供的藥量可能會更少。）

* **對於加入計劃的時間已超過 *[插入時限（必須至少為 90 天）]*** **且入住長期護理 (LTC) 設施需要立即獲得藥物供給的會員：**

我們將承保一次[*插入供給限額（必須至少為 31 天的供給）*]特定藥物供給，若處方的適用天數更少，則提供的藥量會更少。這是除上述長期護理之外的過渡供給。

* *[若適用：計劃必須插入過渡政策，方便會員變更護理級別。]*

如需請求臨時供給，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

領取臨時藥物供給期間，您應該諮詢您的醫療服務提供者，以瞭解臨時供給的藥物用完之後的解決辦法。您可以換成計劃內承保的其他藥物，或要求計劃為您破例，將您當前使用的藥物列入承保範圍。下方章節將詳細解釋這些選項。

您可以換成其他藥物

請先與您的醫療服務提供者商榷。因為計劃可能會承保適用於您的其他藥物。您可以致電會員服務部，索要治療相同疾病的承保藥物的清單。該清單可幫助您的醫療服務提供者查找適用於您的承保藥物。（會員服務部的電話號碼列印於本手冊封底。）

您可以要求破例

您與您的醫療服務提供者可以要求計劃為您破例，以您希望的承保方式為藥物承保。若您的醫療服務提供者認為您有正當的醫療理由要求我們破例，您的醫療服務提供者可以幫助您請求破例。例如，您可以要求計劃承保某種藥物，即使該藥未列於計劃的《藥物清單》上。您也可以要求計劃破例，無限制地承保藥物。

*[若計劃未針對當前會員制定提前過渡流程，則可以省略以下段落。]*若您是當前會員，且您正在服用的藥物將於來年從處方藥物表中刪除或受到某種限制，我們將允許您提前請求來年的處方藥物表例外情況。我們將告知您來年的藥物承保範圍變更。您可以於本年度內要求破例，我們將於收到請求（或處方醫生的支持聲明）後的 72 小時內予以答覆。若我們同意您的請求，我們對承保範圍做出授權後，變更方告生效。

若您與您的醫療服務提供者希望申請破例，請參見第 9 章第 6.4小節的處理步驟*。*該部分將解釋聯邦醫療保險設定的各個程序與截止期限，可確保您的請求得到及時公正地處理。

#### 第 5.3 小節 您認為藥物所屬的成本分擔級別太高怎麼辦

*[若計劃的處方藥物表結構（比如無級別）不允許出現級別例外情況：請省略本句。]*若您認為藥物所屬的成本分擔級別太高，解決辦法是：

您可以換成其他藥物

若您認為藥物所屬的成本分擔級別太高，請先與您的醫療服務提供者商榷。因為可能存在其他藥物，成本分擔級別更低，而且對您適用。您可以致電會員服務部，索要治療相同疾病的承保藥物的清單。該清單可幫助您的醫療服務提供者查找適用於您的承保藥物。（會員服務部的電話號碼列印於本手冊封底。）

您可以要求破例

*[若計劃的處方藥物表結構（比如無級別）不允許出現級別例外情況：請省略本小節。]*

若藥物屬於 *[插入級別]*，您與您的醫療服務提供者可以要求計劃為該藥的成本分擔級別破例，以便減少您支付的費用。若您的醫療服務提供者認為您有正當的醫療理由要求我們破例，您的醫療服務提供者可以幫助您請求破例。

若您與您的醫療服務提供者希望申請破例，請參見第 9 章第 6.4小節的處理步驟*。*該部分將解釋聯邦醫療保險設定的各個程序與截止期限，可確保您的請求得到及時公正地處理。

[*適用時插入：*[*插入特定級別名稱*]中的藥物無資格適用這類破例。我們不會減少該級別的成本分擔費用。]

### 第 6 節 藥物的承保範圍出現變更怎麼辦？

#### 第 6.1 小節 《藥物清單》可能會於年度內出現變動

多數的藥物承保範圍變動發生於年初（1 月 1 日）。但是，計劃可能會於年度內對《藥物清單》做出變動。例如，計劃可以：

* **添加或刪除《藥物清單》上的藥物。**加入新藥，包括新的非品牌藥。政府可能會批准現有藥物的新用法。有時，藥物被召回，而我們決定不為其承保。或者我們可能會因某種藥物被證實無效將其從清單中刪除。
* *[不使用級別的計劃可以省略]***提高或降低藥物的成本分擔級別。**
* **添加或刪除對藥物承保範圍限制**（如需瞭解更多有關承保範圍限制的資訊 請參見本章第 4 節）。
* **非品牌藥替代品牌藥**

在幾乎所有情況下，我們必須獲得聯邦醫療保險的批准才可以對計劃的《藥物清單》做出變更。

#### 第 6.2 小節 您正在服用的藥物的承保範圍發生變更會怎樣？

您如何知道藥物的承保範圍已經變更？

若*您正在服用的藥物*的承保範圍發生變更，計劃將為您寄送通知函。正常情況下，**我們至少會提前 60 天告知您。**

藥物有時會因被證實不安全或其他原因而**突然被召回。**這種情況下，計劃會立即將該藥從《藥物清單》中刪除。我們會立即將該變動告知您。您的醫療服務提供者也會知道該變動，且會與您一起尋找適合您病情的其他藥物。

藥物承保範圍的變動會立即對您構成影響嗎？

若以下任何一類變動對會您正在服用的藥物構成影響，在您未退出計劃的前提下，來年 1 月 1 日之前，該類變動將不會對您構成影響：

* *[不使用級別的計劃可以省略]*若我們提高了藥物的成本分擔級別。
* 若我們對您的藥物使用設定了新的限制。
* 若我們將您的藥物從《藥物清單》上刪除了，但是刪除的原因並非是突然召回或存在新的非品牌藥進行了替代。

若這些變動涉及到您正在服用的藥物，那麼來年 1 月 1 日之前，這些變動不會對藥物的使用或您支付的費用份額構成影響。來年之前，可能您的付款不會增加，您的藥物使用限制也不會增多。但是，來年的 1 月 1 日起，這類變動將會對您構成影響。

在某些情況下，承保範圍變更會於 1 月 1 日之前對您構成影響：

* 若**您正在服用的品牌藥被新的非品牌藥替代，**則計劃必須至少提前 60 天通知您，或者為您提供為期 60 天的網絡藥房品牌藥重新抓藥服務。
  + 在這 60 天內，您應該與您的醫療服務提供者商討，以便改換為非品牌藥，或者改換為我們承保的其他藥物。
  + 您與您的醫療服務提供者也可以要求計劃破例，繼續為您承保該品牌藥。如需瞭解如何請求破例，請參見第 9 章*（出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦））。*
* 再次強調，若藥物因被證實不安全或其他原因**突然被召回，**計劃會立即將該藥從《藥物清單》中刪除。我們會立即將該變動告知您。
  + 您的醫療服務提供者也會知道該變動，且會與您一起尋找適合您病情的其他藥物。

### 第 7 節 計劃*不*承保哪些類型的藥物？

#### 第 7.1 小節 我們不承保的藥物類型

本小節將告訴您哪些類型的處方藥被「排除在外」。這意味著，聯邦醫療保險不為這些藥物付款。

若您獲得的藥物被排除在外，您必須自行為其付款。我們不會為列於本小節的藥物付款[*適用時插入：*（被排除在外的特定藥物根據增強藥物承保範圍享受承保的情形除外）]。唯一的例外情況：因您的情況特殊，若所請求的藥物經上訴證實未被 D 部排除在外，且我們本應為其付款或承保。（關於如何對我們不承保藥物的決定提起上訴，請轉到本手冊第 9 章第 6.5 小節。）

此處為聯邦醫療保險藥物計劃 D 部分不承保的藥物之三大一般規則：

* 我們計劃的 D 部分藥物承保範圍不承保聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分承保的藥物。
* 我們的計劃不承保購買於美國及其領地之外的藥物。
* 我們的計劃通常不承保標示外用法。「標示外用法」是指不按食品藥品管理局批准的藥物標示適應症使用藥物。
* 一般而言，「標示外用法」的承保範圍僅於獲得特定參考書籍支持時方可允許使用。這些參考書籍是《美國醫院處方藥服務藥物資訊》(American Hospital Formulary Service Drug Information)、《DRUGDEX 資訊系統》(DRUGDEX Information System)，以及針對癌症的美國國家綜合癌症網絡及臨床藥理學或其後續版本。若用法未獲得這些參考書籍的支持，則我們的計劃不承保藥物的「標示外用法」。

此外，根據法律規定，聯邦醫療保險藥物計劃不承保這類藥物：[*適用時插入：*（我們的計劃透過我們的增強藥物承保範圍承保下列特定的藥物，但您可能因此需支付額外的保費。詳見下方資訊。）]

* 非處方藥（也稱為 OTC 藥物）
* 用於促進生育的藥物
* 用於緩解咳嗽或感冒病症的藥物
* 用於美容目的或促進生發的藥物
* 處方維他命和礦物質產品，孕期維他命和氟化物製劑除外
* 用於治療性生活或勃起功能障礙的藥物，比如偉哥 (Viagra)、西力士 (Cialis)、艾力達 (Levitra) 與凱威捷 (Caverject)。
* 用於治療厭食、減肥或增肥的藥物
* 製造商做為出售條件要求顧客購買由其獨家供應的相關檢測或監測服務的門診藥物

[*適用時插入：*我們為聯邦醫療保險處方藥計劃通常不承保的部分處方藥提供額外的承保範圍（增強藥物承保範圍）。*[插入有關計劃承保的排外藥物詳情，包括您是否對該承保範圍設定了任何限制。]*對於這些藥物，您抓藥時支付的費用不計入重大災難承保範圍階段的資格衡量。（重大災難承保範圍階段的內容請參見本手冊第 6 章第 7 節。）]

[*若計劃為任何 D 部分排外藥物提供承保範圍，請插入：*除此之外，若您**正在接受聯邦醫療保險的「額外補助」**，即您獲得了處方藥的付款幫助，則「額外補助」計劃將不會為通常不承保的藥物支付費用。（詳情請參閱計劃的《藥物清單》或致電會員服務部。會員服務部的電話號碼列印於本手冊封底。）但是，若您透過「州醫療補助」獲取藥物承保範圍，則您的州醫療補助計劃可能會承保聯邦醫療保險藥物計劃通常不承保的某些處方藥。請聯絡您的州醫療補助計劃，瞭解您可以獲取哪些藥物承保範圍。（您可於第 2 章第 6 節找到州醫療補助的電話號碼與聯絡資訊。）]

[*若計劃不為任何 D 部分排外藥物提供承保範圍，請插入：***若「額外補助」正在幫助您支付藥費，**則您的州醫療補助計劃可能會承保聯邦醫療保險藥物計劃通常不承保的某些處方藥。請聯絡您的州醫療補助計劃，瞭解您可以獲取哪些藥物承保範圍。（您可於第 2 章第 6 節找到州醫療補助的電話號碼與聯絡資訊。）]

### 第 8 節 抓藥時請出示劃會員卡

#### 第 8.1 小節 出示會員卡

在您選擇的網絡藥房抓藥時，需出示計劃會員卡。出示計劃會員卡之後，網絡藥房會自動向計劃開出帳單，索要應由*我們*支付的承保處方藥費用。獲取處方藥時，您需要向藥房支付應由*您*支付的費用。

#### 第 8.2 小節 沒帶會員卡怎麼辦？

抓藥時若沒帶計劃會員卡，請要求藥房致電計劃以獲取必要資訊。

若藥房無法獲取必要資訊，**獲取藥物時您可能需要支付處方藥的全額費用**。（然後您可以**要求我們償付**應由我們支付的費用。請參見第 7 章第 2.1 小節，瞭解如何要求計劃進行償付。）

### 第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物承保範圍

#### 第 9.1 小節 所住的醫院或專業護理機構處於計劃的承保範圍內會如何？

若您入住的醫院或專業護理機構在計劃的承保範圍內，我們一般會承保您入住期間的處方藥費用。您離開醫院或專業護理機構之後，只要您的藥物滿足所有的承保範圍規則，計劃將承保您的藥物。請參見本小節的前文部分，瞭解獲取藥物承保範圍的規則。第 6 章（*您該為 D 部分處方藥支付的部分）*將詳細講解藥物承保範圍與您需支付的部分。

**請注意：**進入、入住或離開專業護理機構時，您有權享有「特別參保期」。在此期間，您可以轉換計劃或更改承保範圍。（第 10 章，*終止您的計劃會員身份*，講解您何時可以退出計劃並加入不同的聯邦醫療保險計劃。）

#### 第 9.2 小節 入住長期護理 (LTC) 設施會如何？

長期護理 (LTC) 設施（比如養老院）通常自帶藥房，或者設有為全體入住患者提供藥物的藥房。入住長期護理設施後，只要該藥房處於我們的網絡內，您即可以透過該設施的藥房獲取您的處方藥。

請查閱*《藥房名錄》*查看您的長期護理設施的藥房是否在我們的網絡內。若不在網絡內，或者您需要更多資訊，請聯絡會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

入住長期護理施 (LTC) 設施並成為計劃的新會員後會如何？

若您需要的藥物不在我們的《藥物清單》上或者受到了某種限制，則計劃將承保您成為會員後前 *[插入時限（必須至少為 90 天）]***臨時供給**的藥物。總供給量不得超過*[插入供給限額（必須至少為 91 天，可能最多不超過 98 天的供給，取決於配藥增量）]*，若處方的適用天數更少，則提供的藥量會更少。（請注意，為杜絕浪費，長期護理 (LTC) 藥房每次提供的藥量可能會更少。）若您加入計劃的時間超過 *[插入時限（必須至少為 90 天）]*，且需要的藥物未列於我們的《藥物清單》上，或者計劃對該藥的承保範圍設定了任何限制，我們將承保一次*[插入供給限額（必須至少為 31 天的供給）]*供給，若處方的適用天數更少，則提供的藥量會更少。

領取臨時藥物供給期間，您應該諮詢您的醫療服務提供者，以瞭解臨時供給的藥物用完之後的解決辦法。因為計劃可能會承保適用於您的其他藥物。您與您的醫療服務提供者還可以要求計劃為您破例，以您希望的承保方式為藥物承保。若您與您的醫療服務提供者希望申請破例，請參見第 9 章第 6.4小節的處理步驟*。*

#### 第 9.3 小節 若您還同時享受僱主或退休人員團體計劃的藥物承保範圍會如何？

您目前透過您（或您配偶的）僱主或退休人員團體享受其他處方藥承保範圍嗎？若是，請聯絡**該團體的福利管理人員。**他或她可以幫助您確定當前的處方藥承保範圍將如何與我們的計劃合作。

一般情況下，若您目前為就業狀態，則我們提供的處方藥承保範圍將*次於*您的僱主或退休人員團體承保範圍。這意味著您的團體承保範圍將先付款。

「抵免保險」的特別注意事項：

您的僱主或退休人員團體應每年向您寄送通知，告知下一個日曆年您的處方藥承保範圍是否「抵免」以及您的藥物承保範圍選項。

若團體計劃的承保範圍為「**抵免**」，則意味著計劃擁有的藥物承保範圍通常應該支付至少與聯邦醫療保險標準處方藥承保範圍同樣多的費用。

**請妥善保管這些抵免保險通知**，因為以後可能會用到。若您參保的聯邦醫療保險計劃包括 D 部分藥物承保範圍，則您可能需要用這些通知證明您持有抵免保險。若您未獲得僱主或退休人員團體計劃提供的抵免保險通知，您可以向您的僱主或退休人員計劃的福利管理人員或者僱主或工會索要副本。

#### 第 9.4 小節 入住聯邦醫療保險認證的善終服務機構會如何?

善終服務及我們的計劃絕不會同時為藥物承保。如果您已參保聯邦醫療保險善終服務，且需要善終服務不承保的與您的末期疾病及相關病情無關的止吐藥、緩瀉藥、止痛藥或抗焦慮藥，我們的計劃必須收到處方醫生或善終醫療服務提供者的通知，得知此藥物不具相關性後，方可承保此藥物。爲了防止延遲接收本計劃應承保的任何不相關藥物，您可以諮詢您的善終醫療服務提供者或處方醫生，確保我們收到通知，得知此藥物不具相關性，然後才能要求藥房抓藥。

如果您撤銷自己的善終服務選擇，或是從善終服務機構出院，我們的計劃應該為您的所有藥物提供承保。當您的聯邦醫療保險善終服務福利結束時，為了防止藥房出現任何延遲，您應攜帶文件資料前往藥房，核實您的撤銷或出院事宜。請參見本小節內容的前述部分，瞭解獲取 D 部分藥物承保的規則。第 6 章（*您該為 D 部分處方藥支付的部分*）提供有關藥物承保範圍以及您應支付費用的更多詳細資訊。

### 第 10 節 有關藥物安全與管理用藥的計劃

#### 第 10.1 小節 幫助會員安全用藥的計劃

我們會為會員進行藥物使用審查，幫助確保會員得到安全適當的護理。這些審查對於擁有多位開具處方的醫療服務提供者的會員尤其重要。

我們會於您每次抓藥時進行審查。我們還會定期審查我們的記錄。審查期間，我們會尋找潛在的問題，比如：

* 可能的用藥錯誤
* 因您正在服用其他藥物治療相同疾病而產生的不必要藥物
* 因年齡或性別而導致不安全或不適當的藥物
* 同時服用可能會傷害您身體的特定藥物搭配
* 所開處方中含有您過敏的成份
* 您所服藥物的藥量（劑量）可能出現問題

若我們認為您的用藥可能出現了問題，我們將與您的醫療服務提供者協商糾正問題。

#### 第 10.2 小節 藥物治療管理 (MTM)[*若計劃擁有其他藥物治療管理計劃*，請插入「與其他」]計劃[*若適用*請插入「s」]可以幫助會員管理自己的用藥情況

*[僅適用時，計劃應涵蓋本小節。]*

我們設有可以幫助會員解決複雜醫療保健需求的*[若計劃擁有其他藥物治療管理計劃，請刪除「a」並插入「計劃」*]計劃。例如，部分會員患有一些複雜的疾病，或者需要同時服用多種藥物，又或者需負擔高額的藥費。

會員可自願免費參加該計劃[*適用時替換為：*「該類計劃」]。該[*適用時插入「類」*計劃由一組藥劑師與醫生為我們制定。該計劃[*適用時插入*：「該類計劃」]有助於確保我們的會員從所使用的藥物中獲得最佳療效。我們的[*適用時替換：*將「我們的」*替換為*「其中一個」]計劃稱為藥物治療管理 (MTM) 計劃。部分服用治療不同疾病的多種藥物的會員或許能夠透過 MTM 計劃來獲取服務。藥劑師或其他保健專業人員將全面審查您的所有用藥。您可以諮詢如何正確用藥、您的費用、遇到的任何問題，或您對自己的處方藥及非處方藥所存有的任何疑問。您將獲得該次探討的書面摘要。該摘要會制定一個用藥行動計劃，推薦最佳的用藥做法，其中還留有空白處供您記錄要點或寫下後續問題。您還可以獲得一張個人用藥清單，清單中將列出您正在服用的所有藥物以及服藥原因。

為便於您與醫生探討行動計劃與用藥清單，建議您於年度「健康」檢查前進行用藥審查。就診或者諮詢醫生、藥劑師與其他衛生保健醫療服務提供者時，請隨身攜帶行動計劃與用藥清單。前往醫院或急救室時，亦請攜帶您的用藥清單（例如，攜帶您的 ID 卡）。

若我們設有滿足您需要的計劃，我們將自動將您加入我們的計劃並向您寄送資訊。若您決定不加入，請通知我們，我們會幫您退出該計劃。若您對這些計劃存有任何問題，請聯絡會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

第 6 章

您該為 D 部分  
處方藥支付的部分

## 第 6 章 您該為 D 部分處方藥支付的部分

第 1 節 簡介 114

第 1.1 小節 本章應與其他藥物承保範圍資料一同使用 114

第 1.2 小節 您需為承保藥物付款的自付費用類型 115

第 2 節 支付多少藥費取決於您獲得藥物時所處的「藥物支付階段」 115

第 2.1 小節 *[插入 2017 年計劃名稱]*會員享有哪些藥物支付階段？ 115

第 3 節 我們會向您寄送報告，解釋藥物的藥費支付情況以及您所處的支付階段 117

第 3.1 小節 我們會向您寄送名為《D 部分處方藥福利解釋》（簡稱《D 部分 EOB》）的每月報告。 117

第 3.2 小節 幫助我們持續更新您的藥費支付情況 117

第 4 節 在自付額階段，您需支付*[適用時插入藥物級別]*全額藥費。 118

第 4.1 小節 *[適用時插入藥物級別]*的藥費支付額達到 [*插入自付額金額*] 美元後，即可進入自付額階段的下一個階段 118

第 5 節 最初承保範圍階段期間，計劃支付由其承擔的藥費，您則支付由您承擔的部分 119

第 5.1 小節 支付多少藥費取決於藥物的種類與抓藥的地點 119

第 5.2 小節 *為期一月*的藥物供給費用表 120

第 5.3 小節 若您的醫生開出的處方的供給時間不足一個月，您可能無需支付整月供給的費用 121

第 5.4 小節 *長期*（[*適用時插入：*最多] *[插入天數]* 天 的）藥物供給費用表 122

第 5.5 小節 您的[*適用時插入：*年度總藥費達到 *[插入最初承保範圍限制]* 美元*或*年度自付費用達到 *[插入 2017 年自付額閾值]* 美元]後，即可進入最初承保範圍階段的下一個階段。 123

第 5.6 小節 聯邦醫療保險如何計算您的處方藥自付費用 124

第 6 節 承保範圍缺口階段，[*酌情插入：*您可享受品牌藥折扣且最多支付 51% 的非處方藥費用*或*計劃提供部分藥物承保範圍] 126

第 6.1 小節 自付費用達到 *[插入 2017 年自付額閾值]* 美元時，即可進入承保範圍缺口階段的下一個階段。 126

第 6.2 小節 聯邦醫療保險如何計算您的處方藥自付費用 127

第 7 節 重大災難承保範圍階段，計劃為您支付大部分的藥費 129

第 7.1 小節 一旦您進入重大災難承保範圍階段，該度年剩餘時間內您將維持在該階段 129

第 8 節 其他福利資訊 130

第 8.1 小節 我們的計劃提供其他福利 130

第 9 節 為 D 部分承保的疫苗支付多少費用取決於您獲取疫苗的方式與地點 130

第 9.1 小節 我們的計劃可能為 D 部分疫苗藥物以及疫苗的注射費用設定了獨立的承保範圍 130

第 9.2 小節 獲取疫苗前，建議您致電會員服務部 131

第 10 節 您必須支付 D 部分「延期參保罰款」嗎？ 132

第 10.1 小節 什麼是 D 部分「延期參保罰款」？ 132

第 10.2 小節 D 部分延期參保罰款的金額是多少？ 132

第 10.3 小節 某些情況下，您延期參保可能無需支付罰款 133

第 10.4 小節 對延期參保罰款有異議怎麼辦？ 134

第 11 節 您必須因自己的收入而支付額外的 D 部分費用嗎？ 134

第 11.1 小節 哪些人會因收入而需支付額外的 D 部分費用？ 134

第 11.2 小節 額外的 D 費用是多少？ 135

第 11.3 小節 若您對支付額外的 D 部分費用有異議怎麼辦？ 135

第 11.4 小節 不支付額外的 D 部分費用會怎樣？ 136

question mark問號。 **您知道有些計劃可以幫助人們支付藥費嗎？**

[*根據第 2 章是否已討論 SPAP 酌情插入：*有一些計劃專門用來幫助無力支付藥費的人士。當中包括「額外補助」以及州政府藥品援助計劃。*或者，*「額外補助」計劃可幫助無力支付藥費的人士。]詳情請參見第 2 章第 7 節。

**您目前正在享受藥費支付幫助嗎？**

若您加入的計劃能幫您支付藥費，**本*《承保範圍證明》*中有關 D 部分處方藥費用的部分資訊**[*適用時插入：***可能***或***一定]不適用於您。***[若不適用，請省略有關低收入補貼（LIS）附加條款之資訊。]*我們[*酌情插入：* 已經附上*或*向您寄送]一份單獨的插頁，稱為《領取處方藥費用額外補助人士之承保範圍證明附加條款》（亦稱《低收入補貼附加條款》或《LIS 附加條款》），該條款將向您解釋您的藥物承保範圍。若您沒有該插頁，請致電會員服務部索要《LIS 附加條款》。（會員服務部的電話號碼列印於本手冊封底。）

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 小節 本章應與其他藥物承保範圍資料一同使用

本章關注您該為 D 部分處方藥支付的部分。為了簡單起見，本章中我們使用「藥物」來表示 D 部分處方藥。如第 5 章所述，並非所有藥物都是 D 部分藥物 — 有些藥物受到聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分承保，而有些藥物則被法律排除在聯邦醫療保險承保範圍之外。[*提供補充承保範圍的計劃可以選擇：*若您購買了補充藥物承保範圍，部分排外藥物可能會由我們的計劃承保]。

為了便於您理解本章中我們給出的付款資訊，您需要知道一些基本情況，比如哪些藥物承保、何處抓藥、獲得承保藥物時需遵守何等規則。以下資料將解釋這些基本情況：

* **計劃的*《承保藥物清單》（處方藥物表）***為了簡單起見，我們稱其為「藥物清單」。
  + 該藥物清單將解釋哪些藥物可獲得承保。
  + *[不使用級別的計劃請省略]* 該清單還將解釋藥物在 *[插入級別的數目]* 個「成本分擔級別」中屬於哪個級別，以及藥物承保範圍是否存在任何限制。
  + 若您需要《藥物清單》的副本，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。您還可以造訪我們的網站 *[插入網址]* 查閱《藥物清單》。網站上的《藥物清單》始終為最新版本。
* **本手冊第 5 章。**第 5 章將詳細解釋您的處方藥承保範圍，包括獲取承保藥物時需遵守的規則。第 5 章還將解釋我們的計劃不承保的處方藥類型。
* **計劃的**[*適用時插入：****醫療服務提供者/***]***《藥房名錄》。***大多數情況下，您必須使用網絡藥房來獲取您的承保藥物（詳見第 5 章）。[*適用時插入：醫療服務提供者/*]*《藥房名錄》*列出了計劃網絡內的藥房清單*。*該清單還將告訴您我們網絡內的哪些藥房可以為您長期提供藥物（比如供藥 3 個月）。

#### 第 1.2 小節 您需為承保藥物付款的自付費用類型

為了方便您理解本章中我們提供的付款資訊，您需要瞭解您可能需為承保服務付款的自付費用類型。您為藥物支付的費用稱為「成本分擔」，共有三種款項需由您來支付。

* **「自付額」**是指我們的計劃支付應付款項之前您必須為藥物支付的金額。
* **「共付額」**是指您每次抓藥時支付的固定金額。
* **「共同保險」**是指您每次抓藥時支付的總費用百分比。

### 第 2 節 支付多少藥費取決於您獲得藥物時所處的「藥物支付階段」

#### 第 2.1 小節 *[插入 2017 年計劃名稱]*會員享有哪些藥物支付階段？

如下表所示，*[插入 2017 年計劃名稱]*的處方藥承保範圍共有多種「藥物支付階段」。您需支付多少藥費取決於抓藥或再抓藥時所處的階段。*[無保費的計劃請刪除以下句段]*請記住，無論藥物支付階段為何，您始終需支付計劃的每月保費。

*[計劃：請確保整個表格顯示於同一頁面。]*

| **第 1 階段**  *年度自付額 階段* | **第 2 階段**  *最初承保範圍 階段* | **第 3 階段**  *承保範圍缺口 階段* | **第 4 階段**  *重大災難承保範圍階段* |
| --- | --- | --- | --- |
| [*若計劃的所有級別均有自付額，請插入：*年度內首次抓藥之後即進入該支付階段。]  在該階段，**您需支付全額**[*適用時插入：*品牌藥*或[級別名稱]*]藥費。  支付 *[插入自付額金額]* 美元的[*適用時插入：品*牌名稱*或[級別名稱]*]藥費之後才可進行下一階段（您的[*適用時插入：*品牌名稱*或[級別名稱]*]自付額費用為 *[插入自付額金額]* 美元）。  （詳見本章第 4 節）  [*無自付額的計劃請將上文替換為：*因為計劃沒有自付額，故此該支付階段對您不適用。] | [*若計劃沒有自付額，請插入：*年度內首次抓藥之後即進入該階段。]  [*若計劃無自付額或所有藥物適用同一個自付額，請插入：*本階段期間，計劃將支付藥費中應由其承擔的部分，而**您則支付自己應承擔的部分。]**  [*若計劃的部分藥物適用同一個自付額，請插入：*本階段期間，計劃將支付[*適用時插入：*非品牌藥*或[級別名稱]*]藥費中應由其承擔的部分，而**您則支付自己應承擔的部分***。*  您或（代表您的其他人）達到[*適用時插入：*品牌名稱*或[級別名稱]*]自付額後，計劃將支付應由其承擔的[*適用時插入：*品牌名稱*或[級別名稱]*]藥費，而您則支付自己應承擔的部分。]  年初至今，[*適用時插入：***「總藥費」**（您的付款加上任何 D 部分計劃付款）總額達到 *[插入最初承保範圍限制]* 美元*或***「自付費用」**（您的付款）達到 *[插入 2017 年自付額閾值]* 美元即可進行下一個階段。]  （詳見本章第 5 節。） | [*無其他缺口承保範圍的計劃請插入：*本階段期間，您需支付 40% 的品牌藥費用加上一筆配藥費）以及 51% 的非品牌藥費用。]  [*僅於缺口中存在其他非品牌藥承保範圍的計劃請插入：*  對於非品牌藥，您需支付*[計劃應簡要說明非品牌藥承保範圍。比如，10 美元共付額或費用的 51%，以較低者為準。]*對於品牌藥，您需支付 40% 的費用（加上一筆配藥費）。]  *[缺口中含有部分承保範圍的計劃：使用標準術語插入缺口承保範圍的說明。*  年初至今，**「自付費用」**（您的付款）總額達到 *[插入 2017 年自付額閾值]* 美元後即可進入下一個階段。該金額及費用計入該金額的規則由聯邦醫療保險設定。  （詳見本章第 6 節。）  [*無其他承保範圍缺口的計劃請將上文替換為：*因為計劃沒有承保範圍，故此該支付階段對您不適用。] | 本階段期間，**計劃將支付**剩餘日曆年內您的**大部分藥費**（直到 2017 年 12 月 31 日）。  （詳見本章第 7 節。） |

### 第 3 節 我們會向您寄送報告，解釋藥物的藥費支付情況以及您所處的支付階段

#### 第 3.1 小節 我們會向您寄送名為《D 部分處方藥福利解釋》（簡稱《D 部分 EOB》）的每月報告。

我們的計劃會記錄您的處方藥費用以及在藥房抓藥或再抓藥時所付的款項。這樣一來，您從一個支付階段過渡到另一個支付階段時，我們就能通知您。我們會特別記錄兩種費用：

* 我們會記錄您已支付的款項。該筆款項稱為您的**「自付額」**費用。
* 我們會記錄您的**「總藥費」**。總藥費是指您支付或其他人代您支付的自付額加上計劃支付的款項。

前一個月透過計劃抓藥一次或多次時，我們的計劃會出具名為*《D 部分處方藥福利解釋》*（有時稱為《D 部分 EOB》）的書面報告。內容包括：

* **上個月的資訊。**該報告將列出上個月的處方藥費用支付詳情。包括總藥費、計劃支付的部分以及您支付或其他人代您支付的部分。
* **自 1 月 1 日 起的年度總費用。**這叫做「年初至今」資訊。該資訊將顯示自開年以來的總藥費與總支付額。

