**[2024 EOC model]**

*[Plans may modify the language in the EOC, as applicable, to address Medicaid benefits and cost sharing for its dual eligible population.]*

*[Plans must revise references to Medicaid to use the state-specific name for the program throughout the EOC. If the state-specific name does not include the word: Medicaid, plans should add: (Medicaid) after the name.]*

*[PPO plans may modify the model as needed to describe the plan’s rules and benefits.] [Where the model uses: medical care, medical services, or health care services, plans may revise and/or include references to long-term services and supports (LTSS) and/or home and community-based services as applicable.]*

**2024 年 1 月 1 日 – 12 月 31 日**

**承保範圍說明書：**

**作為 *[insert 2024 plan name] [insert plan type]*** **的會員，您的 Medicare 保健福利與服務以及處方藥保險**

*[Plans: Revise this language to reflect that the organization is providing both Medicaid and Medicare covered benefits, when applicable.]*

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

本文件為您詳細介紹了 2024 年 1 月 1 日至 12 月 31 日您的 Medicare [*insert if applicable:* and Medicaid] 醫療保健*[plans may add references to other services, long-term care, and/or home and community-based services as applicable]*和處方藥保險。**本文件是重要的法律文件。請妥善保管。**

**如對本文件有疑問，請聯絡會員服務部，電話：*[insert phonenumber]***。**（聽障人士可致電 *[insert TTY number]***）。**服務時間為*[insert days and hours of operation]***，**此電話是免費的。**

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

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

*[Remove terms as needed to reflect plan benefits]*自 2025 年 1 月 1 日起，福利、保費、自付扣除金和/或定額手續費/共同保險可能會有所調整。

*[Remove terms as needed to reflect plan benefits]* 處方藥一覽表、藥房網絡和/或醫療服務提供者網絡可能會不時有所調整。必要時您會收到通知。我們將至少提前 30 天通知受影響的參保人有關變更的資訊。

*[Plans may insert any state-required statements, including state-required disclaimer language, here.]*

*[Note: ensure this is placed on the first page of the document]*

本文件介紹了您的福利和權利。您可以使用本文件來瞭解：

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

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

**2024 年承保範圍說明書**

**目錄**

[第 1 章： *會員入門* 6](#_Toc141539960)

[第 1 節 簡介 7](#_Toc141539961)

[第 2 節 要成為計劃會員需要具備哪些條件？ 9](#_Toc141539962)

[第 3 節 您將收到的重要會員資料 12](#_Toc141539963)

[第 4 節 您的 *[insert 2024 plan name]* 的每月費用 15](#_Toc141539964)

[第 5 節 關於月繳保費的更多資訊 20](#_Toc141539965)

[第 6 節 及時更新您的計劃會員記錄 22](#_Toc141539966)

[第 7 節 其他保險如何與我們的計劃配合運作 24](#_Toc141539967)

[第 2 章： *重要的電話號碼和資源* 26](#_Toc141539968)

[第 1 節 *[Insert 2024 plan name]*聯絡人 （如何聯絡我們，包括如何聯絡會員服務部） 27](#_Toc141539969)

[第 2 節 Medicare （如何從聯邦 Medicare 計劃直接獲取幫助和資訊） 31](#_Toc141539970)

[第 3 節 州健康保險援助計劃 （關於 Medicare 的問題，免費為您提供幫助、資訊和回答） 33](#_Toc141539971)

[第 4 節 品質改進機構 35](#_Toc141539972)

[第 5 節 社會保障局 36](#_Toc141539973)

[第 6 節 Medicaid 37](#_Toc141539974)

[第 7 節 與協助支付處方藥的計劃有關的資訊 39](#_Toc141539975)

[第 8 節 如何聯絡鐵路職工退休委員會 42](#_Toc141539976)

[第 9 節 您是否有團體保險或雇主提供的其他健康保險？ 43](#_Toc141539977)

[第 10 節 您可向 *[insert name]* 求助 44](#_Toc141539978)

[第 3 章： *使用本計劃承保您的醫療 [insert if applicable: 和其他承保]* 服務 45](#_Toc141539979)

[第 1 節 作為我們計劃的會員獲得醫療護理[*insert if applicable:*和其他服務]的須知 46](#_Toc141539980)

[第 2 節 使用本計劃網絡內的提供者獲得醫療護理[*insert if applicable:*和其他服務] 48](#_Toc141539981)

[第 3 節 如何在需要緊急醫療或急症治療時或在災難期間獲得服務 52](#_Toc141539982)

[第 4 節 如果您直接收到服務全部費用的賬單，該如何處理？ 55](#_Toc141539983)

[第 5 節 參加臨床研究時，您的醫療服務如何獲得承保？ 56](#_Toc141539984)

[第 6 節 有關在宗教性非醫療保健機構獲得護理的規定 59](#_Toc141539985)

[第 7 節 對擁有耐用醫療設備的規定 60](#_Toc141539986)

[第 4 章： *醫療福利表（承保範圍[plans with cost sharing insert: 與支付費用])* 62](#_Toc141539987)

[第 1 節 瞭解承保服務[*insert if plan has cost sharing:*的自付費用] 63](#_Toc141539988)

[第 2 節 使用*醫療福利表*瞭解承保哪些服務[*plans with cost sharing insert:* *以及您需支付的金額*] 69](#_Toc141539989)

[第 3 節 哪些服務不在 *[insert plan name]* 承保範圍內？ 115](#_Toc141539990)

[第 4 節 哪些服務不獲[*insert as applicable:*本計劃 *OR* Medicare *OR* Medicaid] 承保？ 115](#_Toc141539991)

[第 5 章 : *使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保* 119](#_Toc141539992)

[第 1 節 簡介 120](#_Toc141539993)

[第 2 節 在網絡內藥房[*insert If applicable:*或透過本計劃的郵購服務] 配取處方藥 121](#_Toc141539994)

[第 3 節 您的藥物必須列於計劃的「藥物清單」上 127](#_Toc141539995)

[第 4 節 某些藥物具有承保範圍限制 130](#_Toc141539996)

[第 5 節 如果您藥物的承保方式並不是您所想要的，該如何處理？ 132](#_Toc141539997)

[第 6 節 如果您藥物的承保範圍更改，該如何處理？ 136](#_Toc141539998)

[第 7 節 哪些藥物*不能*獲得本計劃承保？ 140](#_Toc141539999)

[第 8 節 配取處方藥 142](#_Toc141540000)

[第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物保險 142](#_Toc141540001)

[第 10 節 藥物安全與用藥管理的計劃 144](#_Toc141540002)

[第 6 章： *對於 D 部分處方藥您須支付的費用* 148](#_Toc141540003)

[第 1 節 簡介 149](#_Toc141540004)

[第 2 節 您須為藥物支付的金額，視您取得該藥時的**藥物付款階段**而定 153](#_Toc141540005)

[第 3 節 我們會寄一份報告給您，說明您藥物的付款與您的付款階段 153](#_Toc141540006)

[第 4 節 在自付扣除金階段，您支付 *[insert drug tiers if applicable]* 藥物的全部費用 155](#_Toc141540007)

[第 5 節 在初始承保階段期間，本計劃將為您的藥物費用支付其應承擔的部分，而您也將支付您應承擔的部分 156](#_Toc141540008)

[第 6 節 承保缺口階段的費用 162](#_Toc141540009)

[第 7 節 在重大傷病承保階段期間，本計劃將為您的 D 部分承保藥物支付全部費用 163](#_Toc141540010)

[第 8 節 附加福利資訊 164](#_Toc141540011)

[第 9 節 D 部分疫苗。您支付的費用取決於您接種疫苗的方式和地點 164](#_Toc141540012)

[第 7 章： *要求我們對您收到的承保醫療服務或藥物賬單支付[plans with cost sharing insert: 應承擔的]費用* 167](#_Toc141540013)

[第 1 節 您應要求我們支付您的承保服務或藥物的情況 168](#_Toc141540014)

[第 2 節 如何要求我們向您退款或就您收到的賬單付款 171](#_Toc141540015)

[第 3 節 我們將考慮您的付款請求並作出回覆 172](#_Toc141540016)

[第 8 章： *您的權利與責任* 173](#_Toc141540017)

[第 1 節 我們的計劃必須尊重您作為計劃會員的權利和文化敏感性 174](#_Toc141540018)

[第 2 節 作為計劃會員，您應履行一些責任 180](#_Toc141540019)

[第 9A 章： *遇到問題或想投訴時該如何處理 （承保範圍裁決、上訴、投訴）* 183](#_Toc141540020)

[第 1 節 簡介 184](#_Toc141540021)

[第 2 節 從何處獲取詳細資訊和個性化協助 185](#_Toc141540022)

[第 3 節 如需解決問題，應採取何種程序？ 186](#_Toc141540023)

[第 4 節 處理關於您的 Medicare 福利的問題 187](#_Toc141540024)

[第 5 節 承保範圍裁決和上訴基準指引 188](#_Toc141540025)

[第 6 節 您的醫療護理：如何要求承保範圍裁決或就承保範圍裁決提出上訴 192](#_Toc141540026)

[第 7 節 您的 D 部分處方藥：如何要求承保範圍裁決或提出上訴 201](#_Toc141540027)

[第 8 節 如果您認為您過快出院，如何要求我們延長住院承保 213](#_Toc141540028)

[第 9 節 如果您認為您的保險終止過快，如何要求我們繼續承保某些醫療服務 220](#_Toc141540029)

[第 10 節 將您的上訴升級至第 3 級及以上 227](#_Toc141540030)

[第 11 節 如何就護理品質、等待時間、顧客服務或其他事宜提 出投訴 230](#_Toc141540031)

[第 12 節 處理關於您的 Medicaid 福利的問題 233](#_Toc141540032)

[第 9B 章： *遇到問題或想投訴時該如何處理 （承保範圍裁決、上訴、投訴）* 234](#_Toc141540033)

[第 1 節 簡介 235](#_Toc141540034)

[第 2 節 從何處獲取詳細資訊和個性化協助 236](#_Toc141540035)

[第 3 節 瞭解我們計劃中關於 Medicare 和 Medicaid 的投訴和上訴 237](#_Toc141540036)

[第 4 節 承保範圍裁決和上訴 237](#_Toc141540037)

[第 5 節 承保範圍裁決和上訴基準指引 238](#_Toc141540038)

[第 6 節 您的醫療護理：如何要求承保範圍裁決或就承保範圍裁決提出上訴 242](#_Toc141540039)

[第 7 節 您的 D 部分處方藥：如何要求承保範圍裁決或提出上訴 253](#_Toc141540040)

[第 8 節 如果您認為您過快出院，如何要求我們延長住院承保 265](#_Toc141540041)

[第 9 節 如果您認為您的保險終止過快，如何要求我們繼續承保某些醫療服務 272](#_Toc141540042)

[第 10 節 將您的上訴升級至第 3 級及以上 279](#_Toc141540043)

[第 11 節 如何就護理品質、等待時間、顧客服務或其他事宜提 出投訴 282](#_Toc141540044)

[第 10 章： *終止計劃會員資格* 286](#_Toc141540045)

[第 1 節 終止計劃會員資格的簡介 287](#_Toc141540046)

[第 2 節 您何時能終止計劃會員資格？ 287](#_Toc141540047)

[第 3 節 如何終止計劃會員資格？ 291](#_Toc141540048)

[第 4 節 會員資格終止前，您必須繼續透過我們的計劃接受醫療用品、服務和藥物 293](#_Toc141540049)

[第 5 節 在特定情況下，*[Insert 2024 plan name]* 必須終止您的計劃會員資格 293](#_Toc141540050)

[第 11 章： *法律通知* 296](#_Toc141540051)

[第 1 節 有關管轄法律的通知 297](#_Toc141540052)

[第 2 節 有關非歧視的通知 297](#_Toc141540053)

[第 3 節 有關以 Medicare 作為次要付費者的代位求償權通知 298](#_Toc141540054)

[第 12 章： *重要辭彙的定義* 299](#_Toc141540055)

*[Applicable integrated plans, the subset of fully integrated dual eligible special need plans (FIDE SNPs) and highly integrated dual eligible special need plans (HIDE SNPs) with exclusively aligned enrollment, are required to use Chapter 9B instead of Chapter 9A.]*

*[Plans should remove the corresponding letter, either “A” or “B”, from whichever version of Chapter 9 the plan uses (either Chapter 9A or Chapter 9B) from the document. This includes the main table of contents, Chapter 9 cover page, and Chapter 9 table of contents.]*

## 第 1 章： *會員入門*

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 節 您已註冊參保 *[insert 2024 plan name]*，這是一項專門的 Medicare Advantage 計劃（特殊需求計劃）

*[Plans may revise this language to elaborate on the coordination between Medicare and Medicaid.]*

您同時受到 Medicare 和 Medicaid 承保：

* **Medicare** 是適用於年滿 65 歲的人士、某些 65 歲以下特定殘障人士以及患有晚期腎病（腎衰竭）的人士的聯邦健康保險計劃。
* **Medicaid** 是一項聯邦與州政府的聯合計劃，幫助為某些收入和資產有限的人士支付醫療費用。Medicaid 承保範圍視您所在州和所享有 Medicaid 的類型而有所不同。某些 Medicaid 受保人可以獲取協助來支付其 Medicare 保費和其他費用。其他人也可以獲得 Medicare 不承保的其他服務和藥物保險。

您已選擇透過我們的計劃 *[insert 2024 plan name]* 獲得 Medicare [*insert if applicable:*和 Medicaid] 醫療保健及處方藥保險。我們需要承保所有 A 部分和 B 部分服務。但是，本計劃中的分攤費用和醫療服務提供者使用權與 Original Medicare 有所不同。

*[Insert 2024 plan name]* 是一項專門的 Medicare Advantage 計劃（一項 Medicare 特殊需求計劃），這表示其福利專為具有特殊醫療保健需求的人士而設計。*[Insert 2024 plan name]*  適用於擁有 Medicare 且有資格從 Medicaid 獲得援助的人士。

*[Plans should revise this section to better reflect the services and costs for members.]*由於您從 Medicaid 獲得援助來支付 Medicare A 部分和 B 部分分攤費用（自付扣除金、定額手續費和共同保險），因此，您可能無需就 Medicare 醫療保健服務支付任何費用。透過承保 Medicare 一般不承保的醫療保健服務*[Plans may add references to prescription drugs, long-term care and/or home and community-based services as applicable.]*，Medicaid [*insert as applicable:*可能還為您提供 *OR* 還為您提供]其他福利。[*Plans that, per the State Medicaid Agency Contract, exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or dual eligible individuals with full Medicaid benefits insert:*您還將獲得 Medicare 的「額外補助」以支付 Medicare 處方藥的費用*。*[*Other plans insert:*您還可能獲得 Medicare 的「額外補助」以支付 Medicare 處方藥的費用。]*[Insert 2024 plan name]*將幫助您管理所有這些福利，以便您獲得您有權享有的醫療保健服務以及費用援助。

*[Insert 2024 plan name]*由[*insert as applicable:*私營公司 *OR* 非營利組織 *OR* 政府實體]運營。像所有 Medicare Advantage 計劃一樣，本 Medicare 特殊需求計劃已獲得 Medicare 核准。該計劃還與*[insert state]* Medicaid 計劃簽有合約以協調您的 Medicaid 福利。我們很榮幸能夠為您提供 Medicare [*insert if applicable:* and Medicaid] 醫療保險，包括您的處方藥保險*[plans may add references to long-term care and/or home and community-based services as applicable]*。

**本計劃的承保範圍滿足 Qualifying Health Coverage (QHC)** 的要求，並達到《患者保護與可負擔醫療法案》(ACA) 的個人分擔責任要求。請瀏覽國稅局 (IRS) 網站：[www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)，瞭解詳細資訊。

#### 第 1.2 節 *承保範圍說明書*文件包括哪些內容？

本*承保範圍說明書*向您介紹了如何獲取您的 Medicare [*insert if applicable:* and Medicaid] medical 護理*[plans may add references to long-term care and/or home and community-based services as applicable]* 和處方藥。它說明了您的權利與義務、承保範圍以及作為計劃會員您應支付的費用，以及如果您對裁決或治療不滿意該如何提出投訴。

詞語*承保範圍*和*承保服務*是指您作為 *[insert 2024 plan name]*. 會員可以使用的醫療護理*[plans may add references to long-term care and/or home and community-based services as applicable]*和服務以及處方藥。

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

如果您感到困惑、有顧慮或有疑問，請聯絡會員服務部。

#### 第 1.3 節 關於*承保範圍說明書*的法律資訊

本*承保範圍說明書*是與您簽署的有關 *[insert 2024 plan name]* 如何承保您的護理服務的合約的一部分。本合約還包括您的參保表、*承保藥物清單（處方藥一覽表）*以及我們向您提供的有關影響您的承保範圍的保險或條件變化的通知。這些通知有時稱為*附則*或*修正條款*。

合約在 2024 年 1 月 1 日到 2024 年 12 月 31 日之間，您是 *[insert 2024 plan name]* 參保人的那些月份有效。

Medicare 允許我們每個日曆年對我們提供的計劃進行變更。這意味著我們可在 2024 年 12 月 31 日之後變更 *[insert 2024 plan name]* 的費用和福利。我們也可在 2024 年 12 月 31 日之後選擇在您的服務區域停止提供本計劃，或在其他服務區域提供本計劃。

*[Plans may add language indicating that Medicaid approves their plan each year, if applicable.]* Medicare（Medicare 與 Medicaid 服務中心）每年必須批准 *[insert 2024 plan name]*。只要我們選擇繼續提供計劃並且 Medicare 續批了計劃，您就可每年繼續作為我們計劃的會員獲得 Medicare 的承保。

### 第 2 節 要成為計劃會員需要具備哪些條件？

#### 第 2.1 節 符合條件的要求

*只要您符合以下條件，就可以成為我們計劃的會員：*

* 您同時擁有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分
* – *並且* – 您居住於我們的地理服務區域（下面的第 2.3 節介紹了我們的服務區域）。[*Plans with grandfathered members who were outside of area prior to January 1999, insert*:如果您從 1999 年 1 月以前至今一直是我們計劃的會員，且您在 1999 年 1 月之前居住在我們的服務區域之外，只要從 1999 年 1 月以前至今未搬遷，您仍具備資格。]被監禁的人不被視為居住在地理服務區域之內，即使他們實際位於該地理服務區域。
* – *並且* – 您是美國公民或在美國合法居留
* – *並且* – 您滿足下述特殊資格要求。

我們計劃的特殊資格要求

*[Plans may add language regarding other eligibility requirements, such as age and/or disabilities, if applicable.]*我們的計劃旨在滿足享有某些 Medicaid 福利之人士的需求。（Medicaid 是一項聯邦與州政府的聯合計劃，旨在幫助為某些收入和資產有限的人士支付醫療費用。）要符合我們計劃的參保條件，您必須符合 [*insert as appropriate:*Medicare 與 Medicaid *OR* Medicare 與全部 Medicaid 福利 *OR* Medicaid 下的 Medicare 分攤費用補助資格 *OR[insert language as appropriate under terms of state contract]*]。

請注意：如果您喪失了資格，但是合理預期可於 *[Insert number 1-6. Plans may choose any length of time from one to six months for deeming continued eligibility, as long as they apply the criteria consistently across all members and fully inform members of the policy]* 個月內重獲資格，則您仍然有資格成為我們計劃的會員（第 4 章第 2.1 節向您介紹視為仍然符合資格期間的承保和分攤費用）。

#### 第 2.2 節 什麼是 Medicaid？

*[Plans may revise this section to provide state-specific information.]*Medicaid 是一項聯邦與州政府的聯合計劃，幫助為某些收入和資產有限的人士支付醫療[*insert if applicable:*和長期護理]費用。各州決定哪些計作收入和資產、誰符合資格、承保哪些服務以及服務費用。各州還可在遵循聯邦準則的前提下決定如何營運計劃。

*[Plans should include only those Medicare Savings Programs eligible for enrollment in their plan. Plans that limit enrollment to QMB+/SLMB+ may revise the QMB/SLMB bullets below to describe only QMB+/SLMB+.]* 此外，Medicaid 提供一些其他計劃，幫助 Medicare 受保人支付其 Medicare 費用，比如 Medicare 保費。這些「Medicare 節省計劃」每年都能幫助收入與資產有限的人士省錢：

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

#### 第 2.3 節 以下是 *[insert 2024 plan name]* 計劃的服務區域

*[Insert 2024 plan name]* 僅提供給居住在我們計劃服務區域的個人。為保持我們計劃會員的身份，您*[if a continuation area is offered under 42 CFR 422.54, insert: generally here, and add a sentence describing the continuation area]*必須持續居住在計劃服務區域內。服務區域在[*insert as appropriate:*下面 *OR* 本*承保範圍說明書*的附錄中]進行了介紹。

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

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

[*Optional information: multi-state plans may include the following two paragraphs:*我們在[*insert as applicable:*數個*OR*所有]州[*insert if applicable:*和地區]提供保險。然而，我們在每個州提供的計劃之間可能會存在費用或其他差異。如果您搬離了州[*insert if applicable:* or territory]並搬入一個仍屬於我們的服務區域的州[*insert if applicable:* or territory]，為了更新您的資訊，您必須致電會員服務部。*[National plans delete the rest of this paragraph]*

如果您計劃移居到其他州，則應聯絡州 Medicaid 辦公室並詢問移居對您的 Medicaid 福利有何影響。Medicaid 的電話號碼列於本文件的第 2 章第 6 節。]

如果您計劃搬出服務區域，則您不能繼續成為本計劃的會員。請致電會員服務部，瞭解我們是否在您新搬至的地區內提供計劃。搬家後，您將有一段特殊參保期，使您可以轉而使用 Original Medicare 或參加您所在的新地區提供的 Medicare 保健或藥物計劃。

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

#### 第 2.4 節 美國公民或合法居留身份

Medicare 保健計劃會員必須為美國公民或可在美國合法居留。Medicare（Medicare 與 Medicaid 服務中心）將通知 *[insert 2024 plan name]* 您在此基礎上是否仍符合會員資格。如果您不符合此要求，*[Insert 2024 plan name]* 必須將您退保。

### 第 3 節 您將收到的重要會員資料

#### 第 3.1 節 您的計劃會員卡

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

*[Plans may revise this language to reflect, when applicable, that the members will use the plan card exclusively or the plan card and a Medicaid card.]*

作為計劃會員，當您獲取本計劃承保的服務以及在網絡內藥房取得處方藥時，請務必使用您的會員卡。您還應向醫療服務提供者出示您的 Medicaid 卡。以下是一張會員卡樣本，用於向您展示您的卡是怎樣的：

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

成為本計劃的會員後，請勿使用紅白藍 Medicare 卡來獲取承保醫療服務。如果您使用您的 Medicare 卡而不是使用您的 *[insert 2024 plan name]* 會員卡來獲得承保的服務，您可能需要自已支付醫療服務的全部費用。請妥善保管您的 Medicare 卡。如果您需要住院服務、善終服務或參與 Medicare 批准的臨床研究（也稱為臨床試驗），可能需要出示此卡。

如果您的計劃會員卡損壞、丟失或被盜，請立即致電會員服務部，我們會發給您一張新卡。

#### 第 3.2 節 醫療服務提供者目錄

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

*醫療服務提供者目錄*列出了我們最新的網絡內提供者[*insert if applicable*: 和耐用醫療設備供應商]。**網絡內提供者**是與我們簽有協議，接受我們付款和任何計劃分攤費用以當作全額支付的醫生和其他醫療保健專業人員、醫療團體、[*insert if applicable*: 耐用醫療設備供應商、]醫院及其他醫療保健機構。

您必須使用網絡內提供者才能獲取醫療護理和服務。*[Plans with sub-networks (e.g., limiting members to providers within their PCP’s sub-network) insert a brief explanation of the additional limitations of your sub-network structure. Refer to the current Medicare Advantage and Section 1876 Cost Plan Network Adequacy Guidance for guidance on sub-networks.]*如果您在未經適當授權的情況下前往其他處看診，您將須全額付款。唯一的一些例外是在網絡無法及時提供緊急醫療或急症治療服務（即在不合理或無法獲得網絡內服務的情況下）、區域外透析服務，以及 *[insert 2024 plan name]* 授權使用網絡外提供者的情況。

*[Plans with a Point-of-Service (POS) option must briefly describe the POS option here. The details of the POS should be addressed in Chapter 3.]*

[*Insert as applicable*: 我們隨本文件附上了一份*醫療服務提供者目錄*。] [*Insert as applicable*:我們[*insert as applicable*: 還]在本文件的信封中附上了一份耐用醫療設備供應商目錄。] [最新的醫療服務提供者[*insert as applicable*:和供應商]名單[*insert as applicable*::也]可在我們的網站 *[insert URL]* 上獲得。]

如果您沒有*醫療服務提供者目錄*，可以向會員服務部索取（電子或紙質版本）。紙質版本的醫療服務提供者目錄將在三個工作日內郵寄給您。

#### 第 3.3 節 藥房目錄

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

藥房目錄列出了我們的網絡內藥房。**網絡內藥房**指同意為我們的計劃會員配取承保處方藥的所有藥房。您可以利用*藥房目錄*來尋找您想要使用的網絡內藥房。有關什麼情況下可以使用計劃網絡外藥房的資訊，請參閱第 5 章第 2.5 節。

[*Insert if plan has pharmacies that offer preferred cost sharing in its network:藥房目錄*也將介紹我們網絡中的哪些藥房提供首選分攤費用，對於某些藥物，首選分攤費用可能低於其他網絡內藥房提供的標準分攤費用。]

如果您沒有*藥房目錄*，可以向會員服務部索取。您也可以透過我們的網站 *[insert URL] [Plans may add detail describing additional information about network pharmacies available from Member Services or on the website.]* 取得此資訊。

#### 第 3.4 節 計劃的承保藥物清單（*處方藥一覽表*）

本計劃有一份*承保藥物清單（處方藥一覽表）*。我們簡稱為「藥物清單」。其中介紹了何種類型的 D 部分處方藥由 *[insert 2024 plan name]* 的 D 部分福利承保。此清單上的藥物皆由計劃在醫生和藥劑師團隊的協助下選定。此清單必須符合 Medicare 規定的要求。Medicare 已批准 *[insert 2024 plan name]*「藥物清單」。

該「藥物清單」也可告知您的藥物是否有任何限制承保範圍的規則。

我們將為您提供一份「藥物清單」。[*Insert if applicable:*我們為您提供的「藥物清單」上載有會員最常用的承保藥物的資訊。然而，我們還承保「藥物清單」上未列出的其他藥物。如果您的某種藥物不在「藥物清單」上，您應瀏覽我們的網站或聯絡會員服務部以確認我們是否承保此藥。] 如需取得最完整且最新的承保藥物資訊，您可以瀏覽計劃的網站 (*[insert URL]*) 或致電會員服務部。

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

*[Delete Optional Supplemental Benefit Premium bullet if your plan doesn't offer optional supplemental benefits. Renumber remaining sections as appropriate.]*

您的費用可能包括以下內容：

* 計劃保費（第 4.1 節）
* Medicare B 部分月繳保費（第 4.2 節）
* 可選補充福利保費（第 4.3 節）
* D 部分逾期參保罰金（第 4.4 節）
* 按收入每月調整保費（第 4.5 節）

在某些情況下，您的計劃保費可能更少

*[Plans with no monthly premium: Omit this subsection.]*

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

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

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

#### 第 4.1 節 計劃保費

*[If applicable, plans should revise this section to indicate that the plan premium is paid on behalf of members (e.g., by “Extra Help”, Medicaid).]*

作為我們計劃的會員，您需支付月繳計劃保費。[*Select one of the following:*2024 年的 *[insert 2024 plan name]* 月繳保費為 *[insert monthly premium amount]* *OR* 下表顯示了我們提供服務的每個區域的月繳計劃保費金額。OR 下表顯示了我們在服務區域提供的每種計劃的月繳保費金額。*OR* *[insert 2024 plan name]* 的月繳保費金額列於 *[describe attachment]*.] *[Plans may insert a list or table with the state/region and monthly plan premium amount for each area included within the EOC. Plans may also include premium(s) in an attachment to the EOC.]*

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

#### 第 4.2 節 Medicare B 部分月繳保費

許多會員需要支付其他 Medicare 保費

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

*[Plans that do not have any members paying Medicare premiums or plans whose members must pay the full part B premium should modify this section.]*

[*Plans with no monthly premium, omit:*除支付月繳計劃保費之外，]部分會員需要支付其他 Medicare 保費。如上面第 2 節中所述，為符合我們計劃的資格，您必須保持您的 Medicaid 資格並加入 Medicare A 部分和 Medicare B 部分。對於大多數 *[insert 2024 plan name]* 會員，Medicaid 會支付您的 A 部分保費（如果您沒有自動獲得該資格）和 B 部分保費。

**如果 Medicaid 沒有支付您的 Medicare 保費，您必須繼續支付 Medicare 保費以保持該計劃的會員身份。**這包括您的 B 部分保費。它還可能包括 A 部分保費，那些不符合免繳 A 部分保費的會員需要交納這部分費用。

#### 第 4.3 節 可選補充福利保費

如果您註冊額外福利，也稱為*可選補充福利*，那麼您每個月要為這些額外福利支付額外的保費。詳情請參見第 4 章第 2.2 節。*[If the plan describes optional supplemental benefits within Chapter 4, then the plan must include the premium amounts for those benefits in this section.]*

*[Delete Chapter 1, Section 4.3 if your plan doesn't offer optional supplemental benefits. Renumber remaining sections as appropriate.]*

#### 第 4.4 節 D 部分逾期參保罰金

由於您是具有雙重資格的會員，只要您保持您的雙重資格，逾期參保罰金 (LEP) 就不適用，但如果您失去雙重資格，則可能須繳納 LEP。D 部分逾期參保罰金是附加的保費，即如果在您的初始參保期結束後的任何時間，如果您連續 63 天或更長時間沒有獲得 D 部分或其他有信譽度的處方藥承保，則必須為 D 部分保險支付的保費。有信譽度的處方藥保險是指滿足 Medicare 最低標準的保險，因其預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 標準處方藥保險。逾期參保罰金的金額取決於您未參保 D 部分保險或其他有信譽度的處方藥保險的時間。只要您仍擁有 D 部分保險，您就需要支付此罰款。

如果出現以下情況，您**無需**支付逾期參保罰金：

* 您取得 Medicare 的「額外補助」來協助支付您的處方藥費用。
* 您失去有信譽度保險的時間未達連續 63 天。
* 您已透過前雇主、工會、TRICARE 或退伍軍人事務部等其他來源獲得了有信譽度的藥物承保。您的保險公司或您的人力資源部門將會告知每年您的藥物保險是否為有信譽度的保險。本資訊可能透過信件寄送給您，或包含在計劃的新聞通訊中。請保留此資訊，您在之後加入 Medicare 藥物計劃時可能會用到。
  + **註：**所有通知必須註明您擁有過「有信譽度的」處方藥保險，其預計支付的金額和 Medicare 的標準處方藥計劃一樣多。
  + **註：**以下列出*不是*有信譽度的處方藥保險：處方藥折扣卡、義診、藥物折扣網站。

**該筆罰款的金額由 Medicare 決定。**計算情況如下：

* 首先，請計算您在符合參保資格後，延誤了多少個全月才加入 Medicare 藥物計劃。或者，計算您有多少個全月未擁有任何有信譽度的處方藥保險（如果保險中斷了 63 天以上）。罰款金額為每月基礎保費的 1% 乘以您未擁有任何有信譽度的保險的月數。例如，您有 14 個月沒有保險，則罰款為 14%。
* 接著，Medicare 參考去年的金額以決定全國的 Medicare 藥物計劃平均月繳保費金額。[*Insert EITHER:*在 2024 年，此平均保費金額為 $*[insert 2024 national base beneficiary premium]*  *OR* 在 2023 年，此平均保費金額為 $*[insert 2023 national base beneficiary premium]*。2024 年的金額可能有所變化。]
* 接著將罰金比例和平均月繳保費相乘，再四捨五入至 10 美分，即可算出您的月繳罰金。在本例中，用 14% 乘以 $*[insert base beneficiary premium]*，得到 $*[insert amount]*。再四捨五入為 $*[insert amount]*。此金額將追加到**須支付 D 部分逾期參保罰金之人士的月繳保費中**。

關於此月繳 D 部分逾期參保罰金，有以下三點重要注意事項：

* 第一點，**該罰款可能每年不同**，因為平均月繳保費每年皆可能改變。
* 第二點，只要您仍然參保提供 Medicare D 部分藥物福利的計劃，**您就要繼續每月支付罰金**（即使您變更計劃）。
* 第三點，如果您未滿 65 歲，且目前在接受 Medicare 福利，則 D 部分逾期參保罰金將會在您年滿 65 歲時重新計算。在 65 歲後，您的 D 部分逾期參保罰金將會僅視 Medicare 首次老年參保期後您未擁有保險的月數而定。

**如果您不同意您的 D 部分逾期參保罰金，您或您的代表可以要求對其進行審核。**通常，您必須在收到告知您必須支付逾期參保罰金的第一封信函後的 **60 天內**請求此審核。但是，如果您在加入本計劃前就已經在支付罰金，您將無法再提出逾期參保罰金審核請求。

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

#### 第 4.5 節 按收入每月調整保費

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

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

如果您不同意支付額外金額，您可以要求社會保障局審核該決定。有關如何處理的細節，請致電社會保障局專線 1-800-772-1213（聽障專線 1-800-325-0778）。

### 第 5 節 關於月繳保費的更多資訊

#### 第 5.1 節 您可以使用多種方式支付計劃保費

*[Plans indicating in Section 4.1 that there is no monthly MA or enhanced/optional supplemental benefit premium should delete this section.]*

您可以使用 *[insert number of payment options]* 種方式支付計劃保費。

*[Plans must indicate how the member can inform the plan of the procedure for changing that choice.]*

選項 1：透過支票支付

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

選項 2：*[Insert option type]*

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

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

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

選項 *[insert number]*：在您的月度社會保險支票中扣除保費

**更改支付保費的方式。**如果您決定更改支付保費的方式，新付款方法需要三個月才可生效。在我們處理您的新支付方法請求時，您有責任確保按時支付計劃保費。若要更改您的支付方式，*[Plans must indicate how the member can inform the plan of the procedure for changing that choice.]*

如果您在支付*[plans with a premium insert:* your plan premium*]*上有困難該怎麼做

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

*[Plans that do not have a plan premium or a $0 premium may modify this section as needed.]*

[*Plans with a premium insert:* 您應在 *[insert day of the month]* 之前向我們的辦公室支付計劃保費*]*。如果我們在 *[insert day of the month]* 之前未收到您的保費，我們將發給您一份通知，告知您，如果我們 *[insert length of plan grace period]* 之內未收到您的 [*plans with a premium insert:* 計劃保費*]*，您的計劃會員資格將終止。

如果您按時支付*[plans with a premium insert:* 保費*]*有困難，請聯絡會員服務部，看看我們能否向您介紹對您支付*[plans with a premium insert:* 計劃保費*]*有幫助的計劃。

如果我們因為您未支付*[plans with a premium insert:*計劃保費*]*而終止您的會員資格，您將透過 Original Medicare 獲得健康保險。只要您在接受處方藥費用的「額外補助」，您將繼續擁有 D 部分藥物承保。Medicare 將讓您加入新的處方藥計劃來獲得 D 部分保險。

*[Insert if applicable:*在我們終止您的會員資格時，您可能仍欠我們費用，即您未支付的 [*plans with a premium insert:*保費*]*。*[Insert one or both statements as applicable for the plan:*我們有權追收欠繳保費。*AND/OR* 將來，如果您想再次加入我們的計劃（或我們提供的其他計劃），您將需要先付清欠款，然後才能參加。*]]*

如果您認為我們錯誤地終止了您的會員資格，您可以提出投訴（也稱為申訴）；請參見第 9 章瞭解如何提出投訴。如果您遇到無法控制的緊急情況並導致您無法在寬限期內支付自己的 *[plans with a premium insert:* 計劃保費*]*，您可以提出投訴。若您提出投訴，我們將再次審核我們的裁決。本文件的第 9 章第 11 節介紹了如何提出投訴，或者您可以致電 *[insert phone number]* 聯絡我們，服務時間為：*[insert hours of operation]*。聽障人士可致電 *[insert TTY number]*。您必須於會員資格終止後 60 天內提出要求。

#### 第 5.2 節 我們能否在一年中更改您的月繳計劃保費？

**不能。**我們不能在一年中更改月繳計劃保費金額。如果明年月繳計劃保費更改，我們會在九月份告知您，並且更改將於 1 月 1 日生效。

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

[*Plans with no premium replace the previous paragraph with the following:* 然而，在某些情況下，您可以停止支付延逾期參保罰金（如有欠繳），或者需要開始支付逾期參保罰金。如果在一年中，您取得「額外補助」計劃資格或喪失「額外補助」計劃資格，則將可能發生下列情形：

* 若您目前需要支付 D 部分逾期參保罰金，但在一年之中取得了「額外補助」的資格，您將不再需要支付該筆罰款。
* 如果您喪失「額外補助」，且連續 63 天或更長時間未擁有 D 部分保險或其他有信譽度的處方藥保險，您可能需要繳納逾期參保罰金。

您可以在第 2 章第 7 節查閱更多關於「額外補助」計劃的細節。]

### 第 6 節 及時更新您的計劃會員記錄

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

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

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

請告知我們以下變化：

* 您的姓名、地址或電話號碼的變化
* 您的任何其他醫療保險承保的變化（例如您的雇主、配偶或同居伴侶的雇主、勞工賠償或 Medicaid 提供的情況）
* 如果您有任何責任險賠付要求，例如源自車禍的賠付要求
* 如果您已進入一家療養院
* 如果您從服務區域外或網絡外的醫院或急診室接受治療
* 如果您指定的責任方（例如護理者）發生了變化
* 如果您要參與一項臨床研究（**註：**我們不會強制要求您將您打算參加的臨床研究告訴您的計劃，但我們鼓勵您這樣做）

如果這些資訊有任何變化，請致電會員服務部告知我們。*[Plans that allow members to update this information on-line may describe that option here.]*

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

*[Plans may instruct members to also call their county’s income maintenance agency directly to report changes to the State program. If this instruction is included, insert contact information for the appropriate agency.]*

### 第 7 節 其他保險如何與我們的計劃配合運作

其他保險

*[Plans collecting information by phone revise heading and section as needed to reflect process.]* 根據 Medicare 要求，我們應從您那裡收集有關您的任何其他醫療或藥物保險承保的資訊。那是因為我們必須將您其他保險與您根據我們的計劃獲得的福利相協調。這稱為**福利協調**。