#### 第 3.2 小節 幫助我們持續更新您的藥費支付情況

為了記錄您的藥費與藥費支付情況，我們會使用從藥房處獲得的記錄。您該如何幫助我們正確記錄您的資訊並持續更新：

* **抓藥時出示會員卡。**為了確保我們知道您所抓的藥物以及您支付的款項，每次抓藥時請出示計劃會員卡。
* **確保我們擁有我們需要的資訊。**有時您可能需要為處方藥付費，因為我們可能無法自動獲取記錄自付費用所需的資訊。為了幫助我們記錄您的自付費用，您可以向我們給出所購藥物的收據副本。（若您收到了承保藥物的帳單，您可以要求我們的計劃支付應由我們承擔的費用。如需瞭解操作步驟，請轉到本手冊第 7 章第 2 節。）某些情況下，您可能需要向我們給出所購藥物的收據，以便我們完整地記錄您為藥物支付的費用：
* 在網絡藥房購買特價承保藥物或使用非計劃福利折扣卡。
* 為藥物製造商患者援助計劃提供的藥物支付共付額。
* 在網絡外藥房購買的承保藥物，或者特殊情況下全價購買的承保藥物。
* **向我們發送資訊，告知其他人代您支付的款項。**特定其他個人與組織支付的款項也會計入您的自付費用，有助於您的重大災難承保範圍資格衡量。例如，由*[州內無 SPAP 的計劃請刪除下一項：]*州政府藥品援助計劃、艾滋病藥物補助計劃 (ADAP)、印第安人健康服務與大多數慈善機構支付的費用將計入您的自付費用。您應記錄這些付款情況並寄送給我們，以便我們記錄您的費用。
* **檢查我們寄送的書面報告。**郵件中收到*《D 部分處方藥福利解釋》*（簡稱《D 部分 EOB》）時，請仔細檢查，確保資訊完整無誤。若您認為報告內容有所遺漏，或者存有疑問，請致電會員服務部聯絡我們（電話號碼列印於本手冊封底）。*[允許會員線上管理該資訊的計劃可於此處進行說明。]*請妥善保管這些報告。因為這是非常重要的藥費開支記錄。

### 第 4 節 在自付額階段，您需支付*[適用時插入藥物級別]*全額藥費。

#### 第 4.1 小節 *[適用時插入藥物級別]*的藥費支付額達到 [*插入自付額金額*] 美元後，即可進入自付額階段的下一個階段

[*無自付額的計劃將第 4 節標題替換為：[插入 2017 年計劃名稱]*]無自付額*。*

[*無自付額的計劃將第 4.1 小節標題替換為：*您無需為 D 部分藥物支付自付額。]

[*無自付額的計劃將下方文字替換為：[插入 2017 年計劃名稱]*]無自付額。年度內首次抓藥之後即進入最初承保範圍階段。請參見第 5 節，瞭解最初承保範圍階段的承保範圍資訊。]

自付額階段是藥物承保範圍的第一個支付階段。[*所有藥物類型/級別均含自付額的計劃請插入：*年度內首次抓藥後即進入該階段。在該支付階段時，**您必須支付全額藥費，**直至達到計劃的自付額金額，2017 年的自付額金額為 [*插入自付額金額]* 美元。][*僅部分藥物含自付額的計劃請插入：*您需為*[插入適用的藥物級別]*藥物支付 *[插入自付額金額]* 美元的年度自付額。**您必須支付*[插入適用的藥物級別]*藥物的全額費用，**直至達到計劃的自付額金額。對於所有其他藥物，您不必支付任何自付額，可立即開始享受承保範圍。]

* 您的**「全額費用」**通常低於藥物的正常全價，因為我們的計劃為大多數藥物商定了更低的費用。
* **「自付額」**是計劃支付應由其承擔的費用之前您必須為 D 部分處方藥支付的費用。

一旦您已為*[適用時插入藥物級別]*支付了 *[插入自付額金額]* 美元的費用，您即可脫離自付額階段，進入下一個藥物支付階段，即最初承保範圍階段。

### 第 5 節 最初承保範圍階段期間，計劃支付由其承擔的藥費，您則支付由您承擔的部分

#### 第 5.1 小節 支付多少藥費取決於藥物的種類與抓藥的地點

最初承保範圍階段期間，計劃支付承保處方藥費用中應由其承擔的部分，您則支付自己應承擔的部分（您的[*適用時插入；*共付額*或*共同保險費用*或*共付額或共同保險費用]）。您需承擔的費用會因藥物的不同以及抓藥地點的不同而不同。

計劃共有 *[插入級別的數目]* 個成本分擔級別

*[不使用藥物級別的計劃應省略本小節。]*

計劃《藥物清單》上的每種藥物屬於 *[插入級別的數目]* 種成本分擔級別中的其中一種。在一般情況下，成本分擔級別數字越高，您的藥費就越高：

* *[計劃應簡要描述每個級別（比如成本分擔級別 1 包括非品牌藥）。對最低級別和最高級別進行說明。]*

請查閱計劃的《藥物清單》，瞭解藥物的成本分擔級別。

您的藥房選擇

您需支付多少藥費取決於您是否從以下地點獲取藥物：

* *[若計劃的零售網絡藥房提供首選成本分擔，請刪除該項並使用下方兩項]*計劃網絡內的零售藥房
* [*若計劃的零售網絡藥房提供首選成本分擔，請插入：*提供標準成本分擔的網絡零售藥房]
* [*若計劃的零售網絡藥房提供首選成本分擔，請插入：*提供首選成本分擔的網絡零售藥房]
* 非計劃網絡內的藥房
* *[無郵購服務的計劃請刪除該項]*計劃的郵購藥房

如需有關這些藥房選擇與抓藥的資訊，請參見本手冊第 5 章與計劃的*《藥房名錄》*。

[*若計劃內的網絡藥房提供首選成本分擔，請插入：*一般情況下，我們*僅*承保在我們的網絡藥房所抓的處方藥。我們的部分網絡藥房還提供首選成本分擔。購買承保處方藥時，您還可以前往提供首選成本分擔的網絡藥房或其他提供標準成本分擔的網絡藥房。在提供首選成本分擔的藥房抓藥時，您的費用可能會更少。]

#### 第 5.2 小節 *為期一月*的藥物供給費用表

*[僅使用共付額或僅使用共同保險的計劃應編輯該段落，以便說明計劃的成本分擔]*最初承保範圍階段期間，您需為承保藥物支付的費用為共付額或共同保險。

* **「共付額」**是指您每次抓藥時支付的固定金額。
* **「共同保險」**是指您每次抓藥時支付的總費用百分比。

*[不使用藥物級別的計劃請省略]*如下表所示，共付額或共同保險的金額取決於藥物所屬的成本分擔。請注意：

* *[不含共付額的計劃請省略]*若承保藥物的價格低於表中所列的共付額，則您為該藥支付的費用以該筆較低的價格為準。您需支付藥物的全價*或者*共付額，*以較低者為準*。
* 僅在有限的情況下我們才會承保您在網絡外藥房抓取的處方藥。請參見第 5 章第 2.5 小節，瞭解我們何時會承保您在網絡外藥房抓取的處方藥。

[*若計劃的零售網絡藥房提供首選成本分擔，表中必須涵蓋標準與首選成本分擔的費率。若計劃的郵購福利既提供首選成本分擔也提供標準成本分擔，贊助者可以自行修改表格以說明不同的費率。若任何縱欄不適用於計劃（比如首選成本分擔或郵購成本分擔），請從表中刪除。計劃還可以酌情添加或刪除級別。若郵購不適用於某些級別，計劃應於成本分擔儲存格中插入以下文字：「郵購不適用於[插入級別]中的藥物。」*]

獲得為期一月的 D 部分承保處方藥時應由您承擔的費用

|  | **標準零售成本分擔（網絡內）**  （最多 *[插入天數]* 天的供給） | **首選零售成本分擔（網絡內）**  （最多 *[插入天數]* 天的供給） | **郵購成本分擔**  （最多 *[插入天數]* 天的供給） | **長期護理 (LTC) 成本分擔**  （最多 *[插入天數]* 天的供給） | **網絡外成本分擔**  （承保範圍限於特定的情況；詳情請參見第 5 章。） （最多 *[插入天數]* 天的供給） |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **成本分級別 1：**  （*[插入說明，比如「非品牌藥」]*） | *[插入共付額/ 共同保險]* | *[插入共付額/ 共同保險]* | *[插入共付額/ 共同保險]* | *[插入共付額/ 共同保險]* | *[插入共付額/ 共同保險]* |
| **成本分級別 2：**  （*[插入說明]*） | *[插入共付額/ 共同保險]* | *[插入共付額/ 共同保險]* | *[插入共付額/ 共同保險]* | *[插入共付額/ 共同保險]* | *[插入共付額/ 共同保險]* |
| **成本分級別 3：**  （*[插入說明]*） | *[插入共付額/ 共同保險]* | *[插入共付額/ 共同保險]* | *[插入共付額/ 共同保險]* | *[插入共付額/ 共同保險]* | *[插入共付額/ 共同保險]* |
| **成本分級別 4：**  （*[插入說明]*） | *[插入共付額/ 共同保險]* | *[插入共付額/ 共同保險]* | *[插入共付額/ 共同保險]* | *[插入共付額/ 共同保險]* | *[插入共付額/ 共同保險]* |

#### 第 5.3 小節 若您的醫生開出的處方的供給時間不足一個月，您可能無需支付整月供給的費用

通常而言，您需為處方藥支付費用，以承保整月的承保藥物供給。但是，您的醫生開出的處方的供給時間可不足一個月。有時您可能會要求醫生開出供給時間不足一個月的處方（例如，當您首次嘗試一種已知帶有嚴重副作用的藥物時）。若您的醫生開出的處方的供給時間不足一個月，您不必支付特定藥物的整月供給費用。

供給時間不足一個月時，您支付的費用取決於您是否需負責支付共同保險（總費用的百分比）或共付額（固定金額）。

* 若您需負責支付共同保險，意味著您需支付總藥費的*百分比*。無論處方藥的供給時間是否為一整月還是少於一整月，該百分比始終不變。但是，因為供給時間不足一個月時總藥費會更少，所以您支付的*金額*也會變少。
* 若您負責支付藥物的共付額，意味著您的共付額取決於接受藥物的天數。我們將計算您每天為藥物支付的金額（「每日成本分擔費率」），再乘以您接受藥物的天數。
  + *[若計劃的一個月供給不是 30 天，請編輯天數以及整月供給的共付額。例如，若計劃的一個月供給為 28 天，請修改接下來兩項中的資訊，指明藥物供給為 28 天，共付額為 28 美元。]*舉例如下：假設整月供給（30 天供給）的藥物共付額為 30 美元。這意味著，您每天需支付的藥費為 1 美元。若您接受了 7 天的藥物供給，因為您每天需支付 1 美元，乘以 7 天，總費用為 7 美元。

每日成本分擔允許您事先確保藥物對您有效，以防讓您枉付整月的供給費用。您也可以請醫生開具處方，請藥劑師調配不足一個月的藥物供給，前提條件是這樣做有助於您更好地規劃不同處方藥的再抓藥日期，以便您減少去藥房的次數。您支付的費用取決於您所獲取的藥物供給天數。

#### 第 5.4 小節 *長期*（[*適用時插入：*最多] *[插入天數]* 天 的）藥物供給費用表

*[不提供延長藥物供給的計劃請刪除第 5.4 小節]*

對於部分藥物，抓藥時您可以獲得長期供給（也稱為「延期供給」）。長期供給是指[*適用時插入︰*最多] *[插入天數]* 天的供給。（請參見第 5 章第 2.4 小節，詳細瞭解獲取長期藥物供給的地點與方式。）

下表將顯示您獲取長期（[*適用時插入：*最多] *[插入天數]* 天的）藥物供給時需支付的費用。

* *[無共付額的計劃請省略]*請注意：若承保藥物的價格低於表中所列的共付額，則您為該藥支付的費用以該筆較低的價格為準。您需支付藥物的全價*或者*共付額，*以較低者為準*。

[*若計劃的零售網絡藥房提供首選成本分擔，表中必須涵蓋標準與首選成本分擔的費率。若計劃的郵購福利既提供首選成本分擔也提供標準成本分擔，贊助者可以自行修改表格以說明不同的費率。若任何縱欄不適用於計劃（比如首選成本分擔或郵購成本分擔），請從表中刪除。計劃還可以酌情添加或刪除級別。若郵購不適用於某些級別，計劃應於成本分擔儲存格中插入以下文字：「郵購不適用於[插入級別]中的藥物。」*]

[*計劃必須在表格中涵蓋其擁有的全部級別。若計劃不為某些級別提供延長供給，計劃應於成本分擔儲存格中使用以下文字：「長期供給不適用於[插入級別]中的藥物。」*]

獲得 D 部分承保處方藥*長期*供給時應由您承擔的費用：

|  | **標準零售成本**‑**分擔（網絡內）**  [*適用時插入：*（最多 *[插入天數]* 天的供給） | **首選零售成本分擔（網絡內）**  [*適用時插入：*（最多 *[插入天數]* 天的供給） | **郵購成本分擔**  [*適用時插入：*（最多 *[插入天數]* 天的供給） |
| --- | --- | --- | --- |
| **成本分級別 1：**  （*[插入說明]*） | *[插入共付額/ 共同保險]* | *[插入共付額/ 共同保險]* | *[插入共付額/ 共同保險]* |
| **成本分級別 2：**  （*[插入說明]*） | *[插入共付額/ 共同保險]* | *[插入共付額/ 共同保險]* | *[插入共付額/ 共同保險]* |
| **成本分級別 3：**  （*[插入說明]*） | *[插入共付額/ 共同保險]* | *[插入共付額/ 共同保險]* | *[插入共付額/ 共同保險]* |
| **成本分級別 4：**  （*[插入說明]*） | *[插入共付額/ 共同保險]* | *[插入共付額/ 共同保險]* | *[插入共付額/ 共同保險]* |

#### 第 5.5 小節 您的[*適用時插入：*年度總藥費達到 *[插入最初承保範圍限制]* 美元*或*年度自付費用達到 *[插入 2017 年自付額閾值]* 美元]後，即可進入最初承保範圍階段的下一個階段。

抓藥及再抓藥的總金額達到 ***[最初承保範圍限制]* 美元的最初承保範圍階段限制後**，即可進入最初承保範圍階段的下一個階段。

您已支付的費用加上 D 部分計劃已支付的費用構成您的總藥費：

* 自年內首次購藥以來**您**已為全部所購承保藥物**支付的費用：**（請參見第 6.2 小節，詳細瞭解聯邦醫療保險如何計算您的自付費用。）包括：
* *[無自付額的計劃請省略]*您處於自付額階段時已支付的 *[插入自付額金額]* 美元。
* 最初承保範圍階段期間，已由您支付的藥費份額總值。
* 最初承保範圍階段期間，已由**計劃支付的**藥費份額。（若您於 2017 年的任意時間加入了其他 D 部分計劃，最初承保範圍階段期間已由計劃支付的金額仍會計入您的總藥費。）

[*無其他承保範圍缺口的計劃請將上文替換為：*自付總費用達到 *[插入 2017 年自付額閾值]* 美元時，即可進入最初承保範圍階段的下一個階段。聯邦醫療保險規定了哪些費用計入您的自付費用哪些*不*計入。（請參見第 *[插入節號]* 節，瞭解聯邦醫療保險如何計算您的自付費用。）達到 *[插入 2017 年自付額閾值]* 美元的自付限額後，您即離開最初承保範圍缺口並進入重大災難承保範圍階段。]

[*適用時插入：*我們為聯邦醫療保險處方藥計劃通常不承保的部分處方藥提供額外的承保範圍。為這些藥物所付的款項不會計入您的[*若計劃含承保範圍缺口，請插入：*最初承保範圍限制或]自付總費用。[*計劃將 OTC 藥物的費用視為管理費用並為其付款時插入：*我們還提供一些專供您使用的非處方藥。這些非處方藥免費向您提供。]請參閱您的處方藥物表，查看我們的計劃承保哪些藥物。]

我們寄送給您的*《D 部分處方藥福利解釋》（簡稱《D 部分 EOB》）*可幫助您記錄您與計劃支付的金額以及第三方代您支付的金額。多數人不會於一年內達到[*適用時插入：[插入最初承保範圍限制]* 美元*或* *[插入 2017 年自付額閾值]* 美元]的限額。

您達到該[*適用時插入：[插入最初承保範圍限制]* 美元*或* *[插入 2017 年自付額閾值]* 美元]的金額後，我們會通知您。若您達到了該金額，您將離開最初承保範圍階段並進入[*適用時插入：*承保範圍缺口階段*或*重大災難承保範圍階段]。

#### 第 5.6 小節 聯邦醫療保險如何計算您的處方藥自付費用

*[無承保範圍缺口的計劃：插入第 5.6 小節]*

[聯邦醫療保險規定了哪些費用計入您的自付費用哪些*不*計入。達到 *[插入 2017 年自付額閾值]* 美元的自付限額後，您即離開最初承保範圍階段並進入重大災難承保範圍階段。

記錄藥費的自付費用時，我們必須遵守的聯邦醫療保險規則如下：

**這些付款計入您的自付費用**

累加自付費用時，您可以計入下列付款（屬於 D 部分承保藥物且您遵守本手冊第 5 章所述的藥物承保範圍規則即可）：

* 處於以下藥物支付階段時支付的藥費：
  + *[無自付額的計劃請省略]*自付額階段。
  + 最初承保範圍階段。
* 本日曆年內您加入我們的計劃之前做為其他聯邦醫療保險處方藥計劃會員支付的任何款項。

誰付款很重要：

* 若您**自行**付款，這些款項將計入您的自付費用：
* 這些付款若由**特定的其他個人或組織**代您支付，也會計入自付費用。當中包括親友、慈善機構、艾滋病藥物補助計劃*[州內無 SPAP 的計劃請刪除下一項]*、獲聯邦醫療保險授權的州政府藥品援助計劃或印第安人健康服務為您支付的藥費。聯邦醫療保險的「額外補助」計劃支付的款項也會計入。
* 聯邦醫療保險承保範圍缺口折扣計劃支付的部分款項將計入。製造商為您的品牌藥支付的款項將計入。但是計劃為您的非品牌藥支付的款項不會計入。

進入重大災難承保範圍階段：

該日曆年內您（或代您支付費用的人）支付的總費用達到 *[插入 2017 年自付額閾值]* 美元的自付費用之後，您將離開最初承保範圍階段進入重大災難承保範圍階段。

**這些付款不計入您的自付費用**

累加自付費用時，您**不得**計入這些類型的處方藥付款：

* *[無保費的計劃請省略]*您支付的每月保費。
* 於美國及其領地境外購買的藥物。
* 我們的計劃不承保的藥物。
* 您在網絡外藥房獲取的藥物，且該藥房不滿足計劃的網絡外承保範圍要求。
* [*若計劃不為排外藥物提供承保範圍，即未提供該項補充福利，請插入：*非 D 部分藥物，包括 A 部分或 B 部分承保的的處方藥以及聯邦醫療保險不承保的其他排外藥物。]

[*若計劃為排外藥物提供承保範圍，即提供該項補充福利，請插入以下兩項：*

* A 部分或 B 部分承保的處方藥。
* 您針對我們的其他承保範圍承保但聯邦醫療保險處方藥計劃通常不承保的藥物所支付的費用。
* [*適用時插入：*您針對聯邦醫療保險處方藥計劃通常不承保的處方藥支付的費用。]
* 處於承保範圍缺口階段時，由計劃為您的品牌藥或非品牌藥支付的費用。
* 由團體健康計劃（包括僱主健康計劃）為您支付的藥費。
* 由特定的保險計劃和政府資助的健康計劃（比如三軍醫療保險與退伍軍人保險）為您支付的藥費。
* 負有支付處方藥費用法律義務的第三方為您支付的藥費（例如勞工補償金）。

*溫馨提示：*若任何其他組織（如上述所列）為您支付部分與全部的自付費用，請您告知我們的計劃。請致電會員服務部告知我們（電話號碼列印於本手冊封底）。

您該如何記錄自己的自付額總費用？

* **我們會提供幫助。**我們會向您寄送*《D 部分處方藥福利解釋》*（簡稱《D 部分 EOB》），內容包括自付費用的當前金額（本章第 3 節將講解該報告）。自付費用達到 *[插入 2017 年自付額閾值]* 美元後，該報告將告知您您已離開最初承保範圍階段並進入重大災難承保範圍階段。
* **確保我們擁有我們需要的資訊。**第 3.2 小節講解如何幫助我們確保完整地記錄您的開支並持續更新。]

### 第 6 節 承保範圍缺口階段，[*酌情插入：*您可享受品牌藥折扣且最多支付 51% 的非處方藥費用*或*計劃提供部分藥物承保範圍]

#### 第 6.1 小節 自付費用達到 *[插入 2017 年自付額閾值]* 美元時，即可進入承保範圍缺口階段的下一個階段。

[*無承保範圍缺口的計劃請將第 6 節的標題替換為：[插入 2017 年計劃名稱]*無承保範圍缺口。]

[*無承保範圍缺口的計劃請將第 6.1 小節的標題替換為：*您的 D 部分藥物無承保範圍缺口。]

[*無承保範圍缺口的計劃請將下文替換為：[插入 2017 年計劃名稱]*無承保範圍缺口]。離開最初承保範圍階段之後，即進入重大災難承保範圍階段。請參見 7 節，瞭解重大災難承保範圍階段的承保範圍資訊。]

*[缺口中含部分承保範圍的計劃請酌情修改下文，以便描述計劃的承保範圍。]*

處於承保範圍缺口階段時，聯邦醫療保險承保範圍缺口折扣計劃將針對品牌藥提供製造商折扣。您需為品牌藥支付議定價格的 40% 和部分配藥費。您支付的金額與製造商優惠的金額均將計入您的自付費用，這與您自己支付所有費用並在承保範圍缺口中前移的情形一樣。

您還將享有部分非品牌藥的承保範圍。您最多需支付 51% 的非品牌藥費用，剩餘部分由計劃支付。對於非品牌藥，計劃支付的金額 (49%) 不計入您的自付費用。您自己支付的金額才會計入，您才會在承保範圍缺口中前移。

您可以繼續為品牌藥支付折後價格，且最多為非品牌藥支付 51% 的費用，直到您的年度自付額付款達到聯邦醫療保險設定的最高限額。2017 年，該限額為 *[插入 2017 年自付額閾值]* 美元。

聯邦醫療保險規定了哪些費用計入您的自付費用哪些*不*計入。達到 *[插入 2017 年自付額閾值]* 美元的自付限額後，您即離開承保範圍缺口階段並進入重大災難承保範圍階段。

#### 第 6.2 小節 聯邦醫療保險如何計算您的處方藥自付費用

*[有承保範圍缺口的計劃：插入第 6.2 小節]*

記錄藥費的自付費用時，我們必須遵守的聯邦醫療保險規則如下：

**這些付款計入您的自付費用**

累加自付費用時，***您可以計入***下列付款（屬於 D 部分承保藥物且您遵守本手冊第 5 章所述的藥物承保範圍規則即可）：

* 處於以下藥物支付階段時支付的藥費：
  + *[無自付額的計劃請省略]*自付額階段。
  + 最初承保範圍階段。
  + 承保範圍缺口階段。
* 本日曆年內您加入我們的計劃之前做為其他聯邦醫療保險處方藥計劃會員支付的任何款項。

**誰付款很重要：**

* 若您**自行**付款，這些款項將計入您的自付費用：
* 這些付款若由**特定的其他個人或組織**代您支付，也會計入自付費用。當中包括親友、慈善機構、艾滋病藥物補助計劃*[州內無 SPAP 的計劃請刪除下一項]*、獲聯邦醫療保險授權的州政府藥品援助計劃或印第安人健康服務為您支付的藥費。聯邦醫療保險的「額外補助」計劃支付的款項也會計入。
* 聯邦醫療保險承保範圍缺口折扣計劃支付的部分款項將計入。製造商為您的品牌藥支付的款項將計入。但是計劃為您的非品牌藥支付的款項不會計入。

**進入重大災難承保範圍階段：**

該日曆年內您（或代您支付費用的人）支付的總費用達到 *[插入 2017 年自付額閾值]* 美元的自付費用之後，您將離開[*適用時插入：*最初承保範圍階段*或*承保範圍缺口階段]進入重大災難承保範圍階段。

**這些付款不計入您的自付費用**

累加自付費用時，您**不得**計入這些類型的處方藥付款：

* *[無保費的計劃請省略]*您支付的每月保費。
* 於美國及其領地境外購買的藥物。
* 我們的計劃不承保的藥物。
* 您在網絡外藥房獲取的藥物，且該藥房不滿足計劃的網絡外承保範圍要求。
* [*若計劃不為排外藥物提供承保範圍，即未提供該項補充福利，請插入：*非 D 部分藥物，包括 A 部分或 B 部分承保的的處方藥以及聯邦醫療保險不承保的其他排外藥物。]

[*若計劃為排外藥物提供承保範圍，即提供該項補充福利，請插入以下兩項：*

* A 部分或 B 部分承保的處方藥。
* 您針對我們的其他承保範圍承保但聯邦醫療保險處方藥計劃通常不承保的藥物所支付的費用。
* [*適用時插入：*您針對聯邦醫療保險處方藥計劃通常不承保的處方藥支付的費用。]
* 處於承保範圍缺口階段時，由計劃為您的品牌藥或非品牌藥支付的費用。
* 由團體健康計劃（包括僱主健康計劃）為您支付的藥費。
* 由特定的保險計劃和政府資助的健康計劃（比如三軍醫療保險與退伍軍人保險）為您支付的藥費。
* 負有支付處方藥費用法律義務的第三方為您支付的藥費（例如勞工補償金）。

*溫馨提示：*若任何其他組織（如上述所列）為您支付部分與全部的自付費用，請您告知我們的計劃。請致電會員服務部告知我們（電話號碼列印於本手冊封底）。

您該如何記錄自己的自付額總費用？

* **我們會提供幫助。**我們會向您寄送*《D 部分處方藥福利解釋》*（簡稱《D 部分 EOB》），內容包括自付費用的當前金額（本章第 3 節將講解該報告）。自付費用達到 *[插入 2017 年自付額閾值]* 美元後，該報告將告知您您已離開[*適用時插入：*最初承保範圍階段*或*承保範圍缺口階段*]*並進入重大災難承保範圍階段。
* **確保我們擁有我們需要的資訊**。第 3.2 小節講解如何幫助我們確保完整地記錄您的開支並持續更新。

### 第 7 節 重大災難承保範圍階段，計劃為您支付大部分的藥費

#### 第 7.1 小節 一旦您進入重大災難承保範圍階段，該度年剩餘時間內您將維持在該階段

日曆年內自付費用達到 *[插入 2017 年自付額閾值*] 美元的限額時，您即符合進入重大災難承保範圍的資格。一旦您進入重大災難承保範圍階段，直到該日曆年年末您將維持在該支付階段。

重大災難承保範圍階段，計劃為您支付大部分的藥費。

[*計劃插入重大災難成本分擔的適當選項：*

*選項 1：*

* **應由您支付的**承保藥物費用為共同保險或共付額，以*較高者*為準：
* — *可能是* —5% 的藥費共同保險
* — *也可能是* —為非品牌藥或被視為非品牌藥的藥物支付 *[插入非品牌藥/首選多來源藥物的 2017 年重大災難成本分擔費用]* 美元或為所有其他藥物支付 *[插入所有其他藥物的 2017 年重大災難成本分擔費用]* 美元。
* **我們的計劃支付剩餘的**費用。

*選項 2：*

*[插入相應級別的成本分擔金額]*。我們將支付其餘部分。

*[若計劃承保排外藥物，即提供補充福利，請插入重大災難承保範圍階段的成本分擔之描述。]*]

### 第 8 節 其他福利資訊

#### 第 8.1 小節 我們的計劃提供其他福利

*[可選：根據計劃已通過的競標插入上方各章節中未列出的任何其他福利資訊。]*

### 第 9 節 為 D 部分承保的疫苗支付多少費用取決於您獲取疫苗的方式與地點

#### 第 9.1 小節 我們的計劃可能為 D 部分疫苗藥物以及疫苗的注射費用設定了獨立的承保範圍

我們的計劃提供一些 D 部分疫苗承保範圍。我們還承保被視為醫療福利的疫苗。如需查看這些疫苗的承保範圍，請轉到第 4 章第 2.1 小節的《醫療福利表》。

D 部分疫苗的承保範圍分為兩部分：

* 承保範圍的第一部分是**疫苗藥物**的費用。疫苗是指處方藥藥物。
* 承保範圍的第二部分是**疫苗注射**的費用。（有時也稱疫苗的「施打」。）

您該為 D 部分疫苗支付哪些費用？

您該為 D 部分疫苗支付的費用取決於三個因素：

**1.** **疫苗的類型**（注射疫苗的目的）。

* + 部分疫苗被視為醫療福利。如需查看這些疫苗的承保範圍，請轉到第 4 章*《醫療福利表》（承保內容與您需支付的金額）。*
  + 其他疫苗被視為 D 部分藥物。計劃的*《承保藥物清單》（處方藥物表）*列出了這些疫苗。

**2.** **獲得疫苗藥物的地點**

**3.** **疫苗的注射方**

獲取 D 部分疫苗時支付多少費用取決於具體情況。例如：

* 有時注射疫苗時，您需要支付疫苗的全部藥費與注射費。您可以要求我們償還應由我們支付的費用。
* 而有些時候，獲取疫苗藥物或注射疫苗時，您僅需支付應由您承擔的部分。

為了便於您瞭解具體的運作方式，以下給出了三種常見的 D 部分疫苗注射情況。[*適用時插入：*請記住，福利處於[*適用時插入：*自付額階段*或*承保範圍缺口階段*或*自付額與承保範圍缺口階段]期間，您需支付與疫苗相關的所有費用（包括施打費）。]

*第一種情況：* 您在藥房購買 D 部分疫苗並在網絡藥房注射。（是否可以選擇該項取決於您的居住地點。某些州不允許藥房進行疫苗注射。）

* 您必須向藥房支付疫苗的[*酌情插入：*共同保險*或*共付額]以及疫苗的注射費。
* 我們的計劃將支付剩餘的費用。

*第二種情況：* 您在醫生的診所獲取 D 部分疫苗。

* 獲取疫苗之時，您需要支付全部的疫苗費及注射費。
* 您可以按照本手冊第 7 章所述的程序要求我們的計劃支付應由我們承擔的部分（*要求我們支付應由我們支付的承保醫療服務或藥物帳單*）。
* 向您償付的金額為，您已為疫苗（包括施打）支付的金額減去正常的[*酌情插入：*共同保險*或*共付額][*若收取網絡外差額，請插入以下內容：*減去任何醫生收費與我們正常的支付金額之間的差額。（若您獲得「額外補助」，我們將償付該差額。）]

*第三種情況：* 您在藥房購買 D 部分疫苗，然後將疫苗帶到醫生的診所進行注射。

* 您必須向藥房支付疫苗本身的[*酌情插入：*共同保險*或*共付額]。
* 若您的醫生為您注射疫苗，則您需支付該服務的全部費用。然後您可以按照本手冊第 7 章所述的程序要求我們的計劃支付應由我們承擔的部分。
* 向您償付的金額為醫生收取的疫苗施打費[*若收取網絡外差額，請插入：*減去醫生收取的費用與我們正常的支付金額之間的任何差額。（若您獲得「額外補助」，我們將償付該差額。）]

*[插入任何其他有關疫苗與疫苗注射承保範圍的資訊。]*

#### 第 9.2 小節 獲取疫苗前，建議您致電會員服務部

疫苗的承保範圍規則非常複雜。我們可為您提供幫助。我們建議您在計劃注射疫苗前先致電會員服務部。（會員服務部的電話號碼列印於本手冊封底。）

* 我們可以告訴您我們的計劃如何承保疫苗，並解釋應由您承擔的費用。
* 我們可以告訴您如何利用我們的醫療服務提供者與網絡內藥房來降低您的醫療費用。
* 若您無法使用網絡醫療服務提供者及藥房，我們可以告訴您應該採取何等措施讓我們支付應由我們承擔的部分。

### 第 10 節 您必須支付 D 部分「延期參保罰款」嗎？

#### 第 10.1 小節 什麼是 D 部分「延期參保罰款」？

**注意：**若您正在接受聯邦醫療保險的「額外補助」，即您獲得了處方藥的付款幫助，則您無需支付延期參保罰款。

延期參保罰款將計入您的 D 部分保費。最初參保期結束之後，您可能會拖欠延期參保罰款，您未持有 D 部分保險或其他抵免處方藥承保範圍的時間期限為連續 63 天或以上。「抵免處方藥承保範圍」是指達到聯邦醫療保險最低標準的承保範圍，因為該承保範圍通常應該支付至少與聯邦醫療保險的標準處方藥承保範圍同樣多的費用。罰款的金額取決於最初參保期結束之後您在參保抵免處方藥承保範圍計劃之前耽擱了多久，或者有多少個整月未持有抵免處方藥承保範圍。只要您享有 D 部分承保範圍，您就需要支付該罰款。

延期參保罰款計入您的每月保費。*[不允許按季支付保費的計劃請省略下一句段]*（選擇每三個月支付一次保費的會員可以將罰款計入三個月保費中。）首次參保*[插入 2017 年計劃名稱]*時，我們將告知罰款金額。

延期參保罰款將被視為計劃保費的一部分。[*若計劃因參保人未支付保費而將其退保，請插入：*若您未支付延期參保罰款，您可能會因未支付計劃保費而失去處方藥福利。]

[*無計劃保費的計劃請用以下文字替換前兩個段落：*首次參保*[插入 2017 年計劃名稱]*時，我們將告知罰款金額。延期參保罰款將被視為計劃保費。[*若計劃因參保人未支付保費而將其退保，請插入：*若您未支付延期參保罰款，您可能會失去處方藥福利。]]

#### 第 10.2 小節 D 部分延期參保罰款的金額是多少？

聯邦醫療保險決定罰款的金額。計算方式如下：

* 先計算符合參保資格之後您共有多少個整月延期參保聯邦醫療保險藥物計劃。或者計算承保範圍間斷期限為 63 天或以上時，您有多少個整月未持有抵免處方藥物承保範圍。未持有抵免保險期間，每月的罰款為 1%。例如，若您連續 14 個月未持有承保範圍，則罰款為 14%。
* 聯邦醫療保險決定自去年起全國聯邦醫療保險藥物計劃平均每月保費的金額。[*插入以下其中一項：*2017 年該平均保費金額為 *[插入 2017 年全國基本受益人保費]* 美元*或* 2016 年該平均保費金額為 *[插入 2016 年全國基本受益人保費]* 美元。該金額可能會於 2017 年變更。]
* 如需計算每月罰款，您需將罰款百分比乘以平均每月保費，然後再四舍五入到十分位。在本例中，即為 14% 乘以 *[插入基本受益人保費]* 美元，得出 *[插入金額]* 美元。四舍五入到 *[插入金額]* 美元。該金額將計入**需支付延期參保罰款人士的每月保費中。**

該每月延期參保罰款共有三大重要注意事項：

* 首先，**罰款每年都可能變更，**因為平均每月保費每年都可能變更。若全國平均保費（由聯邦醫療保險決定）上調，則罰款增加。
* 其次，只要您參保了含聯邦醫療保險 D 部分藥物福利的計劃，您每月均需**繼續支付罰款。**
* 第三，若您未滿 65 歲，且當前正在接受聯邦醫療保險福利，則當您年滿 65 歲時延期參保罰款將重新設置。年滿 65 歲之後，延期參保罰款僅根據最初參保期結束之後您未持有承保範圍的月數計算，該規定面向加入聯邦醫療保險的老年人。

#### 第 10.3 小節 某些情況下，您延期參保可能無需支付罰款

即使您首次符合資格後延期參保提供聯邦醫療保險 D 部分承保範圍的計劃，有時您不必支付延期參保罰款。

**遇到以下情況時，您延期參保無需支付罰款：**

* 若您已經享有處方藥承保範圍，且該承保範圍通常應該支付與聯邦醫療保險標準處方藥承保範圍一樣多的費用。聯邦醫療保險稱其為**「抵免藥物承保範圍」。**請注意：
  + 抵免保險可能包括前僱主或工會、三軍醫療保或退伍軍人事務部的藥物承保範圍。您的保險公司或人力資源部每年會告知您您的藥物承保範圍是否為抵免保險。該資訊可能會以信函的方式寄送給您，也可能會列於計劃的新聞稿中。請保管好該資訊，因為加入聯邦醫療保險藥物計劃之後您可能會用到。
    - 請注意：若健康承保範圍結束時您收到了「抵免保險證明」，並不表示您的處方藥承保範圍可抵免。該通知必須聲明您曾擁有過「抵免」處方藥承保範圍，且該承保範圍的支付額應該與聯邦醫療保險的標準處方藥計劃持平。
  + 以下內容*不是*抵免處方藥承保範圍：處方藥折扣卡、免費診所以及藥物折扣網站。
  + 如需獲取有關抵免保險的更多資訊，請查閱*《2017 年聯邦醫療保險與您》*手冊或致電聯邦醫療保險 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽覺及語言有障人士專用電話：1-877-486-2048。每週 7 天，每天 24 小時，您可以免費撥打這些電話號碼。
* 若您沒有抵免保險，但未持有該保險的連續時間少於 63 天。
* 若您正在接受聯邦醫療保險的「額外補助」。

#### 第 10.4 小節 對延期參保罰款有異議怎麼辦？

若您對延期參保罰款有異議，您或您的代表人可以要求審查有關您延期參保罰款的決定。一般而言，您必須於收到註明您必須支付延期參保罰款的信函之日起的 **60 天內**提出請求。請致電會員服務部獲取具體的操作資訊（電話號碼列印於本手冊封底）。

[*若計劃因參保人未支付保費而將其退保，請插入：***重要：**等待審查您的延期參保罰款決定期間，請勿中止支付延期參保罰款。若您中止支付，您可能會因未支付計劃保費而被退保。]

### 第 11 節 您必須因自己的收入而支付額外的 D 部分費用嗎？

#### 第 11.1 小節 哪些人會因收入而需支付額外的 D 部分費用？

大部分人士需支付標準的每月 D 部分保費。但是，有些人需因其年度收入而需支付額外的費用。若您是單身人士（或單獨報稅的已婚人士），收入為*[插入金額]* 美元或超過該數額，或者您是已婚人士，收入為 *[插入金額]* 美元或超過該數額，您必須直接向政府支付額外的費用才能獲取您的聯邦醫療保險 D 部分承保範圍。

若您必須支付額外的費用，社會安全署會代替聯邦醫療保險向您寄送一封信函，告知您該筆額外費用的具體金額以及支付方式。無論您通常支付多少計劃保費，該筆額外的費用將從您的社會安全署、鐵路員工退休委員會或人事管理局的福利支票上預扣，直到您的每月福利不足以承保所拖欠的額外費用為止。若您的福利支票不足以承保額外的費用，聯邦醫療保險將向您寄送帳單。**您必須向政府支付額外的費用。該筆費用不能用每月計劃保費支付。**

#### 第 11.2 小節 額外的 D 費用是多少？

若國稅局（IRS）納稅申報表上報告的修改調整後總收入 (MAGI) 超過了特定的數額，則除了每月計劃保費之外，您還需支付額外的費用。

下表顯示了根據收入計算所得的額外費用。

| **若您提交個人納稅申報表且您** *[插入年份]* **年的收入為：** | **若您已婚但提交獨立納稅申報表且您** *[插入年份]* **年的收為：** | **若您提交合併納稅申報表且您** *[插入年份]* **年的收入為：** | **這是您的額外 D 部分費用的每月費用（支付時不計入計劃保費）** |
| --- | --- | --- | --- |
| 等於或不足 *[插入金額]* 美元 | 等於或不足 *[插入金額]* 美元 | 等於或不足 *[插入金額]* 美元 | 0 美元 |
| 超過 *[插入金額]* 美元但不足或等於 *[插入金額]* 美元 |  | 超過 *[插入金額]* 美元但不足或等於 *[插入金額]* 美元 | [*插入金額*] |
| 超過 *[插入金額]* 美元但不足或等於 *[插入金額]* 美元 |  | 超過 *[插入金額]* 美元但不足或等於 *[插入金額]* 美元 | [*插入金額*] |
| 超過 *[插入金額]* 美元但不足或等於 *[插入金額]* 美元 | 超過 *[插入金額]* 美元但不足或等於 *[插入金額]* 美元 | 超過 *[插入金額]* 美元但不足或等於 *[插入金額]* 美元 | [*插入金額*] |
| 超過 *[插入金額]* 美元 | 超過 *[插入金額]* 美元 | 超過 *[插入金額]* 美元 | [*插入金額*] |

#### 第 11.3 小節 若您對支付額外的 D 部分費用有異議怎麼辦？

若您對因自己的收入而需支付額外的費用有異議，您可以要求社會安全署審查該決定。如需閱覽更多操作資訊，請聯絡社會安全署，電話號碼 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)。

#### 第 11.4 小節 不支付額外的 D 部分費用會怎樣？

這筆額外的費用直接向政府（而不是您的聯邦醫療保險計劃）支付，以便獲取您的聯邦醫療保險 D 部分承保範圍。若您需要支付額外的費用卻未支付，您將被退出該計劃，並失去處方藥承保範圍。

第 7 章

要求我們支付應由我們支付的  
承保醫療服務或藥物帳單

## 第 7 章 要求我們支付應由我們支付的承保醫療服務或藥物帳單

第 1 節 哪些情況下您應該要求我們支付應由我們支付的承保服務或  
藥物費用 139

第 1.1 小節 若您支付了應由我們的計劃支付的承保服務或藥物之費用，  
或者您收到了帳單，您可以要求我們付款 139

第 2 節 如何要求我們向您還款或為您收到的帳單付款 141

第 2.1 小節 向我們寄送付款請求的方式與地點 141

第 3 節 我們會考慮您的付款請求並決定接受或拒絕 142

第 3.1 小節 我們會檢查是否應該承保該服務或藥物以及我們應付多少費用 142

第 3.2 小節 若我們告知您我們不會支付全部或部分醫療護理或藥物的費用，  
您可以提起上訴 142

第 4 節 還有哪些情況下您應保存好收據並向我們寄送副本 143

第 4.1 小節 在某些情況下，您應向我們寄送收據副本，幫助我們記錄您的  
自付額藥費 143

### 第 1 節 哪些情況下您應該要求我們支付應由我們支付的承保服務或藥物費用

#### 第 1.1 小節 若您支付了應由我們的計劃支付的承保服務或藥物之費用，或者您收到了帳單，您可以要求我們付款

有時當您獲得醫療護理或處方藥時，您可能需要立即支付全額費用。而有些時候您可能會發現，您支付的費用超過了您根據計劃的承保範圍規則應該支付的金額。以上任意一種情況下，您都可以要求我們的計劃向您還款（向您還款也常被稱為對您「償付」）。無論何時您支付的費用超過了您應當為我們計劃承保的醫療服務或藥物所支付的費用，您有權要求我們計劃的還款。

有時您可能會收到醫療服務提供者向您開出的帳單，要求您為所接受的醫療護理支付全額費用。許多情況下，您應該將該帳單寄送給我們，而不應該支付費用。我們檢查帳單後會決定是否應當承保該服務。若我們決定應當承保該服務，我們會直接向醫療服務提供者支付款項。

以下所舉出的情況中，您可能需要要求我們的計劃向您還款或為您收到的帳單付款。

**1.** **您從醫療服務提供者處接受了緊急護理或急需醫療護理，但該醫療服務提供者未在我們計劃的的網絡內**

您可以從任何醫療服務提供者處接受緊急服務，不論該醫療服務提供者是否在我們的網絡內。若向您提供緊急護理或急需護理的醫療服務提供者不在我們的網絡內，您僅需負責支付應由您承擔的部分，而無需支付全部的費用。您應該要求醫療服務提供者向計劃開具帳單，要求我們支付應由我們承擔的部分。

* 若您在接受護理時自行支付了全部的費用，您需要要求我們退還應由我們承擔的部分。請將帳單連同任何付款證明文件寄送給我們。
* 有時您可能會收到醫療服務提供者開具的帳單，要求您支付您認為不應由您承擔的費用。請將該帳單連同任何付款證明文件寄送給我們。
  + 如醫療服務提供者存在任何未收帳款，我們會直接向醫療服務提供者付款。
  + 若您支付的費用超過了您應為該服務支付的金額，我們會決定您的應付金額並退還應由我們承擔的部分。

**2.** **網絡醫療服務提供者向您寄送了帳單，但您診為您不應該為此付款**

網絡醫療服務提供者應該始終直接向計劃開具帳單，僅要求您支付應由您承擔的部分。但他們有時會犯錯，要求您超額付款。

* 獲取由我們的計劃承保的服務時，您僅需支付您的成本分擔金額。我們不允許醫療服務提供者附加其他獨立的費用，即「差額」。即使我們向醫療服務提供者支付的款項少於醫療服務提供者對服務收取的費用，即使存在爭議且我們未向特定的醫療服務提供者支付費用，該保護措施（您支付的費用永遠不會超過自己的成本分擔費用）仍然適用。如需獲取更多有關「差額」的資訊，請轉到第 4 章第*[酌情編輯節號]* 第1.6 小節。
* 無論何時您收到了網絡醫療服務提供者的帳單，但您認為帳單金額超過了您應該支付的費用，請將該帳單寄送給我們。我們會直接聯絡醫療服務提供者解決帳單問題。
* 若您已經向網絡醫療服務提供者支付了帳單，但您認為自己已超額支付，請將該帳單連同任何付款證明文件寄送給我們，並要求我們退還差額（您已付的金額與根據計劃應付的金額之差）。

**3.** **若您追溯性地參保我們的計劃。**

有時個人參保計劃可能是追溯性的。（追溯性是指參保第一天已經過去。參保日甚至可能是去年。）

若您屬於追溯性地參保我們的計劃，並且您已於參保日之後為任何承保服務或藥物支付了自付額，您可以要求我們退還由我們承擔的部分。您可能需要提交紙質文件，以便我們處理償付事宜。

請致電會員服務部，詳細瞭解如何要求我們退款以及提出請求的截止日期。（會員服務部的電話號碼列印於本手冊封底。）

**4.** **在網絡外藥房抓藥**

若您在網絡外藥房使用會員卡抓藥，該藥房可能無法直接向我們提交付款要求。在這種情況下，您必須全額支付處方藥費。（我們僅在有限的特殊情況下才承保在網絡外藥房所抓的處方藥。詳情請轉到第 5 章第 2.5 小節。）

請保存好收據，要求我們退還應由我們承擔的費用時，請向我們寄送收據的副本。

**5.** **因未攜帶計劃會員卡而需全額支付處方藥費時**

若您未攜帶計劃會員卡，可以要求藥房致電計劃或查閱您的計劃參保資訊。但是，若藥房無法立即獲取所需的參保資訊，您可能需要自行支付全部的處方藥費用。

請保存好收據，要求我們退還應由我們承擔的費用時，請向我們寄送收據的副本。

**6.** **在其他情況下全額支付處方藥費時**

發現藥物因故未能承保時，您可能需全額支付處方藥費。

* 例如，該藥未列於計劃的*《承保藥物清單》（處方藥物表）*上，或存在您事先不知道或認為對您不適用的要求或限制。若您決定立即獲得該藥物，您可能需要全額支付藥費。
* 請保存好收據，要求我們退款時，請向我們寄送副本。在某些情況下，我們可能需要向您的醫生獲取更多資訊，以便向您退還應由我們承擔的費用。

*[計劃應插入接受參保人紙質付款請求的其他情況。]*

上方所有範例均為承保範圍決定的類型。這意味著，若我們拒絕您的付款請求，您可以針對我們的決定提起上訴。本手冊第 9 章（*出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦*）將講解如何提起上訴。

### 第 2 節 如何要求我們向您還款或為您收到的帳單付款

*[若他們對處理醫療與藥物付款請求使用不同的地址，計劃可以編輯本節，以便涵蓋第二個地址。]*

#### 第 2.1 小節 向我們寄送付款請求的方式與地點

請將您的付款請求連同帳單與付款證明文件寄送給我們。建議您備份帳單與收據，以作記錄之用。

[*若計劃制定了具體的付款請求表格，請插入以下文字：*為了確保您提供了我們做出決定所必需的全部資訊，您可以填寫付款請求表格要求付款。

* 您不一定要使用該表格，但使用該表格有助於我們更快地處理資訊。
* 可以從我們的網站（*[插入網址]*）上下載表格副本，也可致電會員服務部索要表格。（會員服務部的電話號碼列印於本手冊封底。）]

*[C 部分與 D 部分付款請求設定了不同地址的計劃可以酌情修改本段落，並加入其他地址]*請將您的付款請求與任何帳單或收據寄送到以下地址：

*[插入地址]*

[*若計劃允許參保人提交口頭付款請求，請插入以下文字：*

您還可以致電我們的計劃請求付款。詳情請轉到第 2 章第 1 節，查閱名為*[計劃可以酌情編輯章節標題]*「欲要求我們支付應由我們支付的醫療護理或藥物費用時，向誰提出請求」的章節。]

[*適用時插入：*自接受服務、物品或藥物之日起，**您必須於 *[插入時限]* 內向我們提交付款請求。**]

若有疑問，請聯絡會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。若您不知道自己應該支付哪些費用，或者您收到了帳單，卻不知道如何處理帳單，我們可以提供幫助。若您想要向我們提供更多有關已向我們寄送的付款請求之資訊，您還可以致電聯絡。

### 第 3 節 我們會考慮您的付款請求並決定接受或拒絕

#### 第 3.1 小節 我們會檢查是否應該承保該服務或藥物以及我們應付多少費用

接收到您的付款請求之後，若需要您提供任何其他資訊，我們會告知您。若無需其他資訊，我們會考慮您的請求並做出承保範圍決定。

* 若我們決定該醫療護理或藥物在承保範圍內，且您遵守了獲取該護理或藥物的所有規則，那麼我們會支付應由我們承擔的部分。若您已為服務或藥物付款，我們會將應由我們承擔的償付款項郵寄給您。若您尚未支付服務或藥物，我們會直接將支付款項郵寄給醫療服務提供者。（第 3 章將解釋您需遵守的醫療服務承保規則。第 5 章將解釋您需遵守的 D 部分處方藥承保規則。）
* 若我們決定醫療護理或藥物*不*在承保範圍內，或者您*未*遵守所有的規則，我們將不會支付應由我們承擔的部分。相反，我們會向您寄送一封信函，解釋為何拒絕您的付款請求，並且解釋您針對該項決定的上訴權利。

#### 第 3.2 小節 若我們告知您我們不會支付全部或部分醫療護理或藥物的費用，您可以提起上訴

若您認為我們犯了錯誤，不該拒絕您的付款請求，或者您對我們的支付金額存有異議，您可以提起上訴。若您提起上訴，這意味著您要求我們更改我們所做的拒絕付款請求之決定。

如需詳細瞭解如何上訴，請轉到本手冊第 9 章*（出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦）。*上訴流程是一種含複雜程序與重要截止日期的正式流程。若您不熟悉上訴，您可以閱讀第 9 章第 4 節進行深入瞭解。第 4 節是一個介紹性的章節，將解釋承保範圍決定以及上訴的流程，並給出了「上訴」等術語的定義。閱讀完第 4 節之後，您可以轉到第 9 章瞭解如何處理自己遇到的情況：

* 若您想針對獲取醫療服務還款提起上訴，請轉到第 9 章第 5.3 小節。
* 若您想要對獲取藥物還款提起上訴，請轉到第 9 章第 6.5 小節。

### 第 4 節 還有哪些情況下您應保存好收據並向我們寄送副本

#### 第 4.1 小節 在某些情況下，您應向我們寄送收據副本，幫助我們記錄您的自付額藥費

有些情況下您應將已支付的藥費告知我們。在這些情況下，您不是在要求我們付款。您是在告訴我們您的付款情況，以便我們正確計算您的自付費用。此舉有助於您更快地進入重大災難承保範圍階段。

在兩種情況下您應向我們寄送收據副本，將您已付的藥費告知我們。

**1.** **購藥價格低於我們的價格**

*[既無承保範圍缺口也無自付額的計劃應刪除本小節。]*

當您處於[*適用時插入：*自付額階段*或*承保範圍缺口階段*或*自付額階段與承保範圍缺口階段]時，有時您**在網絡藥房**的購藥價格會低於我們的價格。

* 例如，藥房可能會提供特價藥物。或者您可能持有我們福利之外的折扣卡，可以享受更低的價格。
* 除非特殊情況適用，否則在這些情況下您必須使用網絡藥房且您的藥物必須在我們的《藥物清單》上。
* 保存好收據並向我們寄送副本，以便我們計算您的自付額開支，幫助您早日進入重大災難承保範圍階段。
* **請注意：**當您處於[*適用時插入：*自付額階段*或*承保範圍缺口階段*或*自付額階段與承保範圍缺口階段]，我們[*適用時插入：*將*或*可能]不會支付任何藥費。但是向我們寄送收據副本有助於我們正確計算您的自付費用，進而幫助您儘早進入重大災難承保範圍階段。

**2.** **透過藥物製造商提供的患者援助計劃獲取藥物**

部分會員參保了藥物製造商提供且屬於計劃福利外的患者援助計劃。若您透過藥物製造商提供的計劃獲取任何藥物，您可能需向患者援助計劃支付共付額。

* 保存好收據並向我們寄送副本，以便我們計算您的自付額開支，幫助您早日進入重大災難承保範圍階段。
* **請注意：**因為您透過患者援助計劃而不是透過計劃福利獲取藥物，我們不會為這些藥費支付任何費用。但是向我們寄送收據副本有助於我們正確計算您的自付費用，進而幫助您儘早進入重大災難承保範圍階段。

在上述兩種情況下，因為您並非要求付款，所以這些情況不視為承保範圍決定。因此，若您對我們的決存有異議，您無法提起上訴。

第 8 章

您的權利與義務

## 第 8 章 您的權利與義務

第 1 章 我們的計劃必須尊重您做為計劃會員的權利 147

第 1.1 小節 *[計劃可以編輯本小節的標題與內容，以體現計劃會員可用的其他格式的資料類型。除下方備註之外，計劃不得編輯引用文字。]*我們必須以滿足您需求的方式向您提供資訊（除英文之外的其他語言、盲文、大字體或其他替代格式等。） 147

第 1.2 小節 我們必須始終公平地對待您並且尊重您 147

第 1.3 小節 我們必須確保您及時獲取了您的承保服務與藥物 147

第 1.4 小節 我們必須為您的個人健康資訊保密 148

第 1.5 小節 我們必須向您提供有關計劃、網絡醫療服務提供者與  
承保服務的資訊 149

第 1.6 小節 您有權決定自己的護理，我們必須支持您的權利 150

第 1.7 小節 您有權提起投訴並要求我們重新考慮我們所做的決定 152

第 1.8 小節 若您認為自己受到了不公平地對待或您的權利沒有得到尊重怎麼辦？ 152

第 1.9 小節 如何獲得更多有關您的權利之資訊 153

第 2 節 您做為計劃會員需承擔部分義務 153

第 2.1 小節 您有哪些義務？ 153

[***注意*︰***計劃可以酌情添加或修改本章，以體現國家質量保證委員會 (NCQA) 所要求的文字。*]

### 第 1 章 我們的計劃必須尊重您做為計劃會員的權利

#### 第 1.1 小節 *[計劃可以編輯本小節的標題與內容，以體現計劃會員可用的其他格式的資料類型。除下方備註之外，計劃不得編輯引用文字。]*我們必須以滿足您需求的方式向您提供資訊（除英文之外的其他語言、盲文、大字體或其他替代格式等。）

*[計劃必須插入第 1.1 小節中滿足語言閾值的文字的所有翻譯版本。]*

如欲要求我們以滿足您需求的方式提供資訊，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底。）

我們的計劃擁有員工服務與免費的語言翻譯服務，可為非英語人士答疑解惑。*[若適用，計劃可以插入資訊，告知是否提供除英文之外的書面資料。]*若您需要，我們還可以為您提供盲文、大字體或其他替代格式。若您因身體殘障而符合加入聯邦醫療保險的資格，我們需要以便利且適當的方式為您提供有關計劃福利的資訊。如欲要求我們以滿足您需求的方式提供資訊，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底。）

若您因語言或身體殘障而在獲取計劃資訊時遇到困難，請致電聯邦醫療保險 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時服務。您可以透過該服務電話告知他們您希望提起投訴。聽覺及語言有障人士專用電話：1-877-486-2048。

#### 第 1.2 小節 我們必須始終公平地對待您並且尊重您

我們的計劃必須遵守法律，保護您不受歧視或不公平對待。**我們不**會因種族、民族、國籍、宗教、性別、年齡、精神障礙或身體障礙、健康狀況、索賠經歷、病史、遺傳資訊、可保險性證據或服務區域內的地理位置而**歧視他人**。

若您希望獲取更多資訊或對歧視或不公平對待存有疑問，請致電衛生與人類服務部的**民權辦公室** 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)，或者致電當地的民權辦公室。

若您身體殘障且獲取護理時需要幫助，請致電會員服務部聯絡我們（電話號碼列印於本手冊封底）。若您想提起投訴，比如輪椅使用權問題，會員服務部可以提供幫助。

#### 第 1.3 小節 我們必須確保您及時獲取了您的承保服務與藥物

做為我們計劃的會員，您有權選擇計劃網絡內的[*酌情插入：*一般護理醫療服務提供者 (PCP) *或*醫療服務提供者]為您提供並安排承保服務（第 3 章將予以詳細解釋）。請致電會員服務部瞭解哪些醫生接收新患者（電話號碼列印於本手冊封底）。*[計劃可以編輯本句，以便添加會員無需轉介即可就診的其他醫療服務提供者類型]*您還有權在沒有轉介的情況下前往婦女健康專科醫生（比如婦科醫生）處就診。[*若適用，請將上一句替換為：*[*適用時插入：*前往網絡醫療服務提供者處就診時]我們不要求您持有轉介。]

做為計劃會員，您有權進行預約並*於合理的時限內*從計劃的網絡醫療服務提供者處獲得承保服務。這包括需要護理時有權及時獲得專科醫生提供的服務。您還有權在我們的任何網絡藥房抓藥或再抓藥，且不出現長時間的延誤。

若您認為自己未於合理時限內獲得醫療護理或 D 部分藥物，本手冊第 9 章第 10 節將告訴您該如何處理（若我們拒絕為您的醫療護理或藥物提供承保範圍，但您對我們的決定存有異議，第 9 章第 4 節將告訴您該如何處理）。

#### 第 1.4 小節 我們必須為您的個人健康資訊保密

聯邦法律和州法律會保護您的醫療記錄和個人健康資訊的隱私。我們將依法保護您的個人健康資訊。

* 您的「個人健康資訊」包括參保本計劃時您向我們提供的個人資訊以及您的醫療記錄與其他醫療與健康資訊。
* 保護您隱私的法律將賦予您權利，您有權獲取您的健康資訊並控制對您的健康資訊的使用。我們會向您出具書面通知，名為《隱私實踐通知》，該通知將列出這些權利，並解釋我們會如何為您的健康資訊保密。

我們會如何為您的健康資訊保密？

* 我們確保未經授權的人士無法看到或更改您的記錄。
* 大多數情況下，若我們需將您的健康資訊交給任何不向您提供護理或不為您支付護理費用的人士，*我們必須事先獲得您的書面同意*。書面同意可以由您或經您授權後代您做決定的人士給出。
* 某些例外情況下，我們無需事先獲得您的書面同意。這些例外情況受到法律允許或受到法律要求。
  + 例如，我們必須向檢查護理資質的政府機構披露健康資訊。
  + 因為您透過聯邦醫療保險加入了我們的計劃，成為了會員，所以我們必須向聯邦醫療保險提供您的健康資訊，包括您的 D 部分處方藥資訊。若聯邦醫療保險將您的資訊用於研究或其他用途，則需依據聯邦法令與法規。

您可以在記錄上看到該資訊，從而知道該資訊與其他人共享的情況。

您有權查閱計劃所持有的您的醫療記錄，並獲得記錄的副本。我們可以向您收取複印費用。您還有權要求我們添加或更正醫療記錄。若您有此要求，我們將與您的衛生保健醫療服務提供者一起決定是否該進行更改。

若因非常規原因而與其他人共享您的健康資訊，您有權知道自己的健康資訊共享情況。

若您對您的個人健康資訊隱私存有疑問或擔憂，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

*[****注意：****計劃可以插入隱私實踐慣例。]*

#### 第 1.5 小節 我們必須向您提供有關計劃、網絡醫療服務提供者與承保服務的資訊

*[計劃可以編輯本小節，以體現計劃會員可用的其他格式的資料類型和/或計劃服務區域內使用的主要語言。]*

做為*[插入 2017 年計劃名稱]*的會員，您有權向我們諮詢多種資訊。（如前文第 1.1 小節所述，您有權要求我們以滿足您需求的方式為您提供資訊。這包括資訊使用除英文以外的語言與大字體或其他替代格式。）

若您希望獲取以下任意類型的資訊，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）：

* **我們的計劃之資訊**。例如，包括計劃的資金狀況。還包括會員提起的上訴次數以及計劃的績效評分，包括計劃會員的評分方式以及與其他聯邦醫療保險健康計劃的對比情況。
* **我們的網絡醫療服務提供者之資訊，包括我們的網絡藥房。** 
  + 例如，您有權向我們諮詢網絡醫療服務提供者與藥房的資質以及我們向網絡醫療服務提供者付款的方式。
  + *[合併醫療服務提供者與藥房名錄的計劃可以合併本項與下一項，並酌情編輯資訊]*如需查看計劃網絡內的醫療服務提供者清單，請參閱*[插入醫療服務提供者名錄的名稱]*。
  + 如需查看計劃網絡內的藥房清單，請參閱*[插入藥房名錄的名稱]。*
  + 如需獲取有關我們的醫療服務提供者或藥房的詳細資訊，您可以致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底），也可造訪我們的網站 *[插入網址]*。
* **有關您的承保範圍及使用承保範圍時必須遵守的規則之資訊。** 
  + 本手冊第 3 章與第 4 章中，我們解釋了承保哪些醫療服務、承保範圍的限制以及獲取承保醫療服務時您必須遵守的規則。
  + 如需詳細瞭解 D 部分處方藥承保範圍，請參見本手冊第 5 章與第 6 章加上計劃的*《承保藥物清單》（處方藥物表）*。這些章節與*《承保藥物清單》（處方藥物表）*將告訴您哪些藥物承保，並解釋您必須遵守的規則以及特定藥物的承保範圍限制。
  + 若您對規則或限制存有疑問，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。
* **解釋不承保的理由以及解決辦法之資訊。**
  + 若我們不為您承保醫療服務或 D 部分藥物，或您的承保範圍存在某種限制，您可以要求我們提供書面解釋。即使您從網絡外醫療服務提供者或藥房處獲得醫療服務或藥物，您也有權獲得該解釋。
  + 我們會對承保哪些醫療護理或 D 部分藥物做出決定，若您對我們的決定不滿或存有異議，您有權要求我們更改決定。您可以透過上訴途徑要求我們更改決定。若實際的承保方式與您認為應當呈現的承保方式有出入，詳細解決辦法請參見本手冊第 9 章。該章將詳細講解想要我們更改決定時如何提起上訴。（第 9 章還將告訴您如何針對護理質量、等候時間及其他問題提起投訴。）
  + 收到醫療護理或 D 部分處方藥帳單後，若您希望我們的計劃支付應由我們承擔的部分，請參見本手冊第 7 章。

#### 第 1.6 小節 您有權決定自己的護理，我們必須支持您的權利

您有權知道自己的治療選擇並參與決定自己的衛生保健

進行醫療護理時，您有權要求醫生與其他衛生保險醫療服務提供者告知全部的資訊。您的醫療服務提供者必須*以您能夠理解的方式*向您解釋您的病情以及治療選擇。

您還有權參與決定自己的衛生保健。為了幫助您與醫生一起決定最佳治療方案，您的權利包括以下內容：

* **知曉全部的選擇。**這意味著，向您推薦治病方案時，您有權知曉所有的治療選擇，無論費用如何，無論我們的計劃是否承保。還包括知曉我們的計劃提供的那些幫助會員管理藥物與安全用藥的計劃。
* **瞭解風險。**您有權知道護理涉及的任何風險。若任何建議的醫療護理或治療方案是研究試驗的一部分，則必須事先告知您。您始終可以選擇拒絕任何試驗性治療。
* **說「不」的權利**。您有權拒絕推薦的任何治療方案。這包括有權離開醫院或其他醫療機構，即便您的醫生建議您不要離開。您還有權停止用藥。當然，若您拒絕治療或停止用藥，您同意全權承擔由此產生的後果。
* **您的護理承保範圍遭到拒絕時索要解釋。**若醫療服務提供者拒絕提供護理，但您認為自己應該獲得護理，此時您有權要求我們給出解釋。如需索要該解釋，您需要要求我們做出承保範圍決定。本手冊第 9 章將告知如何要求計劃做出承保範圍決定。