我們會每年給您發一封信，列出我們所瞭解的任何其他醫療或藥品保險承保情況。請仔細通讀該資訊。如果資訊正確，您無需採取任何措施。如果資訊不正確，或者如果您有其他保險未列出，請致電會員服務部。您可能需要將您的計劃會員 ID 號提供給您的其他保險商（在您確認其身份之後），以便按時正確支付您的賬單。

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

以下規則適用於雇主或工會團體保健計劃保險：

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

以下類型的保險通常先支付其相關服務的費用：

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

對於 Medicare 承保的服務，Medicaid 與 TRICARE 不會先支付。他們只會在 Medicare 和/或雇主團體保健計劃支付之後進行支付。

## 第 2 章： *重要的電話號碼和資源*

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

如何聯絡我們計劃的會員服務部

要獲取關於賠付要求、賬單或會員卡問題方面的幫助，請致電或寫信給*[insert 2024 plan name]*會員服務部。我們很樂意為您提供幫助。

| 方法 | 會員服務部 – 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number(s)]*  撥打此號碼是免費的。*[Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.]*  會員服務部還為不說英語的人士提供免費的翻譯服務。 |
| **聽障專線** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。]  撥打此號碼是免費的。*[Insert days and hours of operation.]* |
| **傳真** | *[Optional: insert fax number]* |
| **寫信** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **網站** | *[Insert URL]* |

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

當您請求就您的醫療護理或上訴作出承保範圍裁決時，如何聯絡我們

承保範圍裁決是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您的醫療服務或 D 部分處方藥支付的金額所作出的決定。上訴是指要求我們審核並更改我們已作出的承保範圍裁決的正式方式。有關要求就您的醫療護理或 D 部分處方藥作出承保範圍裁決或提出上訴的詳細資訊，請參見第 9 章（*遇到問題或想投訴該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴）*）。

*[If the plan has different phone numbers for coverage decisions and appeals or for medical care and prescription drugs, plan should duplicate the chart as necessary, labeling appropriately.]*

| 方法 | 有關醫療護理或 D 部分處方藥的承保範圍裁決和上訴 – 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number]*  撥打此號碼是[*insert if applicable:* not]免費的。*[Insert days and hours of operation] [****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here.] [****Note****: If you have a different number for accepting expedited organization determinations, also include that number here.]* |
| **聽障專線** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。]  撥打此號碼是免費的。*[Insert days and hours of operation] [****Note****: If you have a different TTY number for accepting expedited organization determinations, also include that number here.]* |
| **傳真** | *[Optional: insert fax number] [****Note****: If you have a different fax number for accepting expedited organization determinations, also include that number here.]* |
| **寫信** | *[Insert address] [****Note****: If you have a different address for accepting expedited organization determinations, also include that address here.]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **網站** | *[Optional: Insert URL]* |

就您的醫療護理進行投訴時，如何聯絡我們

您可以就我們或我們的網絡內提供者之一或藥房進行投訴，包括投訴您獲得的護理品質。該類型的投訴不涉及承保或付款爭議。有關就您的醫療護理進行投訴的詳細資訊，請參見第 9 章*（遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴））*。

*[If plan has different numbers for complaints regarding providers and pharmacies, duplicate the chart below to account for the different numbers.]*

| 方法 | 就醫療護理進行投訴 – 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number]*  撥打此號碼[*insert if applicable:* not] 是免費的。*[Insert days and hours of operation] [****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here.] [****Note****: If you have a different number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **聽障專線** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:*撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。]  撥打此號碼是免費的。*[Insert days and hours of operation] [****Note****: If you have a different TTY number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **傳真** | *[Optional: insert fax number] [****Note****: If you have a different fax number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **寫信** | *[Insert address] [****Note****: If you have a different address for accepting expedited grievances, also include that address here.]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **Medicare 網站** | 您可直接向 Medicare 提出有關 *[insert 2024 plan name]* 的投訴。要向 Medicare 提交線上投訴，請瀏覽 [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)。 |

如要我們就您已獲得的醫療護理或藥物支付[*insert if plan has cost sharing:* our share of]費用，應將請求遞交至何處

*[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid covered benefits. Plans adding this language should include reference to the plan’s Member Services phone number.]*

如果您收到了賬單或已為某項服務付費（例如提供者賬單），但您認為這應由我們支付，您可能需要向我們申請報銷或支付該提供者賬單。請參見第 7 章（*要求我們對您收到的承保醫療服務或藥物賬單支付[insert if plan has cost sharing: our share of*]*費用*）。

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

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

| 方法 | 付款請求 – 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Optional: Insert phone number and days and hours of operation] [****Note****: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by phone.]*  撥打此號碼是[*insert if applicable:* not] 免費的。 |
| **聽障專線** | *[Optional: Insert number] [****Note****: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by phone.]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。]  撥打此號碼是免費的 *[Insert days and hours of operation]* |
| **傳真** | *[Optional: Insert fax number] [****Note****: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by fax.]* |
| **寫信** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **網站** | *[Insert URL]* |

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

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

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

| 方法 | Medicare – 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | 1-800-MEDICARE 或 1-800-633-4227  撥打此號碼是免費的。  全天候服務。 |
| **聽障專線** | 1-877-486-2048  撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。  撥打此號碼是免費的。 |
| **網站** | [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)  這是 Medicare 的官方政府網站。它為您提供有關 Medicare 和當前 Medicare 問題的最新資訊。它也提供有關醫院、療養院、醫師、居家護理機構和透析設施的資訊。它提供了一些可以直接從電腦列印的文件。您也可找到您所在州的 Medicare 聯絡資訊。  Medicare 網站還包含以下工具，提供有關您的 Medicare 資格和參保選項的詳細資訊：   * **Medicare 資格工具：**提供 Medicare 資格狀態資訊。 * **Medicare 計劃搜尋器：**提供關於您所在區域中可用 Medicare 處方藥計劃、Medicare 保健計劃和 Medigap（Medicare 補充保險）政策的個性化資訊。這些工具可為您*估計*在各個 Medicare 計劃中您的自付費用可能是多少。   您也可使用網站將您對 *[insert 2024 plan name]*: 的任何投訴告訴 Medicare：   * **將您的投訴告訴 Medicare：**您可直接向 Medicare 提出有關 *[insert 2024 plan name]* 的投訴。要向 Medicare 提出投訴，請前往 [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)。Medicare 會認真對待您的投訴，並且會運用這些資訊協助改進 Medicare 計劃的品質。   如果您沒有電腦，您當地的圖書館或長者中心可能有電腦，他們可以幫您瀏覽此網站。或者，您也可以致電 Medicare，告知您想查找的資訊。他們將在網站上查找資訊，並與您一起查看資訊。（您可致電  1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，全天候服務。聽障人士可致電 1-877-486-2048。） |

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

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

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

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

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

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

| 方法 | *[Insert state-specific SHIP nam*e*]* [*If the SHIP’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]* SHIP)] – 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number(s)]* |
| **聽障專線** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。] |
| **寫信** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **網站** | *[Insert URL]* |

### 第 4 節 品質改進機構

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise the second and third paragraphs of this section to use the generic name (Quality Improvement Organization) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all QIOs in your service area.]*

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

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

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

* 您要就獲得的護理品質提出投訴。
* 您認為您的住院承保結束得太早。
* 您認為您的居家護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務的承保結束得太早。

| 方法 | *[Insert state-specific QIO name]* [*If the QIO’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]*’s 品質改進機構）] – 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **聽障專線** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the QIO uses a direct TTY number:* 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。] |
| **寫信** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **網站** | *[Insert URL]* |

### 第 5 節 社會保障局

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

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

如果您搬遷或更改郵寄地址，請聯絡社會保障局以告知他們此事，這一點非常重要。

| 方法 | 社會保障局 – 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | 1-800-772-1213  撥打此號碼是免費的。  服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 7 點。  您可以使用社會保障局的自動電話服務隨時獲取記錄的資訊及進行某些業務。 |
| **聽障專線** | 1-800-325-0778  撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。  撥打此號碼是免費的。  服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 7 點。 |
| **網站** | [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov) |

### 第 6 節 Medicaid

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to include a list of agency names, phone numbers, days and hours of operation, and addresses for all states in your service area.]*

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

*[Plans should modify this section to include additional language explaining that members are dually enrolled with both Medicare and Medicaid.]*

*[Organizations that offer both D-SNP products and Medicaid managed care plans may describe the Medicaid managed care program under which the organization contracts with the state Medicaid agency and should also describe their specific benefits.]*

*[If there are two different agencies handling eligibility and coverage/services, the plan should include both and clarify the role of each.]*

*[Plans must, as appropriate, include additional telephone numbers and days and hours of operation, for Medicaid program assistance, e.g., the telephone number for the state Ombudsman.]*

Medicaid 是一項聯邦與州政府的聯合計劃，幫助為某些收入和資產有限的人士支付醫療費用。

*[Plans should include and describe below only those Medicare Savings Programs eligible for enrollment in their plan.]*

若您對從 Medicaid 獲取的協助有疑問，請聯絡 *[insert state-specificMedicaid agency]*. *[If applicable, plans may also inform members within this section that they can get information about Medicaid from county resource centers and indicate where members can find contact information for these centers.]*。

| 方法 | *[Insert state-specific Medicaid agency]* [*If the agency’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]*’s Medicaid program)] – 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **聽障專線** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the state Medicaid program uses a direct TTY number:* 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。] |
| **寫信** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **網站** | *[Insert URL]* |

*[insert state-specific name for ombudsman program]* 可以幫助 Medicaid 的投保人處理服務或費用問題。他們可以協助您向我們的計劃提出申訴或上訴。

| 方法 | *[Insert state-specific ombudsman program name]* –聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **聽障專線** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the ombudsman program uses a direct TTY number:* 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。] |
| **寫信** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **網站** | *[Insert URL]* |

*[insert state-specific name for LTC ombudsman program]* 還可協助人們獲取關於療養院的資訊並解決療養院與居住者或其家庭之間的問題。

| 方法 | *[Insert state-specific long-term care (LTC) ombudsmen program name]* – 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **聽障專線** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the LTC ombudsman program uses a direct TTY number:* 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。] |
| **寫信** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **網站** | *[Insert URL]* |

### 第 7 節 與協助支付處方藥的計劃有關的資訊

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

Medicare 的「額外補助」計劃

[*Plans that, per the State Medicaid Agency Contract, exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or dual eligible individuals with full Medicaid benefits insert this language:*由於您符合 Medicaid 的條件，因此有資格獲取並且正在獲取 Medicare 的「額外補助」，用於支付您的處方藥計劃費用。獲取此「額外補助」無需採取任何其他行動。

若您對「額外補助」存有疑問，請致電：

* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士可致電 1-877-486-2048（提出申請），全天候服務；
* 社會保障局辦事處，電話 1-800-772-1213，服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 7 點。聽障人士可致電 1-800-325-0778；或
* 所在州的 Medicaid 辦公室（提出申請）（聯絡資訊請參見本章第 6 節）。

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

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

[*Other plans should use this language:*我們的大多數會員有資格獲取並且已經獲取 Medicare 的「額外補助」，用於支付其處方藥計劃費用。]

**如果您獲州政府醫藥補助計劃 (SPAP) 承保會怎樣？**

*[Plans without an SPAP in their state(s) or in states where the SPAP excludes enrollment of dual eligible individuals, should delete this section.]*

許多州和美屬維爾京群島提供補助，以供支付處方藥、藥物計劃保費和/或其他藥物費用。如果您參加州政府醫藥補助計劃 (SPAP) 或提供 D 部分藥物承保的任何其他計劃（「額外補助」除外），對於承保的原廠藥，您仍可以獲得 70% 的折扣。本計劃還會在承保缺口階段為原廠藥支付 5% 的費用。本計劃提供的 70% 的折扣和所支付的 5% 的費用，適用於任何 SPAP 或其他保險償付之前的藥物價格。

**如果您獲 AIDS 藥物協助計劃 (ADAP) 承保會怎樣？**  
**什麼是 AIDS 藥物協助計劃 (ADAP)？**

AIDS 藥物協助計劃 (ADAP) 可以幫助符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 患者獲取挽救生命的 HIV 藥物。同樣在 ADAP 處方藥一覽表上的 Medicare D 部分處方藥有資格透過 *[insert State-specific ADAP information]* 獲得處方藥分攤費用補助。**請注意：**如要符合參加所在州的 ADAP 的資格，您必須滿足特定條件，包括能夠提供所在州的居住證明和 HIV 患病狀況證明、符合州規定的低收入標準的證明，以及未獲承保/承保不足的證明。如果您更改了計劃，請通知您當地的 ADAP 參保工作人員，以便您繼續獲得補助。如需瞭解關於資格標準、承保藥物或如何參加該計劃的資訊，請致電 *[insert State-specific ADAP contact information]*。

州政府醫藥補助計劃

*[Plans without an SPAP in their state(s) or in states where the SPAP excludes enrollment of dual eligible individuals, should delete this section.]*

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to include a list of SPAP names, phone numbers, and addresses for all states in your service area.]*

*[Plans may, as appropriate, include additional telephone numbers for Medicaid program assistance, e.g., the telephone number for the state Ombudsman.]*

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

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

| 方法 | *[Insert state-specific SPAP name]* [*If the SPAP’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]*’s州政府醫藥補助計劃）] – 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **聽障專線** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SPAP uses a direct TTY number:* 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。] |
| **寫信** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **網站** | *[Insert URL]* |

### 第 8 節 如何聯絡鐵路職工退休委員會

鐵路職工退休委員會是獨立的聯邦機構，管理國家鐵路工作人員及其家庭成員的綜合福利計劃。如果您透過鐵路職工退休委員會獲取 Medicare 福利，當您搬遷或更改郵寄地址時通知其更改相關資訊，這一點非常重要。如果對於您透過鐵路職工退休委員會獲得的福利有疑問，請聯絡該機構。

| 方法 | 鐵路職工退休委員會 – 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | 1-877-772-5772  撥打此號碼是免費的。  按「0」可接通鐵路職工退休委員會 (RRB) 代表，其服務時間為週一至週五的上午 9 點至下午 3:30 點（週三除外，該天的服務時間為上午 9 點至中午 12 點）。  按「1」則會接通 RRB 自動應答服務熱線，您可以利用此專線查詢一些資訊記錄，服務時間包括週末與節假日。 |
| **聽障專線** | 1-312-751-4701  撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。  撥打該電話*不是*免費的。 |
| **網站** | [rrb.gov/](https://rrb.gov/) |

### 第 9 節 您是否有團體保險或雇主提供的其他健康保險？

*[Plans may, as appropriate, delete this section since members covered under employer groups are not eligible to participate in dual eligible SNPs in some states.]*

如果您（或您的配偶或同居伴侶）因本計劃而從您的（或您配偶或同居伴侶的）雇主處或退休人士團體處獲得福利，在您有任何疑問時，請致電雇主/工會福利管理員或會員服務部。您可以諮詢有關您的（您配偶或同居伴侶的）雇主或退休人士健康福利、保費或參保期的問題。（會員服務部電話號碼印在本文件封底。）您也可致電 1-800-MEDICARE  
（1-800-633-4227；聽障專線：1-877-486-2048），諮詢與您在本計劃下享有的 Medicare 承保範圍有關的問題。

如果您有透過您的（或您的配偶或同居伴侶的）雇主或退休人士團體取得其他處方藥保險，請聯絡**該團體的福利管理員**。該名福利管理員將可協助您確定您目前的處方藥保險是否適合我們的計劃。

### 第 10 節 您可向 *[insert name]* 求助

*[Plans may insert this section to provide additional information resources, such as county resource centers or Area Agencies on Aging, editing the section title as necessary.]*

## 第 3 章： *使用本計劃承保您的醫療 [insert if applicable: 和其他承保]* 服務

### 第 1 節 作為我們計劃的會員獲得醫療護理[*insert if applicable:*和其他服務]的須知

本章介紹有關使用本計劃承保您的承保醫療護理[*insert if applicable:* 和其他服務]所需要瞭解的事項。其中提供了一些術語的定義，並介紹了要讓本計劃承保您的醫療、服務、設備、處方藥和其他醫療護理，您需要遵守的一些規定。

有關我們計劃所承保醫療護理[*insert as applicable:* *OR* 和其他服務][*insert if plan has cost sharing:* 以及獲得此護理時您應支付的費用]的詳情，請參見下一章，第 4 章（*醫療福利表，承保範圍[insert if plan has cost sharing:* 與支付費用]）中的福利表。

#### 第 1.1 節 什麼是網絡內提供者和承保服務？

* **醫療服務提供者**是經州許可的，提供醫療服務和護理的醫生以及其他醫療保健專業人員。「提供者」一詞還包含醫院以及其他醫療保健機構。
* **網絡內提供者**是指與我們達成協議，接受我們的付款[*insert if plan has cost sharing:*以及您的分攤費用金額]作為完整付款的醫生以及其他醫療保健專業人員、醫療團體、醫院以及其他醫療保健機構。我們已安排這些提供者為參與本計劃的會員提供承保服務。對於為您提供的護理，我們的網絡內提供者會直接向我們開出賬單。前往網絡內提供者處就診時，對於承保服務，您[*insert applicable:*無需付費 *or* 只需支付您的分攤費用 *or* 無需付費或只需支付您的分攤費用]。
* **承保服務**包括本計劃所承保的所有醫療護理、醫療保健服務、用品、設備以及處方藥。會在第 4 章的福利表中列出您的醫療護理承保服務。第 5 章將介紹您的處方藥承保服務。

#### 第 1.2 節 獲得本計劃所承保的醫療護理[*insert if applicable:*和其他服務]的基本規定

作為一項 Medicare [*insert if applicable:*和 Medicaid] 保健計劃，*[insert 2024 plan name]* 必須承保 Original Medicare 所承保的所有服務，[*insert if applicable:*除了由 Original Medicare 承保的服務之外，還可能提供其他服務*[reference appropriate section.]*]

只要符合以下條件，*[Insert 2024 plan name]* 通常會承保您的醫療護理：

* **您所接受的護理包括在本計劃的醫療福利表中**（該表在本文件第 4 章中）。
* **您所接受的護理被視為屬於醫療必需的護理。**醫療必需表示服務、用品、設備或藥品是預防、診斷或治療您的疾病所需要的，且符合可接受的醫療實踐標準。
* *[Plans may omit or edit the PCP-related bullets as necessary.]***您有一個網絡內主治醫生 (PCP) 來為您提供和監管護理。**作為我們計劃的會員，您必須選擇一個網絡內 PCP（有關詳細資訊，請參見本章中的第 2.1 節）。
  + 在大多數情況下，您必須事先獲得[*insert as applicable:*網絡內 PCP *OR* 我們的計劃]批准，才能使用本計劃網絡內的其他提供者，例如專科醫師、醫院、專業護理機構或居家護理機構。這稱為給您轉診。有關詳細資訊，請參見本章中的第 2.3 節。
  + 緊急醫療護理或急症治療服務不需要從您的 PCP 處轉診。您還可以獲得一些其他類型的護理，而無需您的 PCP 事先批准（有關詳細資訊，請參見本章中的第 2.2 節）。
* *[Plans with a POS option may edit the network provider bullets as necessary.]***您必須從網絡內提供者獲得護理**（有關詳細資訊，請參見本章中的第 2 節）。在大多數情況下，您從網絡外提供者（不在我們計劃網絡內的提供者）處接受的護理將無法獲得承保。這意味著您必須就所提供的服務向提供者全額付款。*以下三項例外：*
  + 本計劃會對您從網絡外提供者處獲得的緊急醫療護理或急症治療服務進行承保。有關詳細資訊以及緊急醫療護理或急症治療服務的含義，請參見本章中的第 3 節。
  + 如果您需要 Medicare [*insert if applicable:*或 Medicaid] 要求我們計劃承保的醫療護理，但我們的網絡內沒有提供這種護理的醫療服務提供者，那麼您可以從網絡外提供者處獲得此護理，分攤費用與您通常為網絡內護理支付的相同。*[Plans may specify if authorization should be obtained from the plan prior to seeking care.]*在此情況下，我們將[*insert as applicable:*根據您是否從網絡內提供者處獲得護理 *OR* 免費]承保這些服務。有關獲得批准以向網絡外醫生求診的資訊，請參見本章中的第 2.4 節。
  + 本計劃承保當您暫時離開本計劃的服務區域時，或當您的透析服務提供者暫時不可用或無法營業時，在經 Medicare 認證的透析機構獲得的腎透析服務。您為透析計劃支付的分攤費用絕不能超過 Original Medicare 的分攤費用。如果您在計劃的服務區域之外並從計劃網絡之外的提供者處獲得透析，您的分攤費用不能超過您在網絡內支付的分攤費用。但是，如果您常用的網絡內透析服務提供者暫停服務，您選擇在服務區域內從計劃網絡外提供者處獲得服務，則透析的分攤費用可能會更高。

### 第 2 節 使用本計劃網絡內的提供者獲得醫療護理[*insert if applicable:*和其他服務]

#### 第 2.1 節 You [*insert as applicable:* 可以 *OR* 必須]選擇一名主治醫生 (PCP) 來提供和監管您的護理

*[****Note****: Insert this section only if plan uses PCPs. Plans may edit this section to refer to a Physician of Choice (POC) instead of PCP.]*

什麼是 PCP？PCP 會為您做什麼？

*[Plans should describe the following in the context of their plans:*

* *What is a PCP?*
* *What types of providers may act as a PCP?*
* *Explain the role of a PCP in your plan.*
* *What is the role of the PCP in coordinating covered services?*
* *What is the role of the PCP in making decisions about or obtaining prior authorization (PA), if applicable?]*

如何選擇您的 PCP？

*[Plans should describe how to choose a PCP.]*

更改您的 PCP

您可以隨時因任何原因更換您的 PCP。此外，您的 PCP 也可能會脫離我們計劃的提供者網絡，這樣您將需要尋找新的 PCP。*[Explain if the member changes their PCP this may result in being limited to specific specialists or hospitals to which that PCP refers (i.e., sub-network, referral circles). Also noted in Section 2.3 below.]*

*[Plans should describe how to change a PCP and indicate when that change will take effect (e.g., on the first day of the month following the date of the request, immediately upon receipt of request, etc.).]*

*[Plans that are obligated under state Medicaid programs to have a transition benefit when a doctor leaves a plan, may discuss that benefit here.]*

#### 第 2.2 節 您不需要經過您的 PCP 轉诊也可獲得哪些類型的醫療護理[*insert if applicable:* 和其他服務]？

*[****Note****: Insert this section only if plans use PCPs or require referrals to network providers.]*

您不需要經過您的 PCP 事先批准即可獲得下列服務。

* 常規女性醫療保健，包括乳腺檢查、乳腺照影篩檢（乳腺 X 光檢查）、子宮頸塗片檢查和盆腔檢查，[*insert if applicable:*只要是從網絡內提供者處接受這些服務即可。]
* 流感疫苗、COVID-19 疫苗、[*insert if applicable:*B 型肝炎疫苗以及肺炎疫苗]，[*insert if appropriate:*只要是從網絡內提供者處接受這些護理即可。]
* 從網絡內提供者或網絡外提供者處獲得的緊急醫療服務。
* 急症治療服務是指不屬於緊急醫療的承保服務，在網絡內提供者暫時不可用或無法營業或參保人不在服務區域時提供。例如，您在週末需要立即獲得醫療護理。這樣的服務是需要立即提供的，並且具有醫療必需性。
* 當您暫時離開本計劃的服務區域時，在經 Medicare 認證的透析機構獲得的透析服務。（如果可能，請在離開服務區之前致電會員服務部，以便我們可以安排您在離開期間接受維持透析。
* *[Plans should add additional bullets as appropriate.]*

#### 第 2.3 節 如何從專科醫生和其他網絡內提供者處獲得護理

專科醫生是指為一種特定疾病或身體特定部位提供醫療保健服務的醫生。有許多種類的專科醫生。以下是一些範例：

* 腫瘤科醫生，負責治療癌症患者
* 心內科醫生，負責治療心臟有問題的患者
* 骨科醫生，負責骨頭、關節或肌肉有某些問題的患者

*[Plans should describe how members access specialists and other network providers, including:*

* *What is the role (if any) of the PCP in referring members to specialists and other providers?*
* *Include an explanation of the process for obtaining PA, including who makes the PA decision (e.g., the plan, PCP, another entity) and who is responsible for obtaining the PA (e.g., PCP, member). Refer members to Chapter 4, Section 2.1 for information about which services require PA.*
* *Explain if the selection of a PCP results in being limited to specific specialists or hospitals to which that PCP refers, i.e. sub-network, referral circles.]*

如果專科醫生或其他網絡內提供者離開我們的計劃，該如何處理？

我們可能會在一年當中對您計劃內的醫院、醫生和專科醫生（提供者）進行更改。如果您的醫生或專科醫生退出您的計劃，您擁有的權利和保護措施概述如下：

* 儘管我們的提供者網絡可能會在一年當中發生變更，但 Medicare 要求我們必須讓您不間斷地獲得由合格的醫生和專科醫生提供的服務。
* 我們將通知您，您的醫療服務提供者將離開我們的計劃，以便您有時間選擇新的提供者。
  + 如果您的主治醫生或行為健康提供者離開我們的計劃，若您在過去三年內一直在該提供者處看診，我們將通知您。
  + 如果您的任何其他提供者退出我們的計劃，若您是被安排給該提供者、目前接受這些提供者的護理，或在過去三個月內曾接受過其護理，我們將會通知您
* 我們將協助您選擇新的合資格網絡內提供者以便您可獲得持續護理。
* 如果您目前正在從您的當前提供者處接受醫學治療，您有權要求且我們將與您合作以確保您正在接受的具有醫療必需性的治療能夠繼續進行。
* 我們將向您提供有關不同參保期的資訊，以及您在更改計劃時的可用選項。
* 如果網絡內提供者或福利無法或不足以滿足您的醫療需求，我們將為您安排我們的提供者網絡外任何具有醫療必要性的承保福利，但您需要支付網絡內分攤費用。*[Plans should indicate if prior authorization is needed.]*
* 如果您發現您的醫生或專科醫生打算退出計劃，請與我們聯絡，以便我們協助您找到新的醫療服務提供者和管理您的護理。
* 如果您認為我們沒有向您提供合格的提供者以取代您之前的提供者，或者認為您的護理沒有得到恰當管理，您有權向 QIO 提出護理品質投訴、向計劃提出護理品質申訴，或提出兩者。請參見第 9 章。

#### 第 2.4 節 如何從網絡外提供者處獲得護理

*[Plans with a POS option: Describe POS option here. Tell members under what circumstances they may obtain services from out-of-network providers and what restrictions apply. General information (no specific dollar amounts) about cost sharing applicable to the use of out-of-network providers in HMO/POS plans should be inserted here, with reference to the benefits chart where detailed information can be found.]*

*[Plans without a POS option: Tell members under what circumstances they may obtain services from out-of-network providers (e.g., when providers of specialized services are not available in network). Describe the process for obtaining authorization, including who is responsible for obtaining authorization.] [****Note:*** *members are entitled to receive services from out-of-network providers for emergency or urgently needed services. In addition, plans must cover dialysis services for ESRD members who have traveled outside the plans service area and are not able to access contracted ESRD providers.]*

### 第 3 節 如何在需要緊急醫療或急症治療時或在災難期間獲得服務

#### 第 3.1 節 在發生緊急醫療情況時獲得護理

什麼是緊急醫療情況？發生緊急醫療情況時您應該做什麼？

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

如果您發生緊急醫療情況，請：

* **儘快尋求幫助。**撥打 911 求救或前往最近的急診室或醫院。如果需要，請叫救護車。您*不*需要經過您的 PCP 批准或先從您的 PCP 處轉診。您不需要使用網絡內醫生。任何時候您有需要時，您可以從美國或其領土中的任何地點獲得承保的緊急醫療護理，也可從任何擁有適當州執照的提供者處獲取，即使他們不屬於我們的網絡 *[plans may modify this sentence to identify whether this coverage is within the U.S. or world-wide emergency/urgent coverage]*。
* [*Plans add if applicable:***請務必盡快向我們的計劃通知您的緊急醫療情況。**我們需要跟進您的緊急醫療護理。您或其他人士應致電（通常在 48 小時內）告知我們您的緊急醫療護理情況。*[Plansmust provide either the phone number and days and hours of operation or explain where to find the number (e.g., on the back the plan membership card).]*]

在發生緊急醫療情況時承保哪些護理？

*[Plans that cover emergency medical care outside the United States or its territories through Medicaid may describe this coverage based on the State Medicaid program coverage area. Plans must also include language emphasizing that Medicare does not provide coverage for emergency medical care outside the United States and its territories.]*

如果以任何其他方式前往急診室會危及您的健康，我們的計劃會承保救護車服務。我們還承保緊急情況下的醫療服務。

為您提供緊急醫療護理的醫生將決定您的狀況什麼時候穩定，以及緊急醫療情況什麼時候結束。

*[Plans may modify this paragraph as needed to address the post-stabilization care for your plan.]*在緊急情況結束後，您有權接受後續護理，以確保您的狀況持續穩定。您的醫生將繼續為您治療，直到您的醫生聯絡我們並制定其他護理計劃。您的後續護理將受到我們計劃的承保。如果您接受了網絡外提供者提供的緊急醫療護理，我們會在您的生理狀況和環境允許的情況下，立即安排網絡內提供者接管您的護理工作。

如果不是緊急醫療情況，該如何處理？

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

但是，在醫生說這不是緊急情況後，我們就不會再承保其他護理，除非您透過以下兩種方法之一獲得其他護理：

* 您到網絡內提供者處獲得其他護理。
* – *或者* – 您所接受的其他護理被視為急症治療服務，且您遵守針對獲得該急症治療的相關規定（有關詳細資訊，請參見下文第 3.2 節）。

#### 第 3.2 節 獲得急症治療服務

什麼是急症治療服務？

急症治療服務是為需要即時醫療護理的非緊急、未能預見的疾病、受傷或病情提供的護理，但鑒於您的情況，從網絡內醫療服務提供者處獲得該等服務是不可能的或不合理的。該計劃必須涵蓋網絡外提供的急症治療服務。一些急症治療服務的例子是 i) 在週末發生的嚴重喉嚨痛，或 ii) 當您暫時不在服務區域內時意外突發已知疾病。

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

*[Plans that cover urgently needed services outside the United States or its territories through Medicaid may describe this coverage based on the State Medicaid program coverage area. Plans must also include language emphasizing that Medicare does not provide coverage for emergency medical care outside the United States and its territories.]*

[*Insert if applicable:* *Plans without world-wide emergency/urgent coverage as a supplemental benefit:*我們的計劃不承保緊急服務、急症治療服務，以及在美國及其領土以外接受的任何其他護理服務。]

[*Insert if applicable:* *Plans with world-wide emergency/urgent coverage as a supplemental benefit:* 在下列情況下，我們計劃承保美國境外的全球 [*Insert as applicable*:緊急醫療和急症護理 OR 緊急醫療 OR 急症護理] 服務*[insert details.]*]

#### 第 3.3 節 災難期間獲取護理

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

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

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

### 第 4 節 如果您直接收到服務全部費用的賬單，該如何處理？

#### 第 4.1 節 您可以要求我們為承保服務支付[*plans with cost sharing insert:*我們應承擔的費用]

*[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid covered benefits.]*

[*Insert as applicable:*如果您已為承保服務付費 *OR* 您為承保服務支付的費用已超過您的計劃分攤費用]，或您收到承保醫療服務的[*plans with cost sharing insert:* 全部費用]賬單，請參見第 7 章（*要求我們對您獲得的承保醫療服務或藥物賬單支付[plans with cost sharing insert*: *我們應承擔的費用]*），以瞭解該怎麼做。

#### 第 4.2 節 如果我們的計劃不承保某些服務，您應該怎麼做？

*[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid covered benefits.]*

*[Plans should revise this section as necessary to instruct members that before paying for the cost of the service, members should check with the plan if the service is covered by Medicaid.]*

*[Insert 2024 plan name]*承保本文件第 4 章的醫療福利表中列出的所有醫療必需服務。如果您接受的服務不是計劃承保服務，或是在網絡外接受且未授權的，您有責任支付這些服務的全部費用。

對於有福利限制的承保服務，在使用完該類型承保服務的福利後，您也需要支付所接受的任何服務的全部費用。*[Plans should explain whether paying for costs once a benefit limit has been reached will count toward an out-of-pocket maximum.]*

### 第 5 節 參加臨床研究時，您的醫療服務如何獲得承保？

#### 第 5.1 節 什麼是臨床研究？

*[If applicable, plans should revise this section as needed to describe Medicaid’s role in providing coverage and payment for clinical research studies.]*

臨床研究（也叫做*臨床試驗*）是醫生和科學家測試新類型的醫療護理的方法，例如一種新癌症藥品的療效如何。某些臨床研究已獲得 Medicare 批准。Medicare 批准的臨床研究通常要求志願者參與研究。

在 Medicare 批准研究且您表示感興趣後，研究人員會與您聯絡並進一步介紹該研究，看看您是否符合執行研究的科學家規定的要求。只要您符合研究要求*並且*完全瞭解和接受參與研究的一切後果，您就可以參與研究。

如果您參與 Medicare 批准的研究，Original Medicare 會為您在研究中接受的承保服務支付大部分費用。如果您告訴我們您正在進行合格的臨床試驗，那麼您只需負責該試驗中各項服務的網絡內分攤費用。如果您多付了一些費用，例如，如果您已經支付了 Original Medicare 的分攤費用金額，我們將報銷您支付的費用與網絡內分攤費用之間的差額。但是，您需要提供相關文件證明您支付的金額。參與臨床研究時，您仍然可以註冊我們的計劃，並透過我們的計劃繼續獲得其餘護理（與研究無關的護理）。

如果您想參與經 Medicare 批准的任何臨床研究，並*不*需要經過我們*[plans that do not use PCPs may delete the rest of thissentence]*或您的 PCP 批准。臨床研究中為您提供護理的提供者*不*需要屬於我們計劃的提供者網絡。請注意，這不包括我們計劃負責的福利，其中包括評估福利的臨床試驗或登記。這些福利包括根據國家核保範圍決定 (NCD) 和實驗性裝置試驗 (IDE) 指定的某些福利，並且可能須經過事先授權和遵守其他計劃規則。

雖然您不需要經過我們計劃的許可即可參與由 Original Medicare 為 Medicare Advantage 參保者承保的臨床研究，但我們鼓勵您在選擇參與符合 Medicare 條件的臨床試驗時提前通知我們。

*[For plans that offer their own studies insert the paragraph:*我們的計劃也承保某些臨床研究。對於這些研究，我們必須批准您參與。參與臨床研究也是自願的。]

如果您參與 Medicare [*plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:*或我們的計劃] *沒有*批准的研究，*您需要負責支付參與此研究的所有費用*。

#### 第 5.2 節 參與臨床研究時，如何分攤費用？

*[If applicable, plans should revise this section as needed to describe Medicaid’s role in providing coverage and payment for clinical research studies.]*

在您參與經 Medicare 批准的臨床研究後，Original Medicare 將承保在研究中接受的常規項目和服務，包括：

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

[*Zero cost-share plans, replace the rest of this paragraph and the example below with:*在 Medicare 支付其為這些服務應承擔的費用後，我們的計劃將會支付剩餘部分費用。與所有承保服務一樣，您無需就在臨床研究中獲取的承保服務支付任何費用。]在 Medicare 支付了其對這些服務的分攤費用後，我們的計劃將支付 Original Medicare 分攤費用與您作為計劃會員的網絡內分攤費用之間的差額。這就是說，參與研究時您為所接受的服務支付的費用將和從我們的計劃接受這些服務時相同。但是，您需要提交證明您支付了多少分攤費用的文件。有關提交付款請求的更多資訊，請參見第 7 章。

*以下是分攤費用如何運作的例子：*假設您有一個價值 $100 的化驗室檢查，是研究的一部分。我們再假設，根據 Original Medicare 的規定，您為這個檢查分攤的費用為 $20，但這個檢查在我們的計劃福利之下只需 $10。在這種情況下，Original Medicare 會為檢查支付 $80，您應支付 Original Medicare 規定的 $20 定額手續費。然後，您要通知您的計劃您接受了合格的臨床試驗服務，並向計劃提交證明文件，例如醫療服務提供者賬單。然後，本計劃將直接向您支付 $10。因此，您的淨付款為 $10，與您根據我們的計劃福利支付的金額相同。請注意，為了從您的計劃獲得付款，您必須向該計劃提交證明文件，例如醫療服務提供者賬單。

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

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

想知道更多資訊嗎？

有關參與臨床研究的詳細資訊，您可以瀏覽 Medicare 網站，閱讀或下載「Medicare and Clinical Research Studies」（Medicare 計劃和臨床研究）刊物。（刊物載於：[www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)。）您也可以隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

### 第 6 節 有關在宗教性非醫療保健機構獲得護理的規定

#### 第 6.1 節 什麼是「宗教性非醫療保健機構」？

*[If applicable, plans should revise this section as needed to describe Medicaid’s role in providing care in religious non-medical health care institutions.]*

宗教性非醫療保健機構是為通常在醫院或專業護理機構接受護理的狀況提供護理的機構。如果在醫院或專業護理機構接受護理違反了會員的宗教信仰，那麼，我們將在宗教性非醫療保健機構提供護理承保。僅會為 A 部分住院服務（非醫療保健服務）提供該福利。

#### 第 6.2 節 從宗教性非醫療保健機構獲得護理

*[If applicable, plans should revise this section as needed to describe Medicaid’s role in providing care in religious non-medical health care institutions.]*

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

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

要獲得本計劃承保，您從宗教性非醫療保健機構接受的護理必須符合以下條件：

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

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

### 第 7 節 對擁有耐用醫療設備的規定

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

*[Plans that allow transfer of ownership of certain DME items to members must modify this section to explain the conditions under which and when the member can own specified DME. If applicable, plans should also explain Medicaid coverage of DME and the coordination, if any, with plan coverage of DME.]*

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

在 Original Medicare 中，租用某些類型的 DME 的人在為該設備支付 13 個月的定額手續費後即可擁有該設備。但是，作為 *[insert 2024 plan name]* 的會員，即使您在加入我們計劃之前，已在 Original Medicare 下為 DME 連續支付 12 次，無論您以我們計劃會員的身份為設備支付多少次定額手續費，您[*insert if the plan sometimes allows ownership:*通常] 都無法獲得所租用 DME 的所有權。[*Insert if your plan sometimes allows transfer of ownership for items other than prosthetics*:在特定受限的情況下，我們會向您轉讓 DME 的所有權。請致電會員服務部瞭解更多資訊。]

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

如果您在我們的計劃中未獲得 DME 的所有權，則在轉至 Original Medicare 後，您需要重新為該設備連續支付 13 次費用才能擁有該設備。參保計劃期間支付的款項不計算在內。

範例 1：在加入我們的計劃之前，您為 Original Medicare 下的設備連續付款不超過 12 次。您在 Original Medicare 下支付的款項不計算在內。[*If your plan allows ownership insert:* 您必須連續向我們的計劃付款 13 次才能擁有該設備] [*Plans who wish to honor former payments should state so*]*.*

範例 2：在加入我們的計劃之前，您為 Original Medicare 下的設備連續付款不超過 12 次。您之前在我們的計劃中，但是您在擁有計劃會員身份期間沒有獲得該設備的所有權。然後您轉回了 Original Medicare。返回 Original Medicare 後，您必須再連續支付 13 次才能擁有該設備。所有之前的付款（無論是我們的計劃還是 Original Medicare）都不計算在內。

#### 第 7.2 節 對氧氣設備、用品和維修的規定

**您有權獲得哪些供氧福利？**

若您符合 Medicare 承保氧氣設備的條件，*[insert 2024 plan name]* 將為您承保：

* 氧氣設備的租賃
* 氧氣和含氧物質的輸送
* 用於輸送氧氣和含氧物質的管子及相關供氧配件
* 氧氣設備的保養與修理

如果您退出 *[insert 2024 plan name]* 或在醫療方面不再需要氧氣設備，必須退還氧氣設備。

**如果您退出計劃並返回 Original Medicare，會發生什麼？**

Original Medicare 要求氧氣設備供應商必須為您提供為期五年的服務。在前 36 個月內，您需要租用設備。在餘下的 24 個月內，供應商負責提供設備和進行維護（您仍需支付氧氣的定額手續費）。五年之後，您可以繼續選擇同一家公司或另選一家公司。屆時，為期五年的服務週期將再次開始，即使您繼續選擇同一家公司，您也必須在前 36 個月支付定額手續費。如果您加入或退出我們的計劃，那麼為期五年的服務週期將重頭算起。

## 第 4 章： *醫療福利表（承保範圍[plans with cost sharing insert: 與支付費用])*

*[Plans may add a discussion to this chapter if their organization provides or arranges for benefits under Medicaid.]*

### 第 1 節 瞭解承保服務[*insert if plan has cost sharing:*的自付費用]

本章提供醫療福利表，上面列有您作為 *[insert 2024 plan name]*. 的會員所獲得的承保服務，[*insert if plan has cost sharing:*並顯示您必須為每項承保服務支付多少費用]。在本章後文部分，您可以瞭解有關不予承保的醫療服務的資訊 [*Insert if applicable:*其中也說明了某些服務的限制。]*[If applicable, you may mention other places where benefits, limitations, and exclusions are described, such as optional additional benefits, or addenda.]*

#### 第 1.1 節 您為承保服務支付的自付費用類型

*[Describe all applicable types of cost sharing your plan uses. You may omit those that are not applicable. Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing should explain the differences in cost-sharing responsibility, clearly indicating that for those members who receive Medicare cost-sharing assistance under Medicaid pay nothing, or the Medicaid copay, if applicable, for their covered services as long as they follow the plan’s rules for getting their care because they receive assistance from Medicaid with Medicare Part A and B cost sharing.]*

[*Plans with no cost sharing, revise section heading to “You pay nothing for your covered services” and replace section with the following:*由於您從 Medicaid 獲得援助，因此，只要您遵守計劃針對您獲取護理的規定，即無需就承保服務支付任何費用。（請參見第 3 章，瞭解計劃關於獲取護理規定的詳情。）]

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

* **自付扣除金**是指在本計劃開始支付其應承擔費用前，您必須先為您的醫療服務支付的金額。[*Insert if applicable:* (（第 1.2 節介紹關於您的計劃自付扣除金的詳細資訊。)] [*Insert if applicable:*（第 1.3 節介紹有關您對於某些特定類型服務的自付扣除金的詳細資訊。）]
* **定額手續費**是指您每次接受特定醫療服務時所支付的固定金額。您需要在接受醫療服務時支付定額手續費。（第 2 節中的醫療福利表介紹有關您的定額手續費的詳細資訊。）
* **共同保險**是指您支付特定醫療服務總費用的百分比。您需要在接受醫療服務時支付共同保險。（第 2 節中的醫療福利表介紹有關您的共同保險的詳細資訊。）

#### 第 1.2 節 什麼是您的計劃自付扣除金？

*[Plans with no deductibles, delete this section and renumber remaining subsections in Section 1.] [POS plans with a deductible that applies only to POS services: modify this section as needed.]*

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

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

* *[Insert services not subject to the deductible. Plans must include the $0.00 Medicare preventative services, emergency/urgently needed services and insulin furnished through an item of durable medical equipment.]*

[*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert*: 如果您符合 Medicaid 下的 Medicare 分攤費用補助資格，您無需支付自付扣除金。]

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

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

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

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

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

[*Insert if plan has one service category deductible:*該計劃對特定的服務設有自付扣除金。在您支付的費用達到自付扣除金之前，您必須支付*[insert service category]*的全部費用。在您支付自付扣除金後，在日曆年的剩餘時間內，我們將為這些服務支付我們應承擔的費用，您將開始支付您應承擔的費用。[*Insert if applicable:*計劃自付扣除金和針對*[insert service category*]的自付扣除金都適用於您的承保*[insert service category]*。這就是說，在您達到計劃自付扣除金*或*針對*[insert service category]*的自付扣除金後，我們將開始為您的承保*[insert service category]*.]]支付我們應承擔的費用。第 2 節的福利表中顯示該服務類別的自付扣除金。

[*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:*如果您符合 Medicaid 下的 Medicare 分攤費用補助資格，您無需支付自付扣除金。]

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

*[POS plans may revise this information as needed to describe the plan’s MOOP(s).]*

**註：**由於我們的會員也從 Medicaid 獲得援助，因此極少有會員曾達到此最高自付費用金額。[*Plans that only include members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:*對於承保的 A 部分和 B 部分服務，您無需負責支付任何計入最高自付費用的自付費用。][*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:*如果您有資格享受 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助，則對於承保的 A 部分和 B 部分服務，您無需負責支付任何計入最高自付費用的自付費用。]

由於您參保了 Medicare Advantage 計劃，因此對於您每年需要為 [*insert as applicable:* Medicare A 部分和 B 部分 *OR* 我們計劃下]承保的醫療服務支付的自付費用金額有限制。該限制稱為醫療服務的最高自付費用 (MOOP)。在 2024 年，此金額為 *[insert MOOP]*。

您為承保服務支付的[*insert applicable terms:* 自付扣除金、定額手續費和共同保險]都將計入這個最高自付費用金額。*[Plans with no premium may modify the following sentence as needed.]*您為計劃保費及 D 部分處方藥支付的金額不計入最高自付費用金額。[*Insert if applicable, revising reference to asterisk as needed:* 此外，您為某些服務支付的金額也不計入您的最高自付費用。這些服務在醫療福利表中以星號標記。]如果達到最高自付費用 *[insert MOOP]*，在該年剩餘時間內，您將不需要為 [*insert if applicable:*A 部分和 B 部分]承保服務支付任何自付費用。但是，您必須繼續支付[*insert if plan has a premium:* 您的計劃保費和] Medicare B 部分保費（除非您的 B 部分保費由 Medicaid 或其他第三方為您支付）。

#### 第 1.5 節 我們的計劃還對特定類型的服務限制您的自付費用

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

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

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

由於我們的會員也從 Medicaid 獲得援助，因此極少有會員曾達到此最高自付費用金額。[*Plans that only include members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:*對於承保的 A 部分和 B 部分服務，您無需負責支付任何計入最高自付費用的自付費用。][*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:*如果您有資格享受 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤補助，則對於承保的 A 部分和 B 部分服務，您無需負責支付任何計入最高自付費用的自付費用。]]

[*Insert if plan has one service category MOOP:* 本計劃對*[insert service category]*收取 *[insert service category MOOP]* 的最高自付費用。在您為*[insert service category]*支付 *[insert service category MOOP]* 的自付費用後，在日曆年的剩餘時間內，本計劃將為您免費承保這些服務。[*Insert if service category is included in MOOP described in Section 1.4:*針對 *[insert as applicable:*A 部分和 B 部分 *OR* 所有承保的]醫療服務的最高自付費用和針對*[insert service category]*的最高自付費用都適用於您的承保*[insert service category]*。這就是說，在您為[*insert as applicable:*A 部分和 B 部分 *OR* 所有承保的d]醫療服務支付*[insert MOOP]*，*或*為您的your *[insert service category]*支付 *[insert service category OOP max]* 後，在該年剩餘時間內，本計劃將為您免費承保 *[insert service category]*。] 第 2 節的福利表中顯示各福利類別的最高自付費用。]

#### 第 1.6 節 我們的計劃不允許提供者向您寄去差額賬單

*[Plans that are zero cost-share plans or approved to exclusively enroll full-benefit dual eligible individuals who do not pay Parts A and B service cost sharing delete section.]*

作為 *[insert 2024 plan name]* 的會員，您獲取我們的計劃所承保的服務時，[*plans with a plan-level deductible insert:* 在您達到任何自付扣除金之後，]只須支付計劃的分攤費用，這是對您的一個重要保障。醫療服務提供者不得添加其他單獨費用，也叫做**差額費用**。即使我們向提供者支付的費用比提供者對此服務收取的費用少，或者因為有爭議我們沒有支付特定提供者收取的費用，這項保護也適用。

這項保護的具體適用情況如下。

* 如果您應分攤的費用為定額手續費（固定的金額，例如 $15.00），您只需要為網絡內提供者提供的任何承保服務支付該金額即可。
* 如果您應分攤的費用為共同保險（占總費用的某個百分比），則您支付的費用絕對不會超過該百分比。但是，您的費用取決於您在哪種類型的提供者處就診：
  + 如果您從網絡內提供者處獲得承保服務，您支付的費用為共同保險百分比乘以本計劃的報銷費率（該報銷費率由提供者與本計劃簽訂的合約決定）。
  + 如果您從參與 Medicare 的網絡外提供者處獲得承保服務，您支付的費用為共同保險百分比乘以計劃內提供者的 Medicare 支付費率。（請記住，本計劃只在特定情況下（例如您獲得轉診或需要緊急或急症治療服務時），才會承保網絡外提供者提供的服務。）
  + 如果您從未參與 Medicare 的網絡外提供者處獲得承保服務，您支付的費用為共同保險百分比乘以計劃外提供者的 Medicare 支付費率。（請記住，本計劃只在特定情況下（例如您獲得轉診或需要緊急醫療服務或在服務區域外需要急症治療服務時），才會承保網絡外提供者提供的服務。）
* 如您認為醫療服務提供者向您收取差額費用，請致電會員服務部。

[*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:*我們不允許醫療服務提供者就承保服務向您收費。我們直接向我們的醫療服務提供者付款，並保障您不支付任何費用。即使我們向醫療服務提供者支付的費用少於醫療服務提供者對此服務收取的費用，這項規定也適用。如您收到醫療服務提供者的賬單，請致電會員服務部。]

### 第 2 節 使用*醫療福利表*瞭解承保哪些服務[*plans with cost sharing insert:* *以及您需支付的金額*]

#### 第 2.1 節 您作為本計劃會員的醫療*[plans may add references to long-term care or home and community-based services or other Medicaid-only]*福利[*plans with cost sharing insert:*和費用]

以下各頁上的醫療福利表列出了*[insert 2024 plan name]* 承保的服務[*plans with cost sharing insert:*以及您應該為每項服務支付的自付費用]。D 部分處方藥保險見第 5 章。只有在符合以下承保要求時，醫療福利表中所列的服務才能獲得承保：

* 您的 Medicare [*insert if plan is describing Medicaid services in chart:* 和 Medicaid ]承保服務必須根據 Medicare [*insert if plan is describing Medicaid services in chart:* 和 Medicaid] 所制定的承保指導方針進行提供。
* 您的服務（包括醫療護理、服務、用品、設備和 B 部分處方藥）*必須*具有醫療必需性。醫療必需表示服務、用品或藥品是預防、診斷或治療您的疾病所需要的，且符合可接受的醫療實踐標準。
* [*Insert if applicable:*您從網絡內提供者處接受護理。在大多數情況下，您從網絡外提供者處接受的護理將無法獲得承保，除非是緊急護理或急症治療護理，或除非您的計劃或網絡內提供者為您轉診。這意味著您必須就所提供的服務向提供者全額付款。]
* [*Insert if applicable:*您有一個主治醫生 (PCP) 來為您提供和監管護理。*[Plans that do not require referrals may omit the rest of this bullet]*在大多數情況下，您必須事先獲得您的 PCP 批准，才能使用本計劃網絡內的其他提供者。這稱為給您轉診。]
* [*Insert if applicable:只有*在您的醫生或其他網絡內提供者事先經過我們批准（有時稱為事先授權）時，醫療福利表中所列的某些服務才能獲得承保。醫療福利表中[*Insert as appropriate:* 以星號 *OR* 以腳註 *OR* 以粗體 *OR* 以斜體]標出需獲得事先批准的承保服務。] [*Insert if applicable:* In此外，福利表中未列出的以下服務需要事先授權：*[insert list]*。]
* [*Insert as applicable:*我們還會就錯過的約診或未在服務時間支付要求的分攤費用，向您收取行政費用。如果對該等行政費用有任何疑問，請致電會員服務部。]

承保範圍重要注意事項：

* 您同時受到 Medicare 和 Medicaid 承保。Medicare 承保醫療保健和處方藥。Medicaid 承保您對 Medicare 服務的分攤費用，包括*[plans may add references to the specific types of cost sharing Medicaid pays for]。*Medicaid 還承保 Medicare 不承保的服務，如*[plans may add references to long-term care, over-the-counter drugs, home and community-based services, or other Medicaid-only services]*。
* 與所有 Medicare 保健計劃一樣，我們承保 Original Medicare 承保的所有項目。（如要瞭解承保範圍和 Original Medicare 的費用詳情，參見「*2024 年 Medicare 與您*」手冊。線上瀏覽 [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本，全天候服務。聽障人士可致電 1-877-486-2048。）
* 對於所有在 Original Medicare 下免費承保的預防性服務，我們也免費為您承保這些服務。[*Insert as applicable:*但是，如果您在接受預防性服務的同時也接受針對現有醫療狀況的治療或監視，您將需要為針對現有醫療狀況所接受的護理支付定額手續費。]
* 如果 Medicare 在 2024 年中為任何新服務添加承保，Medicare 或我們的計劃將為這些服務承保。
* *[FIDE SNPs and HIDE SNPs should provide a description of how they integrate Medicare and Medicaid benefits for the member and how the benefits chart reflects those integrated benefits as well as impacts on cost sharing.]*
* 如果您處於本計劃中視為仍然符合資格的 *[Insert number 1-6. Plans may choose any length of time from one to six months for deeming continued eligibility, as long as they apply the criteria consistently across all members and fully inform members of the policy]* 個月內，我們將繼續提供 Medicare Advantage 計劃承保的所有 Medicare 福利。但是，在此期間內，*[Plans should specify policy regarding coverage of Medicaid benefits during the period of deemed continued eligibility, as defined in the State Medicaid Agency Contract. For example, “we will not continue to cover Medicaid benefits that are included under the applicable Medicaid State Plan, nor will we pay the Medicare premiums or cost sharing for which the state would otherwise be liable had you not lost your Medicaid eligibility*. *The amount you pay for Medicare covered services may increase during this period.”]*

[*Plans that do not have cost sharing should insert:* 只要您遵守上述承保要求，即無需為福利表中列出的服務付費。]

[*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:***如果您符合 Medicaid 下的 Medicare 分攤費用補助資格，只要您遵守上述承保要求，即無需為福利表中列出的服務付費。**]

*[Instructions to plans offering MA Uniformity Flexibility benefits:*

* *Plans must deliver to each clinically-targeted enrollee a written summary of those benefits* or information in alignment with its different strategy for communicating information regarding MA Uniformity Flexibility Benefits *so that such enrollees are notified of the MA Uniformity Flexibility benefits for which they are eligible.*
* *If applicable, plans must update the Medical Benefits Chart and include a supplemental benefits chart including a column that details the exact targeted reduced cost-sharing amount for each specific service, and/or the additional supplemental benefits being offered.*

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

* *Plans may deliver to each clinically-targeted enrollee a written summary of those benefits so that such enrollees are notified of VBID benefits for which they are eligible. For VBID plans that choose to deliver a written notice, VBID plans must follow the VBID guidance on communications for delivering a written notice when offering targeted supplemental or VBID benefits. (See CY 2024 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).*
* *If applicable, plans must update the Medical Benefits Chart and include a supplemental benefits chart including a column that details the exact targeted reduced cost-sharing amount for each specific service, and/or the additional supplemental benefits being offered. Specific services should include details as it relates to VBID benefits.*
* *If applicable, plans with VBID should mention reduced cost sharing for their MA benefits, as well as that members may qualify for a reduction or elimination of their cost sharing for Part D drugs in Plans with VBID may include the reduction or elimination of their cost sharing for Part D drugs in Chapter 6, Section 2.1.]*

[*Insert if offering VBID Model benefits:*

關於罹患某些慢性病的參保人的重要福利資訊

* 如果您被計劃醫療服務提供者診斷出患有下列任何慢性病並符合特定的醫療標準，您可能有資格獲得指定的補充福利和/或較低的分攤費用：
  + *[List all applicable chronic conditions here.]*
  + *[As applicable, plans offering benefits under VBID that require participation in a health and wellness program or to see a high-value provider, include those limitations and then direct the enrollee that they will be provided additional information with how to take advantage of these additional supplemental benefits. (See CY 2024 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).]*
* 如需更多詳情，請參閱以下醫療福利表中的*慢性病患者可獲得的幫助*。]

[*Insert if offering VBID benefits:*

[*Plans participating in VBID should use this section to describe the plans strategy for advance care planning and any other wellness and health care planning (WHP) services that are being offered:*

關於所有健康與保健計劃 (WHP) 服務參保人的重要福利資訊

* 由於 *[insert 2024 plan name]* 已加入 [*insert VBID program name]*，因此您有資格獲得以下 WHP 服務，包括預立護理計劃 (ACP) 服務：
  + *[Include a summary of WHP services that are to reach all VBID plan enrollees in CY 2024. The description must include language that WHP and ACP are voluntary and enrollees are free to decline the offers of WHP and ACP.]*
  + *[Include information on how and when the enrollee would be able to access WHP services.]*

*[Instructions to plans offering WHP benefits:*

* *In addition to offering advance care planning as a covered benefit, plans participating in the VBID Model may deliver to each VBID PBP enrollee a written summary of WHP benefits so that such enrollees are notified of the benefits for which they are eligible. For VBID plans that choose to deliver a written notice, VBID plans must follow the VBID guidance on communications for a written summary when offering WHP benefits (See CY 2024 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).*
* *If applicable, plans should mention that enrollees may qualify for cost-sharing or co-payment reductions].*

[*Insert if offering VBID flexibility benefits and targeted supplemental benefits to Low Income Subsidy (LIS) enrollees, as defined in the Plan Communication User Guide (PCUG):*

關於符合「額外補助」資格的參保人的重要福利資訊：

* 如果您取得「額外補助」來協助支付您的 Medicare 處方藥計劃費用（如保費、自付扣除金和共同保險），您可能有資格獲得其他指定的補充福利和/或較低的分攤費用。
* 有關詳細資訊，請參見第 4 章中的醫療福利表。

*[Instructions to plans offering VBID benefits for LIS Targeted Enrollees:*

* *Plans may deliver to each LIS-targeted enrollee a written summary of those benefits so that such enrollees are notified of VBID benefits for which they are eligible. For VBID plans that choose to deliver a written notice, VBID plans must follow the VBID guidance on communications for delivering such a written notice when offering targeted supplemental or VBID benefits. (See CY 2024 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).*
* *Plans who choose to reduce cost sharing for an item or service, including Part D drugs covered by MA-PD plan through member participation in a plan-sponsored disease management or similar program, must include a summary of the additional supplemental benefits they would receive as well as the activities and/or programs the member must complete in order to receive the benefit.*
* *If applicable, plans must update the Medical Benefits Chart and include a supplemental benefits chart including a column that details the exact targeted reduced cost-sharing amount for each specific service, and/or the additional supplemental benefits being offered. Specific services should include details as it relates to VBID benefits.*
* *If applicable, plans with VBID should mention that members may qualify for a reduction or elimination of their cost sharing for Part D drugs in Chapter 6, Section 2.1*

*[Insert only if offering VBID mandatory supplemental benefit flexibility to Cover New and Existing Technologies or FDA approved Medical Devices:*

關於有資格獲取新的和現有技術或 FDA 已核准的醫療器械的 VBID 計劃參保人的重要福利資訊。

* 由於 *[insert 2024 plan name]* 已加入 [*insert VBID program name]*，您將有資格獲得新的和現有技術或 FDA 已核准的醫療器械：
  + *[Include a description of the new and existing technologies or FDA approved medical devices specifying eligibility for the benefit and associated cost sharing as an enrollee in the VBID plan in 2024. The description must include language that enrollees are free to decline the benefit and how they would notify the plan of declining this supplemental benefit.]*

*[Instructions to plans offering Coverage of New and Existing Technologies or FDA approved Medical Devices as a mandatory supplemental benefit:*

* *Plans may deliver to each VBID PBP’s enrollee a written summary of coverage of new and existing technologies or FDA approved medical devices so that such enrollees are notified of the benefits for which they are eligible. For VBID plans that choose to deliver a written notice, VBID plans must follow the VBID guidance on communications for delivering a written summary when offering coverage of new and existing technologies or FDA approved medical devices (See CY 2024 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).]*

*[Insert if offering Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill: Important Benefit Information for Enrollees with Chronic Conditions*

* 如果您被診斷出患有下列某種（某些）慢性病並符合特定的醫療標準，您可能有資格獲得針對慢性疾病的特殊補充福利。
  + *[List all applicable chronic conditions here.]*
  + *[Include information regarding the process and/or criteria for determining eligibility for special supplemental benefits for the chronically ill]*
* 請參閱以下醫療福利表中的*慢性病患者可獲得的特殊補充福利*瞭解詳細資訊。
* 請聯絡我們，具體瞭解您可能有資格獲得哪些福利。

蘋果圖標。您會在福利表中預防性服務的旁邊看到這個蘋果。

*[Instructions on completing benefits chart:*

* *When preparing this Benefits Chart, please refer to the instructions for completing the standardized ANOC and EOC.*
* *If using Medicare FFS amounts (e.g. Inpatient and SNF cost sharing) the plan must insert the 2023 Medicare amounts and must insert*:此為 2023 年的分攤費用，可能會在 2024 年有所調整。[*Insert plan name*]將在變更發佈後提供更新的費用資訊。*Member cost-sharing amounts may not be left blank.*
* *For all preventive care and screening test benefit information, plans that cover a richer benefit than Original Medicare do not need to include given description (unless still applicable) and may instead describe plan benefit.*
* *Optional supplemental benefits are not permitted within the chart; optional supplemental benefits may be described within Section 2.2.*
* *Plans with out of network services must clearly indicate for each service, both the in network and out of network cost sharing.*
* *Plans that have tiered cost sharing of medical benefits based on contracted providers should clearly indicate for each service the cost sharing for each tier, in addition to defining what each tier means and how it corresponds to the special characters and/or footnotes indicating such in the provider directory (When one reads the provider directory, it is clear what the special character and/or footnote means when reading this section of the EOC. Refer to the current Medicare Advantage and Section 1876 Cost Plan Provider Directory Model for more information.).*
* *Plans with a POS benefit may include POS information within the benefits chart, or may include a section following the chart listing POS-eligible benefits and cost sharing.*
* *Plans should clearly indicate which benefits are subject to PA (plans may use asterisks or similar method).*
* *Plans may insert any additional benefits information based on the plan’s approved bid that is not captured in the benefits chart or in the exclusions section. FIDE SNPs and HIDE SNPs may add Medicaid-only benefits they cover to the benefits chart. Additional benefits should be placed alphabetically in the chart.*
* *Plans must describe any restrictive policies, limitations, or monetary limits that might impact a member’s access to services within the chart.*
* *Plans may add references to the list of exclusions in Section 3.1 as appropriate.*
* *Plans may modify the language, as applicable, to address Medicaid benefits and cost sharing for its dual eligible population. SNPs must, at a minimum, include the Medicaid benefits provided by the plan and must distinguish Medicaid coverage from Medicare coverage for benefits covered by both programs or by Medicaid only. FIDE SNPs and HIDE SNPs may add Medicaid-only benefits to the benefits chart along with the Medicare benefits (rather than in a separate section). We encourage plans choosing this option to work with the state Medicaid agencies with which they contract to develop integrated benefits language as appropriate. Alternatively, plans may add a new section to the chart to describe Medicaid benefits. Plans that do not include a complete list of Medicaid benefits within the chart should refer readers to the Summary of Medicaid-Covered Benefits in the Summary of Benefits. Plans must include a complete list of Medicaid benefits if the Summary of Benefits does not include the required comprehensive written statement. Plans may also state that members should contact their Medicaid Agency to determine their level of cost sharing.*
* *Plans must make it clear for members (in the sections where member cost sharing is shown) whether their hospital copays or coinsurance apply on the date of admission and / or on the date of discharge.]*
* *[Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing should clearly note the different cost-sharing amounts applicable to each group of members in the Benefits Chart, either within the “What you must pay when you get these services chart” or by adding a column to differentiate the cost-sharing amounts for each group of members.]*