您有權做出指示，指明自己無法自行做出醫療決定時該如何處理

*[****注意：****若計劃希望向會員提供有關預先指令的具體州之資訊，包括州機構的聯絡資訊，則可以提供。]*

有時人們可能會因意外事故或重症疾病而無法自行做出衛生保健決定。您有權指明若遇到這種情況時希望如何處理。這意味著，*若您有此願望*，您可以：

* 填寫書面表格賦予**某人以法律權利，**若您無法自行決定，**其可代您做出醫療決定**。
* **向醫生出具書面指示，**說明在您無法自行做決定時，希望由他們來處理您的醫療護理事宜。

該法律文件稱為**「預先指令」**，您可以用其在這些情況下預先做出指令。預先指令分為不同的類型和不同的名稱。《**生前遺囑》**與**《衛生保健授權書》**就屬於預先指令。

若您希望使用「預先指令」來做出指示，做法如下：

* **領取表格。**若您希望做出預先指令，您可以向律師、社工或某些辦公用品商店索要一份表格。您有時可以向那些為人們提供聯邦醫療保險資訊的機構索要預先指令表格。[*適用時插入：*您還可以聯絡會員服務部索要表格（電話號碼列印於本手冊封底）。]
* **填寫表格並簽名。**無論您從何處獲得該表格，請記住，這是一份法律文件。您應該考慮僱一名律師幫助制備該表格。
* **將表格交給有關人士。**您應該向醫生以及表格上列明當您無法做決定時代您做決定的人士各提供一份表格副本。在此還建議您向好友或家人提供副本。請確保家中存有表格副本。

若您事先知道自己即將住院而且自己已經簽署了預先指令，**請將一份表格副本帶至醫院。**

* 您住院之時，醫務人員會詢問您是否簽署了預先指令表格以及是否隨身攜帶。
* 若您未簽署預先指令表格，醫院可提供表格，並會詢問您是否願意簽署。

**記住，您有權決定是否填寫預先指令**（包括住院時是否願意填寫）。根據法律規定，任何人均不得因您是否簽署了預先指令而拒絕為您提供護理或對您加以歧視。

指示未得到遵守怎麼辦？

若您簽署了預先指令，且您認為醫生或醫院未遵守指令中的指示，您可以透過*[插入適應的具體州機構（比如州衛生部）]*提出投訴。*[計劃還可以選擇加入獨立的附表，用於列出所有州或設有計劃的所有州的具體州機構，然後應該修改上一句，以便提及該附表。]*

#### 第 1.7 小節 您有權提起投訴並要求我們重新考慮我們所做的決定

若您對承保服務或護理存有任何疑問或擔憂，本手冊第 9 章將告訴您如何解決。該章將詳細講解如何處理所有類型的問題與投訴。遇到問題或困擾之後，具體的解決辦法需視情況而定。您可能需要要求我們的計劃為您做出承保範圍決定、提起上訴要求我們更改承保範圍決定或者提起投訴。不論您採取何種行動 — 請求做出承保範圍決定、提起上訴、提起投訴 — **我們必須公平地對待您**。

您有權獲取過去其他會員針對我們的計劃所提起的上訴與投訴之資訊摘要。如需獲取該資訊，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

#### 第 1.8 小節 若您認為自己受到了不公平地對待或您的權利沒有得到尊重怎麼辦？

若涉及歧視，請致電民權辦公室

若您認為因種族、殘障、宗教、性別、健康、民族、信仰、年齡或國籍受到不公平的對待或您的權利沒有得到尊重，您應致電衛生與人類服務部的**民權辦公室**，電話號碼為 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697，或致電當地民權辦公室。

涉及其他方面？

若您認為自己受到了不公平的對待或您的權利沒有得到遵守，而且*不*涉及歧視，解決問題的方式為：

* 您可以**致電會員服務部**（電話號碼列印於本手冊封底）。
* 您可以**致電州健康保險補助計劃。**如需獲取有關該組織的詳情及聯絡方式，請轉到第 2 章第 3 節。
* **您也可以致電聯邦醫療保險，**電話號碼 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時服務。聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-877-486-2048。

#### 第 1.9 小節 如何獲得更多有關您的權利之資訊

您有多種方式詳細瞭解您的權利：

* 您可以**致電會員服務部**（電話號碼列印於本手冊封底）。
* 您可以**致電州健康保險補助計劃 (SHIP)。**如需獲取有關該組織的詳情及聯絡方式，請轉到第 2 章第 3 節。
* 您可以聯絡**聯邦醫療保險。**
  + 您可以造訪聯邦醫療保險網站，瀏覽或下載刊物《Your Medicare Rights and Protections》（您的聯邦醫療保險權利與保護）。（該刊物閱覽網址：<http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>。）
  + 您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時服務。聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-877-486-2048。

### 第 2 節 您做為計劃會員需承擔部分義務

#### 第 2.1 小節 您有哪些義務？

下文列出了計劃會員需遵循的規定。若您存有任何問題，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。我們來幫您。

* **熟悉承保服務與您獲取承保服務時必須遵守的規則。**使用本*《承保範圍證明》*手冊瞭解哪些服務承保以及獲得承保服務時您需遵守的規則。
  + 第 3 章與第 4 章詳細講解您的醫療服務，包括哪些承保、哪些不承保、需要遵守的規則以及需要支付哪些費用。
  + 第 5 章與第 6 章詳細講解您的 D 部分處方藥承保範圍。
* **除了我們的計劃之外，若您還有任何其他健康保險承保範圍或處方藥承保範圍，您必須告知我們。**請致電會員服務部告知我們（電話號碼列印於本手冊封底）。
  + 我們必須遵守聯邦醫療保險設定的規則，以確保您獲得我們的計劃提供的承保服務時組合使用您所擁有的全部承保範圍。這稱為「**福利協調**」，因為涉及到協調您透過我們的計劃獲取的健康與藥物福利以及任何其他您可用的健康與藥物福利。我們會幫助您協調您的福利。（如需更多有關福利協議的資訊，請轉到第 1 章第 7 節。）
* **告知醫生與其他衛生保險醫療服務提供者您參保了我們的計劃。**獲取醫療護理或 D 部分處方藥時出示計劃會員卡。
* **向醫生或其他醫療服務提供者提供資訊、諮詢問題以及完成自己的護理，以助其開展護理工作。** 
  + 為幫助您的醫生或其他醫療服務提供者為您提供最佳護理，請儘量多地瞭解自己的健康問題，並為其提供所需的健康資訊。遵守您與醫生協商一致的治療計劃與指示。
  + 確保醫生知道您正在服用的所有藥物，包括非處方藥、維他命以及保健品。
  + 若您有疑問，請一定要提問。您的醫生與其他醫療服務提供者應該以您能夠理解的方式為您解釋。若您提出了問題，但沒明白給出的答覆，請再次提問。
* **善解人意。**我們希望所有的會員都能尊重其他患者的權利。我們也希望您能積極配合，促進診所、醫院與其他辦公室順利開展工作。
* **按時付款。**做為計劃會員，您有責任支付以下款項：
  + [*適用時插入：*您必須支付計劃保費才能保持計劃會員的身份。]
  + 您必須參保聯邦醫療保險 A 部分與聯邦醫療保險 B 部分才有資格加入我們的計劃。因此，部分計劃會員必須支付聯邦醫療保險 A 部分的保費，大部分計劃會員必須支付聯邦醫療保險 B 部分的保費，才能繼續保持我們的計劃會員身份。
  + 對於我們的計劃承保的大部分醫療服務或藥物，獲取該服務或藥物時，您必須支付應由您承擔的部分。該部分為[*酌情插入：*共付額（固定金額）*或*共同保險（總費用的百分比）*或*共付額（固定金額）或共同保險（總費用的百分比）]。第 4 章講解您必須為哪些醫療服務付款。第 6 章講解您必須為哪些 D 部分處方藥付款。
  + 若您獲取的醫療服務或藥物不由我們的計劃或您可能擁有的其他保險承保，您必須全額支付費用。
    - 若您對我們拒絕承保服務或藥物的決定有異議，您可以提起上訴。請參閱本手冊第 9 章，瞭解如何提起上訴。

*[會員未付款時不會將會員退保的計劃可以酌情修改本節。]*

* + [*提供 D 部分的計劃請插入：*若您需要支付延期參保罰款，您必須支付該項罰款才能保有處方藥承保範圍。]
  + 若您因為自己的年度收入必須為 D 部分支付額外的費用，則您必須直接向政府支付該筆額外的費用才能繼續保持計劃會員身份。
* **搬家時請告知我們。**若您打算搬家，請務必立即告知我們。請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。
* **若您搬*離*我們的計劃服務區域，您***[若提供相鄰區域，請於此處插入「一般而言」，然後解釋相鄰區域]***無法繼續保持我們計劃的會員身份。**（第 1 章講解我們的服務區域。）我們可以幫助您確定您是否搬離了我們的服務區域。若您離開了我們的服務區域，您將享有一段「特別參保期」，在此期間，您可以加入新家所在區域提供的任何聯邦醫療保險計劃。若我們在您的新家所在區域設有計劃，我們會告知您。
* **若您搬*入*我們的服務區域，我們仍需知情，**以便我們更新您的會員卡記錄，並知道如何聯絡您。
* 若您搬家，還請您務必告知社會安全署（或鐵路員工退休委員會）。您可於第 2 章找到這些組織的電話號碼與聯絡資訊。
* **若您有疑問或擔憂，請致電會員服務部尋求幫助**我們還歡迎您提出任何建議，幫助我們改善計劃。
  + 會員服務部的電話號碼與服務時間列印於本手冊封底。
  + 如需詳細瞭解我們的聯絡方式，包括我們的郵寄地址，請參見第 2 章。

第 9 章

出現問題或希望投訴  
（承保範圍決定、上訴、投訴）  
時該怎麼辦

## 第 9 章 出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦

背景 159

第 1 節 簡介 159

第 1.1 小節 您有問題或擔憂時怎麼辦 159

第 1.2 小節 法律術語怎麼辦？ 159

第 2 節 您可以向與我們無關聯的政府機構尋求幫助 160

第 2.1 小節 如何獲得更多資訊與個性化的幫助 160

第 3 節 應該使用哪個流程來解決問題？ 160

第 3.1 小節 是否該使用承保範圍決定與上訴流程？還是該使用提起投訴流程？ 160

承保範圍決定與上訴 161

第 4 節 承保範圍決定與上訴基礎指南 161

第 4.1 小節 請求承保範圍決定並提起上訴：整體情況 161

第 4.2 小節 請求承保範圍決定或提起上訴時，如何獲取幫助 162

第 4.3 小節 本章哪個小節對您的情況進行了詳細的解釋？ 163

第 5 節 您的醫療護理：如何請求承保範圍決定或提起上訴 163

第 5.1 小節 本小節講解獲取醫療護理承保範圍時遇到問題或者希望我們退還應由我們承擔的護理費用時怎麼辦 163

第 5.2 小節 具體步驟：如何請求承保範圍決定 （如何要求我們的計劃授權或提供您希望的醫療護理承保範圍） 165

第 5.3 小節 具體步驟：如何提起第 1 級上訴 （如何請求審查我們計劃的醫療護理承保範圍決定） 167

第 5.4 小節 具體步驟：第 2 級上訴的運作流程 170

第 5.5 小節 收到醫療護理的帳單後如何要求我們支付應由我們承擔的部分？ 172

第 6 節 您的 D 部分處方藥：如何請求承保範圍決定或提起上訴 173

第 6.1 小節 本小節講解獲取 D 部分處方藥時遇到問題或者希望我們退還 D 部分藥物的費用時怎麼辦 173

第 6.2 小節 什麼是例外情況？ 175

第 6.3 小節 請求破例的重要須知 176

第 6.4 小節 具體步驟：如何請求承保範圍決定，包括例外情況 177

第 6.5 小節 具體步驟：如何提起第 1 級上訴 （如何請求審查我們的計劃所做的承保範圍決定） 180

第 6.6 小節 具體步驟：如何提起第 2 級上訴 182

第 7 節 若您認為醫生過早讓您出院，如何要求我們承保更長時間的住院費用 184

第 7.1 小節 住院期間，聯邦醫療保險會向您出具一份書面通知，告知您有哪些權利 184

第 7.2 小節 具體步驟：如何提起第 1 級上訴，以便更改出院日 185

第 7.3 小節 具體步驟：如何提起第 2 級上訴，以便更改出院日 188

第 7.4 小節 錯過提起第 1 級上訴的截止日期怎麼辦？ 189

第 8 節 若您認為您的承保範圍結束得太快，如何要求我們持續承保特定的醫療服務 191

第 8.1 小節 *本小節僅涉及 3 種服務：* 家居醫療護理、專業護理機構護理以及綜合門診康復設施 (CORF) 服務 191

第 8.2 小節 我們會事先告知您承保範圍的終止日期 192

第 8.3 小節 具體步驟：如何提起第 1 級上訴，以便要求我們的計劃延長您的護理承保時間 192

第 8.4 小節 具體步驟：如何提起第 2 級上訴，以便要求我們的計劃延長您的護理承保時間 194

第 8.5 小節 錯過提起第 1 級上訴的截止日期怎麼辦？ 195

第 9 節 將上訴推進至第 3 級甚至更高級別 198

第 9.1 小節 第 3、4、5 級醫療服務上訴 198

第 9.2 小節 D 部分藥物上訴的第 3、4、5 級上訴 199

提起投訴 200

第 10 節 如何針對護理質量、等候時間、顧客服務以及其他問題提起投訴 200

第 10.1 小節 投訴流程處理哪些問題？ 200

第 10.2 小節 「提起投訴」的正式名稱為「提交申訴」 202

第 10.3 小節 具體步驟：提起投訴 202

第 10.4 小節 您還可以針對護理的質量向質量改進組織提起投訴 203

第 10.5 小節 您還可以將您的投訴告知聯邦醫療保險 203

*[計劃應確保正文或緊靠每個「法律術語」方塊的章節標題與方塊處於同一頁面。]*

背景

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 小節 您有問題或擔憂時怎麼辦

本章將解釋兩類處理問題與擔憂的流程：

* 對於部分類型的問題，您需要使用**承保範圍決定與上訴流程**。
* 對於其他類型的問題，您需要使用**提起投訴流程**。

這兩種流程均獲得了聯邦醫療保險的批准。為了確保公平且及時地處理您的問題，每種流程都制定了一套規則、程序與截止日期，我們與您都必須遵守。

您該使用哪一種？這取決於您遇到的問題屬於哪種類型。第 3 節的指南可幫助您識別應該使用的正確流程。

#### 第 1.2 小節 法律術語怎麼辦？

本章中解釋的部分規則、程序與各類截止日期中存在技術法律術語。當中很多術語為大部分人所不熟悉，而且難以理解。

為了簡單起見，本章將用更簡單的文字替換特定的法律術語，來解釋法律規則與程序。例如，本章中一般會使用「提起投訴」而不使用「提交申訴」，使用「承保範圍決定」而不使用「組織確定」或「承保範圍裁定」，使用「獨立審查組織」而不使用「獨立審查實體」。本章還會儘量減少縮寫的使用。

但是，在相應情況下使用正確的法律術語可能會大有助益 — 有時還非常重要。知道應該使用什麼術語可以幫助您更清楚、更準確地與他人溝通，進而解決自己的問題以及獲取所需的幫助或資訊。為了幫助您瞭解該使用哪些術語，講解具體問題的處理詳情時，我們加入了一些法律術語。

### 第 2 節 您可以向與我們無關聯的政府機構尋求幫助

#### 第 2.1 小節 如何獲得更多資訊與個性化的幫助

開始著手或跟進處理問題的流程有時會讓人感到困惑。身體不適或者精力有限時尤其如此。而有些時候，您可能不具備相應的知識，不知道下一步該做什麼。

向獨立的政府機構尋求幫助

我們可以隨時為您提供幫助。但在某些情況下，您可能還需要向與我們無關聯的人士尋求幫助或指導。您始終可以聯絡您的**州健康保險補助計劃（SHIP）**。該政府計劃在每個州都設有經過培訓的顧問。該計劃與我們不存在關聯，或者不與任何保險公司或健康計劃存在關聯。該計劃的顧問可以幫助您瞭解該使用哪些流程來處理遇到的問題。他們還會回答您的提問、為您提供更多資訊以及指導解決之道。

SHIP 顧問服務是免費的。*[附表中提供 SHIP 聯絡資訊的可以修改計劃下一句段，以指引會員查看該資訊]*您可於本手冊第 2 章第 3 節查找電話號碼。

您還可以向聯邦醫療保險尋求幫助及獲取資訊

如需更多處理問題的資訊與幫助，您還可以聯絡聯邦醫療保險。直接從聯邦醫療保險處獲取資訊有兩種方式：

* 您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時服務。聽覺及語言有障 (TTY) 人士請致電 1-877-486-2048。
* 您可以造訪聯邦醫療保險網站 ([http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/))。

### 第 3 節 應該使用哪個流程來解決問題？

#### 第 3.1 小節 是否該使用承保範圍決定與上訴流程？還是該使用提起投訴流程？

若您有問題或擔憂，閱讀本章中符合您情況的內容即可。後續的指南將為您提供幫助。

如需查看本章中哪些內容可以幫您處理具體的問題或擔憂，**請從此處開始**

您的問題或擔憂涉及您的福利或承保範圍嗎？

（問題包括具體的醫療護理或處方藥是否承保、承保方式以及醫療護理或處方藥付款問題。）

**是。**我的問題涉及福利或承保範圍。

請轉到本章的下一個章節，**即第 4 節，「承保範圍決定與上訴基礎指南」。**

**否。**我的問題不涉及福利或承保範圍。

請跳至本章末尾的**第 10 節**。**「如何針對護理質量、等候時間、顧客服務以及其他問題提起投訴。」**

承保範圍決定與上訴

### 第 4 節 承保範圍決定與上訴基礎指南

#### 第 4.1 小節 請求承保範圍決定並提起上訴：整體情況

承保範圍決定與上訴流程負責處理與醫療服務及處方藥的福利及承保範圍相關的問題，包括付款問題。您可使用該流程解決哪些承保哪些不承保以及承保方式的問題。

請求承保範圍決定

承保範圍決定是我們對您的福利與承保範圍或我們將為您的醫療服務或藥物所付金額所做的決定。例如，不論您於何時接受了計劃網絡醫生提供的醫療護理，或者網絡醫生將您轉介至專科醫生處，他或她需為您做出一個（有利的）承保範圍決定。若您的醫生不確定我們是否承保特定的醫療服務，或您的醫生拒絕提供您認為自己需要的醫療護理，您或您的醫生還可以聯絡我們並請求承保範圍決定。換言之，若您想事先知道我們是否承保醫療服務，您可以要求我們為您做出承保範圍決定。

我們決定承保哪些內容以及支付多少金額時即為做出承保範圍決定。某些情況下，我們可能會決定不承保某項服務或藥物，或者聯邦醫療保險不再為您提供承保。若您對該承範圍決定存有異議，可以提起上訴。

提起上訴

若我們做出了承保範圍決定，但您不滿意該決定，則可以對該決定提起「上訴」。上訴是一種正式的請求途徑，用來要求我們審查與更改我們做出的承保範圍決定。

首次對承保決定提出上訴時，被稱為第 1 級上訴。在第 1 級上訴中，我們會審查該承保範圍決定，看看我們是否遵守了所有適用的規則。您提起的上訴會由多位複查員進行處理，原來做出該項不利決定的人員不參與審查。我們完成審查之後，會告知您結果。在特定情況下（後文將會詳述），您可以申請加急或「快速承保範圍決定」或承保範圍決定的快速上訴。

若我們駁回了您第 1 級上訴的全部或部分內容，您可以進行第 2 級上訴。第 2 級上訴由獨立的組織開展，即該組織與我們無關聯。（在某些情況下，您的情況可能會自動被呈遞至獨立組織進入第 2 級上訴。若出現這種情況，我們會告知您。在其他情況下，您需要申請第 2 級上訴。）若您不滿意第 2 級上訴的結果，您或許可以繼續進行其他級別的上訴。

#### 第 4.2 小節 請求承保範圍決定或提起上訴時，如何獲取幫助

您需要幫助嗎？若您決定請求任何類型的承保範圍決定或對決定提起上訴，此處提供了一些材料可以幫助到您：

* 您可以**致電會員服務部聯絡我們**（電話號碼列印於本手冊封底）。
* 如需**從與我們的計劃無關聯的獨立組織處獲取免費的幫助**，請聯絡您的州健康保險補助計劃（參見本章第 2 節）。
* **您的醫生可以替您做出請求。**
  + 對於醫療護理，您的醫生可以代您請求承保範圍決定或第 1 級上訴。第 1 級上訴被駁回後將自動轉為第 2 級。如需請求任何第 2 級之後的上訴，您的醫生必須被任命為您的代表人。
  + 對於 D 部分處方藥，您的醫生或其他處方醫生可以請求承保範圍決定或代表您提起第 1 級或第 2 級上訴。如需請求任何第 2 級之後的上訴，您的醫生或其他處方醫生必須被任命為您的代表人。
* **您可以任命其他人代您行事。**若您有此意願，您可以任命其他人做為您的「代表人」，代您請求承保範圍決定或提起上訴。
  + 根據州法律，可能某些人士已經享有做為您的代表人的合法權利。
  + 若您想讓朋友、親人、醫生或其他醫療服務提供者或其他人士成  
    為您的代表人，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）  
    並索要《任命代表人》表格。（可造訪聯邦醫療保險網站 <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> [*計劃還可以插入：*或我們的網站*[插入網站或表格連結]*]獲取表格。）該表格可以授權個人代您行事。該表格必須由您以及您希望代您行事的人士簽名。您必須向我們寄送一份已簽名表格的副本。
* **您還有權僱一名律師代您行事。**您可以聯絡自己的律師，也可以從當地的律師協會或其他轉介服務處僱一名律師。若您符合資格，還有些團體可為您提供免費的法律服務。但是，**即使您不僱用律師**也可以請求任何類型的承保範圍決定或針對決定提起上訴。

#### 第 4.3 小節 本章哪個小節對您的情況進行了詳細的解釋？

涉及承保範圍決定與上訴的情形共有四種。鑒於每個情況都有不同的規則與截止日期，我們會分節對每個情況進行詳細的解釋：

* 本章**第 5 節**：「您的醫療護理：如何請求承保範圍決定或提起上訴」
* 本章**第 6 節**：「您的 D 部分處方藥：如何請求承保範圍決定或提起上訴」
* 本章**第 7 節**：「若您認為醫生過早讓您出院，如何要求我們承保更長時間的住院費用」
* 本章**第 8 節**：「若您認為您的承保範圍結束得太快，如何要求我們持續承保特定的醫療服務」（*僅限於以下服務：*家居醫療護理、專業護理機構護理以及綜合門診康復設施 (CORF) 服務）

若您不確定該使用哪個章節，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。您還可以向 SHIP 等政府機構獲取幫助或資訊（本手冊第 2 章第 3 節含有該計劃的電話號碼）。

### 第 5 節 您的醫療護理：如何請求承保範圍決定或提起上訴

question mark問號。 您是否已閱讀本章第 4 節（*承保範圍決定與上訴「基礎」指南*）？若沒有，建議您閱讀該節之後再開始本節。

#### 第 5.1 小節 本小節講解獲取醫療護理承保範圍時遇到問題或者希望我們退還應由我們承擔的護理費用時怎麼辦

本章涉及醫療護理與服務的福利。本手冊第 4 章對這些福利進行了描述：*《醫療福利表》（承保內容與您需支付的金額）。*為了簡單起見，本小節的剩餘部分，我們統稱「醫療護理承保範圍」或者「醫療護理」，而不是每次重複使用「醫療護理或治療或服務」。

本小節將告訴您遇到以下情況時該怎麼辦：

1. 您未獲取您希望的特定醫療護理，且您認為我們的計劃應承保該護理。

2. 我們的計劃不批准您的醫生或其他醫療服務提供者希望為您提供的醫療護理，且您認為計劃應承保該護理。

3. 您已接受您認為應由計劃承保的醫療護理或服務，但是我們已表明不會為該護理付款。

4. 您已接受您認為應由計劃承保的醫療護理或服務並已付款，而且您想讓我們的計劃償付該護理的費用。

5. 您被告知，您一直以來獲取的特定醫療護理的承保範圍此前我們批准但現在會減少或停止，但您認為減少或停止該特定會危害您的健康。

* 注意：**若即將停止的承保範圍屬於醫院護理、家居醫療護理、專業護理機構護理或綜合門診康復設施 （CORF） 服務**，您需要閱讀本章的獨立章節，因為這些類型的護理適用特殊的規則。在這些情況下，請閱讀以下章節：
* 第 9 章第 7 節：*若您認為醫生過早讓您出院，如何要求我們承保更長時間的住院費用。*
* 第 9 章第 8 節：*若您認為您的承保範圍結束得太快，如何要求我們持續承保特定的醫療服務。*本節僅涉及三種服務：家居醫療護理、專業護理機構護理或 CORF 服務。
* 對於*所有其他*被告知一直獲取的醫療護理即將停止的情況，請使用本節（第 5 節）瞭解解決辦法。

您屬於哪種情況？

| 若您屬於這種情況： | 解決辦法如下： |
| --- | --- |
| 您想知道我們是否承保您希望獲取的醫療護理或服務嗎？ | 您可以要求我們為您做出承保範圍決定。  請轉到本章的下一個章節，即**第 5.2 小節。** |
| 我們是否已經告知您我們不會以您期望的方式承保或支付醫療服務的費用？ | 您可以提起**上訴**。（這意味著，您在請求我們重新考慮。）  請跳至本章**第 5.3 小節**。 |
| 您想讓我們退還您為已接受的醫療護理或服務所支付的費用嗎？ | 您可以將帳單寄送給我們。  請跳至本章**第 5.5 小節**。 |

#### 第 5.2 小節 具體步驟：如何請求承保範圍決定 （如何要求我們的計劃授權或提供您希望的醫療護理承保範圍）

| **法律術語** |
| --- |
| 若承保範圍決定涉及您的醫療護理，即稱為**「組織確定」**。 |

步驟 1：您需請求我們的計劃針對您申請的醫療護理做出承保範圍決定。若您的病情不容拖延，您應該要求我們做出「快速承保範圍決定」。

| **法律術語** |
| --- |
| 「快速承保範圍決定」稱為**「加急決定」**。 |

如何針對您希望獲取的醫療護理請求承保範圍

* 可透過致電、致函或傳真的方式聯絡我們的計劃，要求我們為您希望獲取的醫療護理授權或提供承保範圍。您、您的醫生或您的代表人可以提出該等請求。
* 如需獲取聯絡詳情，請轉到第 2 章第 1 節，*[計劃可以酌情編輯章節標題]您想請求醫療護理的承保範圍決定時，該如何聯絡我們。*

我們一般會在標準截止日期內將我們的決定告知您

當我們將決定告知您時，除非我們同意使用「快速」截止日期，否同我們一律使用「標準」截止日期。**標準承保範圍決定意味著，我們將於**收到請求後**的 14 天內予以回復**。

* **但是，**若您請求延長時間或者我們需要獲取有利於您的資訊（比如網絡外醫療服務提供者提供的醫療記錄），**則我們的處理時間可以延長 14 天。**若我們決定多花幾天時間來做決定，我們將以書面形式通知您。
* 若您認為我們不應延長天數，您可以針對延長天數的決定提起「快速投訴」。您提起快速投訴後，我們將於 24 小時內予以回復。（提起投訴的流程不同於承保範圍決定與上訴流程。如需更多有關提起投訴的流程資訊，包括快速投訴，請參見本章第 10 節。

若您的病情刻不容緩，請要求我們給出「快速承保範圍決定」

* **快速承保範圍決定意味著我們將於 72 小時內回復。** 
  + **但是，**若您發現有利於您的資訊有所遺漏（比如網絡外醫療服務提供者提供的醫療記錄），或者您需要時間獲取資訊供我們審查，**則我們的處理時間可以延長 14 天。**若我們決定多花幾天時間，我們將以書面形式通知您。
  + 若您認為我們不應延長天數，您可以針對延長天數的決定提起「快速投訴」。如需更多有關提起投訴的流程資訊，包括快速投訴，請參見本章第 10 節。）我們做出決定後會立即致電給您。
* **如需獲取快速承保範圍決定，您必須滿足兩個要求：**
  + 其一是，您*必須*針對您*尚未接受的*醫療護理請求承保範圍。（若您針對已接受的醫療護理請求付款，那麼您無法獲得快速承保範圍決定。）
  + 其二是，使用標準截止日期可能會*對您的身體健康造成嚴重傷害或損傷您的身體機能。*
* **若您的醫生告訴我們，您的病情刻不容緩，需要「快速承保範圍決定」，我們會自動同意為您提供快速承保範圍決定。**
* 若您獨自請求快速承保範圍決定，即未得到醫生的支持，我們會根據您的健康狀況決定是否為您提供快速承保範圍決定。
  + 若我們決定您的病情不符合獲得快速承保範圍決定的要求，我們會向您致函說明緣由（而且我們會使用標準截止日期）。
  + 該信函將告訴您，若您的醫生請求快速承保範圍決定，我們會自動提供快速承保範圍決定。
  + 若您請求快速承保範圍決定，而我們給出了標準承保範圍決定，該信函還將告訴您如何針對我們的決定提起「快速投訴」。如需更多有關提起投訴的流程資訊，包括快速投訴，請參見本章第 10 節。）

步驟 2：我們會考慮您的醫療護理承保範圍請求並給出回復。

「快速承保範圍決定」的截止日期

* 一般而言，對於快速承保範圍決定，我們會於 **72 小時內**予以回復。
  + 如上所述，在特定情況下，我們的處理時間可以延長 14 天。若我們決定多花幾天時間來做承保範圍決定，我們將以書面形式通知您。
  + 若您認為我們不應延長天數，您可以針對延長天數的決定提起「快速投訴」。您提起快速投訴後，我們將於 24 小時內予以回復。如需更多有關提起投訴的流程資訊，包括快速投訴，請參見本章第 10 節。）
  + 若我們未於 72 小時內予以回復（或者該段時間結束後有所延期），您有權上訴。下方第 5.3 小節講解如何上訴。
* **若我們的回復是接受您的部分或全部請求，**則我們必須於收到請求後的 72 小時內授權或提供我們同意提供的醫療護理承保範圍。若我們需要延長做出承保範圍決定的時間，我們將於該延長時間結束之前授權或提供承保範圍。
* **若我們的回復是拒絕您的部分或全部請求，**我們將以書面形式向您詳細解釋拒絕的理由。

「標準承保範圍決定」的截止日期

* 一般而言，對於標準承保範圍決定，我們將於**收到請求後的 14 天內**予以回復。
  + 在特定情況下，我們的處理時間可以延長 14 天（即「延期」）。若我們決定多花幾天時間來做承保範圍決定，我們將以書面形式通知您。
  + 若您認為我們不應延長天數，您可以針對延長天數的決定提起「快速投訴」。您提起快速投訴後，我們將於 24 小時內予以回復。如需更多有關提起投訴的流程資訊，包括快速投訴，請參見本章第 10 節。）
  + 若我們未於 14 天內予以回復（或該段時間結束後有所延期），您有權上訴。下方第 5.3 小節講解如何上訴。
* **若我們的回復是接受您的部分或全部請求，**則我們必須於收到請求後的 14 天內授權或提供我們同意提供的承保範圍。若我們需要延長做出承保範圍決定的時間，我們將於該延長時間結束之前授權或提供承保範圍。
* **若我們的回復是拒絕您的部分或全部請求，**我們將向您寄送一份書面聲明，解釋拒絕的理由。

步驟 3：若我們的回復是拒絕您的醫療護理承保範圍請求，您可以決定是否提起上訴。

* 若我們拒絕，您有權透過上訴途徑要求我們重新考慮 — 或者更改 — 該決定。提起上訴意味著再次嘗試獲取您希望獲取的醫療護理承保範圍。
* 若您決定提起上訴，這意味著您準備進入第 1 級上訴流程（參見下方第 5.3 小節）。

#### 第 5.3 小節 具體步驟：如何提起第 1 級上訴 （如何請求審查我們計劃的醫療護理承保範圍決定）

| **法律術語** |
| --- |
| 對計劃的醫療護理承保範圍決定提起上訴稱為計劃**「重新考慮」。** |

步驟 1：請聯絡我們並提起上訴。若您的病情不容拖延，您必須請求「快速承保範圍決定」。

解決辦法

* **如欲上訴，您、您的醫生或您的代表人必須聯絡我們。**如需獲取聯絡詳情，以便處理上訴事宜，請轉到第 2 章第 1 節，*[計劃可以酌情編輯章節標題]您想針對醫療護理提起上訴時，該如何聯絡我們。*
* **若您正在請求標準上訴，請提交書面標準上訴請求。**[*若計劃接受口頭方式的標準上訴請求，請插入：*您也可以撥打第 2 章第 1 節*[計劃可以酌情編輯章節標題]*（*您想針對醫療護理提起上訴時，該如何聯絡我們*）中的電話號碼聯絡我們，請求上訴。]
  + 若為其他人（非您的醫生）代您針對我們的決定提起上訴，那麼  
    上訴時必須加入授權該名人士代表您行事的《任命代表人》表格。  
    （請致電會員服務部獲取該表格（電話號碼列印於本手冊封底），  
    並索要《任命代表人》表格。您還可造訪聯邦醫療保險的網站 <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> [*計劃還可以插入：*或瀏覽我們的網站 [*插入網站或表格連結]*]獲取表格。雖然沒有表格我們也可以受理上訴請求，但收到表格後我們才能開始或完成審查。若我們未於收到上訴請求後的 44 天內收到表格（我們對您的上訴做出決定的截止日期），您的上訴請求將被拒絕受理。在此情況下，我們將向您寄送一份書面通知，說明您有權向獨立審查組織要求審查我們拒絕受理的決定。
* **若您正在請求快速上訴，請以書面形式提起上訴或致電聯絡我們**，電話號碼位於第 2 章第 1 節*[計劃可以酌情編輯章節標題]（您想針對醫療護理提起上訴時，該如何聯絡我們）。*
* 自我們向您寄送書面通知回復您針對承保範圍決定發出的請求之日起，**您必須於 60 天內提起上訴請求。**若您錯過該截止日期，但確屬事出有因，我們可能會放寬您的上訴期限。事出有因錯過截止日期可以是身患重病無法聯絡我們，或者我們向您提供的上訴截止日期資訊不正確或不完整。
* **您可以索要一份有關您醫療決定的資訊副本，並加入更多資訊來支持上訴。**
  + 您有權要求我們提供有關您上訴的資訊副本。[*若收費，請插入：*我們可以向您收取該資訊的複印費與寄送費。]
  + 若您願意，您與您的醫生可以向我們提供其他資訊來支持上訴。

| **法律術語** |
| --- |
| 「快速上訴」也稱為**「加急重新考慮」**。 |

若您的病情刻不容緩，請要求「快速上訴」（您可以致電給我們，提出請求）

* 若您打算針對我們做出的護理承保範圍決定提起上訴，且您尚未接受該護理，則您/您的醫生需要決定您是否需要提起「快速上訴」。
* 獲取「快速上訴」的要求與程序與獲取「快速承保範圍決定」一樣。如需提起快速上訴，請遵守提起快速承保範圍決定的指示。（這些指示在本節前文中已列明。）
* 若您的醫生告訴我們，您的病情刻不容緩，需要提起「快速上訴」，我們會為您提供快速上訴。

步驟 2：我們考慮您的上訴並予以回復

* 我們的計劃審查您的上訴時，我們會再度仔細地查看有關您醫療護理承保範圍請求的所有資訊。我們會檢查我方拒絕您的請求時是否遵守了所有規則。
* 需要時，我們會收集更多資訊。我們可能會聯絡您或您的醫生，以獲取更多資訊。

「快速上訴」的截止日期

* 若我們使用的是快速截止日期，則我們必須於**收到上訴請求後的 72 小時內**予以回復。若您的病情緊急，我們將儘快做出決定。
  + 但是，若您請求延長時間，或者我們需要收集更多有利於您的資訊，我們的**處理時間可以延長 14 天**。若我們決定多花幾天時間來做決定，我們將以書面形式通知您。
  + 若我們未於 72 小時內（或延期的時間結束之前）予以回復，我們必須自動將您的請求呈遞至第 2 級上訴流程，在該流程中將由獨立組織審查您的上訴。本小節後文中，我們將為您講解該組織，並解釋第 2 級上訴流程的各種情況。
* **若我們的回復是接受您的部分或全部請求，**則我們必須於收到上訴後的 72 小時內授權或提供我們同意提供的承保範圍。
* **若我們的回復是拒絕您的部分或全部請求，**我們將向您寄送一份書面駁回通知書，告知您我們已自動將您的上訴呈遞至獨立審查組織進行第 2 級上訴。

「標準上訴」的截止日期

* 若我們使用的是標準截止日期，且您尚未接受服務（即您的承保範圍上訴所針對的服務），則我們必須於收到上訴後的 30 天內予以回復。若您的病情緊急，我們將儘快做出決定。
  + 但是，若您請求延長時間，或者我們需要收集更多有利於您的資訊，我們的**處理時間可以延長 14 天**。若我們決定多花幾天時間來做決定，我們將以書面形式通知您。
  + 若您認為我們不應延長天數，您可以針對延長天數的決定提起「快速投訴」。您提起快速投訴後，我們將於 24 小時內予以回復。如需更多有關提起投訴的流程資訊，包括快速投訴，請參見本章第 10 節。）
  + 若我們未於截止日期之前（或延期的時間結束之前）予以回復，我們必須將您的請求呈遞至第 2 級上訴流程，在該流程中將由獨立組織審查您的上訴。本小節後文中，我們將討論該審查組織，並解釋第 2 級上訴流程的各種情況。
* **若我們的回復是接受您的部分或全部請求，**則我們必須於收到上訴後的 30 天內授權或提供我們同意提供的承保範圍。
* **若我們的回復是拒絕您的部分或全部請求，**我們將向您寄送一份書面駁回通知書，告知您我們已自動將您的上訴呈遞至獨立審查組織進行第 2 級上訴。

步驟 3：若我們的計劃拒絕您的部分或全部上訴內容，您的情況將*自動*被呈遞至下一級上訴流程。

* 為了確保我們拒絕您的上訴時遵守了所有規則，**我們必須將您的上訴呈遞至「獨立審查組織」。**我們呈遞之後即意味著您的上訴將進入下一級的上訴流程，即第 2 級。

#### 第 5.4 小節 具體步驟：第 2 級上訴的運作流程

若我們拒絕您的第 1 級上訴，您的情況將*自動*被呈遞至下一級上訴流程。在第 2 級上訴中，**獨立審查組織**將審查我們對您的首次上訴所做的決定。該組織將決定是否應該更改我們所做的決定。

| **法律術語** |
| --- |
| 「獨立審查組織」的正確名稱為**「獨立審查實體」**。有時稱為**「IRE」**。 |

步驟 1：獨立審查組織會審查您的上訴。

* 獨立審查組織是由聯邦醫療保險僱用的獨立組織。該組織與我們不存在關聯，它也不是政府機構。該組織是由聯邦醫療保險選擇的一家公司，做為獨立審查組織開展工作。聯邦醫療保險監管它的工作。
* 我們會將您的上訴資訊寄送至該組織。該資訊稱為「檔案」。**您有權要求我們提供您的檔案副本。**[*若收費，請插入：*我們可以向您收取該資訊的複印費與寄送費。]
* 您有權向獨立審查組織提供其他資訊以支持上訴。
* 獨立審查組織的複查員將仔細查看與上訴有關的資訊。

若第 1 級為「快速上訴」，則第 2 級仍為「快速上訴」

* 若您針對我們的計劃提起的第 1 級上訴為「快速上訴」，則第 2 級您將自動接受「快速上訴」。該審查組織必須於收到第 2 級上訴後的 **72 小時內**予以回復。
* 但是，若該獨立審查組織需要收集更多有利於您的資訊，**則處理時間可以延長 14 天**。

若第 1 級為「標準上訴」，則第 2 級仍為「標準上訴」

* 若您針對我們的計劃提起的第 1 級上訴為「標準上訴」，則第 2 級您將自動接受「標準上訴」。該審查組織必須於收到第 2 級上訴後的 **30 天內**予以回復。
* 但是，若該獨立審查組織需要收集更多有利於您的資訊，**則處理時間可以延長 14 天**。

步驟 2：該獨立審查組織將回復您。

該獨立審查組織將以書面形式告知您結果，並解釋原因。

* **若該審查組織接受您的部分或全部請求，**則我們必須於收到該審查組織決定起的 72 小時內授權醫療護理承保範圍，或者在我們收到該審查組織決定起於 14 天內提供標準請求服務，或者在我們收到該審查組織決定起於72 小時內提供加急請求服務。
* **若該組織拒絕您的部分或全部上訴內容，**則意味著他們同意我們的意見，即不應批准您的醫療護理承保範圍請求（或部分請求）。（這稱為「維持原決定」。也稱為「駁回上訴」。）
  + 如果獨立審查組織「維持原決定」，您有權提起第 3 級上訴。然而，如需繼續上訴，即提起第 3 級上訴，則您請求的醫療護理承保範圍的金額必須達到一定的限度。若您請求的承保範圍金額太少，您無法再度提起上訴，也就是說第 2 級決定為最終決定。獨立審查組織將向您出具書面通知，告訴您如何查看繼續上訴需達到的金額。

步驟 3：若您的情況符合要求，您可以選擇是否進一步上訴。

* 第 2 級之後還有 3 個級別（一共有 5 個上訴級別）。
* 若第 2 級上訴被駁回，且您滿足繼續上訴的要求，您必須決定是否進入第 3 級，即進入第 3 次上訴。第 2 級上訴之後，書面通知中將載明如何繼續上訴。
* 第 3 級上訴由行政法官接手。本章第 9 章將講解更多有關第 3、4、5 級上訴的資訊。

#### 第 5.5 小節 收到醫療護理的帳單後如何要求我們支付應由我們承擔的部分？

若您想讓我們為醫療護理付款，請先閱讀本手冊第 7 章：*要求我們支付應由我們支付的承保醫療服務或藥物帳單。*第 7 章將對幾種情況進行說明，在這些情況下，您可能需要要求我們償付或支付醫療服務提供者向您開出的帳單。該章還將告訴您如何向我們寄送要求我們付款的文件。

要求償付即要求我們做出承保範圍決定

若您向我們寄送要求償付的文件，那就意味著您在請求我們做出承保範圍決定（更多有關承保範圍決定的資訊，請參見本章第 4.1 小節）。為了做出該承保範圍決定，我們會檢查您已為之付費的醫療護理是否為承保服務（參見第 4 章：*《醫療福利表》（承保內容與您需支付的金額））。*我們還將檢查您是否遵守了所有的醫療護理承保範圍使用規則（這些規則載於本手冊第 3 章：*使用計劃內的醫療服務承保範圍*）。

我們會接受或拒絕您的請求

* 若您已為之付費的醫療護理處於承保範圍內，且您遵守了所有的規則，我們將於收到請求後的 60 天內向您寄送付款款項，用於支付應由我們承擔的部分。或者，若您沒有為服務付款，我們將直接向醫療服務提供者付款。寄送付款款項即意味著*接受*您針對承保範圍決定提出的請求。）
* 若該醫療護理*不*在承保範圍內，或者您*未*遵守所有的規則，我們將不會寄送付款款項。我們會向您寄送信函，表明我們不會為服務付款，並會詳細解釋理由。（駁回付款請求即意味著*拒絕*您針對承保範圍決定提出的請求。）

您請求付款但我們拒絕付款怎麼辦？

若您對我們的駁回決定有異議，**您可以提起上訴**。若您提起上訴，這意味著您要求我們更改我們所做的拒絕付款請求之承保範圍決定。

**如需提起上訴，請遵守本節第 5.3 部分所述的上訴流程**。請閱讀該部分瞭解具體步驟的指示。遵守這些指示時，請注意：

* 若您針對償付提起上訴，則我們必須於收到上訴請求後的 60 天內予以回復。（若您要求我們退還您為已接受的醫療護理自行支付的費用，您不得請求快速上訴。）
* 若獨立審查組織推翻了我們拒絕付款的決定，我們必須於 30 天內向您或醫療服務提供者支付您請求的款項。若在第 2 級之後的上訴流程的任何階段您的上訴被接受，我們必須於 60 天內向您或醫療服務提供者支付您請求的款項。

### 第 6 節 您的 D 部分處方藥：如何請求承保範圍決定或提起上訴

question mark問號。 您是否已閱讀本章第 4 節（*承保範圍決定與上訴「基礎」指南*）？若沒有，建議您閱讀該節之後再開始本節。

#### 第 6.1 小節 本小節講解獲取 D 部分處方藥時遇到問題或者希望我們退還 D 部分藥物的費用時怎麼辦

做為我們計劃的會員，您的福利包括許多處方藥的承保範圍。請參閱我們計劃的*《承保藥物清單》（處方藥物表）。*藥物必須用於醫學上接受的適應症才能獲得承保。（「醫學上接受的適應症」是指藥物的用法經過食品和藥品管理局的批准或獲得了特定參考書籍的支持。參閱第 5 章第 3 節，詳細瞭解醫學上接受的適應症。）

* **本小節僅涉及 D 部分藥物。**為了簡單起見，我們在本小節的其餘部分一般稱「藥物」，不再每次重複「承保門診處方藥」或「D 部分藥物」。
* 如需詳細瞭解我們所稱的 D 部分藥物是指什麼、*《承保藥物清單》（處方藥物表）*、承保範圍規則與限制以及費用資訊，請參見第 5 章（*使用我們計劃的 D 部分處方藥承保範圍*）與第 6 章（*您該為 D 部分處方藥支付的部分*）。

D 部分承保範圍決定與上訴

如本章第 4 節所述，承保範圍決定是我們對您的福利與承保範圍或我們將為您的藥物所付金額所做的決定。

| **法律術語** |
| --- |
| 對 D 部分藥物所做的最初承保範圍決定稱為**「承保範圍決定」。** |

您要求我們對 D 部分藥物做出承保範圍決定的範例如下：

* 您要求我們破例，包括：
  + 要求我們承保未列於計劃的*《承保藥物清單》（處方藥物表）*的 D 部分藥物
  + 要求我們撤銷對計劃的藥物承保範圍的限制（比如限制您的藥物獲取量）
  + [*若計劃的處方藥物表結構（比如無級別）不允許出現級別例外情況：請省略本項]*要求為承保的非首選藥物支付更低的成本分擔金額
* 您向我們諮詢藥物是否承保以及您是否符合任何適用的承保範圍規則。（例如，藥物列於計劃的*《承保藥物清單》（處方藥物表）*中，但我們要求您於我們承保之前先徵得我們的同意。）
  + *請注意：*若您的藥房告訴您您無法按照處方抓藥，您將獲得書面通知向您解釋我們的聯絡方式，以便您請求承保範圍決定。
* 您請求我們為您已購買的處方藥付款。該請求屬於針對付款提起的承保範圍決定。

若您對我們做出的承保範圍決定存有異議，您可以對我們的決定提起上訴。

本小節將告訴您如何請求承保範圍決定以及如何請求上訴。下表可以幫助您確定哪些部分所含的資訊適用於您遇到的情況：

您屬於哪種情況？

| 您需要的藥物未列於我們的《藥物清單》上，或者需要我們撤銷對我們承保的藥物所設的規則或限制？ | 您希望我們承保列於《藥物清單》上的藥物，而且您認為您符合所需藥物的所有計劃規則或限制（比如徵得事先批准）？ | 您想讓我們退還您為已接受的藥物所支付的費用嗎？ | 我們是否已經告知您我們不會以您期望的方式承保或支付藥物的費用？ |
| --- | --- | --- | --- |
| 您可以要求我們破例。  （這是一種承保範圍決定。）  請從本章**第 6.2 小節**開始。 | 您可以要求我們做出承保範圍決定。  請跳至本章**第 6.4 小節**。 | 您可以要求我們退款。 （這是一種承保範圍決定。）  請跳至本章**第 6.4 小節**。 | 您可以提起**上訴**。  （這意味著，您在請求我們重新考慮。）  請跳至本章**第 6.5 小節**。 |

#### 第 6.2 小節 什麼是例外情況？

若藥物的承保方式不理想，您可以要求我們「破例」。破例是一種承保範圍決定。與其他類型的承保範圍決定相同，若我們駁回您的破例請求，您可以對我們的決定提起上訴。

請求破例時，您的醫生或其他處方醫生需要解釋醫療原因，即為何您需要這項例外情況獲得通過。然後我們會考慮您的請求。對於您的醫生或處方醫生可以要求我們做出哪些破例，此處列出了[*適用時插入：*兩個*或*三個]個範例：

1. **為您承保未列於我們的*《承保藥物清單》（處方藥物表）*上的 D 部分藥物。**（我們簡稱「藥物清單」。）

| **法律術語** |
| --- |
| 為未列於《藥物清單》上的藥物請求承保範圍有時稱為**「處方藥物表例外情況」。** |

* 若我們同意破例承保未列於《藥物清單》上的藥物，您需要支付適用於[*酌情插入：*我們所有的藥物*或*處於第 *[插入例外情況級別]* 級別的藥物或處於第 *[插入例外情況級別]* 級別的品牌藥或第 *[插入例外情況級別]* 級別的非品牌藥]的成本分擔金額*。*您無法對我們要求您為藥物支付的共付額或共同保險請求破例。

1. **撤銷對承保藥物的承保範圍之限制。**我們的*《承保藥物清單》（處方藥物表）*上某些藥物還存在額外的規則或限制（更多資訊請參見第 5 章第 4 節）。

| **法律術語** |
| --- |
| 請求撤銷對藥物承保範圍的限制有時稱為請求**「處方藥物表例外情況」。** |

* 特定藥物的額外規則與限制包括：
  + *[若計劃不適用非品牌藥替代，請省略]必須使用非品牌藥*替代品牌藥。
  + *[若計劃不使用事先授權，請省略]*我們同意為您承保藥物之前*事先獲得同意。*（這有時叫做「事先授權」。）
  + *[若計劃不使用階梯療法，請省略]*我們同意承保您請求的藥物之前*必須先嘗試不同的藥物*。（這有時叫做「階梯療法」。）
  + *[若計劃不使用藥量限制，請省略]藥量限制*。對於部分藥物，我們會限制您的藥物獲得量。
* 若我們同意破例撤銷對您的限制，您可以針對我們要求您為藥物支付的共付額或共同保險請求我們破例。

**3.** *[若計劃的處方藥物表結構（比如無級別）不允許出現級別例外情況：請省略本小節]***降低藥物承保範圍的成本分擔級別。**我們的《藥物清單》上的每種藥物屬於 [*插入級別的數目*] 種成本分擔級別中的其中一種。在一般情況下，成本分擔級別越低，您需承擔的藥費就越少。

| **法律術語** |
| --- |
| 為承保的非首選藥物請求支付更低的價格有時稱為請求**「級別例外情況」**。 |

* 若您的藥物處於 *[根據級別例外情況流程，插入非首選/最高成本分擔級別的名稱]*，您可以要求我們承保適用於*[根據級別例外情況流程，插入首選/最低成本分擔級別的名稱]*藥物的成本分擔金額。此舉將減少應由您承擔的藥費。
* *[若根據級別例外流程，計劃的級別不止一個，則可以為每個級別重複上方項目。]*
* [*若計劃將其中一個級別指定為「最高費用/特別藥物級別」，並禁止該級別進入例外情況流程，則請加入以下文字：*您不能要求我們更改處於*[插入級別編號與被指定為最高費用/特別藥物級別的級別名稱]*的藥物的成本分擔級別。]

#### 第 6.3 小節 請求破例的重要須知

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向我們提供聲明，解釋請求破例的醫療理由。如需儘快獲得結果，請求破例時，請附上您的醫生或其他處方醫生出具的該醫療資訊。

通常而言，我們的《藥物清單》會針對一種特定的疾病納入多種治療藥物。這些不同的可能性稱為「替代」藥物。若替代藥物與您請求的藥物有相同的藥效，且不會導致更多的副作用或其他健康問題，那麼我們一般*不*會批准您的破例請求。

我們可以接受或拒絕您的請求

* 若我們批准您的破例請求，則該批准的有效期至該計劃年度末截止。只要您的醫生持續為您開出該處方，且該藥能持續安全、有效地治療您的疾病，則該規定始終適用。
* 若我們拒絕您的破例請求，您可以透過上訴途徑請求審查我們的決定。第 6.5 小節將告訴您我們拒絕時您該如何上訴。

下一小節將告訴您如何請求承保範圍決定，包括例外情況。

#### 第 6.4 小節 具體步驟：如何請求承保範圍決定，包括例外情況

步驟 1：請求我們對您所需的藥物或付款做出承保範圍決定。若您的病情不容拖延，您必須要求我們做出「快速承保範圍決定」。若您正要求我們為您已購買的藥物退款，則您無法請求快速承保範圍決定。

解決辦法

* **請求您希望的承保範圍決定類型。**以致電、致函或傳真的方式聯絡我們，以提出請求。您、您的代表人或者您的醫生（或其他處方醫生）可以提出該等請求。您還可以透過我們的網站瞭解承保範圍決定流程。詳情請轉到第 2 章第 1 節，*[計劃可以酌情編輯章節標題]您想請求 D 部分處方藥的承保範圍決定時，該如何聯絡我們。*或者，若您打算請求我們退還藥費，請轉到名為*[計劃可以酌情編輯章節標題]*「欲要求我們支付應由我們支付的醫療護理或藥物費用時，向誰提出請求」的章節。
* **您、您的醫生或代您行事的其他人**可以請求承保範圍決定。本章第 4 節講解如何出具書面文件任命代表人代您行事。您還可以讓律師代您行事。
* **若您想讓我們退還藥費**，請先閱讀本手冊第 7 章：*要求我們支付應由我們支付的承保醫療服務或藥物帳單。*第 7 章講解哪些情況下您可能需要要求償付。該章還講解如何向我們寄送文件，要求我們退還應由我們承擔但您已支付的藥費。
* **若您打算請求例外情況，請提供「支持聲明」。**您的醫生或其他處方醫生必須向我們提供您所請求的藥物例外情況的醫療理由。（我們稱其為「支持聲明」。）您的醫生或其他處方醫生可以向我們傳真或郵寄該聲明。您的醫生或其他處方醫生也可以透過電話告訴我們，必要時再傳真或郵寄書面聲明。請參見第 6.2 和 6.3 小節，瞭解更多有關請求例外情況的資訊。
* **我們必須受理任何書面請求，**包括在《CMS 模本承保範圍決定申請表》[*適用時插入：*或者我們的計劃表格]上提交的請求，我們的網站上提供這[*適用時插入：*個*或*兩個]表格。
* *[若計劃允許參保人透過電子形式（例如安全的會員入口網站）提交承保範圍決定請求，則可以加入該流程的簡要說明。]*

| **法律術語** |
| --- |
| 「快速承保範圍決定」稱為**「加急承保範圍決定」**。 |

若您的病情刻不容緩，請要求我們給出「快速承保範圍決定」

* 當我們將決定告知您時，除非我們同意使用「快速」截止日期，否同我們一律使用「標準」截止日期。標準承保範圍決定意味著，我們將於收到醫生聲明後的 72 小時內予以回復。快速承保範圍決定意味著，我們將於收到醫生聲明後的 24 小時內予以回復。
* **如需獲取快速承保範圍決定，您必須滿足兩個要求：**
  + 其一是，您*必須*針對您*尚未接受的*藥物提出請求。（若您正要求我們為您已購買的藥物退款，則您無法獲得快速承保範圍決定。）
  + 其二是，使用標準截止日期可能會*對您的身體健康造成嚴重傷害或損傷您的身體機能。*
* **若您的醫生或其他處方醫生告訴我們，您的病情刻不容緩，需要「快速承保範圍決定」，我們會自動同意為您提供快速承保範圍決定。**
* 若您獨自請求快速承保範圍決定（即未得到您的醫生或其他處方醫生的支持），我們會根據您的健康狀況決定是否為您提供快速承保範圍決定。
  + 若我們決定您的病情不符合獲得快速承保範圍決定的要求，我們會向您致函說明緣由（而且我們會使用標準截止日期）。
  + 該信函將告訴您，若您的醫生或其他處方醫生請求快速承保範圍決定，我們會自動提供快速承保範圍決定。
  + 若您請求快速承保範圍決定，而我們給出了標準承保範圍決定，該信函還將告訴您如何針對我們的決定提起投訴。該信函還將告訴您如何提起「快速投訴」，這意味著您可於收到本投訴 24 小時內得到投訴的回復。（提起投訴的流程不同於承保範圍決定與上訴流程。如需更多有關提起投訴的流程資訊，請參見本章第 10 節。）

步驟 2：我們考慮您的請求並予以回復。

「快速承保範圍決定」的截止日期

* 若我們使用的是快速截止日期，則我們必須於 **24 小時內**予以回復。
  + 一般而言，這意味著我們收到請求後的 24 小時內。若您正在請求例外情況，我們將於收到醫生的支持聲明後的 24 小時內予以回復。若您的病情緊急，我們將儘快給出回復。
  + 若我們逾期未予回復，我們必須將您的請求呈遞至第 2 級上訴流程，由獨立的外部組織進行審查。本小節後文中，我們將討論該審查組織，並解釋第 2 級上訴的各種情況。
* **若我們的回復是接受您的部分或全部請求，**則我們必須於收到您的請求或醫生的支持聲明後 24 小時內提供我們同意提供的承保範圍。
* **若我們的回復是拒絕您的部分或全部請求，**我們將向您寄送一份書面聲明，解釋拒絕的理由。我們還會告訴您如何上訴。

未接受藥物的「標準承保範圍決定」之截止日期

* 若我們使用的是標準截止日期，則我們必須於 **72 小時內**予以回復。
  + 一般而言，這意味著我們收到請求後的 72 小時內。若您正在請求例外情況，我們將於收到醫生的支持聲明後的 72 小時內予以回復。若您的病情緊急，我們將儘快給出回復。
  + 若我們逾期未予回復，我們必須將您的請求呈遞至第 2 級上訴流程，由獨立組織進行審查。本小節後文中，我們將討論該審查組織，並解釋第 2 級上訴的各種情況。
* **若我們的回復是接受您的部分或全部請求 —** 
  + 若我們批准您的承保範圍請求，則我們必須於收到您的請求或醫生的支持聲明後 **72 小時內提供**我們同意提供的**承保範圍**。
* **若我們的回復是拒絕您的部分或全部請求，**我們將向您寄送一份書面聲明，解釋拒絕的理由。我們還會告訴您如何上訴。

已購買藥物的付款「標準承保範圍決定」之截止日期

* 我們必須於收到請求後的 **14 天內**予以回復。
  + 若我們逾期未予回復，我們必須將您的請求呈遞至第 2 級上訴流程，由獨立組織進行審查。本小節後文中，我們將討論該審查組織，並解釋第 2 級上訴的各種情況。
* **若我們的回復是接受您的部分或全部請求，**則我們還必須於收到請求後的 14 天內付款。
* **若我們的回復是拒絕您的部分或全部請求，**我們將向您寄送一份書面聲明，解釋拒絕的理由。我們還會告訴您如何上訴。

步驟 3：若我們拒絕您的承保範圍請求，您可以決定是否提起上訴。

* 若我們拒絕，您有權請求上訴。請求上訴意味著請求我們重新考慮 — 甚至更改 — 我們已做的決定。

#### 第 6.5 小節 具體步驟：如何提起第 1 級上訴 （如何請求審查我們的計劃所做的承保範圍決定）

| **法律術語** |
| --- |
| 對計劃的 D 部分藥物承保範圍決定提起上訴稱為計劃**「重新決定」。** |

步驟 1：請聯絡我們並提起第 1 級上訴。若您的病情不容拖延，您必須請求「快速承保範圍決定」。

解決辦法

* **如欲上訴，您（或者您的代表人、醫生、其他處方醫生）必須聯絡我們。**
  + 如需獲取電話、傳真、郵寄或網站聯絡詳情，以便處理上訴事宜，請轉到第 2 章第 1 節，*[計劃可以酌情編輯章節標題]您想針對 D 部分處方藥提起上訴時，該如何聯絡我們。*
* **若您正在請求標準上訴，請提交書面上訴請求。**[*若計劃接受口頭方式的標準上訴請求，請插入：*您也可以撥打第 2 章第 1 節*[計劃可以酌情編輯章節標題*]（*您想針對 D 部分處方藥提起上訴時，該如何聯絡我們*）中的電話號碼聯絡我們，請求上訴。]
* **若您正在請求快速上訴，可以透過書面形式提起上訴或致電聯絡我們，電話號碼位於第 2 章第 1 節***[計劃可以酌情編輯章節標題]*（您想針對 D 部分處方藥提起上訴時，該如何聯絡我們）。
* **我們必須受理任何書面請求，**包括在《CMS 模本承保範圍決定申請表》上提交的請求，我們的網站上提供該表格。
* *[若計劃允許參保人透過電子形式（例如安全的會員入口網站）提交上訴請求，則可以加入該流程的簡要說明。]*
* 自我們向您寄送書面通知回復您針對承保範圍決定發出的請求之日起，**您必須於 60 天內提起上訴請求。**若您錯過該截止日期，但確屬事出有因，我們可能會放寬您的上訴期限。事出有因錯過截止日期可以是身患重病無法聯絡我們，或者我們向您提供的上訴截止日期資訊不正確或不完整。
* **您可以索要一份有關您上訴的資訊副本，並加入更多資訊。**
  + 您有權要求我們提供有關您上訴的資訊副本。[*若收費，請插入：*我們可以向您收取該資訊的複印費與寄送費。]
  + 若您願意，您與您的醫生或其他處方醫生可以向我們提供其他資訊來支持上訴。

| **法律術語** |
| --- |
| 「快速上訴」也稱為**「加急重新決定」**。 |

若您的病情刻不容緩，請要求「快速上訴」。

* 若您正在針對我們做出的藥物決定提起上訴，且您尚未接受該藥物，則您與您的醫生或其他處方醫生需要決定您是否需要提起「快速上訴」。
* 獲取「快速上訴」的要求與本章第 6.4 小節獲取「快速承保範圍決定」一樣。

步驟 2：我們考慮您的上訴並予以回復

* 我們審查您的上訴時，會再度仔細地查看有關您承保範圍請求的所有資訊。我們會檢查我方拒絕您的請求時是否遵守了所有規則。我們可能會聯絡您、您的醫生或其他處方醫生，以獲取更多資訊。

「快速上訴」的截止日期

* 若我們使用的是快速截止日期，則我們必須於**收到上訴請求後的 72 小時內**予以回復。若您的病情緊急，我們將儘快給出回復。
  + 若我們未於 72 小時內予以回復，我們必須將您的請求呈遞至第 2 級上訴流程，由獨立審查組織進行審查。本小節後文中，我們將討論該審查組織，並解釋第 2 級上訴流程的各種情況。
* **若我們的回復是接受您的部分或全部請求，**則我們必須於收到上訴後的 72 小時內提供我們同意提供的承保範圍。
* **若我們的回復是拒絕您的部分或全部請求，**我們將向您寄送一份書面聲明，解釋拒絕的理由，並說明如何對我們的決定提起上訴。

「標準上訴」的截止日期

* 若我們使用的是標準截止日期，則我們必須於**收到上訴請求後的 7 天內**予以回復。若您尚未接受該藥物且您的病情緊急，我們將儘快做出決定。若您認為自己的病情刻不容緩，您應該請求「快速上訴」。
  + 若我們未於 7 天內做出決定，我們必須將您的請求呈遞至第 2 級上訴流程，由獨立審查組織進行審查。本小節後文中，我們將討論該審查組織，並解釋第 2 級上訴流程的各種情況。
* **若我們的回復是接受您的部分或全部請求 —** 
  + 若我們批准承保範圍請求，則我們必須根據您的病情緊急程度儘快地提供我們同意提供的承保範圍，但是**不晚於**收到上訴請求後的 **7 天**。
  + 若我們批准為您已購買的藥物退款之請求，我們必須於收到上訴請求後的 **30 天內向您付款**。
* **若我們的回復是拒絕您的部分或全部請求，**我們將向您寄送一份書面聲明，解釋拒絕的理由，並說明如何對我們的決定提起上訴。