醫療福利表

| 為您承保的服務 | 獲得這些服務時您必須支付多少費用 | |
| --- | --- | --- |
| 蘋果圖標。 腹主動脈瘤篩檢  對有患病風險的人進行一次性超音波篩檢。僅在您有某些風險因素且您獲得醫師、醫師助理、執業護士或臨床專科護士的轉診進行此篩檢時，本計劃才會予以承保。  *[Also list any additional benefits offered.]* | 符合此預防性篩檢資格的會員無需支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 | |
| 治療慢性腰背痛的針灸  承保服務包括：  在下列情況下，可為 Medicare 受益人承保 90 天內最多 12 次就診：  對於此福利來說，慢性腰背痛的定義為：   * 持續 12 週或更長時間； * 非特異性的，無法找到明確的系統性原因（即與轉移性、發炎性、傳染性疾病等無關）； * 與手術無關；以及 * 與懷孕無關。   對於症狀有所好轉的患者，還將承保 8 次額外的就診。每年不得超過 20 次針灸治療。  如果患者病情沒有好轉或出現惡化，則必須中止治療。  治療慢性腰背痛的針灸（續）  醫療服務提供者要求：  醫師（如《社會保障法》（下稱「法案」）第 1861(r)(1) 節規定）可根據適用的州要求提供針灸服務。  醫師助理 (PA)、執業護士 (NP)/臨床專科護士 (CNS)（如法案第 1861(aa) (5) 節規定）以及輔助人員在符合所有適用的州要求且符合以下條件時可提供針灸服務：   * 擁有針灸和東方醫學認證委員會 (ACAOM) 認證的學校頒發的針灸或中醫學碩士或博士學位；以及 * 獲得在美國各州、地區或聯邦（即波多黎各）或哥倫比亞特區施行針灸的當前、完整、有效且不受限制的執照。   根據我們的法規 42 CFR §§ 410.26 和 410.27 的規定，提供針灸的輔助人員必須受到醫師、PA 或 NP/CNS 的適當監督。  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible.]* | |
| 救護車服務  承保的救護車服務（緊急或非緊急情況）包括固定翼救護機、旋翼救護機和地面救護車服務，僅載送到可提供護理的最近的適當機構（如果接受護理的會員的身體狀況無法使用其他交通手段，否則可能會危及患者的健康，或經過本計劃授權）。如果承保的救護車服務不是用於緊急情況，則應記錄該會員的狀況無法使用其他交通手段，否則可能會危及個人健康且使用救護車進行載運是醫學上必需的。 | *[List copays / coinsurance / deductible. Specify whether cost sharing applies one-way or for round trips.]* | |
| 蘋果圖標。 健康年檢  如果您已加入 B 部分 12 個月以上，您可以進行健康年檢，以便根據您目前的健康狀況和風險因素，制定或更新個性化的預防計劃。此項服務每 12 個月承保一次。  **註：**您的第一次健康年檢不能在參加歡迎加入 Medicare 預防性診斷後的 12 個月內進行。但是，在已加入 B 部分 12 個月以後，您不必參加歡迎加入 Medicare 診斷也可獲得健康年檢承保。 | 不需要為健康年檢支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 | |
| 蘋果圖標。 骨質測量  對於符合資格的個人（通常，這意味著有骨質流失或骨質疏鬆患病風險的人），每 24 個月或更頻繁（如果屬於醫療必需）承保以下服務一次：鑒定骨質、檢測骨質流失或鑒定骨骼品質的醫療程序，包括醫師對檢測結果的解釋。  *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為 Medicare 承保的骨質測量支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 | |
| 蘋果圖標。 乳腺癌篩檢（乳腺照影）  承保服務包括：   * 35 歲到 39 歲之間，一次乳房 X 光基線檢查 * 年滿 40 歲的女性，每 12 個月一次篩檢乳腺照影 * 每 24 個月一次臨床乳腺檢查   *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為承保的乳腺照影篩檢支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 | |
| 心臟康復服務  會為滿足特定條件且有[*insert as appropriate:* 轉診 *OR* 醫囑]的會員承保包括練習、培訓和諮詢在內的心臟康復服務綜合計劃。本計劃還承保強化心臟康復計劃，這些計劃通常比心臟康復計劃更嚴格或強度更大。  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 蘋果圖標。 心血管疾病風險降低診斷（對於心血管疾病的治療）  我們為您承保每年一次的主治醫生就診，幫助您降低患心血管疾病的風險。在本次診斷中，您的醫生可能會討論阿司匹靈的使用（如果合適）、檢查您的血壓並給予您關於健康飲食的提示。  *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為強化行為治療心血管疾病預防福利支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 | |
| 蘋果圖標。 心血管疾病檢查  透過血液檢查來檢查心血管疾病（或與心血管疾病風險提高相關的異常情況），每 5 年（60 個月）一次。  *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為心血管疾病檢查（每 5 年一次承保）支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 | |
| 蘋果圖標。 宮頸癌和陰道癌篩檢  承保服務包括：   * 為所有女性承保：每 24 個月承保一次子宮頸塗片檢查和盆腔檢查 * 如果您患宮頸癌或陰道癌的風險較高，或您處於生育年齡且在過去 3 年內的子宮頸塗片檢查結果不正常：每 12 個月一次子宮頸塗片檢查。   *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為 Medicare 承保的預防性子宮頸塗片檢查和盆腔檢查支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 | |
| 脊椎推拿服務  承保服務包括：   * [*If the plan only covers manual manipulation, insert:* We cover only] 人工矯治脊椎以矯正半脫位   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 蘋果圖標。 結腸直腸癌篩檢  承保以下篩檢：   * 結腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制，對於非高危患者，每 120 個月（10 年）承保一次；對於非結腸癌高危患者，在既往接受過軟式直腸內視鏡檢查後，每 48 個月承保一次；對於高危患者，在既往接受過結腸鏡檢查或鋇灌腸檢查後，每 24 個月承保一次。   結腸直腸癌篩檢（續）   * 適用於 45 歲及以上患者的軟式直腸內視鏡檢查。對於非高危患者，在接受過結腸鏡篩檢後，每 120 個月承保一次對於高危患者，在既往接受過軟式直腸內視鏡檢查或鋇灌腸檢查後，每 48 個月承保一次。 * 適用於 45 歲及以上患者的糞便潛血篩檢。每 12 個月一次。 * 適用於 45 至 85 歲且不符合高危標準的患者的多靶點糞便 DNA 檢測。每 3 年一次。 * 適用於 45 至 85 歲且不符合高危標準的患者的血液生物標誌物檢測。每 3 年一次。 * 鋇灌腸作為結腸鏡檢查的替代方案，適用於距上次鋇灌腸篩檢或上次結腸鏡篩檢已有 24 個月的高危患者。 * 對於 45 歲或以上的非高危患者，鋇灌腸可作為軟式直腸內視鏡檢查的替代方案。在上次鋇灌腸篩檢或軟式直腸內視鏡篩檢後至少每 48 個月進行一次。   自 2023 年 1 月 1 日起，結腸直腸癌篩檢包括在 Medicare 承保的非侵入性糞便結腸直腸癌篩檢傳回陽性結果後，進行後續結腸鏡篩檢。  *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為 Medicare 承保的結腸直腸癌篩檢（不包括鋇灌腸，鋇灌腸需要支付共同保險）支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。如果您的醫生在結腸鏡檢查或軟式直腸內視鏡檢查中發現並切除息肉或其他組織，篩檢將成為診斷檢查，您需要為醫生的服務支付 15% 的 Medicare 批准金額。在醫院門診，您還需向醫院支付 15% 的共同保險。B 部分自付扣除金不適用。*[If applicable, list copayment and/or coinsurance charged for barium enema.]* | |
| *[Include row if applicable. If plan offers dental benefits as optional supplemental benefits, they should not be included in the chart. Plans may describe them in Section 2.2 instead.]*  牙科服務  一般情況，Original Medicare 不會承保預防性牙科服務（例如洗牙、常規牙科檢查和牙科 X 光）。然而，Medicare 目前在有限數量的情況下為牙科服務支付費用，具體來說，當該服務是受益人主要病症的特定治療的一部分時。例如，顎部骨折或損傷後重建、準備對顎部癌症進行放療時進行的拔牙或腎臟移植前的口腔檢查。此外，我們還承保：  *[List any additional benefits offered, such as routine dental care.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 蘋果圖標。 憂鬱症篩檢  我們承保每年一次的憂鬱症篩檢。必須在可以提供後續治療和/或轉診的初級醫療機構中完成篩檢。  *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為年度憂鬱症篩檢就診支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 | |
| 蘋果圖標。 糖尿病篩檢  如果您有以下任何風險因素，我們會為您承保此篩檢（包括快速葡萄糖檢測）：高血壓、膽固醇和甘油三酸酯異常（血脂異常）歷史、肥胖或高血糖歷史。如果您符合其他要求（例如，超重和有糖尿病家族史），也可以承保檢查。  根據這些檢查的結果，您可能有資格每 12 個月獲得最多兩次糖尿病篩檢承保。  *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為 Medicare 承保的糖尿病篩檢測試支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 | |
| 蘋果圖標。 糖尿病自我管理培訓、糖尿病服務和用品  *[Plans may put items listed under a single bullet in separate bullets if the plan charges different copays. However, all items in the bullets must be included.]*適用於患有糖尿病的所有人（胰島素和非胰島素使用者）。承保服務包括：   * 用於檢測您的血糖的用品：血糖監測器、血糖試紙、刺血設備和刺血針，以及用於檢查試紙和監測器精確度的血糖品管液。 * 對於患有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者：每個日曆年可獲得一雙定制的治療用鞋（包括與這類鞋子一起提供的鞋墊）和另外兩雙鞋墊，或一雙高幫鞋和三雙鞋墊（不包括與這類鞋子一起提供的非定制可拆卸鞋墊）。承保包括試穿。 * 在某些情況下，會承保糖尿病自我管理培訓。   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 耐用醫療設備 (DME) 和相關用品  （有關耐用醫療設備的定義，請參見本文件第 12 章和第 3 章第 7 節。）  承保用品包括但不限於：輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、提供者訂購的在家中使用的醫院病床、靜脈輸液泵、語音生成裝置、氧氣設備、霧化器和助行器。  [*Plans that do not limit the DME brands and manufacturers that you will cover insert:*我們可承保 Original Medicare 承保的所有醫療必需的 DME。如果您區域中的供應商沒有特定品牌或製造商，您應該詢問他們是否可以特地為您預訂。][*Insert as applicable*: 我們隨本文件附上一份 DME 供  耐用醫療設備 (DME) 和相關用品（續）  應商目錄。最新的供應商清單[*insert as applicable*:也]可在我們網站 *[insert URL*] 上找到。]  [*Plans that limit the DME brands and manufacturers that you will cover insert:*我們在本*承保範圍說明書*文件中為您寄送了 *[insert 2024 plan name]* 的 DME 清單。本清單包含我們承保的 DME 品牌和製造商。[*Insert as applicable:*我們隨本文件附上一份 DME 供應商目錄。] 我們的網站 *[insert URL]* 也提供最新的品牌、製造商和供應商清單。  通常，*[insert 2024 plan name]* 承保 Original Medicare 承保的、本清單上的品牌和製造商所提供的任何 DME。除非您的醫生或其他提供者告訴我們某品牌適合您的醫療需求，否則我們不會承保其他品牌和製造商。但是，如果您是 *[insert 2024 plan name]* 的新會員，並且正在使用我們清單上沒有的 DME 品牌，我們會繼續為您承保此品牌最長 90 天的時間。在這段時間中，您應諮詢自己的醫生，以確定在 90 天之後在醫療上對您適合的品牌。（如果您不同意您醫生的意見，您可要求他/她為您徵求其他人的意見。）  如果您（或您的提供者）不同意本計劃的承保範圍裁決，您或您的提供者可以提出上訴。如果您不同意提供者對哪些產品或品牌適合您的治療狀況的決定，您也可提出上訴。（有關上訴的詳細資訊，請參見第 9 章）] | *[List copays / coinsurance / deductible]*  對於 Medicare 氧氣設備承保，您的分攤費用  為 *[Insert copay amount or coinsurance percentage]*，每 *[Insert required frequency of payment]*。  *[Plans that use a constant cost-sharing structure for oxygen equipment insert]*參保 36 個月後，您的分攤費用不會發生變更。  *[Plans that wish to vary cost sharing for oxygen equipment after 36 months insert details including whether original cost sharing resumes after 5 years and you are still in the plan.] [If cost sharing is different for members who made 36 months of rental payments prior to joining the plan insert:]*  如果您在參保 *[insert 2024 plan name]* 之前已為氧氣設備承保服務支付 36 個月的租賃費用，則您在 *[insert 2024 plan name]* 中的分攤費用為 *[Plans should insert cost sharing*]。 | |
| 緊急醫療護理  緊急醫療護理是指以下服務：   * 由具備提供緊急醫療服務資格者提供，及 * 屬評估或穩定緊急病情需要。   「**緊急醫療情況**」是指您或任何其他具有一般健康和醫學知識的謹慎外行認為自己出現急需醫療看護以防失去生命（以及，若您是孕婦，以防流產）、肢體缺損或肢體功能喪失。醫療症狀可以是疾病、損傷、劇痛或快速惡化的病情。  在網絡外提供的必要緊急醫療服務的分攤費用，與在網絡內提供該等服務的費用相同。  *[Also identify whether this coverage is only covered within the U.S. as required or whether emergency care is also available as a supplemental benefit that provides world-wide emergency/urgent coverage.]* | *[List copays /coinsurance. If applicable, explain that cost sharing is waived if member admitted to hospital.]*  如果您從網絡外醫院接受緊急醫療護理且在緊急狀況穩定後需要住院治療，[*Insert one or both:*您必須返回網絡內醫院才能讓您的護理繼續獲得承保，*OR* 您必須在本計劃授權的網絡外醫院接受住院治療且您應支付的費用為您在網絡內醫院應支付的[*Insert if applicable:*最高]分攤費用。] | |
| 蘋果圖標。保健和健康教育計劃  *[These are programs focused on health conditions such as high blood pressure, cholesterol, asthma, and special diets. Programs designed to enrich the health and lifestyles of members include weight management, fitness, and stress management. Describe the nature of the programs here.*  *If this benefit is not applicable, plans should delete this row.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 聽力服務  如果由您的醫生、聽力專家或其他合格的醫療服務提供者提供門診護理，您的 [*insert as applicable:*PCP *OR* 醫療服務提供者]將進行診斷性聽力和平衡評估，確定您所需的醫學治療是否獲承保。  *[List any additional benefits offered, such as routine hearing exams, hearing aids, and evaluations for fitting hearing aids.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 慢性病患者可獲得的幫助  *[If the enrollee has been diagnosed by a plan provider with the certain chronic condition(s) identified and meets certain criteria, they may be eligible for other targeted supplemental benefits and/or targeted reduced cost sharing. The certain chronic conditions must be listed here. The benefits listed here must be approved in the bid. Describe the nature of the benefits here.*  *If this benefit is not applicable, plans should delete this entire row.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 蘋果圖標。HIV 篩檢  對於要求進行 HIV 篩檢或感染 HIV 病毒風險增大的人士，我們承保以下服務：   * 每 12 個月一次篩檢   對於孕婦，我們承保以下服務：   * 懷孕期間最多三次篩檢   *[Also list any additional benefits offered.]* | 符合 Medicare 承保的預防性 HIV 篩檢資格的會員無需支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 | |
| 居家護理機構提供的護理  *[If needed, plans may revise language related to the doctor certification requirement。]*在接受居家護理服務之前，必須由醫生認證您需要居家護理服務，並且預訂由居家護理機構提供的居家護理服務。您必須困居家中，意即離家是很麻煩的事。  承保服務包括但不限於：   * 非全日或間斷性專業護理和居家護理服務（若要獲得居家護理福利承保，您所接受的專業護理和家庭護理服務合計必須每天少於 8 小時及每週少於 35 小時） * 物理治療、職業治療與語言治療 * 醫療和社會服務 * 醫療設備和用品 | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 居家輸液治療  居家輸液治療包括在家中為個人靜脈或皮下輸注藥物或生物製劑。進行居家輸液所需的組件包括藥物（例如抗病毒藥、免疫球蛋白）、設備（例如幫浦）以及用品（例如管子和導管）。  承保服務包括但不限於：   * 專業服務，包括護理服務，按照護理計劃提供 * 耐用醫療設備福利不承保的患者培訓和教育 * 遠程監控 * 針對由符合資格的居家輸液治療供應商提供的居家輸液治療和輸注藥物的監測服務   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 善終護理  如果您的醫生和善終護理醫療顧問為您作出絕症預後判斷，證明您患有絕症且若您的疾病如常進展，在世剩餘時間不超過 6 個月，則您有資格享受善終福利。您可以從任何獲得 Medicare 認證的善終計劃接受護理。您的計劃有義務幫助您在計劃服務區域中找到獲得 Medicare 認證的善終計劃，包括 MA 組織擁有、控制或具有經濟利益的計劃。您的善終護理醫師可以是網絡內提供者或網絡外提供者。  承保服務包括：   * 用於控制症狀與減輕疼痛的藥品 * 短期臨時照顧 * 居家護理   對於善終服務以及受 Medicare A 部分或 B 部分承保且與您的絕症預後相關的服務：Original Medicare（並非我們的計劃）將為與您的絕症預後有關的善終服務向您的善終服務提供者付款。參加善終計劃後，您的善終服務提供者會向 Original Medicare 寄送該計劃應為您支付的服務的賬單。您將被收取 Original Medicare 的分攤費用。  對於 Medicare A 部分和 B 部分承保但不與您的絕症預後相關的服務：如果您需要 Medicare A 部分或 B 部分承保但不與您的絕症預後相關的非急診、非急症治療服務，您使用這些服務的費用取決於您是否使用計劃的網絡內醫療服務提供者，和遵循計劃規則（比如如果要求取得事先授權）。   * 如果您獲得網絡內醫療服務提供者提供的承保服務，並按計劃規定獲得服務，您只需支付網絡內服務的計劃分攤費用金額。 | 在您參與獲得 Medicare 認證的善終計劃後，與您的絕症預後相關的善終服務以及 A 部分和 B 部分服務均由 Original Medicare（而不是 *[insert 2024 plan name]*）支付費用。  *[Include information about cost sharing for hospice consultation services if applicable.]* | |
| 善終護理（續）   * 如果您獲得網絡外提供者提供的承保服務，您需要支付 Fee-for-Service Medicare (Original Medicare) 規定的分攤費用   對於 *[insert 2024 plan name]* 承保但 Medicare A 部分或 B 部分不承保的服務：*[insert 2024 plan name]* 將繼續承保那些 A 部分或 B 部分不承保的計劃承保服務，無論它們是否與您的絕症預後相關。您為這些服務支付您的計劃分攤費用金額。  對於計劃的 D 部分福利可能承保的藥物：如果這些藥物與您的絕症善終計劃無關，您需要支付分攤費用。如果與您的絕症善終計劃有關，您需要支付 Original Medicare 的分攤費用。善終計劃與本計劃絕不會同時承保同種藥物。有關詳細資訊，請參見第 5 章第 9.4 節（*如果您參加了經 Medicare 認證的善終計劃，該如何處理*）。  **註：**如果您需要非善終護理（與您的絕症預後無關的護理），您應聯絡我們安排服務。  [*Insert if applicable, edit as appropriate:*我們的計劃承保為沒有選擇善終福利的絕症患者提供的善終諮詢服務（只有一次）。] |  | |
| 蘋果圖標。 免疫接種  承保的 Medicare B 部分服務包括：   * 肺炎疫苗 * 流感疫苗，每年秋冬流感季接種一次，如果具有醫療必需性，可接種多次 * B 型肝炎疫苗（如果您患 B 型肝炎的風險較高或中等） * COVID-19 疫苗 * 其他疫苗（如果您有患病風險且疫苗符合 Medicare B 部分的承保規定）   我們也承保某些我們 D 部分處方藥福利的疫苗。  *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為肺炎、流感、B 型肝炎和 COVID-19 疫苗接種支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 | |
| 住院治療  包括急性住院護理、住院康復、長期護理醫院及其他類型的住院服務。住院治療從您聽從醫生要求正式住院的那天開始算起。出院的前一天是您住院的最後一天。  *[List days covered and any restrictions that apply.]* 承保服務包括但不限於：   * 半私人病房（或在有醫療需要時的私人病房） * 包括特殊飲食在內的膳食 * 常規護理服務 * 特殊護理病房費用（例如，重症監護病房或冠心病監護病房） * 藥品和用藥 | [*List all cost sharing (deductible, copayments/ coinsurance) and the period for which they will be charged. If cost sharing is based on the Original Medicare or a plan-defined benefit period, include definition/explanation of approved benefit period here. Plans that use per-admission deductible include:*在指定的受益期內，收取一次按住院標準計算的自付扣除金。 | |
| 住院治療（續）   * 化驗 * X 光及其他放射服務 * 必要的手術及醫療用品 * 器械（例如輪椅）的使用 * 手術室與康復室費用 * 物理治療、職業治療與語言治療 * 住院病人藥物濫用相關服務 * 在某些情況下，承保以下類型的移植：角膜、腎臟、腎臟/胰臟、心臟、肝臟、肺、心肺、骨髓、幹細胞以及腸/多器官。如果您需要進行移植，我們將安排 Medicare 批准的移植中心對您的情況進行審查，並決定您是否需要接受移植[*Plans with a provider network insert:*做移植手術的醫生可能是本地或服務區域外的醫生。如果我們在社區護理模式之外提供網絡內移植服務，您可以選擇在本地進行移植，只要做移植手術的本地醫生願意接受 Original Medicare 價格。如果 *[insert 2024 plan name]*在您的社區移植護理模式之外提供移植服務，且您選擇在該偏遠位置接受移植，我們會為您和您的陪同人員安排或支付適當的住宿和交通費用。]*[Plans may further define the specifics of transplant travel coverage.]*   住院治療（續）   * 血液 – 包括儲存和管理。全血和濃縮紅細胞的承保從您需要的第四品脫血液開始 - 您必須為在一個日曆年內獲得的前 3 品脫血液支付費用或使用由您或其他人捐獻的血液。所有其他血液成分均從使用的第一品脫開始承保*[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]*。 * 醫師服務   **註：**如果需要住院，您的提供者必須寫醫囑來准許您入院。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。如果您不確定自己為門診患者還是住院患者，應詢問醫院工作人員。  您也可以在名為「*Are You a Hospital Inpatient or Outpatient?If You Have Medicare – Ask!（您是醫院的住院病人還是門診病人？如果有 Medicare，先問問！）的 Medicare 情況說明書中找到詳細資訊。*可從網站 [https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf](https://urldefense.com/v3/__https:/www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf__;!!May37g!cyYHtJORBbMLmHd9VmIMgZFrBOINDr6bDFizYwxrUF8k3vRQpbpQISmP5Q$) 查看該說明書，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。聽障人士可致電 1-877-486-2048。您可以隨時免費致電這些號碼。 | *[In addition, if applicable, explain all other cost sharing that is charged during a benefit period.]*]  [*If cost sharing is* ***not*** *based on the Original Medicare or plan-defined benefit period, explain here when the cost sharing will be applied. If it is charged on a per admission basis, include as applicable:*每次住院都要支付自付扣除金和/或其他分攤費用。]  *[If inpatient cost sharing varies based on hospital tier, enter that cost sharing in the data entry fields.]*  如果您在緊急狀況穩定後從網絡外醫院接受 [*insert if applicable:* 經授權的]住院治療，您應支付的費用為您在網絡內醫院應支付的[*insert if applicable:* 最高]分攤費用。 | |
| 精神病院住院服務  承保服務包括需要住院的精神健康護理服務。*[List days covered, restrictions such as 190-day lifetime limit for inpatient services in a psychiatric hospital. The 190-day limit does not apply to inpatient mental health services provided in a psychiatric unit of a general hospital.]* | [*List all cost sharing (deductible, copayments/ coinsurance) and the period for which they will be charged. If cost sharing is based on the Original Medicare or a plan-defined benefit period, include definition/explanation of approved benefit period here. Plans that use per-admission deductible include:*在指定的受益期內，收取一次按住院標準計算的自付扣除金。*[In addition, if applicable, explain all other cost sharing that is charged during a benefit period.]*]  [*If cost sharing is* ***not*** *based on the Original Medicare or plan-defined benefit period, explain here* *when the cost sharing will be applied. If it is charged on a per admission basis, include as applicable:*每次住院都要支付自付扣除金和/或其他分攤費用。] | |
| 住院：在非承保住院期間，在醫院或 SNF 接受的承保服務  *[Plans with no day limitations on a plan’s hospital or SNF coverage may modify or delete this row as appropriate.]*  如果您已用完您的住院福利或者您的住院屬於不合理和不必要，我們將不會為您的住院承保。但是，在某些情況下，我們將為您在醫院或專業護理機構 (SNF) 期間接受的某些服務承保。承保服務包括但不限於：   * 醫師服務 * 診斷檢查（例如化驗室檢查） * X 光、鐳射和同位素治療，包括技術員材料和服務 * 外科敷料 * 夾板、石膏和其他用於減輕骨折與脫臼的設備 * 更換身體內部器官全部或部分（包括鄰近組織）或永久失去功能或不能正常發揮功能的身體內部器官的全部或部分功能的義肢和矯形設備（牙科除外），包括此類設備的更換或修理 * 腿部、臂部、背部和頸部支架、疝帶、假腿、假臂和假眼，包括因破損、磨損、丟失或患者身體狀況的改變而需要的調整、修理和更換 * 物理治療、語言治療與職業治療 | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 蘋果圖標。 醫學營養治療  此福利適用於糖尿病患者、腎病患者（不包括透析）或按醫生[*insert as appropriate*:轉診 *OR* 醫囑]接受過腎臟移植的患者。  在您接受 Medicare（包括我們的計劃、任何其他 Medicare Advantage 計劃或 Original Medicare）下的醫學營養治療服務的第一年中，我們會為您承保 3 小時的一對一諮詢服務，此後每年承保 2 小時。如果您的狀況、治療或診斷發生變化，您可以按醫師[*insert as appropriate:*轉診 *OR* 醫囑]接受更長時間的治療。醫生必須對這些服務開具處方，並在您需要在下一個日曆年繼續接受治療時更新其[*insert as appropriate:* 轉診 *OR* 醫囑]。  *[Also list any additional benefits offered.]* | 符合 Medicare 承保的醫學營養治療服務資格的會員無需支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 | |
| 蘋果圖標。 Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP)  所有 Medicare 保健計劃下的合資格 Medicare 受益人均可獲得 MDPP 服務承保。  MDPP 是一項結構化健康行為改變干預措施，針對改變長期飲食習慣、增加身體活動提供實踐性訓練，並為克服挑戰以堅持減肥和維持健康的生活方式提供解決方案。 | MDPP 福利不需要支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 | |
| Medicare B 部分處方藥  *[MA plans that will be or expect to use Part B step therapy should include the Part B drug categories below that may or will be subject to Part B step therapy as well as a link to a list of drugs that will be subject to Part B step therapy. The link may be updated throughout the year and any changes need to be added at least 30 days prior to implementation per 42 CFR 42.111(d)]* | *[List copays / coinsurance / deductible]*  *[Indicate whether drugs may be subject to step therapy] [Indicate insulin cost sharing is subject to a coinsurance cap of $35 for one-month’s supply of insulin, and specify service category or plan level deductibles do not apply.]* | |
| 這些藥物由 Original Medicare B 部分承保。我們計劃中的會員透過我們的計劃接受這些藥物的承保。承保藥物包括：   * 通常不是由患者自行施用，而是在接受醫師、醫院門診或門診手術中心服務時注射或輸液的藥品 * 透過耐用醫療設備（例如醫療必需的胰島素泵）提供的胰島素 * 經過本計劃授權並使用耐用醫療設備（例如霧化器）施用的其他藥物。 * 血友病患者自行注射的凝血因子 * 免疫抑制藥物（如果您在接受器官移植時已參保 Medicare A 部分） * 可注射的骨質疏鬆症藥品（如果您困居家中，經醫生認定患有與停經後骨質疏鬆有關的骨折並且無法自行用藥） * 抗原 * 某些口服抗癌藥物和止吐藥物   Medicare B 部分處方藥（續）   * 用於家庭透析的某些藥物，包括肝磷脂、醫療必需的某些肝磷脂解藥、局部麻醉劑和促紅細胞生成素 *[plans may delete any of the following drugs that are not covered under the plan]*（例如 Epogen [愛普根]、Procrit [普羅克里特]、Epoetin Alfa [阿法依伯汀]、Aranesp [阿拉內斯普]或 Darbepoetin Alfa [阿法達貝泊汀]） * 牛痘免疫球蛋白靜脈注射劑（用於在家治療原發性免疫缺損疾病）   [*insert if applicable:*點擊以下連結，即可查看可能有階段療法限制的 B 部分藥物清單: *insert link*]  我們的 B 部分和 D 部分處方藥福利還承保某些疫苗。  第 5 章說明了 D 部分處方藥福利，包含您必須遵守才能使處方藥受保的規則。第 6 章說明了您須為透過我們計劃取得之 D 部分處方藥支付的費用。 |  | |
| 蘋果圖標。 用於促進持續減肥的肥胖症篩檢和治療  如果您的體重指數不低於 30，我們可承保深入諮詢服務，以幫助您減肥。如果這類諮詢是您在初級醫療環境中（也就是可以將諮詢與全面的預防計劃相配合的地方）獲得的，也可以承保。諮詢您的主治醫生或執業醫護人員，瞭解詳細資訊。  *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為預防性肥胖症篩檢和治療支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 | |
| 類鴉片藥物治療計劃服務  患有類鴉片藥物濫用失調 (OUD) 的計劃會員可透過類鴉片藥物治療計劃 (OTP) 獲得 OUD 治療服務的承保，該計劃包含以下服務：   * 經美國食品和藥物管理局 (FDA) 批准的鴉片類藥物促效劑和拮抗劑藥物輔助治療 (MAT) 藥物 * MAT 藥物的配藥和施打（如適用） * 藥物濫用諮詢 * 個人和團體治療 * 毒性測試 * 攝入活動 * 定期評估   *[Plans can include other covered items and services as appropriate (not to include meals and transportation).]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 門診診斷檢查與治療服務和用品  承保服務包括但不限於：   * X 光 * 放射（鐳射和同位素）治療，包括技術員材料和用品 *[List separately any services for which a separate copay/coinsurance applies over and above the outpatient radiation therapy copay/coinsurance.]* * 外科用品，例如敷料 * 夾板、石膏和其他用於減輕骨折與脫臼的設備 * 化驗室檢查   門診診斷檢查與治療服務和用品（續）   * 血液 – 包括儲存和管理。全血和濃縮紅細胞的承保從您需要的第四品脫血液開始 - 您必須為在一個日曆年內獲得的前 3 品脫血液支付費用或使用由您或其他人捐獻的血液。所有其他血液成分均從使用的第一品脫開始承保 *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]*。 * 其他門診診斷檢查 *[Plans can include other covered tests as appropriate.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 醫院門診觀察  觀察服務是用來確定您是需要住院還是出院的一種醫院門診服務。  醫院門診觀察服務如需獲得承保，必須符合 Medicare 標準且屬於合理且必須的。觀察服務僅在按醫囑提供，或由其他經州特許法律和醫院工作人員細則授權之個人要求提供以收住病人入院或進行門診檢查時，才獲得承保。  **註：**除非您的提供者寫醫囑准許您作為住院患者入院，否則，您就是門診患者且必須支付醫院門診服務的分攤費用。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。如果您不確定自己是否是門診患者，應詢問醫務人員。  您也可以在名為「*Are You a Hospital Inpatient or Outpatient?If You Have Medicare – Ask!」（您是醫院的住院病人還是門診病人？如果有 Medicare，先問問！）的 Medicare 情況說明書中找到詳細資訊。*可從網站  醫院門診觀察（續）  <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf> 查看該說明書，  或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。聽障人士可致電 1-877-486-2048。您可以隨時免費致電這些號碼。 | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 醫院門診服務  我們會為您在醫院門診部診斷或治療疾病或傷害時接受的醫療上需要的服務承保。  承保服務包括但不限於：   * 在急診部或門診部接受的服務，例如觀察服務或門診手術 * 由醫院出具賬單的化驗室和診斷檢查 * 心理保健，包括部分住院計劃中的護理（如果醫生證明不這樣做就需要住院治療） * 由醫院出具賬單的 X 光檢查及其他放射服務 * 醫療用品，例如夾板和石膏 * 不能自行施用的某些藥品和生物製品   **註：**除非您的提供者寫醫囑准許您作為住院患者入院，否則，您就是門診患者且必須支付醫院門診服務的分攤費用。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。如果您不確定自己是否是門診患者，應詢問醫務人員。  醫院門診服務（續）  您也可以在名為「*Are You a Hospital Inpatient or Outpatient?If You Have Medicare – Ask!」（您是醫院的住院病人還是門診病人？如果有 Medicare，先問問！）的 Medicare 情況說明書中找到詳細資訊。*可從網站 [https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf](https://urldefense.com/v3/__https:/www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf__;!!May37g!cyYHtJORBbMLmHd9VmIMgZFrBOINDr6bDFizYwxrUF8k3vRQpbpQISmP5Q$) 查看該說明書，  或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。聽障人士可致電 1-877-486-2048。您可以隨時免費致電這些號碼。  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 門診病人精神健康護理  承保服務包括：  由州頒發執照的精神科醫生或醫生、臨床心理學家、臨床社會工作者、臨床護理專家、執業專業顧問 (LPC)、執業婚姻和家庭治療師 (LMFT)、執業護士 (NP)、醫師助理 (PA) 或其他符合 Medicare 要求的精神健康專家在現行州法律允許的情況下提供的精神健康服務。  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 門診康復服務  承保的服務包括：物理治療、職業治療和語言治療。  多種門診環境可提供門診康復服務，例如，醫院門診部、獨立治療室和綜合門診康復機構 (CORF)。 | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 門診病人藥物濫用相關服務  *[Describe the plan’s benefits for outpatient substance abuse services.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 門診手術，包括在醫院門診部和門診手術中心提供的服務  **註：**如果您在醫院接受手術，您應該向您的提供者確認您是住院患者還是門診患者。除非您的提供者寫醫囑來准許您作為住院患者入院，否則，您就是門診患者，而且您必須支付門診手術的分攤費用。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。 | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 部分住院服務  部分住院是指作為醫院門診服務或由社區精神健康中心提供的積極心理治療的結構化計劃，強度比在醫生或治療師診所接受的護理強度要高，是住院治療的一種替代方法。  [*Network plans that do not have an in-network community mental health center may add:***註：**由於我們網絡內沒有社區精神保健中心，因此我們僅會承保作為醫院門診服務的部分住院服務。] | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 醫師/執業醫護人員服務，包括醫生診所就診  承保服務包括：   * 在醫師診所、經認證的門診手術中心、醫院門診部或任何其他地點完成的醫療上需要的醫療護理或手術服務 * 專科醫生提供的諮詢、診斷和治療 * 由您的 [*insert as applicable:* PCP *OR* 專科醫師]進行的基本聽覺和平衡檢查（如果您的醫生要求進行該檢查以瞭解您是否需要醫學治療） * [*Insert if providing any MA additional telehealth benefits consistent with 42 CFR § 422.135 in the plan’s CMS-approved Plan Benefit Package submission:*   某些遠程醫療服務，包括：*[insert general description of covered MA additional telehealth benefits, i.e., the specific Part B service(s) the plan has identified as clinically appropriate to furnish through electronic exchange when the provider is not in the same location as the enrollee. Plans may wish to refer enrollees to their medical coverage policy here.]*   * + 您可以選擇透過當面就診或者遠端醫療來獲取這些服務。如果您選擇透過遠程醫療來獲取這些服務，則您必須使用可透過遠程醫療提供服務的網絡內提供者。*[Modify as necessary if plan benefits include out-of-network coverage of additional telehealth services as mandatory supplemental benefits.]*   + *[List the available means of electronic exchange used for each Part B service offered as an MA additional telehealth benefit along with any other access instructions that may apply.]]* | *[List copays / coinsurance / deductible]*  *[If applicable, indicate whether there are different cost-sharing amounts for Part B service(s) furnished through an in-person visit and those furnished through electronic exchange as MA additional telehealth benefits.]* | |
| 醫師/執業醫護人員服務，包括醫生診所就診（續）   * [*Insert if the plan’s service area and providers/locations qualify for telehealth services under original Medicare requirements in section 1834(m) of the Act*:某些遠程醫療服務，包括由醫生或執業醫生為某些偏遠地區或 Medicare 批准的其他地區中的患者提供的諮詢、診斷和治療] * 每月在醫院或偏遠地區特約醫院的腎臟透析中心、腎臟透析機構或是會員家裡，為在家接受透析治療的會員進行與晚期腎病相關的遠端醫療就診服務 * 診斷、評估或治療中風症狀的遠端醫療服務，無論其位於何處 * 為患有物質濫用障礙或併發精神健康障礙的會員提供遠端醫療服務，無論其位於何處 * 用於精神健康疾病的診斷、評估和治療的遠程醫療服務，前提是：   + 您在首次遠程醫療就診前 6 個月內進行了面對面的就診   + 在接受這些遠程醫療服務期間，您每 12 個月要進行一次面對面就診   + 在某些情況下，可以對上述情況進行例外處理 * 由鄉村健康診所和聯邦認證健康中心為精神健康就診提供的遠程醫療服務 * **在以下情況下**，由醫生（例如，透過電話或視訊聊天）對您進行5-10 分鐘的虛擬檢查：   + 您不是新患者**且**   醫師/執業醫護人員服務，包括醫生診所就診（續）   * + 該檢查與過去 7 天內的診室就診無關，**並且**   + 該檢查不會引致未來 24 小時內的診室就診或可預訂的最早約診 * **在以下情況下**，醫生會對您傳送來的視訊和/或影像進行評估，並在 24 小時內作出解釋和跟進：   + 您不是新患者**且**   + 該評估與過去 7 天內的診室就診無關，**並且**   + 該評估不會引致未來 24 小時內的診室就診或可預訂的最早約診 * 您的醫生與其他醫生透過電話、網絡或電子健康記錄評估進行的會診 * 手術之前[*Insert if appropriate:*由另一位網絡內提供者]提供第二意見 * 非常規牙科護理（承保服務僅限於顎部或相關結構的手術、顎骨或面骨重整、拔除牙齒準備做顎部惡性腫瘤的放射治療，或由醫師提供方可獲得承保的服務） * *[Also list any additional benefits offered.]* |  | |
| 足療服務  承保服務包括：   * 對足部傷害和疾病（例如錘狀趾或足跟骨刺）的診斷和醫學或外科治療。 * 為伴有影響下肢的某些醫療狀況的會員提供的常規足部護理   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 蘋果圖標。 前列腺癌篩檢  對於年滿 50 歲的男性，承保以下服務（每 12 個月承保一次）：   * 直腸指檢 * 前列腺特異性抗原 (PSA) 檢查   *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為年度 PSA 檢查支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 | |
| 義肢裝置和相關用品  更換全部或部分身體部位或功能的設備（牙科除外）。包括但不限於，結腸造口術袋以及與結腸造口術護理直接相關的用品、起搏器、支架、假肢用鞋、義臂和人造乳房（包括乳房切除術後的手術乳罩）。包括與義肢裝置以及義肢裝置的修理和/或更換相關的特定用品。還包括在白內障摘除或白內障手術後的一些承保有關詳細資訊，請參見本節後面部分的**視力保健**。 | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 肺病康復服務  為患有中度至重度慢性阻塞性肺病 (COPD) 和從治療慢性呼吸道疾病的醫生處接受關於肺病康復的[*insert as appropriate:*轉診 OR 醫囑]的會員承保綜合性肺病康復計劃。  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 蘋果圖標。 用於減少酒精濫用的篩檢和諮詢服務  我們為濫用酒精但不依賴酒精的 Medicare 受保人（包括孕婦）承保一次酒精濫用篩檢。  如果您的酒精濫用篩檢結果為陽性，您每年可獲得由初級醫療環境中符合資格的主治醫生或執業醫護人員提供的最多 4 次簡短的面對面諮詢課程。  *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為 Medicare 承保的用於減少酒精濫用的篩檢和諮詢等預防性福利支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 | |
| 蘋果圖標。 用低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 進行肺癌篩檢  對於符合資格的個人，每 12 個月承保一次 LDCT。  **合格的會員為**：在 50 – 77 歲之間無肺癌跡象或症狀，但菸齡至少 20 年且每天至少吸一包菸，並且目前吸菸或在過去 15 年內戒菸。他們在肺癌篩檢諮詢和共同作出決策就診期間因符合 Medicare 對該等就診的標準而獲得由醫師或合資格的非執業醫護人員提供的 LDCT 醫囑。  *就進行首次 LDCT 篩檢後的 LDCT 肺癌篩檢而言：*會員必須獲得 LDCT 肺癌篩檢的醫囑，該等醫囑可在任何適當就診期間由醫師或合資格的非執業醫護人員提供。如果醫生或合資格的非醫生執業者選擇為隨後的 LDCT 肺癌篩檢提供肺癌篩檢諮詢和共同作出決策就診，該就診必須符合 Medicare 對該等就診的標準。 | | 不需要為 Medicare 承保的諮詢和共同作出決策就診或 LDCT 支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 | |
| 蘋果圖標。 性傳播感染 (STI) 篩檢和用於預防 STI 的諮詢  我們承保衣原體、淋病、梅毒和 B 型肝炎等性傳播感染 (STI) 的篩檢。若孕婦和 STI 高危人群的主治醫生要求其進行檢查，我們將為其篩檢承保。我們承保每隔 12 個月或在孕期特定時間的這類檢查。  我們還為面臨 STI 高風險的性活躍成人承保每年最多兩次、單獨的 20-30 分鐘面對面高強度行為諮詢課程。如果這些諮詢課程是由主治醫生提供並且是在初級醫療環境（如醫生診所）進行的，我們只會承保作為預防服務的這些諮詢課程。  *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為 Medicare 承保的 STI 篩檢和 STI 諮詢等預防性福利支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 | |
| 治療腎病的服務  承保服務包括：   * 教授腎病護理知識並幫助會員對其護理作出知情決定的腎病培訓服務。對於患有第四期慢性腎病的會員，在醫生轉診後，我們在其一生中最多承保六次腎病培訓服務。 * 門診透析治療（包括暫時離開服務區域時的透析治療，如第 3 章所述，或者當您暫時無法從為您提供這項服務的提供者處獲得服務時的透析治療） * 住院透析治療（如果您已作為住院患者入院接受特殊護理） * 自我透析培訓（包括為您以及任何幫助您在家進行透析治療的人提供的培訓） * 家庭透析設備和用品   **治療腎病的服務（續）**   * 某些家庭支援服務（例如，在必要時由經過培訓的透析工作人員到家裡，幫助處理緊急情況並對您的透析設備和供水進行檢查）   某些藥物由您的 Medicare B 部分藥物福利進行承保。有關 B 部分藥物承保的資訊，請前往 **Medicare B 部分處方藥**一節。 | *[List copays / coinsurance / deductible*] | |
| 專業護理機構 (SNF) 護理  （有關專業護理機構護理的定義，請參見本文件第 12 章。專業護理機構有時被稱為 SNF。）  *[List days covered and any restrictions that apply, including whether any prior hospital stay is required.]*承保服務包括但不限於：   * 半私人病房（或在有醫療需要時的私人病房） * 包括特殊飲食在內的膳食 * 專業護理服務 * 物理治療、職業治療與語言治療 * 作為您的護理計劃組成部分對您施用的藥品（其中包括人體中天然存在的物質，例如凝血因子。） * 血液 – 包括儲存和管理。全血和濃縮紅細胞的承保從您需要的第四品脫血液開始 — 您必須為在一個日曆年內獲得的前三品脫血液支付費用或使用由您或其他人捐獻的血液。所有其他血液成分均從使用的第一品脫開始承保*[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]*。 * 一般由 SNF 提供的醫療用品和手術用品   專業護理機構 (SNF) 護理（續）   * 一般由 SNF 提供的化驗室檢查 * 一般由 SNF 提供的 X 光及其他放射服務 * 一般由 SNF 提供的器械（例如輪椅）的使用 * 醫師/執業醫護人員服務   通常，您需要從網絡中的機構接受 SNF 護理。但是，在下列某些情況下，如果不屬於網絡內提供者的機構接受我們計劃的支付金額，您也許可以從該機構獲得護理。   * 在您去醫院之前所住的療養院或連續性護理退休社區（只要它提供專業護理機構護理） * 您出院時您的配偶或同居伴侶所住的專業護理機構 | *[List copays / coinsurance/ deductible. If cost sharing is based on benefit period, include definition / explanation of BID approved benefit period here.]* | |
| 蘋果圖標。 戒菸和戒除菸草使用（有關戒菸或戒除菸草使用的諮詢）  如果您使用菸草，但沒有和菸草相關疾病的徵象或症狀：我們會在 12 個月時間內為您承保兩次免費的戒菸諮詢課程，以作為一項預防服務。每次戒菸輔導包括最多四次面對面交談。  如果您使用菸草且被診斷出患有菸草相關疾病，或正在使用可能受菸草影響的藥品：我們將承保戒菸諮詢服務。我們會在 12 個月時間內為您承保兩次戒菸諮詢課程；但是，您需要支付適用的分攤費用。每次戒菸輔導包括最多四次面對面交談。  *[Also list any additional benefits offered.]* | 不需要為 Medicare 承保的戒菸和戒除菸草使用等預防性福利支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 | |
| 慢性病患者可獲得的特殊補充福利  *[Enrollees with chronic condition(s) that meet certain criteria may be eligible for supplemental benefits for the chronically ill. The chronic conditions and benefits must be listed here. The benefits listed here must be approved in the bid. Describe the nature of the benefits and eligibility criteria here.*  *If this benefit is not applicable, plans should delete this row.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 監督運動療法 (SET)  我們為患有症狀性外周動脈疾病 (PAD)，[*Optional:* 且已從負責 PAD 治療的醫生處獲得 PAD 轉診]的會員承保 SET]。  如果符合 SET 計劃的要求，最多可承保為期 12 週的 36 次治療。  SET 計劃必須：   * 由持續 30 至 60 分鐘的治療組成，包含為跛行患者提供的 PAD 治療性運動訓練課程 * 在醫院門診或醫師診室開展 * 由合格的輔助人員提供，該人員需要確保治療的益處大於危害，並接受過 PAD 運動療法的訓練 * 由醫師、醫師助理或執業護士/臨床護理專家直接監督，他們必須接受過基本和進階生命支援技術方面的訓練   如果醫療保健提供者認為醫學上有必要，可以在超出 12 週之外承保 36次治療之外的 SET 療程，並在更長的時間內提供額外 36 次治療。  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 急症治療服務  急症治療服務是為需要立即就醫的非緊急、未能預見的疾病、受傷或病情提供的護理，但鑑於您的情況，從網絡內提供者處獲得服務是不可能或不合理的。如果根據您的情況，要立即從網絡內提供者處獲得醫療護理是不合理的，那麼您的計劃將承保網絡外提供者提供的急症治療服務。這樣的服務是需要立即提供的，並且具有醫療必需性。如果發生以下情況，則計劃必須承保蓋網絡外的急症治療服務：您暫時不在本計劃的服務區域，因意外情況需要緊急醫療服務，但並非緊急醫療情況；或者，您在當時的情況下無法立即從網絡內提供者處獲得醫療護理。在網絡外提供的必要急症治療服務的分攤費用，與在網絡內提供該等服務的費用相同。  *[Include in-network benefits. Also identify whether this coverage is within the U.S. or as a supplemental world-wide emergency/urgent coverage.]* | *[List copays / coinsurance. Plans should include different copayments for contracted urgent care centers, if applicable.]* | |
| 蘋果圖標。 視力護理（續）  承保服務包括：   * 用於對眼部疾病和傷害進行診斷和治療的門診醫生服務，包括老年黃斑退化的治療。Original Medicare 不承保針對眼鏡/隱形眼鏡的常規視力檢查（驗光）。 * 對於青光眼高風險人群，我們將每年承保一次青光眼篩檢費用。青光眼高風險人群包括：有青光眼家族史的人、糖尿病患者、年滿 50 歲的非裔美國人，以及年滿 65 歲的西班牙裔美國人   **視力護理（續）**   * 對於糖尿病患者，每年承保一次糖尿病視網膜病變篩檢 * *[Adapt this description if the plan offers more than is covered by Original Medicare.]*每次白內障手術（包括植入人工晶狀體）後承保一副眼鏡或隱形眼鏡（如果您接受兩次單獨的白內障手術，無法在第一次手術後保留福利及在第二次手術後購買兩副眼鏡。）   *[Also list any additional benefits offered, such as supplemental vision exams or glasses. If the additional vision benefits are optional supplemental benefits, they should not be included in the benefits chart; they should be described within Section 2.2.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| 蘋果圖標。 歡迎加入 Medicare 預防性診斷  計劃可承保一次**歡迎加入 Medicare** 預防性診斷。其中包括健康審查、有關您所需預防性服務（包括某些篩檢和注射）的培訓和諮詢，以及轉診進行其他護理（如果需要）。  **重要提示：**僅在您加入 Medicare B 部分後的前 12 個月內，我們為您承保**歡迎加入 Medicare** 預防性診斷。預約時請告訴醫生診所，您要預約**歡迎加入 Medicare** 預防性診斷。 | 不需要為**歡迎加入 Medicare** 預防性診斷支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 | |

#### 第 2.2 節 您可購買的額外可選補充福利

*[Include this section if you offer optional supplemental benefits in the plan and describe benefits below. Plans must explain how these benefits are different than what is covered under Medicaid and must indicate if any of the optional supplemental benefits are covered by Medicaid. You may include this section either in the EOC or as an insert to the EOC.]*

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

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

#### 第 2.3 節 使用我們計劃的可選訪客/遊客福利獲得護理

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

如果您沒有永久搬離，但您連續六個月以上不在我們計劃的服務區域，我們通常會將您從我們的計劃中除名。但是，我們提供了一個訪客/遊客計劃 *[specify areas where the visitor/traveler program is being offered]*，如果參加該計劃，在離開我們服務區域不足 12 個月時您仍留在我們的計劃中。參加我們的訪客/遊客計劃，您可以在支付網絡內分攤費用後獲得所有計劃承保服務。在使用訪客/遊客福利時，請聯絡本計劃以協助您找到醫療服務提供者。

如果您待在訪客/遊客區域中，您可在 2024 年 12 月 31 日之前留在我們的計劃中。如果您在 2024 年 12 月 31 日之前未返回計劃的服務區域，您將從計劃退保。]

### 第 3 節 哪些服務不在 *[insert plan name]* 承保範圍內？

#### 第 3.1 節 *[insert plan name]* *不*承保的服務

*[Plans should use this section to include additional benefits covered outside the plan by Medicaid, as appropriate*. *Plans should modify as necessary to describe whether the benefits are available through fee-for-service Medicaid and/or a Medicaid managed care plan.]*

下述服務不獲 *[insert plan name]* 承保，但卻可透過 Medicaid 獲得：

### 第 4 節 哪些服務不獲[*insert as applicable:*本計劃 *OR* Medicare *OR* Medicaid] 承保？

#### 第 4.1 節 [[*insert as applicable:*本計劃 *OR* Medicare] ([*insert if applicable:* Medicare] *不*承保項目）*OR* Medicaid *不*承保的服務