步驟 3：若我們拒絕您的上訴，您可以決定是否繼續上訴，即*再度*提起上訴。

* 我們拒絕您的上訴後，您可以選擇接受該決定或者繼續上訴。
* 若您決定再度提起上訴，這意味著您準備進入第 2 級上訴流程（參見下文）。

#### 第 6.6 小節 具體步驟：如何提起第 2 級上訴

我們拒絕您的上訴後，您可以選擇接受該決定或者繼續上訴。我們拒絕您的首次上訴之後，若您決定進入第 2 級上訴，**獨立審查組織**將審查我們已做的決定。該組織將決定是否應該更改我們所做的決定。

| **法律術語** |
| --- |
| 「獨立審查組織」的正確名稱為**「獨立審查實體」**。有時稱為**「IRE」**。 |

步驟 1：如需提起第 2 級上訴，您（或者您的代表人、醫生、其他處方醫生）必須聯絡獨立審查組織，請求審查您的情況。

* 若我們拒絕您的第 1 級上訴，我們向您寄送的書面通知中將加入**指示**，**說明如何向獨立審查組織提起第 2 級上訴**。這些指示將告訴您誰可以提起第 2 級上訴、您必須遵守的截止日期以及如何聯絡該審查組織。
* 向獨立審查組織提起上訴時，我們會向該組織寄送有關您上訴情況的資訊。該資訊稱為「檔案」。**您有權要求我們提供您的檔案副本。**[*若收費，請插入：*我們可以向您收取該資訊的複印費與寄送費。]
* 您有權向獨立審查組織提供其他資訊以支持上訴。

步驟 2： 該獨立審查組織將審查您的上訴並予以回復。

* 獨立審查組織是由聯邦醫療保險僱用的獨立組織。該組織與我們不存在關聯，它也不是政府機構。該組織是由聯邦醫療保險選擇的一家公司，旨在審查我們對您的 D 部分福利所做的決定。
* 獨立審查組織的複查員將仔細查看與上訴有關的資訊。該組織將以書面形式告知您結果，並解釋原因。

第 2 級「快速上訴」的截止日期

* 若您的病情刻不容緩，請要求獨立審查組織進行「快速上訴」。
* 若該審查組織同意提供「快速上訴」，則該審查組織必須於收到上訴請求後的 **72 小時內**給出第 2 級上訴的回復。
* **若該獨立審查組織接受您的部分或全部請求，**則我們必須於收到該審查組織決定起的 **24 小時內**提供經該審查組織批准的藥物承保範圍。

第 2 級「標準上訴」的截止日期

* 若您提起第 2 級標準上訴，該審查組織必須於收到上訴後的 **7 天內**給出第 2 級上訴的回復。
* **若該獨立審查組織接受您的部分或全部請求** —
  + 若該獨立審查組織批准承保範圍請求，則我們必須於收到該審查組織決定起的 **72 小時內提供**經該審查組織批准的**藥物承保範圍**。
  + 若該獨立審查組織批准為您已購買的藥物退款之請求，我們必須於收到該審查組織決定後的 **30 天內向您付款**。

該審查組織拒絕您的上訴怎麼辦？

若該審查組織拒絕您的上訴，這意味著該組織同意我們的決定，即不批准您的請求。（這稱為「維持原決定」。也稱為「駁回上訴」。）

如果獨立審查組織「維持原決定」，您有權提起第 3 級上訴。然而，如需繼續上訴，即再提起第 3 級上訴，則您請求的藥物承保範圍的金額必須達到最低限度。若您請求的藥物承保範圍金額太少，您無法再度提起上訴，第 2 級決定即為最終決定。獨立審查組織將向您出具通知，告訴您繼續上訴必須涉及的金額。

步驟 3：若您所請求的承保範圍的金額達到要求，您可以選擇是否進一步上訴。

* 第 2 級之後還有 3 個級別（一共有 5 個上訴級別）。
* 若第 2 級上訴被駁回，且您滿足繼續上訴的要求，您必須決定是否進入第 3 級，即進入第 3 次上訴。若您決定提起第 3 次上訴，您可查閱第 2 次上訴後收到的書面通知，詳細瞭解如何繼續上訴。
* 第 3 級上訴由行政法官接手。本章第 9 章將講解更多有關第 3、4、5 級上訴的資訊。

### 第 7 節 若您認為醫生過早讓您出院，如何要求我們承保更長時間的住院費用

若您住院，您有權獲取所有必要的承保醫院服務，以便診斷與治療您的疾病或損傷。如需瞭解更多有關醫院護理的承保範圍之資訊，請參見本手冊第 4 章︰*《醫療福利表》（承保內容與您需支付的金額）*。

在承保範圍內的住院期間，您的醫生與醫院員工將與您一起為您的出院之日做準備。他們還會幫助安排出院後您可能需要的護理。

* 您出院的那天稱為您的**「出院日」。**
* 決定好出院日之後，您的醫生或醫院員工會告知您。
* 若您認為您的出院日定得太早，您可以要求延長住院時間，院方將考慮您的請求。該節會告訴您如何提出請求。

#### 第 7.1 小節 住院期間，聯邦醫療保險會向您出具一份書面通知，告知您有哪些權利

在承保範圍內的住院期間，您還會收到一份書面通知，名為*《聯邦醫療保險關於您權利的重要訊息》*。加入了聯邦醫療保險的每一個人住院後都會收到這份通知。醫院工作人員（比如社工或護士）必須於您住院後兩天內將該通知交給您。若您未收到該通知，請向任何醫院員工索要。若您需要幫助，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。您還可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時服務。聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-877-486-2048。

**1.** **請仔細閱讀本通知，如有不理解的內容，請提問。**本通知將告知您做為醫院病人的權利，包括：

* 住院期間及出院之後，您有權按照醫生的指令接受聯邦醫療保險承保的服務。包括有權知曉有哪些服務、由誰付款、何處提供服務。
* 您有權參與決定住院事宜，有權知曉由誰付款。
* 於何處報告住院護理的質量問題。
* 若您認為出院的時間安排得太早，您可以針對出院決定提起上訴。

| **法律術語** |
| --- |
| 聯邦醫療保險的書面通知將告訴您如何**「請求立刻複查」**。請求立刻複查是一種正式的法律途徑，用於請求推遲出院日，以便我們承保更長時間的住院護理費用。（下方第 7.2 小節將告訴您如何請求立刻複查。） |

**2.** **您必須簽署該書面通知，表明您收到了該通知並且瞭解自己所享有的權利。**

* 您或代您行事的其他人必須簽署該通知。（本章第 4 節講解如何出具書面文件任命代表人代您行事。）
* 簽署該通知*僅*表明您已經收到該份解釋您所享權利的資訊。該通知不會列明您的出院日（您的醫生或醫院員工會將您的出院日告知您）。簽署該通知***不*意味著**您對出院日表示同意。

**3.** **請保管好**已簽署的通知副本，若您後期提起上訴（或報告護理質量問題），該通知可為您提供實用的資訊。

* 若您簽署該通知時離出院之日還有兩天以上，安排您出院之前，您還會收到一份副本。
* 如需提前查閱該通知的副本，您可以致電會員服務部（電話號碼列印於本  
  手冊封底）或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時  
  服務。聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-877-486-2048。您還可以線上  
  查看，網址 [http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/ HospitalDischargeAppealNotices.html](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/%20HospitalDischargeAppealNotices.html)

#### 第 7.2 小節 具體步驟：如何提起第 1 級上訴，以便更改出院日

若您希望延長我們的住院服務承保時間，您需要使用上訴流程提出該等請求。但請先瞭解一下您需要做些什麼以及存在哪些截止日期。

* **遵守流程。**下文解釋了前兩個上訴流程的每一個步驟。
* **切勿逾期。**截止日期非常重要。請確保您瞭解這些截止日期，並遵守適用於必辦事項的截止日期。
* **需要時請求幫助。**不論何時，若您遇到任何問題或需要幫助，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。或者致電州健康保險補助計劃，這是一個提供個性化協助的政府機構（參見本章第 2 節）。

**第 1 級上訴期間，質量改進組織將審查您的上訴。**該組織將檢查您的計劃出院日是否適合您的病情。

步驟 1：聯絡所在州的質量改進組織，請求對出院事宜進行「快速複查」。您必須迅速行動。

什麼是質量改進組織？

* 該組織擁有一個由醫生和其他衛生保健專業人員組成的團體，聯邦政府負責這些人員的費用。這些專家不是我們計劃的組織部分。該組織由聯邦醫療保險付款，以便檢查並改進聯邦醫療護理的質量。當中包括複查加入了聯邦醫療保險的人士的出院日。

如何聯絡該組織？

* 您收到的書面通知（*《聯邦醫療保險關於您權利的重要訊息》*）將告訴您如何聯絡該組織。（本手冊第 2 章第 4 節中也可以找到您所在州質量改進組織的名稱、地址與電話號碼。）

迅速行動：

* 如需提起上訴，**出院前且不晚於您的計劃出院日，**您必須聯絡質量改進組織。（您的「計劃出院日」是指為您安排的離院之日。）
  + 若您未逾期，在等待質量改進組織的上訴結果期間，即使出院日**已過，**您依然可以住院，**且無需支付費用**。
  + 若您*逾*期，且您決定計劃出院日過後繼續住院，*您可能必須*為計劃出院日過後所接受的醫院護理*支付所有的費用*。
* 若您上訴時錯過了聯絡質量改進組織的截止日期，您可以直接向我們的計劃提起上訴。如需詳細瞭解該替代的上訴途徑，請參見第 7.4 小節。

請求「快速複查」：

* 您必須要求質量改進組織對您的出院事宜做出**「快速複查」**。請求「快速複查」意味著，您要求該組織對上訴使用「快速」截止日期，而非標準截止日期。

| **法律術語** |
| --- |
| **「快速複查」**也稱為**「立刻複查」**或**「加急複查」**。 |

步驟 2：質量改進組織對您的情況進行獨立複查。

複查期間會發生什麼？

* 質量改進組織的健康專業人員（我們將其簡稱為「複查員」）會詢問您（或您的代表人）為何您認為服務的承保範圍應該繼續。您不必準備任何書面文件，若您願意準備也無妨。
* 複查員還會查閱您的醫療資訊，與您的醫生談話，審查醫院和我們向其提供的資訊。
* 複查員將您的上訴告知我們的計劃後，當天正午，您將收到一份書面通知，通知中將列明您的計劃出院日，並詳細解釋為何您的醫生、醫院與我們認為您應該於該日出院（醫學上適當）。

| **法律術語** |
| --- |
| 該書面解釋稱為**「詳細的出院通知」**。如需獲取該通知的樣本，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時服務。（聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-877-486-2048。）您也可以線上查看通知樣本，網址 <http://www.cms.hhs.gov/BNI/> |

步驟 3：獲得所需的全部資訊後一整天之內，質量改進組織會將上訴結果回復給您。

若回復接受會怎樣？

* 若該審查組織*接受*您的上訴，**只要服務為醫療必需，我們就必須繼續提供承保住院服務**。
* 您必須繼續支付應由您承擔的部分（比如自付額或共付額（若適用））。除此之外，承保的醫院服務可能存在限制。（請參見本手冊第 4 章）。

若回復拒絕會怎樣？

* 若該審查組織*拒絕*您的上訴，即表示您的計劃出院日在醫學上適當。若出現這種情況，**我們為您的住院服務提供的承保範圍**將截至質量改進組織向您回復上訴結果後的當天正午為止。
* 若該審查組織*拒絕*您的上訴，但您決定繼續住院，那麼**您可能必須全額支付**質量改進組織向您回復上訴結果後的當天正午過後您所接受的醫院護理之費用。

步驟 4：若您的第 1 級上訴被拒絕，您可以決定是否繼續上訴。

* 若質量改進組織駁回了您的上訴，且*您*於計劃出院日過後繼續住院，那麼您可以再度上訴。再度上訴意味著，您準備進入「第 2 級」上訴流程。

#### 第 7.3 小節 具體步驟：如何提起第 2 級上訴，以便更改出院日

若質量改進組織駁回了您的上訴，*且*您於計劃出院日過後繼續住院，那麼您可以提起第 2 級上訴。第 2 級上訴期間，您需請求質量改進組織再次審查他們對您首次上訴所做的決定。若質量改進組織駁回您的第 2 級上訴，您可能必須全額支付計劃出院日之後的住院費用。

第 2 級上訴流程的步驟如下：

步驟 1：您需再次聯絡質量改進組織，請求再度複查。

* 您必須於質量改進組織*拒絕*第 1 級上訴之後的 **60 天內**請求複查。該護理的承保範圍日期結束之後，您仍處於住院狀態，方可請求複查。

步驟 2：質量改進組織對您的情況進行二次複查。

* 質量改進組織的複查員將再度仔細查看與上訴有關的所有資訊。

步驟 3：收到您的二次複查請求後 14 天內，質量改進組織的複查員將對您的上訴做出決定並告訴您結果。

若該審查組織接受：

* 對於質量改進組織駁回您的首次上訴後次日正午之後您接受的醫院護理，**我們必須償付**該費用中應由我們承擔的部分。**只要住院護理屬於醫療必需，我們就必須繼續提供承保範圍。**
* 您必須繼續支付應由您承擔的費用，且承保範圍限制可能適用。

若該審查組織拒絕：

* 這意味著，他們同意對您第 1 級上訴所做的決定，不會更改該決定。這稱為「維持原決定」。
* 您將收到一份書面通知，告訴您如何繼續複查。該通知會詳細講解如何進入下一級由法官接手的上訴。

步驟 4：若回復為拒絕，您需要決定是否進一步上訴，即進入第 3 級上訴。

* 第 2 級之後還有 3 個級別（一共有 5 個上訴級別）。若該審查組織駁回您的第 2 級上訴，您可以選擇接受該決定，或者進入第 3 級，再度上訴。在第 3 級，您的上訴由法官複查。
* 本章第 9 章將講解更多有關第 3、4、5 級上訴的資訊。

#### 第 7.4 小節 錯過提起第 1 級上訴的截止日期怎麼辦？

您可以轉而向我們提起上訴

如上方第 7.2 小節所述，您必須迅速行動，以便聯絡質量改進組織，開始首次出院上訴。（「迅速」是指離開醫院之前，不晚於計劃出院日。）若您錯過聯絡該組織的截止日期，您還可以選擇另一種上訴方式。

若您使用另一種上訴方式，*請注意前兩級上訴存在差別*。

具體步驟：如何提起第 1 級*替代*上訴

若您錯過聯絡質量改進組織的截止日期，您可以向我們提起上訴，要求「快速複查」。快速複查是一種使用快速截止日期而非標準截止日期的上訴。

| **法律術語** |
| --- |
| 「快速複查」（或「快速上訴」）也稱為**「加急上訴」**。 |

步驟 1：聯絡我們，請求「快速複查」。

* 如需詳細瞭解如何聯絡我們，請轉到第 2 章第 1 節，並查閱名為*[計劃可以酌情編輯章節標題：]「您想針對醫療護理提起上訴時，該如何聯絡我們」*的章節。
* **一定要請求「快速複查」**。這意味著，您正請求我們給予回復時使用「快速」截止日期而非「標準」截止日期。

步驟 2：我們會對您的計劃出院日進行「快速複查」，看看是否在醫學上適當。

* 複查期間，我們會查閱您的所有住院資訊。我們會檢查您的計劃出院日是否在醫學上適當。我們會檢查出院決定是否公正以及是否遵守了所有規則。
* 在這種情況下，我們向您給出複查回復時，會使用「快速」截止日期而非標準截止日期。

步驟 3：我會將於您請求「快速複查」（「快速上訴」）後的 72 小時內給出答覆。

* **若我們接受您的快速上訴，**這意味著我們同意您的要求，即出院日過後仍然需要住院，只要屬於醫療必需，我們就會持續提供承保住院服務。這還意味著，對於我們之前認為您的承保範圍理應終止之日過後您所接受的護理，我們同意償付應由我們承擔的費用。（您必須支付應由您承擔的費用，且可能存在適用的承保範圍限制。）
* **若我們拒絕您的快速上訴**，即表示您的計劃出院日在醫學上適當。我們為您的住院服務提供的承保範圍截至我們此前認為理應終止之日終止。
  + 若您於計劃出院日*過後*仍然住院，那麼您可能必須全額支付該計劃出院日之後您所接受的醫院護理之費用。

步驟 4：若我們*拒絕*您的快速上訴，您的情況將*自動*被呈遞至下一級上訴流程。

* 為了確保我們拒絕您的快速上訴時遵守了所有規則，**我們必須將您的上訴呈遞至「獨立審查組織」。**我們呈遞之後即意味著，您*自動*進入第 2 級上訴流程。

具體步驟：第 2 級*替代*上訴流程

若我們拒絕您的第 1 級上訴，您的情況將*自動*被呈遞至下一級上訴流程。第 2 級上訴期間，**獨立審查組織**將審查我們拒絕您的「快速上訴」時所做的決定。該組織將決定是否應該更改我們所做的決定。

| **法律術語** |
| --- |
| 「獨立審查組織」的正確名稱為**「獨立審查實體」**。有時稱為**「IRE」**。 |

步驟 1：我們將自動將您的情況呈遞至獨立審查組織。

* 告知您我們拒絕您的首次上訴後，我們必須於 24 小時內將您的資訊寄送至獨立審查組織準備進行第 2 級上訴。（若您認為我們超過了該截止日期或其他截止日期，您可以提起投訴。該投訴流程不同於上訴流程。本章第 10 節講解如何提起投訴。）

步驟 2：獨立審查組織會對您的上訴進行「快速複查」。審查員將於 72 小時內予以回復。

* 獨立審查組織是由聯邦醫療保險僱用的獨立組織。該組織與我們的計劃不存在關聯，它也不是政府機構。該組織是由聯邦醫療保險選擇的一家公司，做為獨立審查組織開展工作。聯邦醫療保險監管它的工作。
* 獨立審查組織的複查員將仔細查看與出院上訴有關的資訊。
* **若該組織接受您的上訴，**則對於計劃出院日過後您所接受的醫院護理，我們必須償付（退還）應由我們承擔的費用。只要住院護理屬於醫療必需，我們還必須繼續提供住院服務的計劃承保範圍**。**您必須繼續支付應由您承擔的費用。若存在承保範圍限制，該限制可能會限制我們的償付金額或繼續承保服務的期限。
* **若該組織*拒絕*您的上訴**，即表示他們同意我們的決定，您的計劃出院日在醫學上適當。
  + 您將收到一份獨立審查組織寄送的書面通知，告訴您如何繼續上訴。該通知會詳細講解如何進入第 3 級上訴，即由法官接手的上訴。

步驟 3：若獨立審查組織駁回了您的上訴，您可以選擇是否進一步上訴。

* 第 2 級之後還有 3 個級別（一共有 5 個上訴級別）。若複查員拒絕您的第 2 級上訴，您可以選擇接受他們的決定，或者進入第 3 級，即提起第 3 次上訴。
* 本章第 9 章將講解更多有關第 3、4、5 級上訴的資訊。

### 第 8 節 若您認為您的承保範圍結束得太快，如何要求我們持續承保特定的醫療服務

#### 第 8.1 小節 *本小節僅涉及 3 種服務：* 家居醫療護理、專業護理機構護理以及綜合門診康復設施 (CORF) 服務

本小節*僅*涉及以下護理類型：

* 您正在接受的**家居醫療護理**。
* 做為專業護理機構的患者，您正在接受的**專業護理**。（如需瞭解被視為「專業護理機構」的要求，請轉到第 12 章，*重要詞彙的定義*。）
* 您做為門診患者正在經聯邦醫療保險批准的綜合門診康復設施 (CORF) 處接受的**康復護理**。這通常意味著您正在接受疾病或事故治療，或者您經過了重大手術，身體正在康復之中。（如需更多有關這類機構的資訊，請參見第 12 章，*重要詞彙的定義*。）

接受任何這類護理時，只要該護理為診斷與治療疾病或損傷所必需，您便有權持續接受這類護理的承保服務。如需更多有關承保服務的資訊，包括應由您承擔的費用以及可能適用的承保範圍限制，請參見本手冊第 4 章：*《醫療福利表》（承保內容與您需支付的金額）。*

當我們決定停止為這 3 類護理中的任何一種提供承保時，我們必須事先告知您。當該護理的承保範圍終止時，*我們還會停止為您所接受的護理支付應由我們承擔的費用。*

若您認為護理的承保範圍結束得太快，**您可以針對我們的決定提起上訴。**該小節會告訴您如何提起上訴。

#### 第 8.2 小節 我們會事先告知您承保範圍的終止日期

**1.** **您會收到一份書面通知。**我們的計劃終止承保護理前至少兩天，您將收到一份通知。

* 該書面通知會告訴您我們停止承保護理的日期。
* 該書面通知還會告訴您如何更改我們的決定，即更改終止護理的日期，延長承保時間。

| **法律術語** |
| --- |
| 該書面通知在告訴您解決辦法時，會告訴您如何請求**「快速通道上訴」**。請求快速通道上訴是一種正式的法律途徑，用於請求更改我們對於何時停止提供護理所做的承保範圍決定。（下方第 7.3 小節將告訴您如何請求快速通道上訴。）  該書面通知稱為**「聯邦醫療保險非承保通知」**。如需樣本，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時服務。聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-877-486-2048。）或造訪 <http://www.cms.hhs.gov/BNI/> 查閱線上副本。 |

**2.** **您必須簽署該書面通知，表明您收到了該通知。**

* 您或代您行事的其他人必須簽署該通知。（第 4 節講解如何出具書面文件任命代表人代您行事。）
* 簽署該通知*僅*表明您已經收到該份告知承保範圍將於何時終止的資訊。**簽署該通知並不表示您同意**計劃決定的護理停止時間。

#### 第 8.3 小節 具體步驟：如何提起第 1 級上訴，以便要求我們的計劃延長您的護理承保時間

若您希望延長護理承保時間，您需要使用上訴流程提出該等請求。但請先瞭解一下您需要做些什麼以及存在哪些截止日期。

* **遵守流程。**下文解釋了前兩個上訴流程的每一個步驟。
* **切勿逾期。**截止日期非常重要。請確保您瞭解這些截止日期，並遵守適用於必辦事項的截止日期。我們的計劃也有必須遵守的截止日期。（若您認為我們超過了我們應該遵守的截止日期，您可以提起投訴。本章第 10 節講解如何提起投訴。）
* **需要時請求幫助。**不論何時，若您遇到任何問題或需要幫助，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。或者致電州健康保險補助計劃，這是一個提供個性化協助的政府機構（參見本章第 2 節）。

**如果您及時提起第 1 級上訴，質量改進組織會審查您的上訴並決定是否更改我們的計劃所做的決定。**

步驟 1：提起第 1 級上訴：聯絡您所在州的質量改進組織，請求審查。您必須迅速行動。

什麼是質量改進組織？

* 該組織擁有一個由醫生和其他衛生保健專家組成的團體，聯邦政府負責這些人員的費用。這些專家不是我們計劃的組織部分。他們會檢查加入了聯邦醫療保險的人士所接受的護理之質量，並審查計劃的決定，即決定何時停止承保特定類型的醫療護理。

如何聯絡該組織？

* 您收到的該份書面通知將告訴您如何聯絡該組織。（本手冊第 2 章第 4 節中也可以找到您所在州質量改進組織的名稱、地址與電話號碼。）

您應該提出何等請求？

* 向該組織提起「快速通道上訴」（獨立審查）我們的決定，裁定究竟我們終止承保醫療服務在醫學上是否適當。

聯絡該組織的截止日期。

* 您必須聯絡質量改進組織以便開始上訴，*時間不得晚於收到該書面通知（通知的內容為告知停止承保護理的時間）之後的正午*。
* 若您上訴時錯過了聯絡質量改進組織的截止日期，您可以直接向我們提起上訴。如需詳細瞭解該替代的上訴途徑，請參見第 8.5 小節。

步驟 2：質量改進組織對您的情況進行獨立複查。

複查期間會發生什麼？

* 質量改進組織的健康專業人員（我們將其簡稱為「複查員」）會詢問您（或您的代表人）為何您認為服務的承保範圍應該繼續。您不必準備任何書面文件，若您願意準備也無妨。
* 該審查組織還會查閱您的醫療資訊，與您的醫生談話，審查我們的計劃向其提供的資訊。
* 當天之內，複查員會將您的上訴情況告知我們，您還會收到我們寄出的一份書面通知，向您詳細解釋終止服務的承保範圍之理由。

| **法律術語** |
| --- |
| 該解釋通知稱為**「非承保詳細解釋」**。 |

步驟 3：收到所需的所有資訊後，一整天之內，複查員將告知結果。

複查員接受上訴會如何？

* 若複查員*接受*您的上訴，**只要服務為醫療必需，我們就必須繼續提供承保服務**。
* 您必須繼續支付應由您承擔的部分（比如自付額或共付額（若適用））。除此之外，您的承保服務可能會存在限制（參見本手冊第 4 章）。

複查員拒絕上訴會如何？

* 若複查員*拒絕*您的上訴，那麼**您的承保範圍將於我們此前告知的日期終止。**我們還會在通知上列明的日期停止為該護理支付應由我們承擔的費用。
* 若您決定於承保範圍終止之日過後繼續接受該家居醫療護理、專業護理機構護理或綜合門診康復設施 (CORF) 服務，那麼您**必須自行支付全額費用**。

步驟 4：若您的第 1 級上訴被拒絕，您可以決定是否繼續上訴。

* 您提起的首次上訴是上訴流程的「第 1 級」。若複查員*拒絕*您的第 1 級上訴 — 但您選擇於護理的承保範圍終止之後繼續接受護理 — 那麼您可以再度提起上訴。
* 再度上訴意味著，您準備進入「第 2 級」上訴流程。

#### 第 8.4 小節 具體步驟：如何提起第 2 級上訴，以便要求我們的計劃延長您的護理承保時間

若質量改進組織駁回了您的上訴，*且*您選擇於護理的承保範圍終止之後繼續接受護理，那麼您可以提起第 2 級上訴。第 2 級上訴期間，您需請求質量改進組織再次審查他們對您首次上訴所做的決定。若質量改進組織駁回您的第 2 級上訴，對於此前我們認為您的承保範圍理應終止之日過後您所接受的家居醫療護理、專業護理機構護理或綜合門診康復設施 (CORF) 服務，您可能必須支付全額費用。

第 2 級上訴流程的步驟如下：

步驟 1：您需再次聯絡質量改進組織，請求再度複查。

* 您必須於質量改進組織*拒絕*第 1 級上訴之後的 **60 天內**請求複查。該護理的承保範圍日期結束之後，您仍繼續接受護理，方可請求複查。

步驟 2：質量改進組織對您的情況進行二次複查。

* 質量改進組織的複查員將再度仔細查看與上訴有關的所有資訊。

步驟 3：收到您的上訴申請後 14 天內，複查員將對您的上訴做出決定並告訴您結果。

該審查組織接受您的上訴會如何？

* 對於我們之前認為您的承保範圍理應終止之日過後您所接受的護理，**我們必須償付**應由我們承擔的費用。只要護理屬於醫療必需，**我們就必須繼續提供承保範圍。**
* 您必須繼續支付應由您承擔的費用，且可能存在適用的承保範圍限制。

該審查組織拒絕會如何？

* 這意味著，他們同意我們對您第 1 級上訴所做的決定，不會更改該決定。
* 您將收到一份書面通知，告訴您如何繼續複查。該通知會詳細講解如何進入下一級由法官接手的上訴。

步驟 4：若回復為拒絕，您需要決定是否進一步上訴。

* 第 2 級之後還有 3 個級別，一共有 5 個上訴級別。若複查員駁回您的第 2 級上訴，您可以選擇接受該決定，或者進入第 3 級，再度上訴。在第 3 級，您的上訴由法官複查。
* 本章第 9 章將講解更多有關第 3、4、5 級上訴的資訊。

#### 第 8.5 小節 錯過提起第 1 級上訴的截止日期怎麼辦？

您可以轉而向我們提起上訴

如上方第 8.3 小節所述，您必須迅速行動，以便聯絡質量改進組織，開始首次上訴（最多一到兩天內）。若您錯過聯絡該組織的截止日期，您還可以選擇另一種上訴方式。若您使用另一種上訴方式，*請注意前兩級上訴存在差別*。

具體步驟：如何提起第 1 級*替代*上訴

若您錯過聯絡質量改進組織的截止日期，您可以向我們提起上訴，要求「快速複查」。快速複查是一種使用快速截止日期而非標準截止日期的上訴。

第 1 級替代上訴的步驟如下：

| **法律術語** |
| --- |
| 「快速複查」（或「快速上訴」）也稱為**「加急上訴」**。 |

步驟 1：聯絡我們，請求「快速複查」。

* 如需詳細瞭解如何聯絡我們，請轉到第 2 章第 1 節，並查閱名為*[計劃可以酌情編輯章節標題：]「您想針對醫療護理提起上訴時，該如何聯絡我們」*的章節。
* **一定要請求「快速複查」**。這意味著，您正請求我們給予回復時使用「快速」截止日期而非「標準」截止日期。

步驟 2：我們會對我們做出的決定（即何時停止服務承保範圍）進行「快速複查」。

* 複查期間，我們會再度查閱您的所有相關資訊。我們會檢查決定終止您正在接受的服務的計劃承保範圍日期時是否遵守了所有的規則。
* 我們向您給出複查回復時，會使用「快速」截止日期而非標準截止日期。

步驟 3：我會將於您請求「快速複查」（「快速上訴」）後的 72 小時內給出答覆。

* **若我們接受您的快速上訴，**這意味著我們同意您的要求，即您需要延長服務時間，只要服務屬於醫療必需，我們就會持續提供承保服務。這還意味著，對於我們之前認為您的承保範圍理應終止之日過後您所接受的護理，我們同意償付應由我們承擔的費用。（您必須支付應由您承擔的費用，且可能存在適用的承保範圍限制。）
* **若我們拒絕您的快速上訴，**那麼您的承保範圍將於此前我們告知的日期終止，我們不會支付該日期之後的任何費用。
* 若您決定於此前我們認為您的承保範圍理應終止之日過後繼續接受該家居醫療護理、專業護理機構護理或綜合門診康復設施 (CORF) 服務，那麼您**必須自行支付全額費用**。

步驟 4：若我們*拒絕*您的快速上訴，您的情況將*自動*進入至下一級上訴流程。

* 為了確保我們拒絕您的快速上訴時遵守了所有規則，**我們必須將您的上訴呈遞至「獨立審查組織」。**我們呈遞之後即意味著，您*自動*進入第 2 級上訴流程。

**具體步驟：第 2 級*替代*上訴流程**

若我們拒絕您的第 1 級上訴，您的情況將*自動*被呈遞至下一級上訴流程。第 2 級上訴期間，**獨立審查組織**將審查我們拒絕您的「快速上訴」時所做的決定。該組織將決定是否應該更改我們所做的決定。

| **法律術語** |
| --- |
| 「獨立審查組織」的正確名稱為**「獨立審查實體」**。有時稱為**「IRE」**。 |

步驟 1：我們將自動將您的情況呈遞至獨立審查組織。

* 告知您我們拒絕您的首次上訴後，我們必須於 24 小時內將您的資訊寄送至獨立審查組織準備進行第 2 級上訴。（若您認為我們超過了該截止日期或其他截止日期，您可以提起投訴。該投訴流程不同於上訴流程。本章第 10 節講解如何提起投訴。）

步驟 2：獨立審查組織會對您的上訴進行「快速複查」。審查員將於 72 小時內予以回復。

* 獨立審查組織是由聯邦醫療保險僱用的獨立組織。該組織與我們的計劃不存在關聯，它也不是政府機構。該組織是由聯邦醫療保險選擇的一家公司，做為獨立審查組織開展工作。聯邦醫療保險監管它的工作。
* 獨立審查組織的複查員將仔細查看與上訴有關的資訊。
* **若該組織*接受*您的上訴，**則對於我們之前認為您的承保範圍理應終止之日過後您所接受的護理，我們必須償付（退還）應由我們承擔的費用。只要護理屬於醫療必需，我們還必須繼續承保該護理。您必須繼續支付應由您承擔的費用。若存在承保範圍限制，該限制可能會限制我們的償付金額或繼續承保服務的期限。
* **若該組織*拒絕*您的上訴，**即表示他們同意我們的計劃對您的首次上訴所做的決定，不會更改該決定。
  + 您將收到一份獨立審查組織寄送的書面通知，告訴您如何繼續上訴。該通知會詳細講解如何進入第 3 級上訴。

步驟 3：若獨立審查組織駁回了您的上訴，您可以選擇是否進一步上訴。

* 第 2 級之後還有 3 個級別，一共有 5 個上訴級別。若複查員拒絕您的第 2 級上訴，您可以選擇接受該決定，或者進入第 3 級，再度上訴。在第 3 級，您的上訴由法官複查。
* 本章第 9 章將講解更多有關第 3、4、5 級上訴的資訊。

### 第 9 節 將上訴推進至第 3 級甚至更高級別

#### 第 9.1 小節 第 3、4、5 級醫療服務上訴

若您提起第 1 級上訴與第 2 級上訴，並且兩級上訴均被駁回，本小節可能對您適用。

若您所上訴的項目或醫療服務涉及的金額達到了特定的最低限度，您或許可以進行其他級別的上訴。若金額低於該最低限度，則您無法繼續上訴。若金額足夠多，則第 2 級上訴的書面回復將解釋應該聯絡誰以及如何請求第 3 級上訴。

大部分涉及上訴的情況中，最後三種級別的上訴擁有相似的運作模式。下方列出了各個級別中審查上訴的負責人。

**第 3 級上訴：** **為聯邦政府工作的法官**將審查您的上訴並給予回復。該名法官稱為「行政法官」。

* **若行政法官接受您的上訴，則上訴流程*可能會*也*可能不會*結束 —** 我們會決定是否對第 4 級的決定提起上訴。與第 2 級（獨立審查組織）的決定不同，若第 3 級決定對您有利，我們有權對該決定提起上訴。
  + 若我們決定*不*對該決定提起上訴，則我們必須於收到法官的決定之後 60 天內授權或提供服務。
  + 若我們決定對該決定提起上訴，我們會向您寄送一份第 4 級上訴請求書副本，並隨附補充文件。第 4 級上訴結果出來後，我們才會授權或提供處於爭議狀態的服務。
* **若行政法律拒絕您的上訴，則上訴流程*可能會*也*可能不會*結束。**
  + 若您決定接受該駁回上訴的決定，則上訴流程結束。
  + 若您不願意接受該決定，您可以繼續提起下一個級別的審查流程。若行政法官拒絕您的上訴，您將收到通知，告知您如何繼續上訴。

**第 4 級上訴：** **上訴委員會**將審查您的上訴並予以回復。上訴委員會隸屬於聯邦政府。

* **若回復為接受，或者若上訴委員會拒絕我們提請的審查第 3 級上訴有利決定之請求，則上訴流程可能會也可能不會結束 —** 我們會決定是否將該決定訴至第 5 級。與第 2 級（獨立審查組織）的決定不同，若第 4 級決定對您有利，我們有權對該決定提起上訴。
  + 若我們決定*不*對該決定提起上訴，我們必須於收到上訴委員會決定後的 60 天內授權或提供服務。
  + 若我們決定對該決定提起上訴，我們將會以書面方式告知您。
* **若回復為拒絕，或者若上訴委員會拒絕該審查請求，則上訴流程*可能會*也*可能不會*結束。**
  + 若您決定接受該駁回上訴的決定，則上訴流程結束。
  + 若您不願意接受該決定，您可以繼續提起下一個級別的審查流程。若上訴委員會拒絕您的上訴，您將收到通知，告知您規則是否允許您提起第 5 級上訴。若規則允許，您將收到書面通知，告訴您應該聯絡誰以及如何繼續上訴。

**第 5 級上訴：聯邦地區法院**的法官將審查您的上訴。

* 這是行政上訴流程的最後一步。

#### 第 9.2 小節 D 部分藥物上訴的第 3、4、5 級上訴

若您提起第 1 級上訴與第 2 級上訴，並且兩級上訴均被駁回，本小節可能對您適用。

若您上訴的藥物所涉及的金額達到了特定的數額，您或許可以進行其他級別的上訴。若金額過低，則您無法繼續上訴。第 2 級上訴的書面回復將解釋應該聯絡誰以及如何請求第 3 級上訴。

大部分涉及上訴的情況中，最後三種級別的上訴擁有相似的運作模式。下方列出了各個級別中審查上訴的負責人。

**第 3 級上訴：** **為聯邦政府工作的法官**將審查您的上訴並給予回復。該名法官稱為「行政法官」。

* **若回復為接受，由上訴流程結束。**您在上訴中提出的請求將獲得批准。我們必須於收到決定後的 **72 小時內（加急上訴則為 24 小時）授權或提供**經行政法官批准的**藥物承保範圍或者於 30 天內付款。**
* **若回復為拒絕，則上訴流程*可能會*也*可能不會*結束。**
  + 若您決定接受該駁回上訴的決定，則上訴流程結束。
  + 若您不願意接受該決定，您可以繼續提起下一個級別的審查流程。若行政法官拒絕您的上訴，您將收到通知，告知您如何繼續上訴。

**第 4 級上訴** **上訴委員會**將審查您的上訴並予以回復。上訴委員會隸屬於聯邦政府。

* **若回復為接受，由上訴流程結束。**您在上訴中提出的請求將獲得批准。我們必須於收到決定後的 **72 小時內（加急上訴則為 24 小時）授權或提供**經上訴委員會批准的**藥物承保範圍或者於 30 天內付款。**
* **若回復為拒絕，則上訴流程*可能會*也*可能不會*結束。**
  + 若您決定接受該駁回上訴的決定，則上訴流程結束。
  + 若您不願意接受該決定，您可以繼續提起下一個級別的審查流程。若上訴委員會拒絕您的上訴，或者拒絕您審查上訴的請求，您將收到通知，告知您規則是否允許您提起第 5 級上訴。若規則允許，您將收到書面通知，告訴您應該聯絡誰以及如何繼續上訴。

**第 5 級上訴** **聯邦地區法院**的法官將審查您的上訴。

* 這是上訴流程的最後一步。

提起投訴

### 第 10 節 如何針對護理質量、等候時間、顧客服務以及其他問題提起投訴

question mark問號。 若您的問題涉及與福利、承保範圍或付款有關的決定，那麼本節*不適用於您*。您應該使用承保範圍決定與上訴流程。請轉到本章第 4 節。

#### 第 10.1 小節 投訴流程處理哪些問題？

本小節解釋如何使用投訴流程。投訴流程*僅*用來處理特定類型的問題。當中包括與護理質量、等候時間以及您所接受的顧客服務有關的問題。此處舉出了一些例子，解釋投訴流程負責處理的問題。

遇到任何以下類型的問題，您都可以「提起投訴」

| 投訴 | 範例 |
| --- | --- |
| **醫療護理的質量** | * 您對所接受的護理質量（包括醫院護理）感到不滿意嗎？ |
| **尊重您的隱私** | * 您是否認為有人未尊重您的隱私權或者共享了您認為本該保密的資訊？ |
| **不尊重他人、顧客服務質量差或者其他不良行為** | * 是否有人對您無禮或不尊重您？ * 您對我們會員服務部的待客方式感到不滿意嗎？ * 有人建議您退出計劃嗎？ |
| **等候時間** | * 是否難以預約或者需要等待很長的時間？ * 醫生、藥劑師或其他健康專業人員是否讓您長時間等待？或者我們的會員服務部或其他計劃員工讓您長時間等待？   + 比如通話等待、候診室等待、獲取處方等待或者檢查室等待。 |
| **清潔度** | * 您對診所、醫院或醫生診所的清潔度或條件不滿意嗎？ |
| **從我處獲得的資訊** | * 您認為我們未盡到通知義務嗎？ * 您認為我們向您提供的書面資訊難以理解嗎？ |
| **及時性** （這類投訴均與我們針對承保範圍決定與上訴所展開的行動是否及時有關） | 本章第 4-9 節講解了請求承保範圍決定與提起上訴的流程。若您打算請求決定或提起上訴，請使用該流程，勿使用投訴流程。  但是，若您已經請求了承保範圍決定或已經提起了上訴，但您認為我們沒有及時回復，您也可以對我們的怠慢提起投訴。舉例如下：   * 若您已經請求我們給出「快速承保範圍決定」或者「快速上訴」，但我們聲明不提供，您可以提起投訴。 * 若您認為我們超過了給出承保範圍決定或上訴回復的截止日期，您可以提起投訴。 * 我們所做的承保範圍決定經審查之後，若我們被告知必須為特定的醫療服務或藥物提供承保或償付，則我們需遵守截止日期。若您認為我們未遵守這些截止日期，您可以提起投訴。 * 若我們未及時予以回復，我們必須將您的情況呈遞至獨立審查組織。若我們未於要求的截止日期內呈遞，您可以提起投訴。 |

#### 第 10.2 小節 「提起投訴」的正式名稱為「提交申訴」

| **法律術語** |
| --- |
| * 本小節中所稱**「投訴」**也可以稱為**「申訴」。** * **「提起投訴」**也叫做**「提交申訴」**。 * **「使用投訴流程」**即亦**「使用申訴流程」**。 |

#### 第 10.3 小節 具體步驟：提起投訴

步驟 1：立即聯絡我們 — 致電或致函。

* **一般而言，第一步是致電會員服務部。**如若還有其他待辦事項，會員服務部會告知您。*[插入電話號碼、TTY 以及服務日期與時間。]*
* **若您不想致電（或者致電後不滿意），您可以寫下投訴，並寄給我們。**若您以書面方式提起投訴，我們會以書面方式回復您。
* *[插入程序說明（包括時間範圍）以及其他待辦事項說明，以方便會員使用投訴流程。針對不進行加急組織/承保範圍裁定或重新考慮/重新決定之決定提起的申訴，請描述加急申訴時間範圍。]*
* **不論您致電還是致函，您都應該立即聯絡會員服務部。**若想提起投訴，請於問題出現後的 60 天內提起投訴。
* **若因為我們拒絕了您提請「快速承保範圍決定」或「快速上訴」之請求而提起投訴，我們將自動為您提供「快速投訴」。**若您提起「快速投訴」，則意味著我們需於 **24 小時內予以回復。**

| **法律術語** |
| --- |
| 本小節中所稱**「快速投訴」**也可以稱為**「加急申訴」。** |

步驟 2：我們會調查您的投訴，並給予回復。

* **若有可能，我們會立即回復。**若您致電投訴，我們可能會回電答覆。若您病情緊急，我們會儘快給予回復。
* **大部分投訴會於 30 天內得到回復。**若我們需要更多資訊且延期對您有利，或者您請求延長時間，我們的處理時間可以延長 14 天（總共 44 天），然後再回復您的投訴。若我們決定多花幾天時間，我們將以書面形式通知您。
* **若我們不同意**您的部分或全部投訴，或者不應對您所投訴的問題負責，我們會告知您。我們的回復中將載明給出該回復的理由。不論是否同意投訴，我們都必須給予回復。

#### 第 10.4 小節 您還可以針對護理的質量向質量改進組織提起投訴

您可以使用上方列出的詳細步驟針對我們已向您提供的護理提起質量投訴。

若您的投訴涉及*護理質量*，您還有兩個額外的選項：

* **您可以向質量改進組織提起投訴。**若您願意，可以直接向該組織提起護理質量投訴（*不*向我們提起投訴）。
  + 質量改進組織是一個由執業醫生與其他健康護理專家組成的團體，聯邦政府負責這些人員的費用，旨在檢查與改善聯邦醫療保險患者所接受的護理。
  + 本手冊第 2 章第 4 節中可以找到您所在州質量改進組織的名稱、地址與電話號碼。若您向該組織提起投訴，我們將與其合作，一起解決您投訴的問題。
* **您也可以同時向兩方提起投訴。**若您有此意願，您可以向我們提起護理質量投訴，同時也可以向質量改進組織提起投訴。

#### 第 10.5 小節 您還可以將您的投訴告知聯邦醫療保險

您可以直接向聯邦醫療保險提交有關*[插入 2017 年計劃名稱]*的投訴。如需向聯邦醫療保險提交投訴，請轉到 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。聯邦醫療保險將嚴肅處理您的投訴，並借此改善聯邦醫療保險計劃的服務質量。

若您有任何其他意見回饋或擔憂，或者您認為計劃未能解決您的問題，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY/TDD 用戶可以致電 1-877-486-2048。

第 10 章

終止您的計劃會員身份

## 第 10 章 終止您的計劃會員身份

第 1 節 簡介 206

第 1.1 小節 本章關注您的計劃會員終止事宜 206

第 2 節 您可於何時終止在我們計劃中的會員身份？ 206

第 2.1 小節 您可於年度參保期期間終止您的會員身份 206

第 2.2 小節 您可於年度聯邦醫療保險優勢退保期期間終止會員身份，但您的選擇範圍會更小 208

第 2.3 小節 特定情況下，您可於特別參保期期間終止您的會員身份 208

第 2.4 小節 終止會員身份時可於何處獲得更多資訊？ 209

第 3 節 您如何終止在我們計劃中的會員身份？ 210

第 3.1 小節 一般而言，參保其他計劃將致使您的會員身份終止 210

第 4 節 您必須繼續透過我們的計劃獲取醫療服務與藥物，直到您的會員身份終止 211

第 4.1 小節 會員身份終止前，您仍然是我們計劃的會員 211

第 5 節 特定情況下，*[插入 2017 年計劃名稱]*必須終止您在計劃中的會員身份 211

第 5.1 小節 我們何時必須終止您在我們計劃中的會員身份？ 211

第 5.2 小節 我們不能出於您的健康原因要求您退出我們的計劃 213

第 5.3 小節 若我們終止了您在我們計劃中的會員身份，您有權提起投訴 213

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 小節 本章關注您的計劃會員終止事宜

終止您的*[插入 2017 年計劃名稱]*會員身份可以是**自願**（自主選擇）或**非自願**（非自主選擇）：

* 您可以因您自己*想要*退出而退出我們的計劃。
  + 年內僅限特定時間或特定情況下，您才可以自願終止計劃會員身份。第 2 節將解釋您*何時*可以終止您的計劃會員身份。[*I-SNP：將本項的文字替換為：*您可以隨時終止計劃會員身份。第 2 節將解釋您可以參保的計劃類型。]
  + 根據您所選擇的新承保範圍的不同類型，自願終止會員身份的流程會不一樣。第 3 節將解釋您在各個情況下*如何*終止您的會員身份。
* 在有限情況下，您未選擇退出，但我們必須終止您的會員身份。第 5 節將解釋哪些情況下我們必須終止您的會員身份。

若您打算退出我們的計劃，您必須繼續透過我們的計劃獲取醫療護理直到會員身份終止。

### 第 2 節 您可於何時終止在我們計劃中的會員身份？

*[I-SNP：刪除以下段落]*

您可於年內的特定時間終止在我們計劃中的會員身份，該特定期間稱為參保期。所有會員均有機會於年度參保期以及年度聯邦醫療保險優勢退保期期間退出計劃。特定情況下，您還可能因符合資格而於年內其他時間退出計劃。

#### 第 2.1 小節 您可於年度參保期期間終止您的會員身份

您可於**年度參保期**（也稱為「年度協調選擇期」）期間終止您的會員身份。此時您應該審查您的健康與藥物承保範圍，並決定您來年的承保範圍。

* **年度參保期是指什麼時候？**這是指 10 月 15 日至 12 月 7 日。
* **年度參保期期間可以轉換到哪類計劃？**在此期間，您可以審查您的健康承保範圍與您的處方藥承保範圍。您可以選擇繼續保持當前的承保範圍，也可以更改來年的承保範圍。若您決定更改為新的計劃，您可以選擇以下任何類型的計劃：
  + 其他聯邦醫療保險健康計劃。（您可以選擇承保處方藥的計劃或者不承保處方藥的計劃。）
  + *含*獨立聯邦醫療保險處方藥計劃的原有聯邦醫療保險。
  + — *或者* — *不含*獨立聯邦醫療保險處方藥計劃的原有聯邦醫療保險。
    - **若您接受聯邦醫療保險的「額外補助」，即幫您支付處方藥費用：**若您轉換到原有聯邦醫療保險，且未參保獨立的聯邦醫療保險處方藥計劃，除非您已選擇退出自動參保，否則聯邦醫療保險可能會將您加入某項藥物計劃。

**注意：**若您退出聯邦醫療保險處方藥承保範圍並未持有抵免處方藥承保範圍，後期加入聯邦醫療保險藥物計劃時，您可能需要支付延期參保罰款。（「抵免」承保範圍是指承保範圍通常應該至少支付和聯邦醫療保險的標準處方藥承保範圍同樣多的費用。）請參閱第 6 章第 10 節，瞭解更多有關延期參保罰款的資訊。

* **您的會員身份將於何時終止？**1 月 1 日您的新計劃承保範圍開始之時，您的會員身份即告終止。

[*I-SNP：重新命名第 2.1 小節「您可以隨時終止您的會員身份」並將第 2.1 小節的文字替換為：* 您可以隨時終止*[插入 2017 年計劃名稱]*會員身份。]

* **您可於何時終止您的會員身份？**您可以隨時終止*[插入 2017 年計劃名稱]*會員身份。大多數加入了聯邦醫療保險的人士僅可於年內特定時間終止自己的會員身份。但是，因為您居住於養老院或所需的護理級別通常在養老院提供，您可以隨時終止您的會員身份。
* **您可以轉換到哪類計劃？**若您決定更改為新的計劃，您可以選擇以下任何類型的計劃：
  + 其他聯邦醫療保險健康計劃。（您可以選擇承保處方藥的計劃或者不承保處方藥的計劃。）
  + *含*獨立聯邦醫療保險處方藥計劃的原有聯邦醫療保險。
  + — *或者* — *不含*獨立聯邦醫療保險處方藥計劃的原有聯邦醫療保險。
    - **若您接受聯邦醫療保險的「額外補助」，即幫您支付處方藥費用：**若您轉換到原有聯邦醫療保險，且未參保獨立的聯邦醫療保險處方藥計劃，除非您已選擇退出自動參保，否則聯邦醫療保險可能會將您加入某項藥物計劃。

**注意：**若您退出聯邦醫療保險處方藥承保範圍並未持有抵免處方藥承保範圍，後期加入聯邦醫療保險藥物計劃時，您可能需要支付延期參保罰款。（「抵免」承保範圍是指承保範圍通常應該至少支付和聯邦醫療保險的標準處方藥承保範圍同樣多的費用。）請參閱第 6 章第 10 節，瞭解更多有關延期參保罰款的資訊。

* **您的會員身份將於何時終止？**您的會員身份通常於收到您的計劃更改請求後次月的第一天終止。

#### 第 2.2 小節 您可於年度聯邦醫療保險優勢退保期期間終止會員身份，但您的選擇範圍會更小

*[I-SNP：刪除第 2.2 小節]*

您有機會於年度**聯邦醫療保險優勢退保期**期間更改*一次*健康承保範圍。

* **年度聯邦醫療保險優勢退保期是指什麼時候？**這是指每年的 1 月 1 日至 2 月 14 日。
* **年度聯邦醫療保險優勢退保期期間可以轉換到哪類計劃？**在此期間，您可以取消您的聯邦醫療保險優勢計劃參保並轉換為原有聯邦醫療保險。如果您在此期間選擇轉到原有「聯邦醫療保險」，那麼您可於 2 月 14 日前加入獨立的聯邦醫療保險處方藥計劃，以便增加藥物承保範圍。
* **您的會員身份將於何時終止？**您的會員身份將於我們收到您提請轉換為原有聯邦醫療保險請求之後次月的第一天終止。若您選擇參保聯邦醫療保險處方藥計劃，您的藥物計劃會員身份將於該藥物計劃收到參保請求後次月的第一天開始。

#### 第 2.3 小節 特定情況下，您可於特別參保期期間終止您的會員身份

*[I-SNP：刪除第 2.3 小節]*

特定情況下，*[插入 2017 年計劃名稱]*的會員可能會因符合資格而於年內的其他時間終止自己的會員身份。這段時間稱為**特別參保期。**

* **誰符合享受特別參保期的資格？**若以下任意一種情況適用於您，您即符合資格，可於特別參保期內終止您的會員身份。這些只是舉例，如需完整清單，您可以聯絡計劃、致電聯邦醫療保險、致電會員服務部或造訪聯邦醫療保險網站 ([http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/))：
  + 一般而言，您搬家之時。
  + *[若適用，請修改項目以使用具體州的名稱]*若您擁有州醫療補助計劃。
  + 若您符合享受「額外補助」的資格，即可獲得聯邦醫療保險處方付款幫助。
  + 若我們違反與您簽訂的合同。
  + 若您正在某個機構中接受護理，比如養老院或長期護理 (LTC) 醫院。
  + [*州內有 PACE 的計劃，請插入：*若您參保老人全面護理計劃 (PACE)。]
* **特別參保期是指什麼時候？**該參保期取決於具體情況。
* **您能做些什麼？**如欲知道自己是否符合享受特別參保期的資格，請致電聯邦醫療保險，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時服務。聽覺及語言有障人士專用電話：1-877-486-2048。若您符合資格，出於特別情況可終止會員身份，那麼您可以選擇同時更改您的聯邦醫療保險健康承保範圍與處方藥承保範圍。這意味著您可以選擇以下任意一種計劃類型：
  + 其他聯邦醫療保險健康計劃。（您可以選擇承保處方藥的計劃或者不承保處方藥的計劃。）
  + *含*獨立聯邦醫療保險處方藥計劃的原有聯邦醫療保險。
  + — *或者* — *不含*獨立聯邦醫療保險處方藥計劃的原有聯邦醫療保險。
    - **若您接受聯邦醫療保險的「額外補助」，即幫您支付處方藥費用：**若您轉換到原有聯邦醫療保險，且未參保獨立的聯邦醫療保險處方藥計劃，除非您已選擇退出自動參保，否則聯邦醫療保險可能會將您加入某項藥物計劃。

**注意：**若您退出聯邦醫療保險處方藥承保範圍並未持有抵免處方藥承保範圍，後期加入聯邦醫療保險藥物計劃時，您可能需要支付延期參保罰款。（「抵免」承保範圍是指承保範圍通常應該至少支付和聯邦醫療保險的標準處方藥承保範圍同樣多的費用。）請參閱第 6 章第 10 節，瞭解更多有關延期參保罰款的資訊。

* **您的會員身份將於何時終止？**您的會員身份通常於收到您的計劃更改請求後次月的第一天終止。

#### 第 2.4 小節 終止會員身份時可於何處獲得更多資訊？

*[I-SNP：將第 2.4 小節重新編號，編為第 2.2 小節。]*

若您有任何疑問或希望獲取更多有關您何時可以終止會員身份的資訊：

* 您可以**致電會員服務部**（電話號碼列印於本手冊封底）。
* 您可以在***《2017 年聯邦醫療保險與您》***手冊中找到該資訊。
* 加入了聯邦醫療保險的每位人士都將於每年秋季收到一份*《聯邦醫療保險與您》。*新加入聯邦醫療保險的人士將於首次報名參保後的一個月內收到。
* 您還可以造訪聯邦醫療保險網站([http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/)) 下載副本。您也可以撥打下方號碼，致電聯邦醫療保險索要列印副本。
* 您可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡**聯邦醫療保險**，每週 7 天，每天 24 小時服務。聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-877-486-2048。

### 第 3 節 您如何終止在我們計劃中的會員身份？

#### 第 3.1 小節 一般而言，參保其他計劃將致使您的會員身份終止

一般而言，如需終止您在我們計劃中的會員身份，您只需參保其他聯邦醫療保險計劃即可*[I-SNP：刪除本句的其餘部分]，*參保時間為任一參保期內（請參見本章第 2 節，瞭解有關參保期的資訊）。但是，若您想從我們的計劃轉換到*不含*聯邦醫療保險處方藥計劃的原有聯邦醫療保險，您必須請求從我們的計劃中退保。您有兩種退保方式：

* 您可以致函請求。請聯絡會員服務部獲取所需的操作資訊（電話號碼列印於本手冊封底）。
* — *或者* — 您可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡聯邦醫療保險，每週 7 天，每天 24 小時服務。聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-877-486-2048。

**注意：**若您退出聯邦醫療保險處方藥承保範圍並未持有抵免處方藥承保範圍，後期加入聯邦醫療保險藥物計劃時，您可能需要支付延期參保罰款。（「抵免」承保範圍是指承保範圍通常應該至少支付和聯邦醫療保險的標準處方藥承保範圍同樣多的費用。）請參閱第 6 章第 10 節，瞭解更多有關延期參保罰款的資訊。

下表解釋您應該如何終止在我們計劃中的會員身份。

| 若您想從我們的計劃轉換至： | 解決辦法如下： |
| --- | --- |
| * 其他聯邦醫療保險健康計劃。 | * 參保新的聯邦醫療保險健康計劃。   新的計劃承保範圍開始之時，您將自動從*[插入 2017 年計劃名稱]*中退保。 |
| * *含*獨立聯邦醫療保險處方藥計劃的原有聯邦醫療保險。 | * 參保新的聯邦醫療保險處方藥計劃。   新的計劃承保範圍開始之時，您將自動從*[插入 2017 年計劃名稱]*中退保。 |
| * *不含*獨立聯邦醫療保險處方藥計劃的原有聯邦醫療保險。   + **注意：**若您退出聯邦醫療保險處方藥計劃並未持有抵免處方藥承保範圍，後期加入聯邦醫療保險藥物計劃時，您可能需要支付延期參保罰款。請參閱第 6 章第 10 節，瞭解更多有關延期參保罰款的資訊。 | * **向我們寄送書面退保請求。**請聯絡會員服務部獲取所需的操作資訊（電話號碼列印於本手冊封底）。 * 您也可以聯絡**聯邦醫療保險**要求退保，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，一週 7 天全天 24 小時服務。聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-877-486-2048。 * 原有聯邦醫療保險的承保範圍開始之時，您將從*[插入 2017 年計劃名稱]*中退保。 |

### 第 4 節 您必須繼續透過我們的計劃獲取醫療服務與藥物，直到您的會員身份終止

#### 第 4.1 小節 會員身份終止前，您仍然是我們計劃的會員

若您退出*[插入 2017 年計劃名稱]*，可能過一段時間後您的會員身份才會終止，新的聯邦醫療保險承保範圍才會生效。（請參見第 2 節，瞭解新的承保範圍於何時開始。）在此期間，您必須繼續透過我們的計劃獲取醫療護理與處方藥。

* **您應該繼續使用我們的網絡藥房抓藥，直到您在我們計劃中的會員身份終止。**一般而言，您在網絡藥房抓藥時，您的處方藥才會獲得承保[*適用時插入：*包括透過我們的郵購藥房服務抓藥。]
* **若您於會員身份終止之日住院，那麼您的住院費用將由我們的計劃承保，直至您出院**（即使您於新的健康承保範圍開始之後出院）。

### 第 5 節 特定情況下，*[插入 2017 年計劃名稱]*必須終止您在計劃中的會員身份

#### 第 5.1 小節 我們何時必須終止您在我們計劃中的會員身份？

若出現以下情況，***[插入 2017 年計劃名稱]*必須終止您在計劃中的會員身份：**

* 若您未持續參保聯邦醫療保險 A 部分與 B 部分。
* 若搬離我們的服務區域。
* 若您離開我們的服務區域超過六個月。*[含遊客/旅客福利的計劃應修改本項，以指明會員必須從計劃中退保的時間。]*
  + 若您搬家或長期旅行，您需要致電會員服務部，看看您的搬入地點或旅行地點是否在我們的計劃區域內。（會員服務部的電話號碼列印於本手冊封底。）
  + [*含遊客/旅客福利的計劃請插入：*請轉到第 4 章第 2.3 小節，瞭解如何透過我們計劃的遊客/旅客福利在遠離服務區域時獲得護理。]
  + [*若計劃含延續會員，即會員 1999 年 1 月之前身處區域之外，請插入：*若您自 1999 年 1 月之前一直是我們計劃的會員，*且*您於 1999 年 1 月之前居住於我們的服務區域之外，則您可以繼續保有會員身份。但是，若您搬家，且搬入之地不是我們的服務區域，那麼您將被退出我們的計劃。]
* [*I-SNP 與 C-SNP 請插入：*您未達到第 1 章第 2.1 小節中所述的計劃特殊資格要求]
  + *[I-SNP 與 C-SNP：針對不再滿足特殊資格要求的會員，請插入規則*。*]*
* 若您被監禁（入獄）。
* 若您不是美國公民或非法在美國居住。
* 若您說謊或隱瞞資訊，即未告知您擁有提供處方藥承保範圍的其他保險
* *[若不適用，請省略]*參保我們的計劃時，若您故意提供錯誤資訊，且該資訊會影響您的計劃參保資格。（除非我們事先獲得聯邦醫療保險的許可，否則我們不能因此迫使您退出我們的計劃。）
* *[若不適用，省略項目與子項目]*若您持續製造混亂，使得我們難以為您以及其他的計劃會員提供醫療護理。（除非我們事先獲得聯邦醫療保險的許可，否則我們不能因此迫使您退出我們的計劃。）
* *[若不適用，省略項目與子項目]*若您讓其他人使用我們的會員卡獲取醫療護理。（除非我們事先獲得聯邦醫療保險的許可，否則我們不能因此迫使您退出我們的計劃。）
  + 若我們因此終止了您的會員身份，聯邦醫療保險可能會派遣監察長調查您的情況。
* *[若不適用，省略項目與子項目。若計劃對於符合雙重資格的會員和/或因持有 LIS 而無須支付計劃保費的會員設定了不同的退保政策，則必須酌情編輯這些項目，以顯示各個政策。含不同退保政策的計劃必須清楚地說明哪些人被排除在政策之外，即不會因未支付計劃保費而退保。]*若您未支付計劃保費的時間長達 *[插入寬限期間，不得少於 2 個月]*。
  + 我們必須以書面方式通知您還剩 *[插入寬限期，不得少於 2 個月]* 來支付計劃保費，逾期我們將終止您的會員身份。
* 若您因自己的收入而必須支付額外的 D 部分費用，但未予支付，聯邦醫療保險會將您從我們的計劃中退保，您將失去處方藥承保範圍。

何處可獲取更多資訊？

若您有疑問或希望詳細瞭解我們何時可以終止您的會員身份：

* 您可以致電**會員服務部**，獲取更多資訊（電話號碼列印於本手冊封底）。

#### 第 5.2 小節 我們不能出於您的健康原因要求您退出我們的計劃

[*慢性病護理 SNP 應該將本小節的標題替換為以下內容：*除非您不再患有參保*[插入 2017 年計劃名稱]*所必須的疾病，否則我們不能出於您的健康原因要求您退出我們的計劃。]

*[插入 2017 年計劃名稱]*不得因您的任何健康原因要求您退出我們的計劃。

[*慢性病護理 SNP 將上句替換為：*大多數情況下，*[插入 2017 年計劃名稱]*不能因您的任何健康原因要求您退出我們的計劃。當您不再患有參保*[插入 2017 年計劃名稱]*所必需的[*適用時插入：*疾病*或*兩種疾病*或*所有疾病]時，我們才可以要求您退出我們的計劃。（如需瞭解患有哪些疾病可以參保，請查閱本手冊第 1 章第 2.1 小節。）]

出現這種情況怎麼辦？

若您認為因自己的健康問題被要求退出我們的計劃，請您致電聯邦醫療保險，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽覺及語言有障（TTY）人士請致電 1-877-486-2048。每週 7 天，每天 24 小時服務。

#### 第 5.3 小節 若我們終止了您在我們計劃中的會員身份，您有權提起投訴

若我們終止了您在我們計劃中的會員身份，我們必須以書面方式告知您終止會員身份的理由。我們還必須說明您可以如何對我們終止您會員身份的決定提起申訴或投訴。您可以查閱第 9 章第 10 節，瞭解如何提起投訴。