本節告訴您哪些服務被[*insert if applicable:* Medicare]排除在外。

下表介紹在任何情況下[i*nsert as applicable:*本計劃 *OR* Medicare *OR* Medicaid] 都不予承保的一些服務和項目，以及僅在特定情況下才被[i*nsert as applicable*:本計劃 *OR* Medicare *OR* Medicaid] 承保的一些服務和項目。

如果您接受了被排除在外（不承保）的服務，您必需自行為該服務付費，下面列出的特定情況除外。即使您是在緊急醫療機構接受不承保服務，仍不能獲得承保，且我們的計劃也不會為這些服務付款。僅有的例外情況是：若該服務在上訴後被裁定為由於您的特殊情況我們應予支付或承保的醫療服務，我們才會支付其費用。（有關對我們做出不承保某項醫療服務的決定提出上訴的資訊，請參見本文件第 9 章第 6.3 節。）

*[The services listed in the chart are excluded from Original Medicare’s benefit package. If any services below are covered supplemental Medicare benefits, delete them from this list. If plans partially exclude services excluded by Medicare, they may revise the text accordingly to describe the extent of the exclusion. Plans may add parenthetical references to the Benefits Chart for descriptions of covered services/items as appropriate. Plans may reorder the below excluded services alphabetically, if they wish. Plans may also add exclusions as needed.*

*When Medicare exclusions are covered by the plan under Medicaid, plans should keep the item/service but modify language as needed to indicate that the benefits are covered by the plan under Medicaid.]*

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

## 第 5 章: *使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保*

問號。 **如果您正在接受 D 部分處方藥費用「額外補助」，如何才能獲得關於您的藥物費用***[plans that are approved to exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or dual eligible individuals with full Medicaid benefits, omit the rest of this question]***的資訊？**

[*Plans that are approved to exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or dual eligibleindividuals with full Medicaid benefits insert this language:*由於您符合 Medicaid 的條件，因此有資格獲取並且正在獲取 Medicare 的「額外補助」，用於支付您的處方藥計劃費用。因為您加入了「額外補助」計劃，**則本*承保範圍說明書*中關於 D 部分處方藥費用的某些資訊**[*insert as applicable:***可能** *OR* **並**]**不適用於您。**][*Other plans insert:*我們的大多數會員有資格獲取並且正在獲取 Medicare 的「額外補助」，用於支付其處方藥計劃費用。若您加入了「額外補助」計劃，**則本*承保範圍說明書*中關於 D 部分處方藥費用的某些資訊**[*insert as applicable:***可能** *OR* **並]不適用於您**。]*[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]* 我們 [*insert as appropriate:* 已附上 OR 已向您寄送]一份單獨的插頁來說明您藥物承保，該插頁稱為*取得額外補助支付處方藥之人士的承保範圍說明書附則*（也稱為低收入補貼附則或 LIS 附則）。如果您尚未收到此插頁，請致電會員服務部索要「LIS 附則」。（會員服務部電話號碼印在本文件封底。）

### 第 1 節 簡介

本章**說明使用您 D 部分藥物承保範圍的規則。**請參見第 4 章查看 Medicare B 部分藥物福利和善終藥物福利。

除 Medicare 承保的藥物之外，您的 Medicaid 福利為您承保一些處方藥。[*Insert as appropriate:*「「藥物清單」」介紹如何瞭解您的 Medicaid 藥物保險。*OR* *[Insert language about where member can learn about Medicaid drug coverage].*]

#### 第 1.1 節 計劃 D 部分藥物承保範圍的基本規則

本計劃通常將會承保您的藥物，只要您遵守以下基本規則：

* 您必須由提供者（醫生、牙醫或其他處方醫生）為您開立處方，處方在適用的州法律下必須有效。
* 您的處方醫生不在 Medicare 的排除或除外名單中。
* 您通常須使用網絡內藥房來配取您的處方藥。（請參見第 2 節，*在網絡內藥房*[*insert if applicable:* *or through the plan’s mail-order service*] *配取處方藥*。）
* 您的藥物必須列於計劃的*承保藥物清單（處方藥一覽表）*（我們簡稱為「藥物清單」）上。（請參見第 3 節，*您的藥物必須列於計劃的「藥物清單」上*。）
* 您的藥物必須用於治療醫學上認可的適應症。醫學上認可的適應症表示一種由美國食品藥物管理局批准，或由某些參考書籍支持的藥物使用方式。（有關醫學上認可的適應症的詳細資訊，請參見第 3 節。）

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

#### 第 2.1 節 使用網絡內藥房

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

網絡內藥房是和計劃簽約的藥房，用來提供您的承保處方藥。承保藥物一詞表示所有計劃「藥物清單」上的 D 部分處方藥。

#### 第 2.2 節 網絡內藥房

如何尋找您當地的網絡內藥房？

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

您可以前往我們網絡內的任何藥房。[*Insert if plan has pharmacies that offer preferred cost sharing in its network:*我們的一些網絡內藥房提供首選分攤費用，可能低於提供標準分攤費用的藥房的分攤費用。*藥房目錄*將告訴您哪些網絡內藥房提供首選分攤費用。您可以聯絡我們瞭解更多有關不同藥物的自付費用有何不同的資訊。]

如果您使用的藥房離開了網絡，該如何處理？

如果您使用的藥房退出了計劃的網絡，您將需要尋找一間新的網絡內藥房。[*Insert if applicable:*或者，如果您正在使用的藥房仍在網絡內，但不再提供首選分攤費用，建議您改為其他網絡或首選藥房（如果可用）。]如要尋找您當地的另一間藥房，您可以致電會員服務部或使用*藥房目錄*來尋求幫助。[*Insert if applicable:*您也可以透過我們的網站 at *[insert website address].*] 取得此資訊。

如果您需要專門的藥房，該如何處理？

有些處方藥必須在專門的藥房配取。專門的藥房包括：

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

如要尋找專門的藥房，可以查看您的*藥房目錄*或致電會員服務部。

#### 第 2.3 節 使用本計劃的郵購服務

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

[*Include the following information only if your mail-order service is limited to a subset of all formulary drugs, adapting terminology as needed:*對於某些種類的藥物，您可以使用該計劃的網絡郵購服務。通常，您定期服用的藥物、慢性或長期病情的藥物可透過郵購服務購買。[*Insert if plan marks mail-order drugs in formulary:*這些藥物在我們的「藥物清單」中被標記為**郵購藥物**。][*Insert if plan marks non-mail-order drugs in formulary:*不可透過計劃的郵購服務購買的藥物在我們的「藥物清單」中以星號標記。]]

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

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

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

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

*[Sponsors should provide the appropriate information below from the following options, based on i) whether the sponsor will automatically process new prescriptions consistent with the policy described in the December 12, 2013 HPMS memo and 2016 Final Call Letter; and ii) whether the sponsor offers an optional automatic refill program consistent with policy described in the 2020 Final Call Letter.* *Sponsors who provide automatic delivery through retail or other non-mail order means have the option to either add or replace the word: ship with deliver, as appropriate.]*

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

[***Option 1:*** *Sponsors that* ***do not*** *automatically process new prescriptions from provider offices, insert the following:*

**藥房直接從您醫生的診室收到的新處方。**   
藥房從醫療保健提供者處收到處方後，將聯絡您以瞭解您是需要立即配藥還是稍後配藥。每次藥房聯絡您時，您都應作出回覆，以便讓他們知道是否要發運、延發或停發新處方藥物，這一點非常重要。]

[***Option 2:*** *Sponsors that* ***do*** *automatically process new prescriptions from provider offices, insert the following:*

**藥房直接從您醫生的診室收到的新處方。**  
在以下情況下，藥房將自動按照從醫療服務提供者處收到的新處方配藥並寄送給您，而不會事先諮詢您的意見：

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

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

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

如果您從未使用過我們的郵購服務，和/或決定停止自動配取新處方上的藥物，藥房將在每次從醫療服務提供者處取得新處方時聯絡您，以確認您是否希望立即配取並發運藥物。每次藥房聯絡您時，您都應作出回覆，以便讓他們知道是否要發運、延發或停發新處方藥物，這一點非常重要。

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

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

**郵購處方藥的重配。**對於重新配取藥物，請在您現有的處方藥將用完前 *[insert recommended number of days]* 天聯絡您的藥房，以確保郵購的藥物可以及時發運給您。]

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

**郵購處方藥的重配。**對於重新配取藥物，您可選擇參加一項自動重配計劃，[*optional:*名為*[insert name of auto-refill program]*]。參加此計劃後，當我們的記錄顯示您即將用完藥物時，我們將自動開始處理您的下次藥物重配。藥房將在每次寄送重配藥物前聯絡您，確定您是否需要更多藥物，且如果您有足夠藥物或您的藥物發生變化，您可取消預定的重配藥物。

如果您選擇不使用我們的自動重配計劃，但仍希望郵購藥房向您發送處方藥，請在您現有的處方藥將用完前 *[insert recommended number of days]* 天聯絡您的藥房。這將確保您的郵購藥物及時送達。

如要退出可自動準備郵購藥物重配的計劃 [*optional: insert name of auto-refill program instead of “*our program*”*]，請透過 *[insert instructions]*.] 聯絡我們。

如果您自動收到您不想要的郵寄處方藥，您可能有資格獲得退款。

#### 第 2.4 節 如何取得長期藥物供應？

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

[*Insert if applicable:*當您取得長期藥物供應時，您的分攤費用可能會較低。]本計劃提供了[*insert as appropriate:*一種 *OR* 兩種] 就我們計劃「藥物清單」上的維持藥物，取得長期供藥（亦稱為延長*供藥*）的方法。（維持藥物是您定期使用的藥物，用於治療慢性或長期疾病。）

1. [*Insert if applicable:*部分網絡內零售藥房可[*insert if applicable:*（提供首選分攤費用）]，以[*insert as appropriate:*較低 *OR* 郵購]分攤費用為您提供長期維持藥物供應。］[*Insert if applicable:*其他零售藥房可能不會同意接受[*insert as appropriate:* 較低 *OR* 郵購]分攤費用。在此情況下，您將須負責支付差價。] 您的*藥房目錄*介紹了哪些網絡內藥房可為您提供長期維持藥物供應。您亦可致電會員服務部瞭解更多資訊
2. *[Delete if plan does not offer mail-order service*。*]*您還可以透過我們的郵購計劃獲得維持藥物。請參見第 2.3 節瞭解更多資訊。

#### 第 2.5 節 在何種情況下，您可以使用計劃網絡外的藥房？

在某些情況下，您的處方藥可能有承保

通常，*只有*在您無法使用網絡內藥房時，我們才會承保於網絡外藥房配取的處方藥。[*Insert if applicable:* 為了幫助您，我們在服務區域外備有網絡內藥房，您可藉由計劃會員身份在這些藥房配取處方藥。]**請先洽詢會員服務部**，以確定附近是否有網絡內藥房。您很可能需要支付在網絡外藥房購買藥物的費用與網絡內藥房承保費用之間的差額。

在以下情形下，我們可能會承保於網絡外藥房配取的處方藥：

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

如何要求計劃報銷？

*[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid-covered benefits.]* 如果您必須使用網絡外藥房，您通常將需要在配取處方藥時支付全額的費用[*plans with cost sharing, insert:* (rather than your normal cost share)]。您應要求我們報銷[*plans with cost sharing, insert:* 我們應承擔的費用]。（第 7 章第 2 節介紹如何要求計劃償付。）

### 第 3 節 您的藥物必須列於計劃的「藥物清單」上

#### 第 3.1 節 「藥物清單」說明何種 D 部分藥物有承保

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

此清單上的藥物皆由計劃在醫生和藥劑師團隊的協助下選定。該清單符合 Medicare 的要求並已獲得 Medicare 批准。

「藥物清單」包括由 Medicare D 部分承保的藥物。除 Medicare 承保的藥物之外，您的 Medicaid 福利為您承保一些處方藥。[*Insert as appropriate:*「藥物清單」介紹如何瞭解您的 Medicaid 藥物保險。*OR* *[insert language about where member can learn about Medicaid drug coverage].*]

我們通常會承保計劃「藥物清單」上的藥物，只要您遵守其他在本章所說明的承保規則，且該藥用於醫學上認可的適應症。「醫學上認可的適應症」表示該藥的使用方式符合以下*任一項*：

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

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

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

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

副廠藥是一種和原廠藥具有相同活性成分的處方藥。[*Insert if applicable:* 由於生物製品比典型藥物更複雜，因此它們沒有副廠版本，而是具有稱為生物仿製藥的替代藥物。]一般來說，副廠藥[*Insert if applicable:*和生物仿製藥]與原廠藥[*Insert if applicable*:或生物製品]藥效相同，而且通常成本更低。許多原廠藥皆有副廠藥可供替代。[*Insert if applicable:*一些生物製品有生物仿製藥可供替代]。

[*Insert if applicable:*

非處方藥

我們的計劃也承保某些非處方藥。某些非處方藥的價格比處方藥低，但療效與處方藥相同。如需瞭解更多資訊，請致電會員服務部。]*[Plans that offer both a Part C and Part D over the counter benefit should explain i) what can be purchased by each program, ii) what can be purchased by both programs, iii) the effects of using one program or the other.]*

哪些藥物*不*在「藥物清單」上？

*[If the plan does not include Medicaid-covered drugs on the “Drug List,” add information indicating that these drugs are not included and where the member can find this information.]*

本計劃並未承保所有的處方藥。

* 在某些情況下，法律並不允許任何 Medicare 計劃承保某些類型的藥物（更多資訊請參見本章 7.1 節）。
* 還有一些情況則是，我們決定不將某種特定的藥物包含在「藥物清單」內。在某些情況下，您可能可以獲得不在「藥物清單」上的藥物。有關詳細資訊，請參見第 9 章。

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

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

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

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

如要瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用等級，請查詢計劃的「藥物清單」。

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

#### 第 3.3 節 如何得知某種特定的藥物是否有列於「藥物清單」上？

您有 *[insert number]* 種方法進行查詢：

1. 查閱我們 [[*insert*: 郵寄給您] OR [*insert*: 以電子方式提供]的最新「藥物清單」。[*Insert if applicable:*（請注意：我們提供的「藥物清單」上載有會員最常用的承保藥物的資訊。然而，我們還承保「藥物清單」上未列出的其他藥物。如果您的某種藥物不在「藥物清單」上，您應瀏覽我們的網站或聯絡會員服務部以確認我們是否承保此藥。）]
2. 瀏覽計劃的網站(*[insert URL]*)。該網站上的「藥物清單」始終為最新版本。
3. 致電會員服務部，查詢某種特定的藥物是否有列於計劃的「藥物清單」上，或索要一份該清單的副本。
4. 使用計劃的「即時福利工具」(*[insert URL]*或致電會員服務部）。您可以使用此工具搜尋「藥物清單」上的藥物，以預先估算您需支付的費用以及「藥物清單」上是否有可治療相同病症的替代藥物。 *[Plans may insert additional information about the Real-Time Benefit Tool such as rewards and incentives which may be offered to enrollees who use the “Real-Time Benefit Tool.”]*
5. *[Plans may insert additional ways to find out if a drug is on the “Drug List.”]*

### 第 4 節 某些藥物具有承保範圍限制

#### 第 4.1 節 為何某些藥物有限制？

對於某些處方藥，特殊的規則限制了計劃如何與何時才可承保。醫生與藥劑師團隊制訂了這些規則，來協助您和您的提供者最有效地使用藥物。如要確定這些限制是否適用於您使用（或想要使用）的藥物，請查閱「藥物清單」。如果一種安全且費用較低的藥物和較昂貴的藥物效果相同時，計劃的規則將鼓勵您與您的醫療服務提供者使用費用較低的藥物。

請注意，有時某種藥物可能在「藥物清單」上多次出現。這是因為相同藥物可能因您的醫療服務提供者開出藥物的規格、份量或劑型而有所不同，並且不同版本的藥物可能適用不同的限製或分攤費用（例如，10 mg 與 100 mg；每天一次與每天兩次；片劑與液體）。

#### 第 4.2 節 何種限制？

下節將介紹關於我們對某些藥物使用的限制類型。

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

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

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

通常，**副廠藥****[*Insert as applicable: or interchangeable biosimilar]* 或可互換的生物仿製藥**]和原廠藥[*Insert as applicable: or original biological product]***或原廠生物製品**]的藥效相同，並且費用較低。[*Insert as applicable:***大多數情況下，當** *OR* **在]原廠藥** [*Insert as applicable:****或原廠生物製品]*有其副廠藥**[*Insert as applicable:****或可互換的生物仿製藥****]***可用時，我們的網絡內藥房將會為您提供副廠藥**[*Insert as applicable:* ***或可互換的生物仿製藥****]***，而不是原廠藥****[*Insert as applicable: 或原廠生物製品****]]***。**但是，如果您的提供者[*insert as applicable:*告訴我們在醫學上副廠藥[*insert as applicable:*或可互換的生物仿製藥]對您不起效的理由 *OR* 在處方上註明某種原廠藥[*Insert as applicable:*或原廠生物製品]「無替代藥物」*OR* 告訴我們在醫學上副廠藥[*insert as applicable:*、可互換的生物仿製藥、]或治療相同症狀的其他承保藥物對您不起效的理由]，那麼我們將承保原廠藥[*Insert as applicable*: 或原廠生物製品]。（對於原廠藥[*insert as applicable:*或原廠生物製品]，您應承擔的費用可能會較副廠藥[*insert as applicable:*或可互換的生物仿製藥]高。）

事先取得計劃批准

對於某些藥物，在我們同意為您提供承保前，您或您的提供者需要取得計劃的批准。這稱為**事先授權**。這是為了確保用藥安全，幫助指導適當使用某些藥物。如果您並未取得此批准，您的藥物可能不會由計劃承保。

首先嘗試不同的藥物

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

數量限制

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

### 第 5 節 如果您藥物的承保方式並不是您所想要的，該如何處理？

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

在某些情況下，您正在使用的處方藥或您和您的提供者認為您應該使用的藥物不在我們的處方藥一覽表上，或在我們的處方藥一覽表上但有限制條件。例如：

* 該藥物可能完全沒有承保。或者，可能僅承保其副廠藥，但您想要使用其未承保的原廠藥。
* 藥物獲承保，但其承保範圍有額外的規則或限制，如第 4 節所述。
* *[Omit if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions.]*藥物有承保，但其分攤費用等級使得分攤費用超出您的預期。
* 如果您藥物的承保方式並不是您所想要的，您可以採取一些步驟。
* 如果您的藥物未列於「藥物清單」上，或是如果您的藥物受到限制，請參見第 5.2 節，以瞭解如何處理。
* *[Omit if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions.]*如果您的藥物所在的分攤費用等級使得您的費用高於您認為其應有的費用，請參見第 5.3 節瞭解您可以採取哪些措施。

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

如果您的藥物未列於「藥物清單」上，或者如果該藥受到某些限制，您有以下選項：

* 您可能可以取得該藥物的臨時性供藥。
* 您可以更換成另一種藥物。
* 您可以提出例外處理申請，並要求計劃承保該藥，或取消對該藥的限制。

您可能可以取得臨時性供藥

在某些情況下，計劃必須提供您已經在服用的藥物的臨時性供藥。這種臨時性供藥讓您有時間與您的提供者討論承保範圍的變化，並決定接下來應該怎麼做。

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

* **如果您是新會員，**在您成為本計劃會員後的前 ***[insert time period (must be at least 90 days)]*** 天內，我們將承保您的藥物的臨時性供藥。
* **如果您去年參保了本計劃，**在該曆年的前 **[*insert time period (must be at least 90 days)]*** 天內，我們將承保您的藥物的臨時性供藥。
* 臨時性供藥最多提供*[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one-month supply)]*。如果您的處方藥可供使用的天數較少，我們將允許多次配藥，以提供最長達 *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one-month supply)]* 的藥物。處方藥必須在網絡內藥房配取。（請注意，長期護理藥房可能每次僅提供較小份量的藥物以免造成浪費。）
* **對於加入本計劃超過 *[insert time period (must be at least 90 days)]*** **且住在長期護理機構，並且立即需要藥物補給的會員：**

我們將承保特定藥物一次 *[insert supply limit (must be at least a 31-day supply)]* 的緊急供藥，如果您的處方天數少於此數，則會承保少於該天數的藥量。這是除了上述臨時性供藥之外的供藥。

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

有關臨時性供藥的問題，請致電會員服務部。

在您使用臨時性供藥期間，您應和您的提供者討論，以決定當臨時性供藥用盡時該如何處理。您有兩個選擇：

1) 您可以更換成另一種藥物

與您的提供者討論是否有不同的計劃承保藥物對您有相同的效果。您可以致電會員服務部，索要一份可治療相同病症的承保藥物清單。此清單將可協助您的提供者找到適合您的承保藥物。

2) 您可以要求例外處理

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

*[Plans may omit the following paragraph if they do not have an advance transition process for current members.]*如果您是現有會員，且您正在服用的藥物明年將自處方藥一覽表中移除，或以相同方式受限，我們將在新年前告知您關於藥物的任何變更。您可在明年之前提出例外處理申請，我們將在收到您的申請（或您的處方醫生的支持聲明）後的 72 小時內作出答覆。如果我們批准您的申請，我們將在更改生效之前批准該承保。

如果您和您的醫療服務提供者想申請例外處理，第 9 章第 7.4 節將介紹該如何處理。其中說明了 Medicare 為確保您的請求得到及時公平的處理而制定的程序和截止時間。

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

如果您認為您藥物的分攤費用等級過高，您可以：

可以更換成另一種藥物

如果您認為您藥物的分攤費用等級過高，請與您的提供者討論。可能有較低分攤費用等級的不同藥物對您有相同的效果。致電會員服務部，索要一份可治療相同病症的承保藥物清單。此清單將可協助您的提供者找到適合您的承保藥物。

您可以要求例外處理

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

如果您和您的醫療服務提供者想申請例外處理，第 9 章第 7.4 節將介紹該如何處理。其中說明了 Medicare 為確保您的請求得到及時公平的處理而制定的程序和截止時間。

[*Insert if the plan designated one of its tiers as a specialty tier for unique/high-cost drugs and is exempting that tier from the exceptions process:* 我們的*[insert tier number and name of the tier designated as the specialty tier]* 藥物不符合此類例外處理的資格。我們不會降低此級別的藥物分攤費用金額。]

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

### 第 6 節 如果您藥物的承保範圍更改，該如何處理？

#### 第 6.1 節 在一年當中，「藥物清單」可能會有更改

大多數藥物承保範圍的更改發生在每年開始時（1 月 1 日）。然而，在一年當中，計劃可能會對「藥物清單」作出一些更改。例如，計劃可能：

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

在更改計劃的「藥物清單」之前，我們必須遵守 Medicare 的要求。

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

關於更改藥物承保範圍的資訊

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

在當前計劃年度內影響您的藥物承保範圍的更改

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

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

* **新的副廠藥取替了「藥物清單」中的原廠藥（或者我們更改了原廠藥的分攤費用等級或對其增設限制，或是同時更改了原廠藥的分攤費用等級並對其增設限制）**
  + 如果我們用同一藥物新批准的副廠藥替換原廠藥，則可能會立即刪除我們「藥物清單」上的原廠藥。這種副廠藥將出現在相同或更低的分攤費用等級上，並具有相同或更少的限制。在加入新副廠藥時，我們可能會決定將該原廠藥保留在「藥物清單」上，但會立即將其移至更高的分攤費用等級或增設限制，或是同時將其移至更高的分攤費用等級並增設限制。
  + 在作出更改之前，我們可能不會提前通知您，即使您正在使用該原廠藥也不例外。如果我們作出更改時您正在使用該原廠藥，我們將向您提供有關具體更改的資訊。這些資訊也包括您可能需要採取的行動，以申請例外處理，獲得該原廠藥的承保。在我們作出更改前，您可能不會收到此通知。
  + 您和您的處方醫生可以要求我們作出例外處理，並繼續為您承保該原廠藥。有關如何請求例外處理的資訊，請參閱第 9 章。

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

* **副廠藥****[*Insert as applicable:*或可互換的生物仿製藥]取代了「藥物清單」中的原廠藥（或者我們更改了原廠藥的分攤費用等級或對其增設限制，或者同時作出這兩種變更）** 
  + 如果我們用同一藥物的副廠藥替換了原廠藥[*Insert as applicable:*或用同一生物製品的可互換的生物仿製藥替換了生物製品]，可能會從「藥物清單」上刪除該原廠藥[*Insert as applicable:* 或原廠生物製品]]。在新增副廠藥[*Insert as applicable:*或可互換的生物仿製藥]時，我們可能會決定將該原廠藥[*Insert as applicable:*或原廠生物製品]保留在「藥物清單」上，但會提高其分攤費用等級或增設限制，或者同時作出這兩種變更。
  + 如果您正在使用的原廠藥[*Insert as applicable:*或原廠生物製品]被副廠藥[*Insert as applicable:*或可互換的生物仿製藥]取代或移至更高分攤費用等級，我們必須至少提前 30 天通知您，或向您通知此變更並就該項原廠藥給予您 *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one-month supply)]*  天份量的原廠藥[*Insert as applicable:*或原廠生物製品]重新配藥。
  + 收到此變更通知後，您應和您的提供者一起準備轉換到副廠藥[*Insert as applicable:* 或可互換的生物仿製藥]或不同的承保藥物。
  + 您和您的處方醫生可以要求我們作出例外處理，並繼續為您承保該原廠藥[*Insert as applicable:* 或原廠生物製品]。有關如何請求例外處理的資訊，請參閱第 9 章。*]*

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

* **「藥物清單」上的不安全藥物和其他藥物退出市場**
  + 有時某種藥物可能因被認為不安全或因其他原因下市。如果發生這種情況，我們可能會立即將該藥自「藥物清單」中移除。如果您正在使用該藥，我們會立即告訴您。
  + 您的處方醫生也將得知此情況，並可和您一起尋找另一種適合您的病情的藥物。
* **「藥物清單」中藥物的其他變更** 
  + 一年之後，我們可能會作出其他變更，並可能會影響您正在使用的藥物。例如，*[plan sponsors that want the option to immediately substitute new generic drugs insert:*我們可能會增加非新上市的副廠藥，以取代「藥物清單」上的原廠藥，或者更改原廠藥的分攤費用等級或對其增設限制，或是同時更改了原廠藥的分攤費用等級並對其增設限制。我們也*] OR* *[plan sponsors that will not be making immediate generic substitutions insert:* 我們]可能會根據 FDA 的包裝警告或經 Medicare 認可的新臨床指引作出變更。
  + 如作出此類變更，我們必須至少提前 30 天通知您，或給您發出變更通知並就您正在使用的藥物給予您 *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one-month supply)]*- 天的網絡內藥房重新配藥。
  + 收到此變更通知後，您應和您的處方醫生一起準備轉換到不同的承保藥物，或者滿足您正在使用的藥物的任何新限制。
  + 您或您的處方醫生可以要求我們作出例外處理，並繼續為您承保該藥。有關如何請求例外處理的資訊，請參閱第 9 章。

**在本計劃年度內對您沒有影響的「藥物清單」更改**

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

一般而言，在當前計劃年度不會影響您的變更包括：

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

您正在使用的藥物發生任何這些變更（但並非因為藥物從市場上退出，副廠藥取代了原廠藥，或上述章節所列的其他變更），則直到明年的 1 月 1 日為止，該變更將不會影響您的用藥或您的分攤費用。在該日期前，您可能不會感到您的付款有任何增加，或您的用藥有任何新的限制。

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

### 第 7 節 哪些藥物*不能*獲得本計劃承保？

#### 第 7.1 節 我們不承保的藥物類型

*[Plans may, as appropriate, remove or modify language regarding benefit exclusions when the benefits are covered by the plan under the Medicaid program.]*

本節告訴您哪些種類的處方藥被**排除在外**。這意味著 [*insert as appropriate:* Medicare 不會支付 *OR* Medicare 和 Medicaid 均不會支付]這些藥費。

如果您提出上訴，並且我們發現您請求的藥物未被 D 部分排除在外，我們將支付或承保該藥物。（有關對決定提出上訴的資訊，請參見第 9 章。）[*Insert if applicable:*如果我們計劃不承保的藥物亦被 Medicaid 排除在外，您必須自行支付其費用 *OR* 如果藥物被排除在外，您必須自行支付其費用][*insert if applicable:*（我們增強型藥物保險下承保的某些藥物除外）]。

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

* 我們計劃的 D 部分藥物保險無法承保而將由 Medicare A 部分或 B 部分承保的藥物。
* 我們計劃無法承保於美國或其屬地境外購買的藥物。
* 我們的計劃通常無法承保非適應症使用。非適應症使用指的是任何非該藥標籤上指示由美國食品藥物管理局批准之用途。
* 非適應症使用的承保僅在該用途受到某些參考資料支持的情況下才被允許，例如 American Hospital Formulary Service Drug Information 和 DRUGDEX Information System。

此外，根據法律，以下列出的藥物類別不受 Medicare [*insert if list integrates Medicare and Medicaid exclusions:* 或 Medicaid] 承保。[*Insert if list is not integrated:* 但是，部分這些藥物可能由您的 Medicaid 藥物保險承保 [*insert if plan notes categories with Medicaid coverage below:* ，如下所述。] *[If plan does not note categories with Medicaid coverage, insert an explanation of where members can find this information.]*

* 非處方藥（也稱為成藥）
* 用於促進生育的藥物
* 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物
* 用於美容目的或促進頭髮生長的藥物
* 處方維生素與礦物質產品（產前維生素與氟化物製劑除外）
* 用於治療性功能或勃起功能障礙的藥物
* 用於治療厭食症、體重減輕或體重增加的藥物
* 製造商試圖透過銷售條件要求相關測試或監測服務只能自該製造商購買的門診藥物

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

*[Insert if plan does not offer coverage for any drugs excluded under Part D:***若您正在接受「額外補助」**來支付您的處方藥費，該「額外補助」計劃將不會支付通常不承保的藥物的費用。然而，若您擁有透過 Medicaid 獲得的藥物保險，您的州 Medicaid 計劃可能會承保部分 Medicare 藥物計劃通常不承保的處方藥。請聯絡您所在州的 Medicaid 計劃，確定可為您提供哪些藥物承保。（Medicaid 的電話號碼及聯絡資訊列於第 2 章第 6 節。）]

### 第 8 節 配取處方藥

#### 第 8.1 節 提供您的會員資訊

*[Plans with members that need to show their Medicaid card to fill prescriptions for drugs covered under Medicaid should edit this section as needed.]*

配取處方藥時，請在您選擇的網絡內藥房出示您的會員卡上的計劃會員資訊。網絡內藥房會就您的藥物費用自動向計劃收取[*plans with cost sharing insert:* 我們應承擔的部分]。*[Plans with no cost sharing, delete the next sentence.]*當您領取處方藥時，您將需要向該藥房支付*您*應承擔的部分。

#### 第 8.2 節 如果您沒有帶上您的會員資訊，該如何處理？

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

*[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid-covered benefits.]*如果該藥房無法取得必要的資訊，**在領取處方藥時，您可能將需要支付全額的費用。**（您可以在之後**要求我們償付**[*insert if plan has cost sharing:* 我們應承擔的部分]。有關如何要求計劃償付的資訊，請參見第 7 章第 2 節。）

### 第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物保險

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

如果您住進醫院或專業護理機構，且該住院由計劃承保，我們通常將會在住院期間承保您處方藥的費用。一旦您離開該醫院或專業護理機構，只要您的藥物滿足本章所述的所有承保規則，計劃就會承保您的處方藥。

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

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

請查閱您的*藥房目錄*，以確認您 LTC 機構的藥房或其使用的藥房是否在我們的網絡內。如果不在我們的網絡內，或您需要更多資訊，請聯絡會員服務部。如果您入住 LTC 機構，我們必須確保您能夠透過我們的網絡內 LTC 藥房接受您的 D 部分福利。

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

有關臨時或緊急供藥，請參見第 5.2 節。

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

*[Plans that cannot enroll members with employer or retiree coverage should delete this section.]*

如果您有透過您的（或您的配偶或同居伴侶的）雇主或退休人士團體取得其他處方藥保險，請聯絡**該團體的福利管理員**。該名福利管理員將可協助您確定您目前的處方藥保險是否適合我們的計劃。

一般來說，如果您有僱員或退休人士團體保險，您從我們這裡獲得的藥物保險將會成為您的團體保險之外的*次要保險*。這表示您的團體保險將會先行支付。

關於有信譽度的保險的特別注意事項：

每年您的雇主或退休人士團體應寄給您一份通知，告知您下一個日曆年的處方藥保險是否為有信譽度的。

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

**請保留此關於有信譽度保險的通知**，因為您之後可能會需要用到。如果您加入了 Medicare 包含 D 部分藥物保險的計劃，您可能需要此通知來顯示您已維持有信譽度的保險。如果您並未取得關於有信譽度的保險的通知，您可以透過您僱主或退休計劃的福利管理員，或該名僱主或工會取得一份副本。

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

善終計劃和我們的計劃不會同時承保同一種藥物。如果您參加了 Medicare 善終計劃，並且要求獲得某些藥物（例如抗噁心、通便、止痛藥或抗焦慮藥物），而此藥因為與您的絕症及相關狀況無關而不受您的善終計劃承保，則在本計劃承保該藥物前，本計劃必須收到來自處方醫師或您的善終服務提供者的通知，聲明該藥物與您的絕症無關。為防止耽誤您收到任何我們計劃應承保的這些藥物，您在配取方配藥之前，請要求您的善終服務提供者或處方醫生提供通知。

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

### 第 10 節 藥物安全與用藥管理的計劃

#### 第 10.1 節 協助會員安全用藥的計劃

我們將為會員進行用藥審核，以確保安全與適當的護理。

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

* 可能的用藥錯誤
* 因為您正使用另一種藥物治療相同病症，所以可能不必要的藥物
* 因為您的年齡或性別而可能不安全或不適合的藥物
* 某些在同時使用時可能會對您造成傷害的藥物組合
* 處方上的藥物有您會過敏的成分
* 您正在使用之藥物的藥量（劑量）可能有錯
* 類鴉片止痛藥超出安全劑量

如果我們在您的用藥上發現可能的問題，我們將會和您的提供者一起更正該問題。

#### 第 10.2 節 協助會員安全使用類鴉片藥物的藥物管理計劃 (DMP)

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

* 要求您從某個藥房處獲得所有類鴉片藥物[*insert if applicable:* 或苯二氮類藥物]的處方
* 要求您從某位醫生處獲得所有類鴉片藥物[*insert if applicable:* 或苯二氮類藥物]的處方
* 限制為您承保的鴉片類藥物[*insert if applicable:* 或苯二氮類藥物]數量

如果我們計劃限制您獲得這些藥物的方式或數量，我們會提前給您寄送一封信函。該信函將告知您我們是否會對這些藥物的承保作出限制，或如果您需要僅從特定的醫生或藥房處取得這些藥物的處方。您將有機會告訴我們您傾向於看哪些醫生或使用哪個藥房，以及您認為我們應瞭解的其他任何資訊。在您回覆後，如果我們決定對這些藥物的承保作出限制，我們將向您寄送另一封信函，藉此確認相關限制條件。如果您認為我們作出錯誤的決定，或您不同意我們的決定或限制條件，您和您的處方醫師有權提出上訴。如果您提出上訴，我們將會審核您的個案，並給予您新的裁決。如果我們仍然拒絕您的任何與藥物獲取限制相關的請求，我們將自動將您的個案交給我們計劃之外的獨立審查機構。如需瞭解有關如何提出上訴的資訊，請參見第 9 章。

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

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

我們提供計劃 [*delete:* a *and insert:* programs *if plan has other medication management programs*]來協助有複雜健康需求的會員。我們的 [*if applicable replace:* 「我們的」*with* 一項] 計劃稱為藥物治療管理 (MTM) 計劃。此計劃[*if applicable replace with:* These programs are]這些計劃]免費且可自願加入。藥劑師與醫生團隊為我們制訂了此計劃[*insert if* *applicable:* s]，以便幫助確保我們的會員最大程度地從其使用的藥物中受益。

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

最好跟您的醫生討論一下推薦的待辦事項清單和藥物清單。在就診時或與您的醫生、藥劑師及其他醫療保健提供者交談時，請隨身攜帶這份摘要。另外，前往醫院或急診室時也請帶上最新的藥物清單（例如，與您的 ID 卡一起）。

如果我們有符合您需求的計劃，我們將會自動將您加入該計劃，並寄給您相關資訊。如果您決定不參與，請通知我們，我們將會為您退出。如果您對此計劃[[*if applicable replace with:* these programs]這些計劃]有任何疑問，請聯絡會員服務部。

## 第 6 章： *對於 D 部分處方藥您須支付的費用*

**問號。 如果您正在接受 D 部分處方藥費用「額外補助」，如何才能獲得關於您的藥物費用***[plans that are approved to exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or dual eligible individuals with full Medicaid benefits, omit the rest of this question]***的資訊？**

[*Plans that are approved to exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or dual eligible individuals with full Medicaid benefits insert this language:*由於您符合 Medicaid 的條件，因此有資格獲取並且正在獲取 Medicare 的「額外補助」，用於支付您的處方藥計劃費用。因為您加入了「額外補助」計劃，**則本*承保範圍說明書*中關於 D 部分處方藥費用的某些資訊**[*insert as applicable:***可能** *OR* **並]不適用於您。**][*Other plans insert:*我們的大多數會員有資格獲取並且已經獲取 Medicare 的「額外補助」，用於支付其處方藥計劃費用。若您加入了「額外補助」計劃，**則本*承保範圍說明書*中關於 D 部分處方藥費用的某些資訊**[*insert as applicable:***可能** *OR* **並]不適用於您**。]*[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]*我們]*insert as appropriate:*已隨附 *OR* 向您寄送]一份單獨的插頁來說明您藥物承保，該插頁稱為*取得額外補助支付處方藥之人士的承保範圍說明書附則*（也稱為低收入補貼附則或 LIS 附則）。如果您尚未收到此插頁，請致電會員服務部索要「LIS 附則」。

*[Plans with no cost sharing for Part D drugs, should move the information in Section 3 to Chapter 5 and delete the rest of Chapter 6.]*

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 節 將本章和其他說明您藥物承保範圍的資料一起使用

本章將著重介紹對於 D 部分處方藥您須支付的費用。為了簡單起見，我們在本章中使用**藥物**來表示 D 部分處方藥。如第 5 章所述，並非所有藥物均為 D 部分藥物，按照法律，一些藥物被 D 部分承保排除在外。一些被 D 部分承保排除在外的藥物受 Medicare A 部分或 B 部分[*insert if applicable:* or under Medicaid] [*Optional for plans that provide supplemental coverage:*或 Medicaid] 承保。此外，如果您已購買補充藥物保險，我們的計劃可能會承保一些不保藥物。]

要瞭解支付資訊，您需要瞭解承保藥物有哪些、哪裡可以配取處方藥以及取得承保藥物需要遵守的規則。第 5 章第 1 節到第 4 節解釋了這些規則。當您使用計劃的「即時福利工具」來查找藥物承保（請參見第 3 章第 3.3 節）時，所顯示的費用是「即時」提供的，這意味著您在工具中看到的費用反映了某個時刻的費用，為您預計支付的自付費用提供估算。您亦可致電會員服務部，取得「即時福利工具」提供的資訊。

#### 第 1.2 節 您為承保藥物支付的自付費用類型

D 部分藥物有不同類型的自付費用。您為藥物支付的金額稱為**分攤費用**，可能需以三種方式支付。

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

#### 第 1.3 節 Medicare 如何計算您的自付費用

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

**這些費用計入您的自付費用中**

您的自付費用包括下列款項（只要是用來支付 D 部分承保藥物且您遵守於第 5 章說明的藥物承保規則）：

* 當您在下列任一藥物付款階段時，您須為藥物支付的金額：
  + *[Plans without a deductible, omit]* 自付扣除金階段
  + 初始承保階段
  + *[Plans without a Coverage Gap, omit]*承保缺口階段
* 任何您在加入我們的計劃前，作為不同 Medicare 處方藥計劃的會員，於此日曆年內支付的款項。

視由誰支付而定：

* 如果您是**親自**支付，則這些款項將包含在您的自付費用中。
* 如果是由**特定的其他個人或機構**代表您支付，這些款項*也將包含*在您的自付費用中。這包含了由朋友、親屬、大多數的慈善機構、AIDS 藥物協助計劃、*[plans without an SPAP in their state delete next item]* 符合 Medicare 資格的州政府醫藥補助計劃、或印地安醫療保健服務為您的藥物所支付的款項。由 Medicare 的「額外補助」計劃所支付的款項也包含在其中。
* 某些由 Medicare 承保缺口折扣計劃所支付的款項也包含在您的自付費用中。製造商為您原廠藥所支付的金額也包含在其中。但不包含本計劃為您的副廠藥所支付的金額。

進入重大傷病承保階段：

當您（或代表您支付的人）在日曆年內已支付共計 $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]* 的自付費用時，您將會從[*insert as applicable:*初始承保階段 OR 承保缺口階段]進入重大傷病承保階段。

**這些費用不計入您的自付費用中**

您的自付費用**不包括**以下任何類型的款項：

* *[Plans with no premium, omit]*您的月繳保費。
* 您在美國及其屬地境外購買的藥物。
* 不由我們的計劃承保的藥物。
* 您在網絡外藥房取得不符合本計劃網絡外承保要求的藥物。
* [*Insert if plan does not provide coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:*非 D 部分藥物，包含由 A 部分或 B 部分承保的處方藥，以及其他由 Medicare 排除在承保範圍外的藥物。]

[*Insert next two bullets if plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:*

* 由 A 部分或 B 部分承保的處方藥。
* 您為我們額外承保而 Medicare 處方藥計劃通常不承保的藥物所支付的款項。]
* [*Insert if applicable:*您為 Medicare 處方藥計劃通常不承保之處方藥所支付的款項。]
* 本計劃在承保缺口期間為您的原廠藥或副廠藥所支付的款項。
* 團體保健計劃（包含雇主保健計劃）為您藥物支付的款項。
* 特定保險計劃及政府出資的保健計劃（例如：TRICARE、退伍軍人管理局）為您藥物支付的款項。
* 具有法律義務支付處方藥費用的第三方（例如勞工賠償）為您藥物支付的款項。

*在此提醒您：*如果有任何其他機構（例如上述其中之一）為您支付藥物部分或全部的自付費用，您必須致電會員服務部通知我們的計劃。

如何追蹤自付費用的總額？

* **我們將為您提供幫助。**您收到的 D 部分福利說明 (EOB) 報告包含了您目前的自付費用金額。當此金額達到 $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]* 時，本報告將會告知您已脫離[*insert as applicable:*初始承保階段 OR 承保缺口階段]，並進入了重大傷病承保階段。
* **請確保我們能獲得所需的資訊。**第 3.2 節介紹了您如何協助我們確保您的花費記錄完整且有及時更新。]

### 第 2 節 您須為藥物支付的金額，視您取得該藥時的藥物付款階段而定

*[Plans with a single payment stage: delete this section.]*

#### 第 2.1 節 *[insert 2024 plan name]* 會員的藥物付款階段有哪些？

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

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

**第 1 階段：年度自付扣除金階段**

**第 2 階段：初始承保階段**

**第 3 階段：承保缺口階段**

**第 4 階段：重大傷病承保階段**

### 第 3 節 我們會寄一份報告給您，說明您藥物的付款與您的付款階段

*[Plans with no cost sharing: modify Section 3.1 and 3.2 as necessary and move it to Chapter 5.]*

*[Plans with a single payment stage: modify this section as necessary.]*

#### 第 3.1 節 我們寄給您的每月摘要稱為 *D 部分福利說明*（D 部分 EOB）

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

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

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

* **該月的相關資訊。**此份報告說明了您上個月配取處方藥的付款細節。這包含了藥費總額、計劃支付的金額，以及您和其他人代表您支付的金額。
* **自 1 月 1 日起當年度的全部資訊。**這稱為年初至今資訊。該資訊顯示自年初以來，您藥物的藥費總額及付款總額。
* **藥物價格資訊。**此資訊將顯示藥物總價格，以及自第一次配取每份處方中相同數量的藥物以來的漲價情況。
* **費用更低的其他可用處方藥。**此資訊包括每份處方中分攤費用較低的其他可用藥物。

#### 第 3.2 節 協助我們及時更新關於您藥物付款的資訊

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

* **每次配取處方藥時，請出示您的計劃會員卡。**這有助於確保我們瞭解您所配取的處方藥，以及您支付的金額。
* *[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid-covered benefits.]***請確保我們能獲得所需的資訊。**有時您可能需要支付處方藥的全部費用。在這種情況下，我們無法自動取得追蹤您的自付費用所需的資訊。為了協助我們追蹤您的自付費用，您可以給我們您購買藥物的收據副本，此類情況範例如下：
  + 當您在網絡內藥房以特殊價格，或使用不屬於我們計劃福利的折扣卡來購買承保藥物時
  + 當您為製藥商患者協助計劃所提供的藥物支付定額手續費時
  + 每當您在網絡外藥房購買承保藥物，或當您在特殊情況下為承保藥物支付全額的費用時

如果您被收取承保藥物的費用，您可以要求我們的計劃來支付我們應承擔的費用。有關如何執行此操作的說明，請參見第 7 章第 2 節。

* **請將其他人替您支付的款項資訊寄送給我們。**由某些其他的個人與機構所支付的款項也計入您的自付費用中。例如，由 *[plans without an SPAP in their state delete next item]* 州政府醫藥補助計劃、AIDS 藥物協助計劃 (ADAP)、印地安醫療保健服務，以及大多數的慈善機構所支付的款項皆計入您的自付費用中。請保留這些款項的記錄，並寄給我們，以便我們追蹤您的費用。
* **請查閱我們寄給您的書面報告。**當您收到 D 部分 EOB 時，請仔細檢查，確保資訊完整且正確。如果您認為缺少某些內容或有任何疑問，請致電會員服務部。*[Plans that allow members to manage this information on-line may describe that option here.]*請務必保留這些報告。

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

[*Plans with no deductible replace Section 4 title with:* There is no deductible for *[insert 2024 plan name]* 無任何自付扣除金。]

[*Plans with no deductible replace text below with*: *[insert 2024 plan name]*. 無需支付自付扣除金。當您在一年中首次配取處方藥時，您將從初始承保階段開始。請參見第 5 節，瞭解有關您在初始承保階段中的承保範圍的資訊]。

由於我們的大部分會員接受其處方藥費用的「額外補助」，自付扣除金階段不適用於大部分會員。如果您接受「額外補助」，此付款階段不適用於您。

*[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]*請查看單獨插頁（LIS 附則），瞭解關於自付扣除金金額的資訊。]

如果您未接受「額外補助」，自付扣除金階段是您的藥物承保的第一個付款階段。[*Plans with a deductible for all drug types/tiers, insert:* 當您在一年中首次配取處方藥時，此階段開始。當您在此付款階段時，**您必須支付藥物的全部費用**，直到您達到本計劃的自付扣除金，2024 年的自付扣除金為 $*[insert deductible amount]*。] *[Plans with a deductible amount other than $0, add:*自付扣除金不適用於承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗（包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗）。*]*[*Plans with a deductible on only a subset of drugs, insert:*您將為 *[insert applicable drug tiers]*藥物支付 $*[insert deductible amount]* 的年度自付扣除金。**您必須支付您的 *[insert applicable drug tiers]*** **藥物的全部費用**，直至達到本計劃的自付扣除金。對於所有其他藥物，您無需支付任何自付扣除金。]**全部費用**通常低於藥物的正常全價，因為我們的計劃針對大多數藥物議定了較低的費用。

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

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

*[Plans with a single coverage stage: modify this section as necessary.]*

*[Plans with no cost sharing in the Initial Coverage Stage: modify this section as necessary.]*

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

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

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

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

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

* *[Plans should briefly describe each tier (e.g., Cost-Sharing Tier 1 includes generic drugs). Indicate which is the lowest tier and which is the highest tier.]*
* *[Plans with copayment/coinsurance on tiers during the Initial Coverage Stage, insert the following if the insulin cost sharing differs from the cost sharing for other drugs on the same tier:* 您需為該等級上的每種承保胰島素產品支付每月 $[xx] 的費用。*][Repeat for all drug tiers.]*

如要瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用等級，請查詢計劃的「藥物清單」。

您的藥房選擇

您須為藥物支付的金額視您在下列哪個地點取得而定：

* *[Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost sharing, delete this bullet and use next two bullets instead.]*網絡內零售藥房
* *[Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost sharing, insert:* 網絡內零售藥房。*]*
* *[Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost sharing, insert:*提供首選分攤費用的網絡內零售藥房。在提供首選分攤費用的藥房，費用可能更低。*]*
* 本計劃網絡外的藥房我們僅在有限的情況下承保網絡外藥房配取的處方藥。有關何時我們承保於網絡外藥房配取之處方藥的資訊，請參見第 5 章第 2.5 節。
* *[Plans without mail-order service, delete this bullet]*本計劃的郵購藥房。

有關這些藥房選擇與配取處方藥的詳情，請參見第 5 章，以及計劃的*藥房目錄*。

#### 第 5.2 節 *一個月*份量藥物補給的費用表

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

*[Plans that do not use drug tiers, omit]*如同下表所示，定額手續費或共同保險的金額視分攤費用等級而定。*[Plans without copayments omit]*有時，藥物費用低於您的定額手續費。在這些情況下，您支付較低的藥物價格而非定額手續費。

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

*[Plans that, per the State Medicaid Agency Contract, exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or dual eligible individuals with full Medicaid benefits may delete columns and modify the chart as necessary to reflect the plan’s prescription drug coverage.]*

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

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

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

有關 D 部分疫苗的分攤費用的詳細資訊，請參見本章第 9 節。

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

通常，您為處方藥支付的費用包含一個月份量的供藥。有時，您或您的醫生可能希望您的供藥少於一個月（例如，當您第一次嘗試藥物時）。如果能幫您更好地規劃不同處方的補給日期，您也可以要求您的醫生開立及您的藥劑師配發少於一個月份量的藥物。

如果您接受的某些藥物的供藥不足一個月，您將無需按整月支付費用。

* 如果您負有支付共同保險的責任，您需按藥物總費用的特定*百分比*支付。由於共同保險是基於藥物的總費用，因此藥物總費用降低後，您的費用也會降低。
* 如果您負有支付該藥物定額手續費的責任，您只需按您獲得藥物的天數支付，而不是按整個月支付。我們將計算您每日支付的藥物費用（每日分攤費用），並乘以您獲得藥物的天數。

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

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

對於某些藥物，您可以取得長期供藥（也稱為延長供藥）。長期供藥的[*insert if applicable:* up to]上限]為 *[insert number of days]* 天份量的供藥。

下表顯示了您在取得長期供藥時須支付的費用。

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

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

*[Plans that, per the State Medicaid Agency Contract, exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or other full-benefit dual eligible individuals may delete columns and modify the chart as necessary to reflect the plan’s prescription drug coverage.]*

當您取得 D 部分承保處方藥的*長期*供藥時，您分別應承擔的費用：

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

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

#### 第 5.5 節 您將停留在初始承保階段，直到您[*insert as applicable:* 一年內的總藥費達到 $*[insert initial coverage limit]* *OR* 一年內的自付費用達到 $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]*]

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

[*Plans with no additional coverage gap replace the text above with:* 您將停留在初始承保階段，直到您的總自付費用達到 $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]*。而後，您將進入重大傷病承保階段。]

[*Insert if applicable:*我們額外承保 Medicare 處方藥計劃通常不承保的部分處方藥。為這些藥物支付的款項將不計入您的 [*insert if plan has a coverage gap:* 初始承保限額或]總自付費用。]

您收到的 D 部分 EOB 可協助您追蹤您、本計劃和任何第三方在一年內為您的藥物支付了多少金額。許多人皆未在一年內達到 [*insert as applicable:* $*[insert initial coverage limit]* *OR* $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]*] 的上限。

如果您達到此金額，我們會通知您。如果您確實達到了此金額，您將會離開初始承保階段，進入 [*insert as applicable:*承保缺口階段 *OR* 重大傷病承保階段]。請參閱第 1.3 節，瞭解 Medicare 如何計算您的自付費用。

### 第 6 節 承保缺口階段的費用

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

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

*[Plans with some coverage in the gap, revise the text below as needed to describe the plan’s coverage.]*

當您處於承保缺口階段時，「Medicare 承保缺口折扣計劃」將提供原廠藥製造商折扣。您須為原廠藥支付 25% 的議定價格和部分配藥費。您支付的金額和製造商折扣的金額皆如同已由您支付一般計入您的自付費用，並使您通過承保缺口。

您也將取得副廠藥的部分承保。對於副廠藥，您需支付的費用不會超過 25%，而計劃將支付其餘的部分。只有您支付的金額才被計算在內，並使您通過承保缺口。

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

Medicare 規定了哪些內容可以計入您的自付費用，哪些內容*不*計入您的自付費用（第 1.3 節）。

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

*[Plans with a single coverage stage: modify this section as necessary.]*

* 當您的自付費用在日曆年內達到 $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]* 的上限時，您將進入重大傷病承保階段。一旦您進入了重大傷病承保階段，您將會維持在此付款階段，直到該日曆年結束。.*[Plans that do not cover excluded drugs under an enhanced benefit, OR plans that cover excluded drugs under an enhanced benefit but with the same cost sharing as covered Part D drugs in this stage (i.e., no cost sharing), insert the following:* 在此付款階段期間，本計劃將為您支付所有的承保藥物費用。您無須支付任何費用。*]*
* *[Plans that cover excluded drugs under an enhanced benefit with cost sharing in this stage, insert the following two bullets:*
  + 在此付款階段期間，本計劃將為您的 D 部分承保藥物支付全部費用。您無須支付任何費用。
  + 對於我們增強型福利下承保的被排除在外的藥物，您需支付 *[insert copay of coinsurance amount]。]*

### 第 8 節 附加福利資訊

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

*[Plans with no cost sharing may move this section to Chapter 5.]*

### 第 9 節 D 部分疫苗。您支付的費用取決於您接種疫苗的方式和地點

*[Plans may revise this section as needed.]*

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

我們的 D 部分疫苗接種承保包含了兩個部分：

* 承保的第一個部分為**疫苗本身**的費用。
* 承保的第二個部分為**疫苗接種**的費用。（有時將其稱為疫苗的「施打」。）

您為 D 部分疫苗接種支付的費用，視以下三者而定：

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

* 大多數成人 D 部分疫苗接種都是 ACIP 推薦的，並且無需付費。

**2. 您在何處取得疫苗。**

* 疫苗本身可以由藥房分發或由醫生辦公室提供。

**3. 誰為您接種疫苗。**

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

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

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

以下是您可能接種 D 部分疫苗的三個範例。

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

* 對於大多數成人 D 部分疫苗，您不需要支付任何費用。
* 對於其他 D 部分疫苗，您須向該藥房支付疫苗本身的*[insert as appropriate:* 共同保險 *OR* 定額手續費*]*以及疫苗接種的費用。
* 我們的計劃將支付其餘的費用。

第 2 種情形： 您在醫生的診所接種 D 部分疫苗。

* 當您接種疫苗時，您可能需要支付疫苗本身的全部費用以及提供者為您施打疫苗的費用。
* 接下來，您可以利用第 7 章所述的程序，要求我們的計劃支付我們應承擔的費用。
* 對於大多數成人 D 部分疫苗，我們將為您全額報銷您支付的金額。對於其他 D 部分疫苗，我們將為您報銷您支付的金額，其中扣除疫苗（含疫苗施打）[*insert as appropriate:*共同保險 *OR* 定額手續費]) *[*Only, *insert the following if an out-of-network differential is charged for a vaccine not identified as an adult ACIP-recommended $0 cost sharing vaccine:*，再扣除任何該名醫生收取之金額和我們通常支付之金額的差額。（如果您有接受「額外補助」，我們將向您報銷此差額。）*]*

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

* 對於大多數成人 D 部分疫苗，您不需要為疫苗本身支付任何費用。
* 對於其他 D 部分疫苗，您須向該藥房支付疫苗本身的 [*insert as appropriate:* 共同保險 *OR* 定額手續費]。
* 當您的醫生替您接種疫苗時，您可能須支付此項服務的全部費用。
* 接下來，您可以利用第 7 章所述的程序，要求我們的計劃支付我們應承擔的費用。
* 對於大多數成人 D 部分疫苗，我們將為您全額報銷您支付的金額。[*Insert as appropriate:*對於其他 D 部分疫苗，我們將為您報銷您支付的金額，其中扣除疫苗施打共同保險。]
* [Only *insert the following if an out-of-network differential is charged for a vaccine that is not an adult ACIP-recommended $0 cost sharing vaccine:*，再扣除任何該名醫生收取之金額和我們通常支付之金額的差額。（如果您有接受「額外補助」，我們將向您報銷此差額。）]

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

## 第 7 章： *要求我們對您收到的承保醫療服務或藥物賬單支付[plans with cost sharing insert: 應承擔的]費用*

*[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid covered benefits. Plans may not revise the chapter or section headings except as indicated.]*

### 第 1 節 您應要求我們支付您的承保服務或藥物的情況

我們的網絡內提供者會就您的承保服務和藥物直接向計劃收費*[plans with cost sharing delete the rest of this sentence]* – 您不應收到承保服務或藥物的賬單。如果您收到了您所接受的醫療護理或藥物的[*plans with cost sharing insert:* 全部費用]賬單，您應該將此賬單寄送給我們以便我們可以支付它。在您給我們寄送賬單時，我們將核對賬單，並決定是否應承保有關服務。如果我們決定承保，我們將直接向提供者付款。

**如果您已經支付了計劃承保的 Medicare 服務或項目，**您可以要求我們計劃向您償付費用（償付通常被稱為給您**報銷**）。一旦您就我們計劃承保的醫療服務或藥物支付了*[insert if plan has cost sharing:* 超出您應承擔的*]*費用，您就有權要求我們的計劃償付費用。您可能要在截止日期之前提出才能獲得償付。請參見本章第 2 節。在您給我們寄送您已經支付的賬單時，我們將核對賬單，並決定是否應承保有關服務或藥物。如果我們決定承保，我們將向您償付有關服務或藥物的費用。

有時，您可能會收到提供者就您接受的醫療護理開出的全額費用賬單，或者要求您支付超出本文件中所述的您的分擔費用份額。請先嘗試與提供者解決賬單問題。如果解決不了，請將賬單寄給我們，而不要付款。我們將核對賬單，並決定是否應承保有關服務。如果我們決定承保，我們將直接向提供者付款。如果我們決定不予付款，我們將通知提供者。您支付的費用絕不應超過計劃允許的分攤費用。如果已與此醫療服務提供者簽約，您仍然有權接受治療。

以下是您可能需要求我們的計劃向您償付費用，或就您收到的賬單付款的一些情況。

**1. 如果您接受並非我們計劃網絡內的醫療服務提供者提供的緊急醫療或急症醫療護理**

您可接受任何提供者提供的緊急醫療服務或急症治療服務，無論該提供者是否在我們的網絡內。在這些情況下，您應要求提供者向計劃收取費用。

* 如果您在接受護理時支付了全部費用，您應要求我們向您償付[*insert if the plan has cost sharing:* 我們應承擔的費用]。您應將賬單及您的付款憑證寄送給我們。
* 您可能會收到提供者要求您付款的賬單，而您認為您不應支付這筆費用。您應將賬單及您的付款憑證寄送給我們。
  + 如果我們欠付提供者款項，我們將直接向其付款。
  + 如果您已就服務支付[*insert if the plan has cost sharing:* 超出您應承擔的]費用，我們將[*insert if the plan has cost sharing:* 確定您應支付的費用，並]向您償付[*insert if the plan has cost sharing:* 我們應承擔的費用]。

**2. 如果網絡內提供者向您發出賬單，而您認為您不應支付該筆費用**

網絡內提供者應始終直接向計劃收費。但是，這些提供者有時會犯錯，要求您支付[*insert as appropriate:* 您的服務費用 *OR* 超出您應承擔的服務費用]。

* *[Plans that are zero cost-share plans or approved to exclusively enroll full-benefit dual eligible individuals who do not pay Parts A and B cost sharing delete this paragraph.]*您只需要在接受承保服務時支付自己的分攤費用金額即可。我們不允許提供者添加其他單獨費用，也叫做**差額費用**。即使我們向提供者支付的費用比提供者對此服務收取的費用少，或者因為有爭議我們沒有支付特定提供者收取的費用，這項使您支付的費用絕不會超過您的分攤費用金額的保護也適用。*[Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:*我們不允許醫療服務提供者就承保服務向您收費。我們直接向我們的醫療服務提供者付款，並保障您不支付任何費用。即使我們向醫療服務提供者支付的費用少於醫療服務提供者對此服務收取的費用，這項規定也適用。]
* 一旦您收到網絡內提供者發出的賬單，[*insert if the plan has cost sharing:* 而您認為其中費用超出您應支付的金額，]請將賬單寄送給我們。我們將直接聯絡提供者，解決賬單問題。
* 如果您已經支付網絡內提供者的賬單，[*insert if plan has cost sharing:* 但您感覺您支付得太多，]請將賬單與任何付款憑證寄送給我們。您應要求我們向您償付[*insert as appropriate:* 您的承保服務費用 *OR* 您所支付的金額與根據計劃您應付的金額之間的差額]。

**3. 如果您是以追溯性的方式加入我們的計劃**

有時，人們是以追溯性的方式加入計劃。（這是指參保的第一天已過。參保日期甚至可能已於上一年度開始。）

如果您是以追溯性方式加入我們的計劃且在參保日期後已就您的承保服務或藥物支付了自付費用，則您可要求我們償付[*insert if the plan has cost sharing:* 我們應承擔的費用]。您需要提交收據和賬單等書面材料，以便我們處理報銷。

**4. 當您使用網絡外藥房配取處方藥時**

如果您前往網絡外藥房，該藥房可能無法直接向我們提交償付要求。當發生這種情況時，您將須支付處方藥的全額費用。

請保留您的收據，並在您要求[*insert if the plan has cost sharing:*就我們應承擔的費用]向您償付時寄送一份副本給我們。請記住，我們僅在有限情況下承保網絡外藥房。有關這些情況的討論，請參見第 5 章第 2.5 節。

**5. 當您因未攜帶計劃會員卡，而支付全額的處方藥費用時**

如果您沒有攜帶計劃會員卡，您可以要求該藥房致電本計劃，或查閱您的計劃參保資訊。然而，如果該藥房無法立即取得所需的參保資訊，您可能需要自行支付處方藥的全額費用。請保留您的收據，並在您要求 [*insert if the plan has cost sharing:*就我們應承擔的費用]向您償付時寄送一份副本給我們。

**6. 當您在其他情況下支付處方藥的全額費用**

您可能會因為處方藥由於某些因素未受承保，而需要支付處方藥的全額費用。

* 例如，該藥可能未列於計劃的「藥物清單」上；或者可能有某項您不知道或不認為適用於您的要求或限制。如果您決定您需要立即獲得藥物，您可能需要支付全部藥費。
* 請保留您的收據，並在您要求我們向您償付時寄送一份副本給我們。在某些情況下，我們可能會需要向您的醫生取得更多資訊，以便[*insert if plan has cost sharing:* 就我們應承擔的藥物費用]向您償付。

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

當您給我們傳送付款請求後，我們將審核您的請求，並決定是否應承保有關服務或藥物。這被稱為作出**承保範圍裁決**。如果我們決定承保，我們將向您償付[*insert if the plan has cost sharing:* 我們應承擔的]服務或藥物費用。如果我們拒絕您的付款請求，您可對我們的決定提出上訴。有關如何提出上訴的詳細資訊，請參見本文件第 9 章。

### 第 2 節 如何要求我們向您退款或就您收到的賬單付款

*[Plans may edit this section to include a second address if they use different addresses for processing medical and drug claims.]*

*[Plans may edit this section as necessary to describe their claims process.]*

您可以透過*[If the plan allows members to submit oral payment requests, insert the following language: either calling us or]*向我們寄送書面請求來要求我們償付您的費用。如果您以書面形式提出請求，請將您的賬單與付款憑證寄送給我們。最好備份您的賬單及收據，以留作記錄。[*Insert if applicable:* 您必須在獲得服務、用品或藥品之日起 ***[insert timeframe]*** **天內向我們索款**。]

[*If the plan has developed a specific form for requesting payment, insert the following language:*為確保您向我們提供我們作出決定所需的所有資訊，您可填寫我們的賠付表格，以請求付款。

* 您並非必須使用該表格，但使用會有助於我們更快地處理資訊。*[Insert the required data needed to make a decision (e.g. name, date of services, item, etc.)]*
* 您可從我們的網站 (*[insert URL]*) 下載表格副本或致電會員服務部索取表格。]

*[Plans with different addresses for Part C and Part D claims may modify this paragraph as needed and include the additional address.]*將您的付款請求及任何賬單或付款收據郵寄至以下地址：

*[Insert address]*

### 第 3 節 我們將考慮您的付款請求並作出回覆

#### 第 3.1 節 我們會核對我們是否應承保有關服務或藥物[*insert if the plan has cost sharing:*以及我們應支付的金額]

收到您的付款請求時，如果我們需要任何額外資訊，將通知您提供。如果不需要，我們將考慮您的請求，並作出承保範圍裁決。

* 如果我們決定有關醫療護理或藥物獲承保，且您遵守了所有規則，我們將支付[*insert if the plan has cost sharing:* 我們應承擔的服務費用]。如果您已經為服務或藥物付款，我們會以郵寄方式將[*insert if the plan has cost sharing:* 我們需要承擔的]費用報銷給您。如果您未支付服務或藥物費用，我們將直接向提供者郵寄款項。
* 如果我們決定有關醫療護理或藥物*不*獲承保，或您*未*遵守任何規則，我們將不會支付[*insert if the plan has cost sharing:* 我們應承擔的護理或藥物費用]。我們將向您發送一封信函，解釋我們未寄出付款的原因並說明您有權對該決定提出上訴。

#### 第 3.2 節 如果我們通知您我們不會支付有關醫療護理或藥物的[*plans with cost sharing insert:*全部或部分]費用，您可提出上訴

如果您認為我們拒絕您的付款請求或我們支付的金額有誤，您可以提出上訴。如果您提出上訴，即表明您要求我們更改在駁回您的付款請求時所作出的決定。上訴程序是一項流程複雜、時限明確的正式程序。有關如何提出上訴的詳細資訊，請參閱本文件第 9 章。

## 第 8 章： *您的權利與責任*

### 

*[****Note***: *Plans may add to or revise this chapter as needed to reflect NCQA-required language or language required by state Medicaid programs.]*

### 第 1 節 我們的計劃必須尊重您作為計劃會員的權利和文化敏感性

#### Section 1.1 *[Plans may edit the section heading and content to reflect the types of alternate format materials available to plan members. Plans may not edit references to language except as noted below ]*我們必須以適合您且符合您的文化敏感性的方式提供資訊（以除英語外的語言、盲文、大號字體印刷版或其他可選形式等）

*[Plans must insert a translation of Section 1.1 in all languages that meet the language threshold.]*

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

我們的計劃提供免費的翻譯服務，以回答不說英語的會員提出的問題。*[If applicable, plans may insert information about the availability of written materials in languages other than English.]*我們也可以盲文、大號字體印刷版或您需要的其他可選形式免費向您提供資訊。我們必須以方便您查閱及適合您的形式為您提供計劃福利的相關資訊。如需我們以適合您的方式提供資訊，請致電會員服務部。

我們的計劃必須讓女性參保人可以選擇直接前往網絡內的女性健康專科醫生處，接受女性常規和預防性醫療保健服務。

如果計劃網絡內的專科醫生不可用，則本計劃需負責找到網絡外的專科醫生，讓他們為您提供必要的護理。在這種情況下，您只需支付網絡內的分攤費用。如果您發現計劃網絡內沒有專科醫生可以提供您需要的服務，請致電計劃瞭解如何才能以網絡內分攤費用來獲取這項服務。

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

#### 第 1.2 節 我們必須確保您及時獲得承保服務和藥物

您有權在計劃網絡內選擇一位 [*insert as appropriate:*主治醫生 (PCP) *OR* 提供者]，來為您提供和安排承保服務。*[Plans may edit this sentence to add other types of providers that members may see without a referral.]*您也有權在不必轉診的情況下前往婦女健康專科醫師（如婦科醫師）診所就診。[*Ifapplicable, replace previous sentence with:* 我們不要求您獲得轉診[*insert if applicable:*才能去看網絡內提供者。]]

您有權*在合理的時間內*，從計劃網絡內的醫療服務提供者處取得預約並獲取承保服務。這包括您有權在需要護理時，及時獲得專科醫生的服務。您也有權向我們的任何網絡內藥房取得處方配藥或重新配藥，而不會出現長時間拖延的情況。

如果您認為您沒有在合理的時間範圍內取得醫療護理或 D 部分藥物，本手冊第 9 章會告訴您怎麼做。

#### 第 1.3 節 我們必須為您的個人健康資訊保密

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

* 您的個人健康資訊包括您在加入本計劃時提供給我們的**個人資訊**，以及您的醫療記錄和其他醫療與健康資訊。
* 您擁有與您的資訊相關的權利，並有權控制您的健康資訊的使用方式。我們會向您發出書面的*隱私條例通知*，其中有相關權利並說明我們如何為您的健康資訊保密。

我們如何保護您健康資訊的隱私？

* 我們確保未經授權人士不能查看或更改您的記錄。
* 除下述情況外，如果我們打算向任何不為您提供護理或不為您支付護理費用的人士提供您的健康資訊，*我們必須先獲得您或您賦予其法律權力替您做出決定的代表的書面許可。*
* 在某些例外情況下，我們無需事先獲得您的書面許可。這些例外情況是法律所允許或所要求的。
* 我們需向正在檢查護理品質的政府機構披露健康資訊。
* 由於您透過 Medicare 加入我們的計劃，我們需向 Medicare 提供您的健康資訊，包括您的 D 部分處方藥資訊。如果 Medicare 出於研究或其他目的公開您的資訊，將根據聯邦法令和法規執行；一般而言，能夠識別您個人身份的資訊是不會用來分享的。

您可以檢閱您記錄內的資訊，瞭解其分享給他人的情況

您有權查閱由計劃保存的醫療記錄，並有權獲得記錄的副本。我們不會向您收取副本的費用。您也有權要求我們增添或更改您的醫療記錄。若您向我們提出這些要求，我們將與您的醫療服務提供者共同決定是否應作出更正。

若您的健康資訊因任何非常規目的而與他人共用，您有權瞭解共用的方式。

若您有任何關於您個人健康資訊隱私方面的疑問或顧慮，請聯絡會員服務。

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

#### 第 1.4 節 我們必須向您提供計劃、其醫療服務提供者網絡以及您的承保服務的相關資訊

*[Plans may edit the section to reflect the types of alternate format materials available to plan members and/or language primarily spoken in the plan service area.]*

作為 *[insert 2024 plan name]* 的會員，您有權向我們索取多種資訊。

如果您需要以下任何類型的資訊，請致電會員服務部：

* **計劃的相關資訊。**例如，包括計劃財務狀況的相關資訊。
* **關於我們的網絡內醫療服務提供者和藥房的資訊。**您有權索取關於我們網絡內醫療服務提供者和藥房的資格以及我們如何向網絡內醫療服務提供者付款的資訊。
* **您的保險及您在使用保險時必須遵循的規則的相關資訊。**第 3 章和第 4 章介紹了有關醫療服務的資訊。第 5 章與第 6 章介紹了 D 部分處方藥保險。
* **服務或藥物不獲承保的原因及您對此可如何處理的相關資訊。**第 9 章介紹關於要求我們就某種醫療服務或 D 部分藥物不獲承保的原因或您的保險受到限制的情況作出書面解釋的資訊。第 9 章還提供關於要求我們所作決定（也稱為上訴）的資訊。

#### 第 1.5 節 我們必須支援您作出護理決定的權利

您有權瞭解您的治療方案及參與決定您的醫療護理

您有權向您的醫生和其他醫療服務提供者瞭解完整資訊。您的醫療服務提供者必須*以您可理解的方式*，說明您的病情及治療選擇方案。

您也有權完全參與您的醫療護理決定。為幫助您與醫生一起決定哪項治療方案最適合您，您擁有以下權利：

* **瞭解您的所有選擇方案。**您有權瞭解所有針對您的病情建議的所有治療方案，無論這些方案須支付多少費用或這些方案是否獲我們的計劃承保。其中也包含瞭解我們計劃所提供之協助會員管理藥物與安全用藥的計劃。
* **瞭解風險。**您有權瞭解您的護理中涉及的任何風險。如果任何建議的醫療護理或治療是試驗研究的一部分，醫生必須事先向您說明。您完全有權拒絕任何試驗性治療。
* **有權拒絕。**您有權拒絕任何建議的治療。這包括有權離開醫院或其他醫療機構，即使您的醫生建議您不要離開。您有權停止使用藥物。當然，如果您拒絕治療或停止使用藥物，您需對身體因此出現的情況負全部責任。

您有權說明在您無法自行作出醫療決定時的處理方式

*[****Note****: Plans that would like to provide members with state-specific information about advanced directives, including contact information for the appropriate state agency, may do so.]*

有時，有些人可能會因為事故或重病而無法自行作出醫療護理決定。您有權說明出現這種情況時希望採取的處理方式。這表明，您可*酌情*：

* 填寫書面表格，**賦予某人合法權利**，以在您不能自行決定時，**代您作出醫療決定**。
* **向您的醫生提供書面指示**，說明您希望他們在您無法自行決定的情況下，如何處理您的醫療護理。

這些情況下，您可以用來事先作出指示的法律文件稱為**預立醫療指示**。預立醫療指示有多種類型及多種名稱，**生前預囑**和**醫療護理授權書**是常見的預立醫療指示。

如果您想使用預立醫療指示來進行說明，程序如下：

* **獲取表格。**您可以從您的律師、社會工作者或某些辦公用品商店獲取預立醫療指示表。有時，您可從向公眾提供 Medicare 資訊的機構索取預立醫療指示表格。[*Insert if applicable:* 您還可聯絡會員服務部索取該表格。]
* **填好表格並簽名。**無論從何處獲取此表格，均請切記該表格屬於法律文件。您應考慮請一位律師幫您編製該文件。
* **將副本交給適當人士。**您應將表格副本交給您的醫生以及您在表格中列出的在您不便時代您做決定的人士。您也可以把副本交給您的好友或家人。在家中保留一份副本。

如果您事先知曉即將住院，且曾簽署預立醫療指示，**請將副本帶至醫院**。

* 醫院會詢問您是否已簽署預立醫療指示表格以及是否攜帶。
* 如果您尚未簽署預立醫療指示表格，醫院可提供表格並詢問您是否希望簽署。

**請記住，是否願意簽署預立醫療指示**（包括住院時是否願意簽署）是您的自由。依據法律，任何人均不得根據您是否已簽署預立醫療指示，而拒絕為您提供護理服務或歧視您。

如果未遵從您的指示，該如何處理？

如果您已簽署預立醫療指示，且認為醫生或醫院未遵從其中的指示，您可向 *[insert appropriate state-specific agency (such as the State Department of Health)]*. *[Plans also have the option to include a separate exhibit to list the state-specific agency in all states, or in all states in which the plan is filed, and then should revise the previous sentence to refer to that exhibit.]* 提出投訴。

#### 第 1.6 節 您有權投訴和要求我們重新考慮所作出的決定

如果您有任何問題、疑慮、投訴以及需要申請承保或提出上訴，本文件第 9 章將說明您可以採取的措施。無論您是要求承保範圍裁決、提出上訴或投訴 – **我們均需公平對待您。**

#### 第 1.7 節 如果您認為遭受不公平待遇或權利未獲尊重，該如何處理？

如果遭受歧視，請致電民權辦公室

如果認為因種族、殘障、宗教、性別、健康程度、族群、教條（信仰）、年齡、性取向或原國籍問題而遭受不公平待遇或權利未獲尊重，應致電 1-800-368-1019（聽障專線   
1-800-537-7697），聯絡衛生與公眾服務部**民權辦公室**，或致電您當地的民權辦公室。

是否屬於其他問題？

若認為遭受不公平待遇或權利未獲尊重，但*並非*遭受歧視，您可透過以下方式尋求幫助：

* 您可以**致電會員服務部**。
* 您可**致電 SHIP**。詳情請參見第 2 章第 3 節。
* 或者，**可致電** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare**（全天候服務）（聽障專線 1-877-486-2048）。

[*As applicable, plans may include additional bullets with contact information for Medicaid and state ombudsman programs consistent with Chapter 2, Section 6.*]

#### 第 1.8 節 如何獲得有關您權利的詳細資訊

您可透過多種途徑瞭解有關您權利的詳細資訊：

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

### 第 2 節 作為計劃會員，您應履行一些責任

*[Plans may add information about estate recovery and other requirements mandated by the state.]*