第 11 章

法務通知

## 第 11 章 法務通知

第 1 節 準據法通知 216

第 2 節 非歧視通知 216

第 3 節 聯邦醫療保險次要付款方代位權通知 216

*[****注意：****您可以加入其他法務通知，比如會員免責通知或第三方責任通知。這些通知必須符合聯邦醫療保險法律與法規方可加入。]*

### 第 1 節 準據法通知

適用於本*《承保範圍證明》*的法律有很多，某些其他法規可能適用，因為受到法律的約束。即使這些法律未加入本文件或者未予以解釋，但可能會對您的權利與義務構成影響。適用於本文件的主要法律是《社會安全法案》第 18 篇以及聯邦醫療保險和州醫療補助服務中心（即 CMS）在《社會安全法案》之下設立的法規。此外，其他聯邦法律可能適用，在特定情況下，您所居住的州的州法律可能適用。

### 第 2 節 非歧視通知

我們不會因種族、殘障、宗教、性別、健康、民族、信仰、年齡或國籍而歧視他人。提供聯邦醫療保險優勢計劃的所有組織，比如我們的計劃，必須遵守反對歧視的聯邦法律，包括 1964 年《民權法案》第六篇、1973 年的《康復法案》、1975 年的《反年齡歧視法案》、《美國殘疾人法案》、適用於受聯邦資助組織的所有其他法律以及因任何其他原因而適用的任何其他法律法規。

### 第 3 節 聯邦醫療保險次要付款方代位權通知

若聯邦醫療保險不是聯邦醫療保險承保服務的主要付款方，我們有追款的權利與義務。根據《美國聯邦法規》第 42 章第 422.108 與 423.462 條的 CMS 規定，*[插入 2017 年計劃名稱]*做為聯邦醫療保險優勢組織，可行使與部長相同的追償權，詳見《美國聯邦法規》第 42 章第 411 部分 B 到 D 小節的 CMS 規定，且本節中所述的規則代替任何州法律。

*[****注意：****您可以加入其他法務通知，比如會員免責通知或第三方責任通知。這些通知必須符合聯邦醫療保險法律與法規方可加入。]*

第 12 章

重要詞彙的定義

## 第 12 章 重要詞彙的定義

*[計劃應該根據 EOC 中所述的計劃類型酌情插入定義。您可以插入該模本中未加入的定義，或者刪除不適用於您的計劃、您的 CMS 合同義務或者已參保聯邦醫療保險受益人的模本定義。]*

*[若允許修改術語（比如將「會員服務部」更改為「顧客服務部」）會影響術語表中的術語，計劃應該重新標註術語並按照字母順序將其列入術語表。]*

*[若您在 EOC 中使用了以下任何術語，您必須將該術語的定義添加至該詞首次出現的章節，並添加至第 12 章，同時在該詞出現的章節做好備註：IPA、網絡、PHO、計劃醫療團體、服務點。]*

*[含 POS 選項的計劃：提供以下詞彙的定義：允許額、差額、共同保險與最高收費以及處方藥福利管理人員。]*

**流動手術中心** — 流動手術中心是一個專為無需住院的患者以及入院時間預計不會超過 24 小時的患者提供門診手術服務的實體。

**年度參保期 —** 每年秋季的一段時間，會員可於此時更改自己的健康或藥物計劃，或者轉為原有聯邦醫療保險。年度參保期的時間為 10 月 15 日至 12 月 7 日。

**上訴** — 若我們拒絕了您的健康護理服務或處方藥的承保範圍請求或者拒絕為您已接受的服務或藥物付款，而您對我們的決定存有異議，則您可以提起上訴。若我們停止了您正在接受的服務，而您對我們的決定存有異議，您也可以提起上訴。例如，若我們不為您應該接受的藥物、物品或服務付款，您可以請求上訴。第 9 章對上訴進行了講解，包括提起上訴時涉及的流程。

**差額 —** 醫療服務提供者（比如醫生或醫院）向患者開出的帳單金額超過了計劃允許的成本分擔金額。做為*[插入 2017 年計劃名稱]*的會員，接受我們的計劃承保的服務時，您僅需支付我們的計劃設定的成本分擔金額。我們不允許醫療服務提供者收取「差額」，或者說所收費用超過計劃規定的必付成本分擔金額。

**福利期** — *[若計劃為 SNF 入住提供福利期，但不為醫院住院提供福利期，則請酌情修改定義。]*[*適用時插入：*我們的計劃以及]原有聯邦醫療保險用來評估醫院服務以及專業護理機構 (SNF) 服務使用情況的方式。*[提供更多慷慨福利期的計劃請修改以下句段，以顯示計劃的福利期。]*福利期自您住進醫院或專業護理機構之日開始。若您連續 60 天未接受任何住院護理（或 SNF 專業護理），則福利期即告結束。若福利期結束之後您又住進醫院或專業護理機構，則開始一個新的福利期。[*適用時插入：*您必須支付每個福利期的住院費自付額。]福利期的次數沒有限制。

**品牌藥** — 由最初研發該藥的製藥公司製造並出售的處方藥。品牌藥與該藥對應的非品牌藥有著相同的有效成份配方。然而，非品牌藥由其他製藥公司製造並出售，而且品牌藥的專利期限失效之前無法獲得。

**重大災難承保範圍階段** — D 部分藥物福利中的階段，當您或代表您的其他方已在承保年度內支付 *[插入 2017 年自付額閾值]* 美元後，您僅需為藥物支付較低的共付額或共同保險。

**聯邦醫療保險和州醫療補助服務中心 (CMS)** — 管理聯邦醫療保險的聯邦機構。第 2 章講解了如何聯絡 CMS。

**共同保險** — [*適用時插入：*您支付自付額之後]做為您應承擔的服務或處方藥費用，必須由您支付的金額。共同保險通常是指一個百分比（比如 20%）。

**投訴** — 「提起投訴」的正式名稱為「提交申訴」。投訴流程*僅*用來處理特定類型的問題。當中包括與護理質量、等候時間以及您所接受的顧客服務有關的問題。另請參見本定義清單內的「申訴」。

**綜合門診康復設施** **(CORF)** — 該設施主要提供疾病或損傷的康復服務，並提供多種其他服務，比如物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職業治療與語言病理學服務以及家居環境評估服務。

**共付額** — 做為您應承擔的醫療服務或用品費用您必須支付的金額，比如醫生就診、醫院門診或處方藥。共付額為一定的金額，而不是百分比。例如，您可能需為醫生就診或處方藥支付 10 或 20 美元。

**成本分擔** — 成本分擔是指會員接受服務或藥物時必須支付的金額。[*若計劃有保費，請插入：*（除開計劃的每月保費。）]成本分擔包括以下三種付款方式的任意組合：(1) 承保服務或藥物之前計劃可能收取的任何自付額； (2) 接受特定的服務或藥物時，計劃要求的任何固定的「共付額」； (3) 任何「共同保險」，即已為服務或藥物所付總金額的百分比，是接受特定服務或藥物時計劃要求的金額。若您的醫生為您開出了特定藥物的處方，但供給時間不足一個整月，則「每日成本分擔費率」可能適用，您必須支付共付額。

*[若計劃不使用級別，請刪除]***成本分擔級別** — 承保藥物清單上的每一種藥物屬於 *[插入級別的數目]* 種成本分擔級別中的一種。在一般情況下，成本分擔的級別越高，您的藥費就越高。

**承保範圍決定** —您的處方藥物是否由計劃承保以及您需為處方支付多少金額（若有）之決定。一般情況下，若您將處方帶至藥房，但藥房告知您該處方不在計劃的承保範圍內，這並不是承保範圍決定。您需要致電或致函給您的計劃，要求對承保範圍做出正式決定。本手冊中，承保範圍決定也稱為「承保範圍決定」。第 9 章解釋如何要求我們做出承保範圍決定。

**承保藥物** — 該術語用來表示我們的計劃承保的所有處方藥。

**承保服務** — 該通用術語用來表示我們的計劃承保的所有健康護理服務與用品。

**抵免處方藥承保範圍** — 處方藥承保範圍（例如僱主或工會提供）通常應該支付至少與聯邦醫療保險標準處方藥承保範圍同樣多的費用。擁有此類承保範圍的人士當符合參保聯邦醫療保險的資格後，若後來決定參保聯邦醫療保險處方藥承保範圍，一般可以繼續保有該承保範圍且無需支付罰款。

**監護** — 監護是您不需要專業醫療護理或專業護理時，養老院、善終服務機構或其他設施處提供的私人護理。監護可以是由不具備專業技能或未經過培訓的人士提供的私人護理，比如日常生活活動，如洗澡、穿衣、吃飯、上下床、入座或離座、行走以及使用廁所。當中還可能包括大部分人能夠自理的健康護理，比如使用眼藥水。聯邦醫療保險不為監護付款。

**每日成本分擔費率** — 若您的醫生為您開出了特定藥物的處方，但供給時間不足一個整月，則「每日成本分擔費率」可能適用，您必須支付共付額。每日成本分擔費率是指共付額除以當月供給天數。舉例如下：若您一個月供給的共付額是 30 美元，在您的計劃中一個月的供給為 30 天，那麼您的「每日成本分擔費率」為每天 1 美元。這意味著，抓藥時您需為每天的供給支付 1 美元。

**自付額** — 我們的計劃開始付款前，您必須為健康護理或處方支付的金額。

**退保** — 該流程用於終止您在我們計劃中的會員身份。退保可以是自願（自主選擇）或非自願（非自主選擇）。

**配藥費 —** 每次配給承保藥物時收取的費用，以支付抓藥的費用。配藥費用於補償藥劑師準備處方與包裝處方所花費的時間。

**耐用醫療設備** — 因醫療原因，由醫生訂購的特定醫療設備。比如助行器、輪椅或醫院的病床。

**急症** — 醫療急症是指，您或任何其他具備健康與醫學常識的謹慎外行人認為，您的疾病症狀需要立即獲得醫護，以防喪命、截肢或出現肢體功能障礙。疾病症狀可能是生病、受傷、劇烈疼痛或病情急速惡化。

**緊急護理** — 具備以下條件的承保服務：1) 提供護理的醫療服務提供者具備提供緊急服務的資質；2) 屬於治療、評估或穩定急症病情所需。

**承保範圍證明 (EOC) 與資訊披露** — 該文件以及您的退保表格和任何其他附件、附加條款或已選的其他可選承保範圍，用於解釋您的承保範圍、我們的必辦事項、您的權利以及會員的必辦事項。

**例外情況** — 一種承保範圍決定，若獲得批准，您將可以獲取計劃贊助者的處方藥物表中未列入的藥物（即處方藥物表例外情況），或者以更低的成本分擔級別獲取非首選藥物（即級別例外情況）。若您的計劃贊助者要求您在接受您所請求的藥物之前先嘗試其他藥物，或者計劃限制了您所請求藥物的獲取資格或劑量，您也可以請求例外情況（即處方藥物表例外情況）。

**額外補助** — 一種聯邦醫療保險計劃，旨在幫助收入或資源有限的人士支付聯邦醫療保險處方藥計劃的費用，比如保費、自付額與共同保險。

**非品牌藥** — 經食品藥品管理局批准的處方藥，與品牌藥有相同的有效成份。一般而言，「非品牌」藥的藥效與品牌藥一樣，而且通常更便宜。

**申訴** — 您可以對我們或我們的網絡醫療服務提供者提起的一種投訴，包括針對護理的質量提起的投訴。這類投訴不涉及承保範圍或付款爭議。

**家居醫療護理助手** — 家居醫療護理助手提供服務時無需具備持證護士或治療師具備的技能，比如幫助處理私人護理事宜（如洗澡、使用廁所、穿衣或進行規定的鍛煉）。家居醫療護理助手沒有護理執照，不提供治療。

**善終服務** —只剩 6 個月或不到 6 個月壽命的參保人有權選擇善終服務。我們，即您的計劃，必須為您提供您所在區域的善終服務清單。若您選擇善終服務並繼續支付保費，您仍然是我們計劃的會員。您仍然可以獲取所有醫療必需的服務以及我們提供的補充福利。善終服務將針對您的狀況提供特別待遇。

**住院 —** 住院是指您正式入住提供專業醫療服務的醫院。即使您在醫院住上一晚，您可能仍然會被視為「門診患者」。

**收入相關的每月調整金額 (IRMAA)** — 若您的收入超過特定的限度，除了計劃保費外，您還需支付與收入相關的每月調整金額。例如，收入超過 *[插入金額]* 美元的單身人士以及收入超過 *[插入金額]* 美元的已婚人士必須支付更高的聯邦醫療保險 B 部分（醫療保險）與聯邦醫療保險處方藥承保範圍保費。這筆額外的金額稱為收入相關的每月調整金額。加入聯邦醫療保險的人中，受此影響的人數不到 5%，所以大多數人無需支付更高的保費。

**最初承保範圍限制** — 最初承保範圍階段的最大承保範圍限制。

**最初承保範圍階段 —** 指您年內的[*適用時插入：*總藥費（包括您自己支付以及計劃替您支付的金額）或自付費用]達到[*適用時插入︰[插入 2017 年最初承保範圍限制]或[插入 2017 年自付額閾值]*]時的階段。

**最初參保期 —** 您首次符合聯邦醫療保險參保資格時可以報名參加聯邦醫療保險 A 部分與 B 部分的時間期限。例如，若您年滿 65 歲時符合聯邦醫療保險的參保資格，則您的最初參保期為 7 個月，從年滿 65 歲前的 3 個月起算，包括滿 65 歲的那個月在內，於年滿 65 歲後的 3 個月後截止。

**機構特殊需要計劃 (SNP)** — 特殊需要計劃面向符合參保資格的個人，即持續居住或即將居住於長期護理 (LTC) 設施長達 90 天或以上的個人。這些 LTC 設施包括專業護理機構 (SNF)、護理機構 (NF)、(SNF/NF)、智障患者中級護理機構 (ICF/MR) 和/或住院護理精神病院。機構特殊需要計劃必須與具體的 LTC 設施簽訂協議（或者擁有並運營該處設施）才能為居住於 LTC 設施處的聯邦醫療保險患者提供服務。

**機構同等特殊需要計劃 (SNP)** — 一種機構特殊需要計劃，面向符合參保資格的個人，即居住於該社區但根據州評估需要機構同等護理的個人。該評估必須使用各個州級別的相同護理評估工具，並由提供計劃的組織之外的實體管理。若個人居住於簽約輔助生活設施 (ALF) 處，為確保統一交付特殊護理，必要時這類特殊需要計劃可能會限制個人的參保資格。

**延期參保罰款** — 若您未持有抵免保險（該承保範圍通常至少應該支付與標準聯邦醫療保險處方藥承保範圍同樣多的費用）持續 63 天或以上，這筆金額將計入您的聯邦醫療保險藥物承保範圍的每月保費之中。只要您擁有聯邦醫療保險藥物計劃，您就必須支付這筆罰款。但也有一些例外情況。例如，若您正在接受聯邦醫療保險的「額外補助」，即您獲得了處方藥計劃費用的支付幫助，則您無需支付延期參保罰款。

**承保藥物清單（處方藥物表或「藥物清單」）** — 計劃承保的處方藥清單。清單上的藥物由計劃在醫生與藥劑師的幫助下選出。清單中包括品牌藥與非品牌藥。

**低收入補貼 (LIS)** — 參見「額外補助」。

*[POS 計劃可以酌情修改該定義，以便描述計劃的最高自付限額：]***最高自付限額 –** 日曆年內您為網絡內[*適用時插入：*A 部分與 B 部分]承保服務支付的最高自付額*。[無保費的計劃請酌情修改以下句段]*您支付的計劃保費、聯邦醫療保險 A 部分與 B 部分保費以及處方藥費用不計入最高自付限額。[*含服務類型最高自付限額的計劃請插入：*除了為網絡內[*適用時插入：*A 部分與 B 部分]承保醫療服務支付的最高自付限額之外，我們還對特定類型的服務設定了最高自付限額。]請參見第 4 章第 1 節。*[插入節號]*提供了有關最高自付限額的資訊。

**州醫療補助（或者州聯邦醫療保險補助）—** 聯邦與州的聯合計劃，為部分低收入及資源有限的人士提供幫助。各個州的州醫療補助計劃會有所不同，但是若您既符合聯邦醫療保險的參保資格又符合州醫療補助的參保資格，則大多數衛生保健費用都會獲得承保。請參見第 2 章第 6 節，瞭解如何聯絡您所在州的州醫療補助。

**醫學上接受的適應症** **—** 經食品藥品管理局批准或獲得了特定參考書籍支持的藥物用法。參閱第 5 章第 3 節，詳細瞭解醫學上接受的適應症。

**醫療必需** — 為了預防、診斷或治療您的疾病而需要的服務、用品或藥物，並且符合公認的醫療做法標準。

**聯邦醫療保險** — 聯邦政府推行的健康保險計劃，面向年滿 65 歲的人士、部分未滿 65 歲的特定殘障人士以及末期腎病（一般為需要透析或腎移植的永久性腎衰竭）患者。加入了聯邦醫療保險的人士可以透過原有聯邦醫療保險[*若您所在的服務區域設有成本計劃，請插入：* 、聯邦醫療保險成本計劃] [*若您所在的州設有 PACE 計劃，請插入：*PACE 計劃]或者聯邦醫療保險優勢計劃獲取自己的聯邦醫療保險健康承保範圍。

**聯邦醫療保險優勢退保期** —聯邦醫療保險優勢計劃的會員每年可於這段時間取消自己的計劃參保並轉換為原有聯邦醫療保險。聯邦醫療保險優勢退保期為 2017 年 1 月 1 日至 2 月 14 日。

**聯邦醫療保險優勢 (MA) 計劃** — 有時稱為聯邦醫療保險 C 部分。該計劃由與聯邦醫療保險有合約的私營公司提供，可為您提供您所有的聯邦醫療保險 A 部分與 B 部分福利。聯邦醫療保險優勢計劃可以是 HMO、PPO、私人付費服務 (PFFS) 計劃或聯邦醫療保險醫療儲蓄賬戶 (MSA) 計劃。當您參保聯邦醫療保險優勢計劃時，聯邦醫療保險服務會透過該計劃獲得承保，而不是透過原有聯邦醫療保險獲得支付。多數情況下，聯邦醫療保險優勢計劃還提供聯邦醫療保險 D 部分（處方藥承保範圍）。這些計劃稱為**含處方藥承保範圍的聯邦醫療保險優勢計劃。**擁有聯邦醫療保險 A 部分與 B 部分的每個人均符合加入其所在區域任何聯邦醫療保險健康計劃的資格，末期腎病患者除外（除非特定的例外情況適用）。

[*若您是聯邦醫療保險成本計劃或您所在的服務區域設有該計劃，請插入成本計劃的定義：***聯邦醫療保險成本計劃** — 聯邦醫療保險成本計劃是一種由健康維護組織 (HMO) 或者競爭性醫療計劃 (CMP) 根據成本償付合同運營的計劃，該合同依據法案第 1876(h) 小節訂立。]

**聯邦醫療保險承保範圍缺口折扣計劃** — 該計劃面向達到承保範圍製品階段但未接受「額外補助」的 D 部分參保人，為大部分承保的 D 品牌藥提供折扣。折扣幅度依據聯邦政府與特定藥物製造商之間簽訂的協議。因此，大部分（但非全部）品牌藥都享有折扣。

**聯邦醫療保險承保的服務 —** 由聯邦醫療保險 A 部分與 B 部分承保的服務。所有的聯邦醫療保險健康計劃（包括我們的計劃）必須承保所有由聯邦醫療保險 A 部分 B 部分承保的服務。

**聯邦醫療保險健康計劃** — 由私營公司提供的聯邦醫療保險健康計劃，該私營公司與聯邦醫療保險簽訂了合同，為參保了聯邦醫療保險並加入了該計劃的人士提供 A 部分與 B 部分福利。該術語包括所有聯邦醫療保險優勢計劃、聯邦醫療保險成本計劃、示範/試點方案以及老人全面護理計劃 (PACE)。

**聯邦醫療保險處方藥承保範圍（聯邦醫療保險 D 部分）** — 幫助為聯邦醫療保險 A 部分與 B 部分未承保的門診處方藥、疫苗、生物製品以及部分用品付款的計劃。

**「差額保險」（聯邦醫療保險補充保險）政策** — 私營保險公司出售的聯邦醫療保險補充保險，以填補原有聯邦醫療保險的「缺口」。差額保險政策僅可用於原有聯邦醫療保險。（聯邦醫療保險優勢計劃不是差額保險政策。）

**會員（我們的計劃的會員或者「計劃會員」）** — 加入了聯邦醫療保險的個人，符合獲取承保服務的資格，參保了我們的計劃，且其參保經過了聯邦醫療保險和州醫療補助服務中心 (CMS) 的確認。

**會員服務部** — 我們計劃內的一個部門，負責回答您針對會員身份、福利、申訴及上訴提出的問題。請參見第 2 章，瞭解如何聯絡會員服務部。

**網絡藥房 —** 網絡藥房是指我們計劃的會員可以獲取處方藥福利的藥房。我們稱其為「網絡藥房」是因為他們與我們的計劃簽訂了合同。多數情況下，在我們的網絡藥房所抓的處方藥才會獲得承保。

**網絡醫療服務提供者 —** 「醫療服務提供者」是一個通用術語，我們用來表示醫生、其他衛生保健專業人員、醫院與其他衛生保健機構，其經過聯邦醫療保險或州政府頒發執照或認證，可提供衛生保健服務。他們[*適用時插入：*與我們的計劃簽訂協議]接受我們的付款方式，如同接受全額付款一樣，我們便稱其為「網絡醫療服務提供者」，某些情況下，他們會還從中協調並為我們計劃的會員提供承保服務。我們的計劃會根據與醫療服務提供者簽訂的協議向網絡醫療服務提供者付款，或者若醫療服務提供者同意為您提供計劃承保的服務，我們會向其付款。網絡醫療服務提供者還可能會被稱為「計劃醫療服務提供者」。

[*適用時請添加：* **可選補充福利** — 非聯邦醫療保險承保的福利，可以購買但需支付額外的保費，不在您的福利組合之列。若您選擇購買可選補充福利，則您可能必須支付額外的保費。您必須自願選擇可選補充福利才能獲取該福利。]

**組織確定** — 聯邦醫療保險優勢計劃決定是否承保物品或服務或者決定您應為承保的物品或服務需支付多少費用時即表示做出了組織確定。聯邦醫療保險優勢計劃的網絡醫療服務提供者或機構向您提供物品或服務，或者將您轉介至網絡外的醫療服務提供者以便您獲取物品或服務時，即表示做出了組織確定。組織確定在本手冊中稱為「承保範圍決定」。第 9 章解釋如何要求我們做出承保範圍決定。

**原有聯邦醫療保險（「傳統聯邦醫療保險」或「付費服務」聯邦醫療保險）** — 原有聯邦醫療保險由政府提供，不是諸如聯邦醫療保險優勢計劃與處方藥計劃那樣的私營健康計劃。根據原有聯邦醫療保險，承保聯邦醫療保險服務的方式為向醫生、醫院及其他衛生保險醫療服務提供者支付國會設定的金額。您可以向任何接受聯邦醫療保險的醫生、醫院或其他衛生保險醫療服務提供者求診。您必須支付自付額。聯邦醫療保險將支付聯邦醫療保險批准的金額中應由其承擔的部分，您則支付應由您承擔的部分。原有聯邦醫療保險分為兩部分：A 部分（醫院保險）與 B 部分（醫療保險），美國全境適用。

**網絡外藥房 —** 並未與我們的計劃簽訂合同以便向我們計劃的會員協調或提供承保藥物的藥房。如本《承保範圍證明》所述，除非特定條件適用，否則我們不會承保您在網絡外藥房獲取的大部分藥物。

**網絡外醫療服務提供者或網絡外設施 —** 我們並未安排其為我們計劃的會員協調或提供承保服務的醫療服務提供者或設施網絡外醫療服務提供者是指未被我們的計劃所僱用、擁有或運營或者未簽訂承保服務交付合同的醫療服務提供者。本手冊第 3 章講解了網絡外醫療服務提供者或設施的使用。

**自付費用** — 參見上方「成本分擔」的定義。會員的成本分擔要求，即為已接受的服務或藥物支付一部分費用，也稱為會員的「自付額」費用要求。

[*若所在州設有 PACE 計劃，請插入 PACE 計劃的定義：***PACE 計劃** — PACE 計劃（老人全面護理計劃）包含醫療、社會與長期護理 (LTC) 服務，面向體弱的人士，幫助人們保持獨立並儘量居住於自己的社區（從而無需搬入養老院），同時獲取優質的必要護理。加入了 PACE 計劃的人士可以透過該計劃接受自己的聯邦醫療保險與州醫療補助福利。]

**C 部分 — 請參見「聯邦醫療保險優勢 (MA) 計劃」。**

**D** **部分** — 自願的聯邦醫療保險處方藥福利計劃。（為了方便指稱，我們將處方藥福利計劃稱為 D 部分。）

**D 部分藥物** — 可於 D 部分承保的藥物。我們可能會也可能不會提供所有的 D 部分藥物。（請參見您的處方藥物表查看詳細的承保藥物清單。）國會排除了特定類型的藥物，即這些藥物不會做為 D 部分藥物獲得承保。

[*除了提供標準成本分擔的藥房之外，若 D 部分計劃含有提供首選成本分擔的藥房，請加入該定義：*

**首選成本分擔** – 首選成本分擔意味著在特定網絡藥房購買特定的 D 部分承保藥物時需支付的成本分擔費用更低。]

**首選醫療服務提供者組織 (PPO) 計劃** — 首選醫療服務提供者組織計劃是一個聯邦醫療保險優勢計劃，該計劃擁有一個由簽約醫療服務提供者組成的網絡，這些提供者均同意為計劃會員提供治療時只收取規定的金額。PPO 計劃必須承保所有計劃福利，不論福利由網絡內還是網絡外醫療服務提供者提供。一般而言，網絡外醫療服務提供者提供計劃福利時，會員的成本分擔更高。對於從網絡（首選）醫療服務提供者處接受的服務，PPO 計劃對您的自付費用設定了年度限制，并且對您從網絡內（首選）與網絡外（非首選）醫療服務提供者處接受的服務設定了更高的自付費用總額限制。

**保費** — 向聯邦醫療保險、保險公司或衛生保健計劃定期支付的費用，以獲取健康或處方藥承保範圍。

*[不使用 PCP 的計劃請省略]* **一般護理** [*酌情插入：***醫生***或***醫療服務提供者] (PCP)** – 您的一般護理醫療服務提供者是指您的健康出現問題時您多數情況下首先向其求診的醫生或其他醫療服務提供者。他或她會確保您獲取所需的護理，讓您保持身體健康。他或她還可能與其他醫生以及衛生保健醫療服務提供者探討您的護理問題，並將您轉介至該處。在多數聯邦醫療保險健康計劃中，您必須先求診於您的一般護理醫療服務提供者，然後再求診於任何其他衛生保健醫療服務提供者。請參見第 3 章第 2.1 小節瞭解一般護理[*酌情插入：*醫生*或*醫療服務提供者]的相關資訊。

**事先授權** — 事先徵得獲取服務或特定藥物的批准，該服務或藥物可能在也可能不在我們的處方藥物表之中。*[若任何醫療服務和/或任何藥物無需事先授權，計劃可以刪除相應的句段。*某些網絡內醫療服務僅於您的醫生或其他網絡醫療服務提供者獲得我們計劃的「事先授權」之後方可獲得承保。需要事先授權的承保服務在第 4 章《福利表》中進行了標註。某些藥物僅於您的醫生或其他網絡醫療服務提供者獲得我們的「事先授權」之後方可獲得承保。需要事先授權的承保藥物在處方藥物表中進行了標註。

**假肢與矯形器** — **由醫生或其他醫療保健服務提供者開立醫囑的醫療器械。**承保項目包括但不限於：手臂、背部和頸部矯正器；假肢；假眼；替換部分身體部位或功能所需的設備，包括造口術用品以及腸內外營養治療。

**質量改進組織 (QIO)** — 一個由執業醫生與其他衛生保健專家組成的團體，聯邦政府負責這些人員的費用，旨在檢查與改善聯邦醫療保險患者所接受的護理。請參見第 2 章第 4 節，瞭解如何聯絡您所在州的質量改進組織。

**藥量限制** — 一種管理工具，用於限制所選藥物的使用，以管理質量、安全或使用理由。該類限制可能會針對每個處方中我們所承保的藥量或者限定時間段。

**康復服務** — 這些服務包括物理治療、言語語言治療與職業治療。

**服務區域** — 健康計劃針對居住地限制入會資格時那些接受會員的地理區域。若計劃限制您對醫生及醫院的使用，則該區域一般亦指您可以獲得常規（非緊急）服務的地區。若您永久搬離計劃的服務區域，您將被退出計劃。

**專業護理機構 (SNF) 護理 —** 專業護理機構每日持續提供的專業護理與康復服務。比如，專業護理機構護理包括僅可由註冊護士或醫生才能實施的物理治療或靜脈注射。

**特別參保期 —** 在此期間，會員可以更改自己的健康或藥物計劃，或者回到原有聯邦醫療保險。遇到下列情況時，您有資格使用特別參保期：搬離服務區域、您正在接受處方藥費「額外補助」、搬入養老院或我們違反了與您簽訂的合同。

**特殊需要計劃 —** 一種特殊的聯邦醫療保險優勢計劃，為特定人群提供更具針對性的衛生保健，比如既擁有聯邦醫療保險又擁有州醫療補助的人士、居住於養老院的人士或者患有特定慢性疾病的人士。

[*除了提供標準成本分擔的藥房之外，若 D 部分計劃含有提供首選成本分擔的藥房，請加入該定義：*

**標準成本分擔***–* 標準成本分擔是除了首選成本分擔之外的另一種成本分擔，由網絡藥房提供。]

**階梯療法** — 一種應用工具，我們承保您的醫生起初開出的藥物之前，要求您先嘗試其他藥物來治療您的疾病。

**社會安全生活補助金 (SSI)** — 社會安全署每月向收入與資源有限的殘障人士、盲人或年滿 65 歲的人士支付的福利。SSI 福利不同於社會安全署福利。

**急需護理** — 急需護理針對非緊急、不可預見但需立即就醫的疾病、損傷或症狀。網絡醫療服務提供者暫時無法使用或無法獲取時，急需護理可以由網絡醫療服務提供者或網絡外醫療服務提供者提供。

*[這是 EOC 的背面。計劃可以添加標誌和/或圖片，但這些元素必須做到方便會員查找以及閱讀計劃聯絡資訊。]*

***[插入 2017 年計劃名稱]*會員服務部**

| 方法 | 會員服務部 — 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[插入電話號碼]*  該號碼是免費電話。*[插入服務日期與時間，包括有關其他技術的使用資訊。]*  會員服務部亦可為非英語人士提供免費的語言翻譯服務。 |
| **聽覺及語言有障（TTY）人士** | *[插入號碼]* [*若計劃使用直撥 TTY 號碼，請插入：*撥打該號碼需使用特殊的電話設備，僅適用於聽覺或語言有障人士。]  該號碼*[適用時插入：不]*是免費電話。*[插入服務日期與時間。]* |
| **傳真** | *[可選：插入傳真號碼]* |
| **致函** | *[插入地址]*  *[****注意：****計劃可以於此處添加電子郵件地址。]* |
| **網站** | *[插入網址]* |

***[插入該州的 SHIP 名稱]*[*若 SHIP 的名稱中未包含該州的名稱，請添加：*（*[插入州名]* SHIP）]**

*[插入該州的 SHIP 名稱]*一個由聯邦政府資助的州政府項目，為享受聯邦醫療保險的人士提供免費的本地健康保險諮詢服務。

*[含多州 EOC 的計劃請修改標題與上個句段，使用「州健康保險補助計劃」(SHIP)、省略表格並指出含 SHIP 資訊的附表或 EOC 章節。]*

| 方法 | 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[插入電話號碼]* |
| **聽覺及語言有障（TTY）人士** | *[適用時請插入號碼。或者刪除該列。]*  [*若 SHIP 使用直撥 TTY 號碼，請插入：*撥打該號碼需使用特殊的電話設備，僅適用於聽覺或語言有障人士。] |
| **致函** | *[插入地址]* |
| **網站** | *[插入網址]* |