以下是作為計劃會員所需執行的事項。如果您有任何疑問，請致電會員服務部。

* **熟悉您的承保服務及您獲得此類承保服務所必須遵守的規則。**閱讀本承保範圍說明書，瞭解為您承保的服務，以及獲得承保服務所需遵守的規則。
  + 第 3 章和第 4 章詳細介紹了您的醫療服務。
  + 第 5 章與第 6 章詳細介紹了您的 D 部分處方藥保險。
* **如果除我們的計劃外，您還加入了其他健康保險或單獨的處方藥保險，您需將此情況告知我們。**第 1 章介紹了關於協調這些福利的資訊。
* **將您加入我們計劃的情況告知您的醫生及其他醫療服務提供者。**獲取您的醫療護理或 D 部分處方藥時，務請出示您的計劃會員卡[*insert if applicable:*和 Medicaid 卡]。
* **透過向您的醫生及其他提供者提供資訊、詢問問題和跟進您的護理情況，幫助其為您提供服務。**
  + 為了幫助您獲得最好的護理，請將您的健康問題告訴您的醫生和其他醫療服務提供者。遵從您與醫生議定的治療方案及指示。
  + 確保您的醫生瞭解您所使用的藥品，包括非處方藥、維生素和補品。
  + 如果您有任何疑問，請務必提出，並確保獲得您能理解的回答。
* **請體諒他人。**我們希望所有會員均能尊重其他患者的權利。也希望您在行事時，遵循您醫生診所、醫院及其他辦公室的工作程序，保證其正常工作。
* *[Plans may edit as needed to reflect the costs applicable to their members.]***支付應付的費用。**作為計劃會員，您承擔以下費用：
  + [*Insert if applicable:*您必須支付您的計劃保費。]
  + 您必須繼續支付 Medicare 保費以保持該計劃的會員身份。

*[Delete this bullet if plan does not have cost sharing.]*對於大部分由計劃承保的[*insert if plan has cost sharing for medical services:*醫療服務或]藥物，您在獲取[*insert if plan has cost sharing for medical services:* 服務或]藥物時必須支付應承擔的費用。*[Plans that do not disenroll members for non-payment may modify this section as needed.]*

* + 如果您因高收入（如您的納稅申報單上所顯示）而須支付額外的 D 部分金額，您必須繼續直接向政府支付該筆額外的金額，才可維持本計劃的會員資格。
* **如果您在我們計劃的服務區域*內*搬遷，您需通知**我們您的搬遷情況，以便我們更新您的會員記錄及獲得您的聯絡資訊。
* **如果您*搬離*了我們計劃的服務區域，則您** *[if a continuation area is offered, insert “generally” here and then explain the continuation area]***無法繼續作為我們計劃的會員。**
* 如果您搬遷，同請務必通知社會保障局（或鐵路職工退休委員會）。

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

*[Applicable integrated plans, the subset of fully integrated dual eligible special need plans (FIDE SNPs) and highly integrated dual eligible special need plans (HIDE SNPs) with exclusively aligned enrollment, are required to use Chapter 9B instead of Chapter 9A.]*

*[Plans should remove the corresponding letter, either “A” or “B”, from whichever version of Chapter 9 the plan uses (either Chapter 9A or Chapter 9B) from the document. This includes the main table of contents, Chapter 9 cover page, and Chapter 9 table of contents.]*

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

### 

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 節 遇到問題或疑慮該如何處理

本章列述了處理問題及疑慮的程序。用於處理您的問題的程序視以下兩者而定：

1. 您的問題與 **Medicare** 還是 **Medicaid** 承保的福利有關。如果您需要幫助以決定使用 Medicare 程序還是 Medicaid 程序或兩者，請聯絡會員服務部。
2. 您遇到的問題類型：
   * 就某些問題而言，您需採用**承保範圍裁決和上訴程序**。
   * 對於其他問題，您需採用**提出投訴的程序，**也叫申訴。

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

第 3 節內的指引有助於您確定應採用的正確程序以及您該做什麼。

#### 第 1.2 節 關於法律術語

本章中所列的某些規則、程序及各類截止期限存在若干法律術語。許多術語對於大多數人而言較為陌生且難以理解。為方便起見，本章會：

* 採用更通俗的辭彙取代若干法律術語。例如，本章通常使用提出投訴而非提出申訴，使用承保範圍裁決而非機構裁決、承保範圍裁定或風險裁決，以及使用獨立審核機構而非獨立審核實體。
* 本章中也儘量減少了縮寫詞的使用。

然而，瞭解正確的法律術語可能對您有所幫助，甚至非常重要。瞭解應使用的正確法律術語將有助於您更準確地表達，以獲取適當的幫助或尋找針對您所處情形的資訊。為幫助您瞭解應使用的術語，我們在提供處理特殊情形的詳細資訊時會對法律術語加以闡述。

### 第 2 節 從何處獲取詳細資訊和個性化協助

我們可隨時向您提供協助。即使您想要對我們對待您的方式提出投訴，我們也必須尊重您提出投訴的權利。因此，您應該始終向客戶服務部尋求幫助。但在某些情況下，您也可能希望獲得某位與我們無關人士的幫助或指引。以下是可以為您提供幫助的兩個機構。

州健康保險援助計劃 (SHIP)。

每個州均設有一項政府計劃，並且都有受過專業訓練的顧問。該計劃與我們的計劃、任何保險公司或保健計劃均無關。該計劃的顧問可幫助您瞭解您在處理問題時應採取的程序。他們也能回覆您提出的問題、給予您更多資訊並提供有關處理方法的指引。

SHIP 顧問的服務是免費的。*[Plans providing SHIP contact information in an exhibit may revise the following sentence to direct members to it.]*電話號碼和網址列於本文件的第 2 章第 3 節。

Medicare

您也可以聯絡 Medicare 尋求幫助。要聯絡 Medicare：

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

您可從 Medicaid 獲得幫助和資訊

*[Insert contact information for the state Medicaid agency. Plans may insert similar sections for the QIO or ombudsman.]*

### 第 3 節 如需解決問題，應採取何種程序？

由於您加入了 Medicare 並從 Medicaid 獲取協助，您可以使用不同的程序處理您的問題或投訴。您使用的程序取決於問題與 Medicare 福利還是 Medicaid 福利有關。如果您的問題與 Medicare 承保的福利有關，則您應該使用 Medicare 程序。如果您的問題與 Medicaid承保的福利有關，則您應該使用 Medicaid 程序。如果您需要幫助以決定使用 Medicare 程序還是 Medicaid 程序，請聯絡會員服務部。

Medicare 程序和 Medicaid 程序在本章的不同部分描述。要瞭解您應閱讀哪個部分，請使用下表。

您的問題與 Medicare 福利還是 Medicaid 福利有關？

如果您需要幫助以確定您的問題與 Medicare 福利還是 Medicaid 福利有關，請聯絡會員服務部。

我的問題與 **Medicare** 福利有關。

轉到本章的下一節，**第 4 節處理關於您的 Medicare 福利的問題。**

我的問題與 **Medicaid** 承保範圍有關。

向前跳至本章**第 12 節處理關於您的 Medicaid 福利的問題**。

關於您的 MEDICARE 福利的問題

### 第 4 節 處理關於您的 Medicare 福利的問題

#### 第 4.1 節 是否應採取承保範圍裁決和上訴程序？或採取投訴程序？

如有問題或疑慮，您只需細閱本章中適用於您所處情形的部分。對於與 **Medicare 承保福利**有關的問題或投訴，下表將幫助您找到本章的正確部分。

要弄清楚本章的哪個部分對您的 **Medicare** 福利相關問題或疑慮有幫助，請使用此表：

您的問題或疑慮是否與您的福利或保險有關？

這包括有關醫療護理（醫療用品、服務和/或 B 部分處方藥）是否獲承保、承保的方式等問題，以及與醫療護理付款有關的問題。

**是。**

請查閱本章的下一節，**第 5 節承保範圍裁決和上訴基準指引。**

**否。**

向前跳至本章末尾的**第 11 節**：**如何就護理品質、等待時間、顧客服務或其他事宜提出投訴。**

### 第 5 節 承保範圍裁決和上訴基準指引

#### 第 5.1 節 要求承保範圍裁決和提出上訴：總體情況介紹

承保範圍裁決和上訴針對醫療護理（服務、用品和 B 部分處方藥，包括付款）處理與您的福利及承保範圍有關的問題。為了簡單起見，我們一般將醫療用品、服務和 Medicare B 部分處方藥稱為**醫療護理**。您可利用承保範圍裁決和上訴程序，處理諸如某服務或藥品是否獲承保以及承保方式等事宜。

要求在接受服務之前作出承保範圍裁決

承保範圍裁決是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您的醫療護理支付的金額所作出的裁決。例如，如果您的計劃網絡內醫生將您轉診至網絡外專科醫生，則此轉診被視為有利的承保範圍裁決，除非您的網絡內醫生可證明您已收到關於該專科醫生的標準化拒絕通知，或承保範圍說明書明確說明轉診服務在任何情況下均不獲承保。如果您的醫生不確定我們是否會承保某特定醫療服務或拒絕提供您認為所需的醫療護理時，您或您的醫生也可聯絡我們，要求進行承保範圍裁決。換句話說，如需在獲得某項醫療護理之前瞭解我們對此是否承保，您可要求我們為您作出承保範圍裁決。在有限情況下，承保範圍裁決請求將被駁回，這表示我們將不會審核該請求。駁回請求的情況示例包括：請求不完整、有人代表您提出請求，但其並未獲得相應的合法授權，或您要求撤銷請求。如果我們駁回承保範圍裁決請求，我們將發出通知，解釋駁回請求的原因以及如何要求審核駁回裁決。

我們就為您承保的服務或藥物以及支付的費用作出承保範圍決定。在某些情況下，我們可能決定不承保某些醫療護理，或就您而言，Medicare 不再承保這些醫療護理。如果您不同意該項承保範圍裁決，可提出上訴。

提出上訴

如果我們作出一項承保範圍裁決，而您對此並不滿意，無論是在獲得福利之前還是之後，您均可就該裁決**上訴**。上訴是指要求我們審核並更改我們已作出的承保範圍裁決的正式方式。在某些情況下，您可以對承保範圍裁決申請加急或**快速上訴**，我們將在後文討論這些情況。您的上訴不是由作出原始裁決的審核員處理。

您首次對裁決提出的上訴稱為第 1 級上訴。在這一級上訴時，我們將審核已作出的承保範圍裁決，以核查我們是否恰當遵循規則行事。我們完成審核後，將告訴您我們的決定。

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

如果我們完全或部分拒絕您對醫療護理的第 1 級上訴，您的上訴將自動進入第 2 級上訴程序，並由與我們無關的獨立審核機構進行處理。

* 您無需採取任何行動即可開始第 2 級上訴。Medicare 規則要求，如果我們不完全認同您的第 1 級上訴，需自動將您對醫療護理的上訴移送至第 2 級。
* 有關第 2 級上訴的詳細資訊，請參見本章**第 6.4 節**。
* 對於 D 部分藥物上訴，如果我們拒絕您的全部或部分上訴，您將需要申請第 2 級上訴。本章第 7 節進一步介紹了 D 部分上訴。

如果仍不滿第 2 級上訴作出的決定，還可繼續提出其他級別的上訴（本章第 10 節將介紹第 3、4 及 5 級上訴程序）。

#### 第 5.2 節 欲要求承保範圍裁決或提出上訴時，該如何尋求幫助

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

* 您**可以致電我們的會員服務部。**
* 您可從州健康保險援助計劃處**免費取得幫助**。
* **您的醫生可代表您提出請求。**如果您的醫生幫助您請求第 2 級以上的上訴，他們將需要被指定為您的代表。請致電會員服務部索取*代表委任*表格。（此表格也可在 Medicare 網站 [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) [*plans may also insert:* 或我們的網站 *[insert website or link to form*]] 上獲取。）
* 您的醫生可代表您就醫療護理要求作出承保範圍裁決或第 1 級上訴。如果您的上訴在第 1 級被拒絕，則該上訴將會自動轉交至第 2 級。
* 對於 D 部分處方藥，您的醫生或其他處方醫生可代表您要求承保範圍裁決或第 1 級上訴。如果您的第 1 級上訴被拒絕，您的醫生或處方醫生可以申請第 2 級上訴。
* **您可要求某人士代表您行事。**如果您願意，可指定任何其他人士作為您的**代表**，代您要求承保範圍裁決或提出上訴。
* 如果您希望您的朋友、親屬或其他人擔任您的代表，請致電會員服務部並並索取*代表委任*表格。（此表格也可在 Medicare 網站 [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) [*plans may also insert:* 或我們的網站 *[insert website or link to form]*] 上獲取。）此表格可給予該人士許可，代您行事。表格必須經您和您希望代您行事的人士簽署。您必須向我們提交一份經簽署的表格。
* 雖然我們可在沒有表格的情況下接受上訴請求，但是我們在未收到表格之前無法開始或完成審核。如果我們在收到您的上訴請求後 44 日內未收到該表格（這是我們就您的上訴作出決定的截止期限），您的上訴請求將被駁回。如果發生此情況，我們將向您發出書面通知，說明您有權利要求獨立審核機構對我們駁回上訴的決定進行審核。
* **您也有權聘請律師。**您可聯絡您的私人律師，或透過當地律師協會或其他轉介服務獲取律師姓名。如果您符合條件，某些團體也會為您提供免費法律服務。但**您並非必須聘請律師**才能要求任何類別的承保範圍裁決或針對某項決定提出上訴。

#### 第 5.3 節 本章哪一節有關於您的情況的詳細資訊？

涉及承保範圍裁決和上訴的情況共有四種。由於每種情況的規則和截止期限各有不同，我們分別在不同章節詳述了不同情況：

* 本章**第 6 節**：您的醫療護理：如何要求承保範圍裁決或提出上訴
* 本章**第 7 節**：您的 D 部分處方藥：如何要求承保範圍裁決或提出上訴
* 本章**第 8 節**：如果您認為醫生過快讓您出院，如何要求我們延長住院承保。
* 本章**第 9 節**：如果您認為您的保險終止過快，如何要求我們繼續承保某些醫療服務（*僅適用於下列服務*：居家護理、專業護理機構護理和綜合門診復健機構 (CORF) 服務）

如果您仍不確定應採用哪一節內容，請致電會員服務部。您也可向州健康保險援助計劃等政府機構尋求幫助或資訊。

### 第 6 節 您的醫療護理：如何要求承保範圍裁決或就承保範圍裁決提出上訴

#### 第 6.1 節 本節描述了在對於獲取醫療護理承保存有疑問或希望我們償付就您的護理[*insert if plan has cost sharing:*應承擔的費用]時，您該如何處理

本節列述了您的醫療護理福利的相關資訊。本文件第 4 章對這些福利進行了描述：*醫療福利表（承保範圍*[*insert if plan has cost sharing: and what you pay*]*與支付費用）。*在某些情況下，申請 B 部分處方藥時適用的規則有所不同。出現這類情況時，我們將說明 B 部分處方藥適用的規則與醫療用品及服務適用的規則之間的差異。

本節介紹了您處於以下任一種情況（共五種）時可以採取的行動：

1. 您未獲得您想要的某種醫療護理，而您認為此種護理屬於我們計劃的承保範圍。**要求作出承保範圍裁決。第 6.2 節。**

2. 我們的計劃不批准您的醫生或其他醫療機構要向您提供的醫療服務，而您認為此種護理屬於我們計劃的承保範圍。**要求作出承保範圍裁決。第 6.2 節。**

3. 您已得到醫療護理，且您認為這些醫療護理屬於我們的計劃承保範圍，但我們卻表示將不支付此種護理費用。**提出上訴。第 6.3 節。**

4. 您已獲得您認為應由計劃承保的醫療護理，並已就此付款，且欲要求我們的計劃就該項護理向您報銷費用。**把賬單寄給我們。第 6.5 節。**

5. 您獲知您所接受的我們之前認可的某種醫療護理的承保範圍將縮小或停止，而您認為減少或停止此種護理會損害您的健康。**提出上訴。第 6.3 節。**

**註：如果即將終止的保險屬於醫院護理、居家護理、專業護理機構護理，或綜合門診康復機構 (CORF) 服務保險，**您需要閱讀本章的第 7 節和第 8 節。此類別的護理適用特殊規則。

#### 第 6.2 節 步驟說明：如何要求承保範圍裁決

| **法律術語** |
| --- |
| 如果承保範圍裁決涉及您的醫療護理，則稱為**機構裁決**。  快速承保範圍裁決稱為**加急裁定**。 |

第 1 步：決定您需要的是標準承保範圍裁決還是快速承保範圍裁決。

**標準承保範圍裁決通常在 14 天內作出，如果是 B 部分藥物，則會在 72 小時內作出。對於醫療服務，快速承保裁決通常在 72 小時內做出，對於 B 部分藥物，通常在 24 小時內做出。要獲得快速承保範圍裁決，您必須滿足兩項要求︰**

* 您*僅可要求*承保醫療用品和/或服務（不可要求承保已獲得的用品和/或服務）。
* 只有當採用標準截止期限會*嚴重損害您的健康或傷害您的行動能力*時，方可取得快速承保範圍裁決。
* **如果您的醫生告知我們您的健康狀況需要快速承保範圍裁決，我們即同意對您作出快速承保範圍裁決。**
* **如果您自行要求快速承保範圍裁決（未獲得醫生支援），我們將判斷您的健康狀況是否需要我們對您作出快速承保範圍裁決。**如果我們不批准快速承保範圍裁決，我們將致函告知您：
* 說明我們將使用標準截止日期
* 說明如果您的醫生要求快速承保範圍裁決，我們將自動作出快速承保範圍裁決。
* 說明您如何就我們未按您的請求作出快速承保範圍裁決，而作出標準承保範圍裁決一事提出快速投訴。

第 2 步：要求我們的計劃作出承保範圍裁決或快速承保範圍裁決。

* 首先，致電、寄函或傳真至我們的計劃提出申請，請求我們授權或承保您希望獲得的醫療護理。您、您的醫生或代表均可提出此請求。第 2 章提供了聯絡資訊。

第 3 步：我們將考慮您的醫療護理承保範圍請求，並給予答覆。

對於標準承保範圍裁決，我們使用標準截止期限。

這意味著我們將在收到您對醫療項目或服務的請求後 14 天內給您答覆。如果您針對 Medicare B 部分處方藥提出請求，我們將在收到您的請求後 72 小時內給您答覆。

* **但是**，對於醫療用品或服務請求，如果您要求延長時間，或者我們需收集可能有利於您的更多資訊，**則可再延長至多 14 天**。如果我們需要延長時間，將書面通知您。如果您就 Medicare B 部分處方藥提出請求，我們將不可延長作出裁決的時間。
* 如果您認為我們*不*應延長時間，可提出快速投訴。一旦我們做出裁決，我們將盡快答覆您的投訴。（投訴程序與承保範圍裁決和上訴程序有所不同。有關投訴的資訊，請參見本章第 11 節。）

***對於快速承保範圍裁決，我們採用加急期限。***

快速承保範圍裁決指我們將在收到您就醫療用品或服務提出的請求後 72 小時內作出答覆。如果您針對 Medicare B 部分處方藥提出請求，我們將在 24 小時內答覆。

* **但是，**如果您要求延長時間，或者我們需要更多可能有利於您的資訊，**則可再延長至多 14 日**。如果我們需要延長時間，將書面通知您。如果您就 Medicare B 部分處方藥提出請求，我們將不可延長作出裁決的時間。
* 如果您認為我們不應延長時間，可提出快速投訴。（如需瞭解關於投訴的資訊，請參見本章第 11 節。）我們在作出決定後會儘快通知您。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求，**我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因。

第 4 步：如果我們拒絕您的醫療護理承保請求，您可以上訴。

如果我們拒絕您的請求，您有權提出上訴，要求我們重新考慮該決定。這意味著再次請求獲得您想要的醫療護理承保。如果您提出上訴，即表明您進入第 1 級上訴程序。

#### 第 6.3 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴

| **法律術語** |
| --- |
| 就醫療護理承保範圍裁決向計劃提出上訴稱為計劃**重新考慮**。  快速上訴也稱為**加急重新考慮**。 |

第 1 步：決定您需要的是標準上訴還是快速上訴。

**對於 B 部分藥物，標準上訴通常在 30 天或 7 天內作出裁決。快速上訴的裁決通常在 72 小時內作出。**

* 如果您就我們對您尚未接受的護理承保作出的裁決提出上訴，您和/或您的醫生將需決定您是否需要快速上訴。如果您的醫生告知我們您的健康狀況需要快速上訴，我們將給予您快速上訴。
* 獲得快速上訴的要求與獲得本章第 6.2 節中的快速承保範圍裁決的要求及程序相同。

第 2 步：要求我們的計劃進行上訴或快速上訴

* **如果您要求進行標準上訴，請以書面形式提交您的標準上訴。**[[*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* 您也可致電我們要求上訴。]第 2 章提供了聯絡資訊。
* **如果您要求快速上訴，請以書面形式或致電我們提出您的上訴。**第 2 章提供了聯絡資訊。
* **您必須**在自我們向您發出書面通知，對您的承保範圍裁決作出答覆之日起 **60 天內提出上訴請求**。如果您錯過此截止期限，並能提供充分理由，請在提出上訴時說明延誤上訴的原因。我們可為您延長提出上訴的時限。充分理由可能包括：您患有使您無法聯絡我們的重病，或我們向您提供的有關上訴請求截止期限的資訊是錯誤或不完整的。
* **您可索取一份有關您醫療裁決的資料。**您和您的醫生可以添加更多資訊支援您的上訴。[*If a fee is charged, insert:* 對於複製和寄送此材料，我們可向您收取費用。]

第 3 步：我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

* 在審核您的上訴時，我們會謹慎考慮全部資訊。我們將核實拒絕您的請求時是否遵守所有規則。
* 必要時，我們可能會聯絡您或您的醫生收集更多資訊。

快速上訴的截止期限

* 對於快速上訴，我們必須**在收到您的上訴後 72 小時內給您答覆。**如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出答覆。
* 對於醫療項目或服務請求，如果您要求延長時間，或者我們需收集可能有利於您的更多資訊，**則可再延長至多 14 日**。如果我們需要延長時間，將書面通知您。如果您針對 Medicare B 部分處方藥提出申請，我們將無法延長時間。
* 如果我們在 72 小時內未給您答覆（或若在延長期結束時增加延長時間），我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。第 6.4 節介紹了第 2 級上訴程序。
* **如果我們批准您的部分或全部請求**，必須在收到您上訴後的 72 小時內，批准或提供我們已同意提供的保險。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將會向您寄送我們的書面裁決，並自動將您的上訴轉至獨立審核機構進行第 2 級上訴。收到您的上訴後，獨立審核機構會以書面形式通知您。

標準上訴的截止期限

* 對於標準上訴，我們必須在收到您的上訴後 **30 日內**給您答覆。如果您針對您尚未接受的 Medicare B 部分處方藥提出請求，我們將在收到您的上訴後 **7 日內**給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。
* 但是，對於醫療用品或服務請求，如果您要求延長時間，或者我們需收集可能有利於您的更多資訊，**則可再延長至多 14 天**。如果我們需要延長時間，將書面通知您。如果您就 Medicare B 部分處方藥提出請求，我們將不可延長作出裁決的時間。
* 如果您認為我們*不*應延長時間，可提出快速投訴。您提出快速投訴後，我們會在 24 小時內給您答覆。（如需瞭解關於投訴的資訊，請參見本章第 11 節。）
* 如果我們在截止期限內未給您答覆（或若在延長期結束時增加延長時間），我們會將您的請求提交至第 2 級上訴，由獨立審核機構進行審核。第 6.4 節介紹了第 2 級上訴程序。
* **如果我們批准您的部分或全部請求**，則必須在 30 日內（對於您就醫療項目或服務提出的請求）或 **7 日內**（對於您就 Medicare B 部分處方藥提出的請求）批准或提供承保。

如果我們的計劃拒絕您的部分或全部上訴，我們將自動將您的上訴發送給獨立審核機構進行第 2 級上訴。

#### 第 6.4 節 步驟說明：如何進行第 2 級上訴

| **法律術語** |
| --- |
| 獨立審核機構的正式名稱為**獨立審核實體**。有時將其稱為 **IRE**。 |

**獨立審核機構是 Medicare 聘請的一個外部獨立機構。**該機構與我們無關，且並非政府機構。該機構將判定我們所做的裁決是否正確，或者是否應該更改裁決。Medicare 監督其工作。

第 1 步：獨立審核機構審核您的上訴。

* 我們將向該機構發送有關您的上訴的資料。該資料稱為您的**個案檔案**。**您有權向我們索取一份個案文件副本。**[*If a fee is charged, insert:*對於複製和寄送此材料，我們可向您收取費用。]
* 您有權向獨立審核機構提供其他資訊，支援您的上訴。
* 獨立審核機構的審核員將仔細查閱上訴的所有相關資訊。

如果您的第 1 級上訴為快速上訴，您的第 2 級上訴也將為快速上訴

* 對於快速上訴，審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **72 小時內**給您答覆。
* 對於您就醫療項目或服務提出的請求，如果獨立審核機構需要收集可能有利於您的更多資訊，**則可再延長至多 14 日**。如果您就 Medicare B 部分處方藥提出請求，獨立審核機構將不可延長作出裁決的時間。

如果您的第 1 級上訴為標準上訴，您的第 2 級上訴也將為標準上訴

* 對於標準上訴，如果您就醫療用品或服務提出請求，審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **30 日內**給您答覆。
* 如果您就 Medicare B 部分處方藥提出請求，審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **7 日內**給您答覆。
* 對於您就醫療項目或服務提出的請求，如果獨立審核機構需要收集可能有利於您的更多資訊，**則可再延長至多 14 日**。如果您就 Medicare B 部分處方藥提出請求，獨立審核機構將不可延長作出裁決的時間。

第 2 步：獨立審核機構給您答覆。

獨立審核機構將以書面形式告知您他們的決定，並說明原因。

* **對於您****就醫療項目或服務提出的請求，如果獨立審核機構批准您的部分或全部請求，**我們必須在收到獨立審核機構的裁決後 **72 小時內**核准醫療護理承保，或在我們收到獨立審核機構的裁決後 **14 日內（標準請求）**或 **72 小時內（加急請求）**提供服務。
* **對於您就 Medicare B 部分處方藥提出的請求，如果獨立審核機構批准您的部分或全部請求，**我們必須在收到獨立審核機構的裁決後 **72 小時內（標準請求）**或 **24 小時內（加急請求）**核准或提供 Medicare B 部分處方藥。
* **如果該機構部分或完全拒絕您的上訴**，則表明他們同意我們計劃的裁決，即您的醫療護理承保的請求（或部分請求）應不予批准。（這稱為**維持原決定，**也稱為**駁回上訴**。）在這種情況下，獨立審核機構會給您寄送一封信函：
  + 解釋其決定。
  + 告知您有權在所請求醫療護理承保的價值達到某個最低金額時提出第 3 級上訴。您從獨立審核機構獲得的書面通知將告知您，您必須達到多少金額才能繼續上訴程序。
  + 告訴您如何提出第 3 級上訴。

第 3 步：如果您的個案符合要求，請選擇是否希望進一步上訴。

* 上訴程序中，第 2 級後仍有三個級別（共五個上訴級別）。如果您想進行第 3 級上訴，請查閱您在第 2 級上訴後收到的書面通知，瞭解如何執行此操作。
* 第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。本章第 10 節將介紹第 3、4 和 5 級上訴程序。

#### 第 6.5 節 如果要求我們就您已收到的醫療護理賬單向您支付[*insert if plan has cost sharing:* our share of]我們應承擔的]費用，該如何處理？

*[Plans insert if the state DOES NOT allow members to be directly reimbursed for Medicaid benefits*:**我們無法直接為您報銷 Medicaid 服務或項目的費用。**如果您收到的賬單*[plans with cost sharing insert*:超出您對於 Medicaid 承保服務和項目的定額手續費*]*，請將賬單寄送給我們。**您不應自行支付該賬單費用。**我們將直接與該醫療服務提供者聯絡，並負責處理此問題。但是，如果您已支付該賬單費用，且已遵循獲取服務、用品的相關規則，您可以獲得醫療服務提供者的償付。*]*

*[Plans insert if the state DOES allow members to be directly reimbursed for Medicaid benefits:***如果您已經支付了計劃承保的 Medicaid 服務或項目，您可以要求我們計劃向您償付費用**（償付通常被稱為給您**報銷**）。一旦您就我們計劃承保的醫療服務或藥物所支付的費用*[insert if plan has cost sharing*超出您應承擔的費用*]*，您就有權要求我們的計劃償付費用。在您給我們寄送您已經支付的賬單時，我們將核對賬單，並決定是否應承保有關服務或藥物。如果我們決定承保，我們將向您償付有關服務或藥物的費用。*]*

要求報銷即要求我們作出承保範圍裁決

如果您向我們寄送要求報銷的書面材料，即為要求我們作出承保範圍裁決。為作出此裁決，我們將核查您已付款的醫療護理是否為承保服務。我們也將核查您是否遵守所有使用醫療護理承保的規則。

* **如果我們批准您的請求：**如果醫療護理獲承保且您遵守所有規則，我們將在收到您請求後 60 日內向您寄出[*insert if plan has cost sharing:* 我們應承擔的]費用款項。如果您尚未就該醫療護理付款，我們將直接向提供者寄出付款。
* **如果我們拒絕您的請求：**如果有關醫療護理*未*獲承保，或您*未*遵守所有規則，我們將不會寄出付款。相反，我們將向您發出一封函件，說明我們將不會就醫療護理作出支付並解釋原因。

如果您不同意我們駁回您的請求的裁決，**可提出上訴。**如果您提出上訴，即表明您要求我們更改在駁回您的付款請求時所作出的承保範圍裁決。

**如欲提出此項上訴，請遵循第 5.3 節所述的上訴程序。**如需就報銷提出上訴，請注意：

* 我們必須在收到您的上訴後 60 日內給您答覆。如果您要求我們償付您已接受並作出支付的醫療護理之費用，則不允許要求快速上訴。
* 如果獨立審核機構認定我們應當付款，我們必須在 30 日內向您或提供者寄出付款。如果第 2 級之後的任何一級上訴程序批准了您的上訴，我們必須在 60 日內向您或提供者寄出您所請求的付款。

### 第 7 節 您的 D 部分處方藥：如何要求承保範圍裁決或提出上訴

#### 第 7.1 節 本節描述了在對於獲取 D 部分藥物存有疑問或希望我們償付 D 部分藥物時，您該如何處理

您的福利包含多種處方藥的承保。該藥必須用於醫學上認可的適應症才可承保。（有關醫學上認可的適應症的詳細資訊，請參見第 5 章。）如需關於 D 部分藥物、規則、限制和費用的詳細資訊，請參見第 5 及第 6 章。**本節僅和您的 D 部分藥物有關。**為了簡單起見，我們在本節下文中提述為*藥物*，而非每次贅述*承保門診處方藥*或 *D 部分*藥物。我們還使用「藥物清單」一詞，而非*承保藥物清單*或*處方藥一覽表*。

* 如果您不知道某種藥物是否獲承保或您是否符合規則，您可以詢問我們。有些藥物需要獲得我們的批准之後方可取得我們的承保。
* 如果您的藥房告知您，您的處方無法按上方指示配藥，藥房將向您提供一份書面通知，說明如何聯絡我們要求進行承保範圍裁決。

D 部分承保範圍裁決與上訴

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

承保範圍裁決是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您的藥物支付的金額所作出的裁決。本節介紹了您處於以下任一種情況時可以採取的行動：

* 要求我們承保不在計劃*承保藥物清單*上的 D 部分藥物。**要求例外處理。第 7.2 節**
* 要求豁免藥物的計劃承保範圍限制（例如您可以取得的藥物數量限制）。**請求例外處理。第 7.2 節**
* *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this bullet]*要求對於較高分攤費用等級的承保藥物支付較低的分攤費用。**請求例外處理。第 7.2 節**
* 要求獲得某種藥物的預先批准。**要求作出承保範圍裁決。第 7.4 節**
* 支付您已購買的處方藥的費用。**要求我們作出償付。第 7.4 節**

如果您不同意我們作出的承保範圍裁決，可對此提出上訴。

本節介紹如何要求承保範圍裁決，以及如何提出上訴請求。

#### 第 7.2 節 什麼是「例外處理」？

| **法律術語** |
| --- |
| 要求承保未包含在「藥物清單」上的藥物有時稱為要求**處方藥一覽表例外處理**。  要求免除針對某些藥物承保的限制有時稱為要求**處方藥一覽表例外處理**。  要求對承保的非首選藥物支付較低的金額有時稱為要求**等級例外處理**。 |

如果某種藥物的承保方式並不是您所想要的，您可以要求我們作出**例外處理**。例外處理是一種承保範圍裁決。

為了讓我們考慮您的例外處理申請，您的醫生或其他處方醫生將需就為何您需要獲得例外處理說明醫療理由。以下為您或您的醫生或其他處方醫師可以要求我們作出的 [*insert as applicable:* [兩種 *OR* 三種] 例外處理範例：

1. **為您承保不在計劃「藥物清單」上的 D 部分藥物。***[Plans without cost sharing delete]*如果我們同意承保未包含在「藥物清單」的藥物，您將需要支付適用於[*insert as appropriate:* 我們所有藥物 *OR* *[insert exceptions tier]* 藥物 *OR* *[insert exceptions tier]* 原廠藥或 *[insert exceptions tier*] 副廠藥]的分攤費用。您無法就該藥物您應支付的分攤費用申請例外處理。
2. **撤銷對承保藥物的限制**。第 5 章描述了我們「藥物清單」中某些藥物適用的額外規則或限制。*[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this sentence]* 如果我們同意作出例外處理並為您豁免限制，您可以就該藥物您應支付的定額手續費或共同保險申請例外處理。
3. *[Plans with no cost sharing and plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions, omit this section.]***將藥物的承保範圍更改至較低的分攤費用等級。**我們「藥物清單」上的每種藥物皆屬於 *[insert number of tiers]* 種分攤費用等級中的一種。通常，分攤費用的等級編號越低，您需要支付的藥物分攤費用就越少。

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

#### 第 7.3 節 請求例外處理須知

您的醫生必須告訴我們醫療理由

您的醫生或其他處方醫生必須提供我們一則就要求例外處理說明醫療理由的聲明。對於快速裁決，當您要求例外處理時，請附上此則來自您醫生或其他處方醫生的醫療資訊。

通常，我們的「藥物清單」對於特定病症的治療皆包含了一種以上的藥物。這些不同的藥物稱為**替代**藥物。如果某種替代藥物和您所要求的藥物具有相同的效果，並且不會造成更多的副作用或其他健康上的問題，我們通常將*不會*批准您的例外處理要求。 *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this statement]* 如果您向我們要求等級例外處理，我們一般*不*會批准您的例外請求，除非較低分攤費用等級的所有替代藥物均無法對您產生相同的效果，或者可能會造成不良反應或其他傷害。

我們可批准或拒絕您的請求

* 如果我們批准了您的例外處理要求，我們的批准通常至計劃年度結束前皆為有效。只要您的醫生繼續為您開立該藥物，並且該藥物對於治療您的病症仍然安全與有效，上述有效期限即成立。
* 如果我們拒絕您的請求，您可透過提出上訴要再次求審核我們的決定。

#### 第 7.4 節 步驟說明：如何要求承保範圍裁決（包含例外處理）

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

第 1 步：決定您需要的是標準承保範圍裁決還是快速承保範圍裁決。

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

如果您的健康狀況需要，可要求我們作出快速承保範圍裁決。要獲得快速承保範圍裁決，您必須滿足兩項要求︰

* 您必須是在請求一種您尚未獲得的藥物。（如果您要求我們償付您已購買藥物費用，則不能取得快速承保範圍裁決。）
* 使用標準截止期限會對您的健康狀況造成嚴重傷害，或對您的行動能力造成傷害。
* **如果您的醫生或其他處方醫師告知我們您的健康狀況需要快速承保範圍裁決，我們即同意對您作出快速承保範圍裁決。**
* **如果您自行要求快速承保範圍裁決（未獲得醫生或其他處方醫師支援），我們將判斷您的健康狀況是否需要我們對您作出快速承保範圍裁決。**如果我們不批准快速承保範圍裁決，我們將致函告知您：
* 說明我們將使用標準截止期限。
* 說明如果您的醫生或其他處方醫師要求快速承保範圍裁決，我們將自動作出快速承保範圍裁決。
* 告知您如何就我們未按您的請求作出快速承保範圍裁決，而作出標準承保範圍裁決一事提出快速投訴。我們將在收到投訴後的 24 小時內給您答復。

第 2 步：請求標準承保範圍裁決或快速承保範圍裁決

首先，致電、寄函或傳真至我們的計劃提出申請，請求我們授權或承保您希望獲得的醫療護理。我們的網站亦提供了承保範圍裁決程序。我們必須接受任何的書面請求，包括使用 CMS 承保範圍裁決請求表範本 [*insert if applicable:*或我們計劃的表格]（前述 [*insert if applicable:* 一份 *OR* 多份表格] 可在我們的網站獲取）提交的請求。第 2 章提供了聯絡資訊。*[Plans that allow members to submit coverage determination requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]*為協助我們處理您的請求，請務必提供您的姓名、聯絡資訊以及可識別正在上訴的被拒賠付的資訊。

您、您的醫生（或其他處方醫生）或代表均可提出此請求。您還可讓律師代表您行事。本章第 4 節介紹了如何向他人發出書面許可，讓其擔任您的代表。

* **如果您請求例外處理，請提供支持聲明**，即說明請求例外處理的醫療理由。您的醫生或其他處方醫生可以傳真或郵寄該聲明給我們。或者，您的醫生或其他處方醫生可以透過電話告知我們，並隨後傳真或郵寄書面聲明（如果必需）。

第 3 步：我們將考慮您的請求，並給予答覆。

快速承保範圍裁決的截止期限

* 我們通常必須在收到您的請求後 **24 小时**內給您答覆。
  + 對於例外處理，我們會在收到您醫生的支持聲明後 24 小時內給予答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出答覆。
  + 如果我們未能遵守此截止期限，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。
* **如果我們批准您的部分或全部請求**，必須在收到您的請求或醫生支持您的請求之聲明後的 24 小時內，提供我們已同意提供的保險。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及您可如何就我們的裁決提出上訴。

對於您尚未取得之藥物的標準承保範圍裁決截止期限

* 我們通常必須在收到您的請求後 **72 小时內**給您答覆。
  + 對於例外處理，我們會在收到您醫生的支持聲明後 72 小時內給予答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出答覆。
  + 如果我們未能遵守此截止期限，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。
* **如果我們批准您的部分或全部請求**，必須在收到您的請求或醫生支持您的請求之聲明後的 72 小時內，提供我們已同意提供的保險。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及您可如何就我們的裁決提出上訴。

對於您已購買藥物的標準承保範圍裁決截止期限

* 我們必須在收到您的請求後 **14 日內**給您答覆。
* 如果我們未能遵守此截止期限，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。
* **如果我們批准您的部分或全部請求**，必須在收到您請求後的 14 日內向您付款。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及您可如何就我們的裁決提出上訴。

第 4 步：如果我們拒絕您的承保範圍請求，您可提出上訴。

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

#### 第 7.5 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴

| **法律術語** |
| --- |
| 就 D 部分藥物承保範圍裁決對計劃提出上訴稱為計劃**重新裁定**。  快速上訴也稱為**加急重新裁定**。 |

第 1 步：決定您需要的是標準上訴還是快速上訴。

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

* 如果您就我們計劃對您尚未接受的藥物作出的決定提出上訴，您和您的醫生或其他處方醫師將需決定您是否需要快速上訴。
* 獲得快速上訴的要求與獲得本章第 6.4 節中的快速承保範圍裁決的要求及程序相同。

第 2 步：您、您的代表、醫生或其他處方醫生必須聯絡我們並提出第 1 級上訴。如果您的健康狀況需要快速回覆，您必須要求快速上訴。

* **若要進行標準上訴，請提交書面請求。**[*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:*或致電我們。]第 2 章提供了聯絡資訊。
* **若要進行快速上訴，請以書面形式提交上訴或致電** (*insert phone number)*。第 2 章提供了聯絡資訊。
* **我們必須接受任何的書面申請**，包括使用 *CMS 承保範圍裁決申請表範本*（可在我們的網站獲取）提交的申請。請務必提供您的姓名、聯絡資訊以及關於賠付的資訊，以幫助我們處理您的請求。
* *[Plans that allow members to submit appeal requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]*
* **您必須**在自我們向您發出書面通知，對您的承保範圍裁決作出答覆之日起 **60 天內提出上訴請求**。如果您錯過此截止期限，並能提供充分理由，請在提出上訴時說明延誤上訴的原因。我們可為您延長提出上訴的時限。充分理由可能包括：您患有使您無法聯絡我們的重病，或我們向您提供的有關上訴請求截止期限的資訊是錯誤或不完整的。
* **您可索取一份有關您上訴的資訊，並添加更多資訊。**您和您的醫生可以添加更多資訊支援您的上訴。[*If a fee is charged, insert:*對於複製和寄送此材料，我們可向您收取費用。]

第 3 步：我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

* 在審核您的上訴時，我們會謹慎考慮有關您的保險請求的全部資訊。我們將核實拒絕您的請求時是否遵守所有規則。我們可能會聯絡您或您的醫生或其他處方醫生以瞭解詳細資訊。

快速上訴的截止期限

* 對於快速上訴，我們必須**在收到您的上訴後 72 小時內給您答覆。**如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出答覆。
  + 如果我們在 72 小時內未給您答覆，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立機構進行審核。第 6.6 節介紹了第 2 級上訴程序。
* **如果我們批准您的部分或全部請求，**必須在收到您上訴後的 72 小時內，提供我們已同意提供的保險。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及您如何對我們的裁決提出上訴。

對於您尚未取得之藥物的標準上訴截止期限

* 對於標準上訴，我們必須在收到您的上訴後 **7 日內**給您答覆。如果您尚未獲得藥物且您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。
  + 如果我們未能在 7 日內給您答覆，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。第 6.6 節介紹了第 2 級上訴程序。
* **如果我們批准您的部分或全部請求，**我們必須視您的健康狀況需要盡快提供承保，但不得遲於我們收到您的上訴後的 **7 日**。**如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及您如何對我們的裁決提出上訴。

***對於您已購買藥物的付款的標準上訴截止期限***

* 我們必須在收到您的請求後 **14 日內**給您答覆。
  + 如果我們未能遵守此截止期限，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。
* **如果我們批准您的部分或全部請求，**必須在收到您請求後的 30 日內向您作出付款。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及您可如何就我們的裁決提出上訴。

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

* 如果您決定再次提出上訴，即表明您進入第 2 級上訴程序。

#### 第 7.6 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴

| **法律術語** |
| --- |
| 獨立審核機構的正式名稱為**獨立審核實體**。有時將其稱為 **IRE**。 |

**獨立審核機構是 Medicare 聘請的一個外部獨立機構。**該機構與我們無關，且並非政府機構。該機構將判定我們所做的裁決是否正確，或者是否應該更改裁決。Medicare 監督其工作。

第 1 步：您（或者您的代表、您的醫生或其他處方醫生）必須聯絡獨立審核機構，要求審核您的個案。

* 如果我們拒絕您的第 1 級上訴，我們寄給您的書面通知將包含如何向獨立審核機構**提出第 2 級上訴的指示**。這些指示將說明可以提出此第 2 級上訴的人士、您須遵守的截止期限，以及如何聯絡審核機構。但是，如果我們沒有在適用時限內完成審核，或者依據我們的藥物管理計劃對**風險**裁決作出不利裁決，我們將自動將您的賠付請求轉交至 IRE。
* 我們將向該機構發送有關您的上訴的資料。該資料稱為您的**個案檔案**。**您有權向我們索取一份有關您上訴的資料。**[*If a fee is charged, insert:*對於複製和寄送此材料，我們可向您收取費用。]
* 您有權向獨立審核機構提供其他資訊，支援您的上訴。

第 2 步：獨立審核機構審核您的上訴。

獨立審核機構的審核員將仔細查閱上訴的所有相關資訊。

快速上訴的截止期限

* 如果您的健康狀況需要快速回覆，您必須對獨立審核機構要求快速上訴。
* 若審核機構同意您的快速上訴，則審核機構必須在收到您的第 2 級上訴請求後 **72 小時內**給您答覆。

標準上訴的截止期限

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

第 3 步：獨立審核機構給您答覆。

***對於快速上訴：***

* **如果獨立審核機構批准您的部分或全部請求，**我們必須在收到審核機構的決定後 **24 小時內**提供由該審核機構批准的藥物承保。

***對於標準上訴：***

* **如果獨立審核機構同意您的部分或全部請求，**我們必須在收到審核機構的決定後 **72 小時內提供由該審核機構批准的藥物承保**。
* **如果獨立審核機構批准部分或全部償付**您已購買之藥物的請求，我們需要在收到審核機構決定後的 **30 天內向您付款**。

如果審核機構拒絕您的上訴會如何？

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

* 解釋其決定。
* 告知您有權在所請求藥物保險的價值達到某個最低金額時提出第 3 級上訴。如果您請求的藥物保險的價值過低，您不能再次提出上訴，且第 2 級的決定即為最終決定。
* 告知您滿足繼續上訴程序要求所需的價值。

第 4 步：如果您的個案符合要求，請選擇是否希望進一步上訴。

* 上訴程序中，第 2 級後仍有三個級別（共五個上訴級別）。
* 如果您想繼續進行第 3 級上訴，請查看第 2 級上訴決定後收到的書面通知，其中詳述了如何進行此級別上訴。
* 第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。本章第 10 節將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

### 第 8 節 如果您認為您過快出院，如何要求我們延長住院承保

您入院時，有權獲得診斷及治療傷病需要的所有承保醫院服務。

您的承保住院期間，您的醫生及醫務人員將與您一同商討您的出院日期。他們將幫助安排您出院後需要的護理。

* 離開醫院的日期稱為**出院日期**。
* 您的出院日期確定後，您的醫生或醫務人員會告知您。
* 如果您認為他們過快讓您出院，可要求延長住院時間，您的請求將獲考慮。

#### 第 8.1 節 您住院期間，將收到 Medicare 發出的書面通知，告知您的權利

入院後兩天內，您將收到一份書面通知，名為*關於您所享權利的 Medicare 重要資訊 (An Important Message from Medicare about Your Rights)*。所有 Medicare 參保人均會收到一份該通知。如果您沒收到醫院的相關人員（如個案工作者或護士）給予的通知，請向任何醫院員工索取。如需幫助，請致電會員服務部或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，全天候服務。（聽障专线：1-877-486-2048）。

**1. 請仔細閱讀此通知，如不理解，請詢問。**本通知告知：

* 您有權在住院期間及出院後，按醫生指示接受 Medicare 承保服務。這包括瞭解服務內容、付款方及獲取服務的地點。
* 您有權參與任何有關您住院的決定。
* 向何處報告您對醫院護理品質存有的任何疑慮。
* 您有權在認為醫院過快讓您出院時**請求立即審核**讓您出院的決定。這是要求推遲出院日期，以便獲得較長醫院護理承保的正式、合法途徑。

**2. 您將需要簽署該書面通知，以表示您已收到通知並瞭解您的權利。**

* 您或代表您行事的人士需要簽署該通知。
* 簽署通知*僅*表示您已獲得有關您權利的資訊。通知並不會指定您的出院日期。簽署通知***不*代表**您同意某出院日期。

**3. 請保留通知副本**，以便在需要時隨時瞭解有關提出上訴（或報告對護理品質的疑慮）的資訊。

* 如果您在出院前兩天以上時間簽署通知，則會在計劃出院前再收到一份通知。
* 如要提前查閱該通知的副本，您可致電會員服務部或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，全天候服務。聽障人士可致電 1-877-486-2048。您還可以在網上查閱該通知，網址：[www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices" \t "_blank" \o "https://www.cms.gov/medicare/medicare-general-information/bni/hospitaldischargeappealnotices)。

#### 第 8.2 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴更改出院日期

如果您希望我們延長對住院服務的承保，您需採用上訴程序提出請求。提出前，請先瞭解必要事項及截止期限。

* **遵循程序。**
* **遵守截止期限。**
* **需要時請尋求幫助。**如果您在任何時候存有疑問或需要幫助，請致電會員服務部。您也可致電州健康保險援助計劃，該計劃是一個提供個人化援助的政府機構。

**第 1 級上訴期間，品質改進機構審核您的上訴。**該機構將核實從醫療角度而言，您的計劃出院日期是否適當。

**品質改進機構**是一個由聯邦政府資助的醫生及其他醫療保健專業人員組成的團體，旨在檢查 Medicare 受保人獲得的護理的品質並幫助改進。這包括審核 Medicare 受保人的出院日期。這些專家並不屬於我們的計劃。

第 1 步：聯絡您所在州的品質改進機構，要求快速審核您的出院日期。您必須儘快行動。

如何聯絡該機構？

* 您收到的書面通知里*（關於您所享權利的 Medicare 重要資訊）*有該機構的聯絡方式。您也可在第 2 章中查閱您所在州的品質改進機構的名稱、地址和電話號碼。

儘快行動：

* 如要提出上訴，必須在出院*前*聯絡品質改進機構，**不得遲於出院當日的午夜**。
  + **如果您遵守此截止期限**，可在等待品質改進機構作出決定時，在超過出院日期*後*繼續住院，而*無需付費*。
  + **如果您*未*能遵守此截止期限**，並決定在計劃出院日期後繼續住院，*您可能須支付*計劃出院日期後的*所有*醫院護理*費用*。
* 如果您錯過聯絡品質改進機構的截止期限，但仍想要提出上訴，則可直接向我們的計劃提出上訴。如需關於其他上訴方式的詳細資訊，請參見本章第 8.4 節。

在您請求立即審核您的出院日期後，品質改進機構會聯絡我們。我們會在收到聯絡後的第二天中午之前給予您一份**詳細出院通知**。該通知提供您的計劃出院日期，並詳細說明您的醫生、醫院及我們認為您適合於該日期出院（醫療上適當）的原因。

您可致電會員服務部或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取詳細出院通知範本，全天候服務。（聽障人士可致電 1-877-486-2048。）或者您可以在線上查閱通知範本，網址：[www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html)。

第 2 步：品質改進機構將對您的個案進行獨立審核。

* 品質改進機構的醫療專業人員（審核員）會詢問您（或您的代表）認為應延長服務承保的理由。您無須準備任何書面材料，但如願意，也可準備。
* 審核員也會查看您的醫療資訊，與您的醫生交談並審核醫院及我們向其提供的資訊。
* 在審核員告知我們有關您上訴事宜後次日中午前，您將會收到我們寄送給您的指定您計劃出院日期的書面通知。該通知還將詳細說明您的醫生、醫院及我們認為您適合於該日期出院（醫療上適當）的原因。

第 3 步：品質改進機構會在獲得所有必需資訊後的一天時間內，對您的上訴給予答覆。

如果批准會如何？

* 如果審核機構*批准*，**我們必須繼續提供您的承保住院服務，時間視醫療必需性而定。**
* 您必須繼續支付應承擔的費用（如自付扣除金或定額手續費，如適用）。此外，您的承保醫院服務可能受到限制。

如果拒絕會如何？

* 如果審核機構*拒絕*您的上訴，即表示從醫療角度看，您的計劃出院日期屬適當。如果情況如此，**我們對您住院服務的承保將**在品質改進機構對您的上訴給予答覆*後*次日中午**結束**。
* 如果審核機構*拒絕*您的上訴且您決定住院，則對於品質改進機構給予答覆後次日中午以後的醫院護理，**您可能須支付全部費用**。

第 4 步：如果您的第 1 級上訴遭到拒絕，請決定是否希望再次提出上訴。

* 如果品質改進機構*拒絕*了您的上訴，*而*您在計劃出院日期後繼續住院，可再次提出上訴。再次提出上訴指進入上訴程序的**第 2 級**。

#### 第 8.3 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴更改出院日期

第 2 級上訴期間，您要求品質改進機構再次審核他們對您的第一次上訴作出的決定。如果品質改進機構駁回您的第 2 級上訴，您可能須支付您在計劃出院日期後繼續住院的全部費用。

第 1 步：再次聯絡品質改進機構，要求再次審核。

* 您必須在品質改進機構*拒絕*您的第 1 級上訴後 **60 日內**要求進行此審核。只有在您於護理保險終止之日後繼續住院的情況下，方可要求進行此審核。

第 2 步：品質改進機構會第二次審核您的情況。

* 品質改進機構的審核員將再次仔細查閱您上訴的所有相關資訊。

第 3 步：品質改進機構審核員將在收到您第 2 級上訴後 14 天內就您的上訴作出決定，並通知您。

如果審核機構批准：

* 對於您自第一次上訴遭品質改進機構駁回後次日中午起獲得的醫院護理，**我們必須報銷**應承擔的費用。**我們必須繼續提供住院護理保險，時間視醫療必需性而定。**
* 您必須繼續支付應承擔的費用，且會受到承保限制。

如果審核機構拒絕：

* 即表明同意他們對您的第 1 級上訴作出的決定，且不會更改。
* 您收到的通知將以書面形式說明，如果您希望繼續審核程序該如何去做。

第 4 步：如遭到拒絕，您需要決定是否繼續第 3 級上訴。

* 上訴程序中，第 2 級後仍有三個級別（共五個上訴級別）。如果您想進行第 3 級上訴，請查閱您在第 2 級上訴裁決後收到的書面通知，瞭解如何執行此操作。
* 第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。本章第 10 節將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

#### 第 8.4 節 錯過提出第 1 級上訴以更改出院日期的截止時間該如何處理？

| **法律術語** |
| --- |
| 快速審核（或快速上訴）也稱為**加急上訴**。 |

您可向我們提出上訴

按照上文所述，您必須儘快行動，開始對出院日期提出第 1 級上訴。若您錯過聯絡品質改進機構的截止期限，可採用另一種方式提出上訴。

如果採用其他上訴方式，*前兩級上訴會有所不同*。

步驟說明：如何提出第 1 級*替代*上訴

第 1 步：聯絡我們要求快速審核。

* **要求快速審核。**這表示您要求我們採用快速截止期限而非標準截止期限給予答覆。第 2 章提供了聯絡資訊。

第 2 步：我們將快速審核您的計劃出院日期，核實從醫療角度看是否適當。

* 此審核期間，我們將查看所有住院相關資訊。我們將核實從醫療角度看，您的計劃出院日期是否適當。我們將核實關於您何時出院的裁決是否公平，及是否遵循所有規則。

第 3 步：我們將在您要求快速審核後 72 小時內作出裁決。

* **如果我們批准您的上訴**，即表示我們同意您在出院日期後仍需要住院。我們必須繼續提供您的承保住院服務，時間視醫療必需性而定。這也表示，我們同意對您自我們提出承保終止之日起所接受的護理，報銷我們應承擔的費用。（您必須支付您應承擔的費用，且會受到承保限制。）
* **如果我們拒絕您的上訴，**即表示從醫療角度看，您的計劃出院日期屬適當。自我們提出終止承保之日起，您的住院服務保險即告終止。
  + 如果您在計劃出院日期*後*繼續住院，則**可能須支付**您在計劃出院日期後獲得的醫院護理的**全部費用**。

第 4 步：如果我們*拒絕*您的上訴，您的個案將*自動*發送至下一級上訴程序。

步驟說明：第 2 級*替代*上訴程序

| **法律術語** |
| --- |
| 獨立審核機構的正式名稱為**獨立審核實體**。有時將其稱為 **IRE**。 |

**獨立審核機構是 Medicare 聘請的一個外部獨立機構。**該機構與我們無關，且並非政府機構。該機構將判定我們所做的裁決是否正確，或者是否應該更改裁決。Medicare 監督其工作。

第 1 步：我們會自動將您的個案轉交至獨立審核機構。

* 我們需在告知您我們拒絕您的第一次上訴後 24 小時內，將您的第 2 級上訴資料發送至獨立審核機構。（如果您認為我們未遵守該截止期限或其他截止期限，可提出投訴。本章第 11 節介紹了如何提出投訴。）

第 2 步：獨立審核機構會快速審核您的上訴。審核員會在 72 小時內給您答覆。

* 獨立審核機構的審核員將仔細查閱您就出院問題所提出上訴的所有相關資訊。
* **如果該機構*批准*您的上訴，**我們必須支付（償付）對您自計劃出院日期起獲得的醫院護理應承擔的費用。我們也須繼續執行計劃對您的住院服務的承保，時間視醫療必需性而定。您必須繼續支付您應承擔的費用。如果存在承保限制，或會限制我們報銷的金額或延續承保服務的時間。
* **如果該機構*拒絕*您的上訴，**即表示他們認同您的計劃出院日期從醫療角度看屬適當。
* 您從獨立審核機構獲得的書面通知將告知您如何開始第 3 級上訴，此上訴由行政法官或審裁員處理。

第 3 步：如果獨立審核機構駁回您的上訴，您可選擇是否希望進一步上訴。

* 上訴程序中，第 2 級後仍有三個級別（共五個上訴級別）。如果審核員拒絕您的第 2 級上訴，請決定接受其裁決抑或繼續提出第 3 級上訴。
* 本章第 10 節將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

### 第 9 節 如果您認為您的保險終止過快，如何要求我們繼續承保某些醫療服務

#### 第 9.1 節 *本節僅涉及三項服務：* 居家護理、專業護理機構護理和綜合門診復健機構 (CORF) 服務

如果您正在接受承保的**居家護理、專業護理機構護理或復健護理（綜合門診復健機構）**，只要診斷和治療傷病需要此護理，您就有權持續享有此類護理服務。

如果我們決定是時候該終止對您承保任何一種護理（共三種），我們需提前通知您。您的相關護理保險終止時，*我們將終止為您的護理支付[insert if plan has cost sharing: our share of the cost]我們應承擔的]費用。*

如果您認為我們過快終止您的護理承保，**您可就我們的裁決提出上訴。**本節將介紹如何要求上訴。

#### 第 9.2 節 您的保險即將終止時，我們將提前通知您

| **法律術語** |
| --- |
| **Medicare 不承保通知。**該通知告知您如何請求**快速上訴。**請求快速上訴是要求我們改變對何時終止護理作出的承保範圍裁決的正式、合法途徑。 |

**1.** 您會在我們計劃即將終止為您承保護理的至少兩天前**收到書面通知**。該通知告訴您：

* 我們終止為您承保護理的日期。
* 如何提出快速上訴，要求我們承保您的護理更長的時間。

**2. 您（或代表您行事的人）將需簽署書面通知以表明您已收到。**簽署通知*僅*表示您已獲得有關您的保險何時終止的資訊。**簽字並不表示您同意**計劃護理終止的決定。

#### 第 9.3 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴，要求我們的計劃延長護理承保

如果您希望我們延長護理承保，您需採用上訴程序提出請求。提出前，請先瞭解必要事項及截止期限。

* **遵循程序。**
* **遵守截止期限。**
* **需要時請尋求幫助。**如果您在任何時候存有疑問或需要幫助，請致電會員服務部。您也可致電州健康保險援助計劃，該計劃是一個提供個人化援助的政府機構。

**第 1 級上訴期間，品質改進機構審核您的上訴。**它將裁定您的護理的結束日期在醫學上是否適當。

**第 1 步：提出第 1 級上訴：聯絡品質改進機構並提出快速上訴。您必須儘快行動。**

如何聯絡該機構？

* 您收到的書面通知*（Medicare 不承保通知）*裡有該機構的聯絡方式。（您也可在第 2 章中查閱您所在州的品質改進機構的名稱、地址和電話號碼。）

***儘快行動：***

* 您必須聯絡品質改進機構開始上訴，時間不得晚於「*Medicare 不承保通知*」上所述**有效期的前一天中午**。
* 如果您錯過聯絡品質改進機構的截止期限，但仍想要提出上訴，則必須直接向我們提出上訴。如需關於其他上訴方式的詳細資訊，請參見本章第 9.5 節。

第 2 步：品質改進機構將對您的個案進行獨立審核。

| **法律術語** |
| --- |
| **詳細不承保說明。**就終止承保原因提供詳細資訊的通知。 |

審核有哪些流程？

* 品質改進機構的醫療專業人員（審核員）會詢問您（或您的代表）認為應延長服務承保的理由。您無須準備任何書面材料，但如願意，也可準備。
* 審核機構也會查看您的醫療資訊，與您的醫生交談並審核我們的計劃向其提供的資訊。
* 審核員通知我們有關您的上訴結果的當日結束時，您會收到我們發出的「**詳細不承保說明**」，詳細說明終止您的服務承保的原因。

第 3 步：審核員會在獲得所有必需資訊後的一天時間內，告知您他們的決定。

如果審核員批准會如何？

* 如果審核員*批准*您的上訴，**我們必須繼續提供您的承保服務，時間視醫療必需性而定。**
* 您必須繼續支付應承擔的費用（如自付扣除金或定額手續費，如適用）。您的承保服務可能受到限制。

如果審核員拒絕會如何？

* 如果審核員*拒絕*您的上訴，**您的保險將於我們之前通知的日期終止。**
* 如果您決定在保險終止之日後繼續接受居家護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務，**則須自行承擔全部護理費用。**

第 4 步：如果您的第 1 級上訴遭到拒絕，請決定是否希望再次提出上訴。

* 如果審核員*拒絕*您的第 1 級上訴，且您選擇在護理保險終止後繼續接受護理，則可提出第 2 級上訴。

#### 第 9.4 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴，要求我們的計劃延長護理承保

第 2 級上訴期間，您要求品質改進機構再次審核他們對您的第一次上訴作出的決定。如果品質改進機構駁回您的第 2 級上訴，您可能須支付我們提出承保終止之日*後*的居家護理、專業護理機構護理或綜合門診復健機構 (CORF) 服務的全部費用。

第 1 步：再次聯絡品質改進機構，要求再次審核。

* 您必須在品質改進機構*拒絕*您的第 1 級上訴後 **60 天內**要求進行此審核。只有在您於護理承保終止之日後繼續接受護理的情況下，方可要求進行此審核。

第 2 步：品質改進機構會第二次審核您的情況。

* 品質改進機構的審核員將再次仔細查閱您上訴的所有相關資訊。

第 3 步：審核員將在收到您上訴請求的 14 日內就您的上訴作出決定，並通知您。

如果審核機構批准會如何？

* 我們必須對您自我們提出承保終止之日起所接受的護理，**報銷我們應承擔的費用**。**我們必須繼續提供護理保險**，時間視醫療必需性而定。
* 您必須繼續支付您應承擔的費用，且會受到承保限制。

如果審核機構拒絕會如何？

* 即表明同意我們對您的第 1 級上訴作出的裁決。
* 您收到的通知將以書面形式說明，如果您希望繼續審核程序該如何去做。其中將向您詳細介紹如何繼續下一級上訴，此上訴由行政法官或審裁員處理。

第 4 步：如遭到拒絕，您需要決定是否希望再次提出上訴。

* 第 2 級後仍有三個級別，共五個上訴級別。如果您想進行第 3 級上訴，請查閱您在第 2 級上訴裁決後收到的書面通知，瞭解如何執行此操作。
* 第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。本章第 10 節將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

#### 第 9.5 節 錯過提出第 1 級上訴的截止時間該如何處理？

您可向我們提出上訴

按照上文所述，您必須儘快行動，聯絡品質改進機構，開始第一次上訴（最多一到兩天內）。若您錯過聯絡該機構的截止期限，可採用另一種方式提出上訴。如果採用其他上訴方式，*前兩級上訴會有所不同*。

步驟說明：如何提出第 1 級*替代*上訴

| **法律術語** |
| --- |
| 快速審核（或快速上訴）也稱為**加急上訴**。 |

第 1 步：聯絡我們要求快速審核。

* **要求快速審核。**這表示您要求我們採用快速截止期限而非標準截止期限給予答覆。第 2 章提供了聯絡資訊。

第 2 步：我們將快速審核我們對何時終止您的服務承保作出的裁決。

* 此審核期間，我們將再次查看有關您的個案的所有資訊。我們將核查在設定計劃終止承保您正在接受的服務的日期時是否遵守了所有規則。

第 3 步：我們將在您要求快速審核後 72 小時內作出裁決。

* **如果我們批准您的上訴，**表示我們同意您需要更長時間的服務，並會繼續提供承保服務，時間視醫療必需性而定。這也表示，我們同意對您自我們提出承保終止之日起所接受的護理，報銷我們應承擔的費用。（您必須支付您應承擔的費用，且會受到承保限制。）
* **如果我們拒絕您的上訴**，您的保險將於我們之前通知的日期終止，該日期後我們不會支付任何的分攤費用。
* 如果您在我們告知保險終止之日*後*繼續接受居家護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務，則**須自行承擔全部護理費用**。

第 4 步：如果我們*拒絕*您的快速上訴，您的個案將*自動*進入下一級上訴程序。

| **法律術語** |
| --- |
| 獨立審核機構的正式名稱為**獨立審核實體**。有時將其稱為 **IRE**。 |

步驟說明：第 2 級*替代*上訴程序

第 2 級上訴期間，**獨立審核機構**將審核我們就您的快速上訴作出的裁決。該機構將決定是否應更改該裁決。**獨立審核機構是 Medicare 聘請的一個外部獨立機構。**該機構與我們的計劃無關，且並非政府機構。該機構為 Medicare 選擇的一家公司，處理獨立審核機構的工作。Medicare 監督其工作。

第 1 步：我們會自動將您的個案轉交至獨立審核機構。

* 我們需在告知您我們拒絕您的第一次上訴後 24 小時內，將您的第 2 級上訴資料發送至獨立審核機構。（如果您認為我們未遵守該截止期限或其他截止期限，可提出投訴。本章第 11 節介紹了如何提出投訴。）

第 2 步：獨立審核機構會快速審核您的上訴。審核員會在 72 小時內給您答覆。

* 獨立審核機構的審核員將仔細查閱上訴的所有相關資訊。
* **如果該機構*批准*您的上訴**，我們必須對您自我們提出承保終止之日起所接受的護理，償付我們應承擔的費用。我們也必須繼續承保護理，時間視醫療必需性而定。您必須繼續支付您應承擔的費用。如果存在承保限制，或會限制我們報銷的金額或延續承保服務的時間。
* **如果該機構*拒絕*您的上訴，**即表示同意我們的計劃對您第一次上訴所作出的決定，且不會更改。
* 您從獨立審核機構收到的通知將以書面形式說明，如果您希望繼續提出第 3 級上訴該如何去做。

第 3 步：如果獨立審核機構拒絕您的上訴，您可選擇是否希望進一步上訴。

* 第 2 級後仍有三個級別，共五個上訴級別。如果您想進行第 3 級上訴，請查閱您在第 2 級上訴裁決後收到的書面通知，瞭解如何執行此操作。
* 在第 3 級，您的上訴由行政法法官或律師裁決官審核。本章第 10 節將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

### 第 10 節 將您的上訴升級至第 3 級及以上

#### 第 10.1 節 醫療服務請求的第 3、4 及 5 級上訴

本節適用於已提出第 1 級上訴及第 2 級上訴，但均遭到駁回的情況。

如果您上訴的事項或醫療服務價值達至某最低水準，則可繼續提出其他級別的上訴。如果價值低於最低金額，則不能進一步上訴。您收到的第 2 級上訴回覆函件將說明如何提出第 3 級上訴。

大多數上訴情況下，後三級上訴的程序大致相同。以下為負責審核各級上訴的人士。

**第 3 級上訴 為聯邦政府效力的行政法官或審裁員**將審核您的上訴並給予答覆。

* **如果行政法官或審裁員批准您的上訴，上訴程序*可能會*也*可能不會*結束。**與第 2 級上訴的裁決不同，我們有權對您勝訴的第 3 級上訴裁決提出上訴。如果我們決定上訴，它將進入第 4 級上訴。
  + 如果我們決定*不*上訴，則必須在接到行政法官或審裁員的裁決後 60 日內為您批准或提供醫療護理。
  + 如果我們決定對裁決提出上訴，將向您發出第 4 級上訴請求及任何隨附文件的副本。我們可等待接到第 4 級上訴裁決後，再批准或提供存在爭議的醫療護理。
* **如果行政法官或審裁員拒絕您的上訴，上訴程序*可能會*也*可能不會*結束。**
  + 如果您決定接受駁回您上訴的裁決，上訴程序則告結束。
  + 如果您不願接受裁決，則可繼續下一級審核程序。您收到的通知會告訴您該如何提出第 4 級上訴。

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

* **如果獲得批准，或委員會拒絕我們要求審核您勝訴的第 3 級上訴裁決的請求，上訴程序*可能會*也*可能不會*結束。**與第 2 級裁決不同，我們有權對您勝訴的第 4 級裁決提出上訴。我們將決定是否要將此裁決上訴至第 5 級。
  + 如果我們決定*不*對裁決提出上訴，則必須在接到委員會的裁決後 60 日內為您批准或提供醫療護理。
  + 如果我們決定對裁決提出上訴，我們將以書面形式通知您。
* **如果遭到拒絕或委員會拒絕審核請求，上訴程序*可能會*也*可能不會*結束。**
  + 如果您決定接受駁回您上訴的裁決，上訴程序則告結束。
  + 如果您不願接受裁決，或可繼續下一級審核程序。如果上訴委員會拒絕您的上訴，您收到的通知將說明相關規則是否允許您繼續上訴至第 5 級，以及如何上訴至第 5 級。

**第 5 級上訴** 一位**聯邦地方法院**的法官將審核您的上訴。

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

#### 第 10.2 節 D 部分藥物請求的第 3、4 及 5 級上訴

本節適用於已提出第 1 級上訴及第 2 級上訴，但均遭到駁回的情況。

如果您上訴的藥物價值達至一定的金額，則可繼續提出其他級別的上訴。如果金額低於此金額，則不能進一步上訴。您收到的第 2 級上訴回覆函件將提供聯絡人及如何要求第 3 級上訴方面的資訊。

大多數上訴情況下，後三級上訴的程序大致相同。以下為負責審核各級上訴的人士。

**第 3 級上訴 為聯邦政府效力的行政法官或審裁員**將審核您的上訴並給予答覆。

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

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

* **如果批准，則上訴程序結束。**我們必須在收到該決定後的 **72 小時內（加急上訴為 24 小時）批准或提供**委員會所批准的**藥物承保**，**或不晚於 30 日進行付款**。
* **如果遭到拒絕，上訴程序*可能會*也*可能不會*結束。**
  + 如果您決定接受駁回您上訴的裁決，上訴程序則告結束。
  + 如果您不願接受裁決，或可繼續下一級審核程序。如果委員會拒絕您的上訴或拒絕您的上訴审核請求，您收到的通知將說明相關規則是否允許您繼續上訴至第 5 級。書面通知也會提供聯絡人及如選擇繼續上訴該如何處理的資訊。

**第 5 級上訴** 一位**聯邦地方法院**的法官將審核您的上訴。

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

### 第 11 節 如何就護理品質、等待時間、顧客服務或其他事宜提 出投訴

#### 第 11.1 節 投訴程序處理哪些類型的問題？

投訴程序*僅*適用於若干類型的問題。這包括護理品質、等待時間及顧客服務的相關問題。以下為投訴程序所處理的各種問題範例。

| 投訴 | 範例 |
| --- | --- |
| **您的醫療護理品質** | * 您是否對所獲醫療護理品質（包括住院護理服務）感到不滿意？ |
| **尊重您的隱私** | * 是否有人未尊重您的隱私權或分享關於您的保密資訊？ |
| **未受到尊重、顧客服務不佳或其他不良行為** | * 是否有人對您無禮或不尊重？ * 您是否對我們會員服務部不滿意？ * 您是否覺得自己被迫退出計劃？ |
| **等待時間** | * 經常很難約到醫生或等很久才能約到？ * 我們的醫生、藥劑師或其他醫療專業人員曾經讓您等太久？或者計劃的會員服務部或其他職員曾讓您等太久？   + 例如在電話中、候診室、健診室或取處方曾經等候太久。 |
| **清潔度** | * 您是否對某所診所、醫院或醫生診室的清潔度或條件感到不滿？ |
| **我們為您提供的資訊** | * 我們是否沒有給您發送必要的通知？ * 我們的書面資訊是否難以理解？ |
| **時效性**  （這類投訴都與我們是否*及時*作出承保範圍裁決及處理上訴有關） | 如果您已要求我們作出承保範圍裁決或已提出上訴，同時，您認為我們未迅速回應您的要求，您可以就我們的緩慢行動提出投訴。範例如下：   * 您已經要求我們提供快速承保範圍裁決或快速上訴，而我們對您說無法做到時，您可提出投訴。 * 如果您認為我們未遵守承保範圍裁決或上訴的截止期限規定，此時您可提出投訴。 * 您認為我們沒有按時為您承保或報銷某些已獲批准的醫療用品或服務或藥物，您可以提出投訴。 * 您認為我們未能遵守要求的截止期限將您的個案轉交至獨立審核機構，您可以提出投訴。 |

#### 第 11.2 節 如何提出投訴

| **法律術語** |
| --- |
| * **投訴**也稱為**申訴**。 * **提出投訴**也稱為**提出申訴**。 * **採用投訴程序**也稱為**採用提出申訴的程序**。 * **快速投訴**也稱為**加急申訴**。 |

#### 第 11.3 節 步驟說明：提出投訴

第 1 步：請立即致電或寫信聯絡我們。

* **一般情況下，請先致電會員服務部。**如需採取任何行動，會員服務部將會告知您。
* **如果不願致電（或已致電，但並不滿意），可書面列明投訴事項後寄送給我們。**如果您進行書面投訴，我們也會以書面形式回覆您的投訴。
* *[Insert description of the procedures (including time frames) and instructions about what members need to do if they want to use the process for making a complaint. Describe expedited grievance time frames for grievances about decisions to not conduct expedited organization/coverage determinations or reconsiderations/redeterminations.]*
* 提出投訴的**截止期限是**從您遇到要投訴的問題算起的 60 天內。

第 2 步：我們將調查您的投訴並給予答覆。

* **如有可能，我們將立即答覆您。**如果您致電提出投訴，我們可能會在接聽來電的當時立即給予答覆。
* **大多數投訴在 30 日內答覆。**如果我們需要更多資訊，且出於您的最佳利益考慮或您要求延長時間，我們可延遲 14 日（共 44 日）答覆您的投訴。如果我們決定延長時間，將書面通知您。
* **如果您因我們拒絕您快速承保範圍裁決或快速上訴的請求而提出投訴，我們將自動將其定為快速投訴。**如果提出**快速投訴**，即表示我們會在 **24 小時內**給予答覆。
* **如果我們不認同**您的部分或全部投訴，或不負責您所投訴的問題，我們會在給予您的答覆中註明理由。

#### 第 11.4 節 您也可向品質改進機構提出護理品質方面的投訴

當您對*護理品質*提出投訴時，也有兩種選擇：

* **您可向品質改進機構直接提出投訴。**品質改進機構是一個由聯邦政府資助的執業醫生及其他醫療護理專家團體，以核查和改進提供給 Medicare 患者的護理。第 2 章提供了聯絡資訊。

*或*

* **您也可同時向品質改進機構和我們提出投訴。**

#### 第 11.5 節 您亦可將您的投訴告知 Medicare

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

關於您的 MEDICAID 福利的問題

### 第 12 節 處理關於您的 Medicaid 福利的問題

*[Plans should add sections describing the processes available to members to pursue appeals and grievances related to Medicaid-covered services. Plans should also include descriptions of how they will assist members with navigating those processes.]*

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

*[Applicable integrated plans, the subset of fully integrated dual eligible special need plans (FIDE SNPs) and highly integrated dual eligible special need plans (HIDE SNPs) with exclusively aligned enrollment, are required to use Chapter 9B instead of Chapter 9A.]*

*[Plans should remove the corresponding letter, either “A” or “B”, from whichever version of Chapter 9 the plan uses (either Chapter 9A or Chapter 9B) from the document. This includes the main table of contents, Chapter 9 cover page, and Chapter 9 table of contents.]*

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

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 節 遇到問題或疑慮該如何處理

本章列述了處理問題及疑慮的程序。您在處理問題時要採取的程序取決於您的問題類型：

* + 就某些問題而言，您需採用**承保範圍裁決和上訴程序**。
  + 對於其他問題，您需採用**提出投訴的程序，**也叫申訴。

每個程序都有一套規則、手續及截止期限，您與我們均須遵守。

**第 3 節**的內容有助於您確定應採用的正確程序及您應採取的行動。

#### 第 1.2 節 關於法律術語

本章中所列的某些規則、程序及各類截止期限存在若干法律術語。許多術語對於大多數人而言較為陌生且難以理解。為方便起見，本章會：

* 採用更通俗的辭彙取代若干法律術語。例如，本章通常使用提出投訴而非提出申訴，使用承保範圍裁決而非綜合機構裁定、承保範圍裁定和風險裁定，以及使用獨立審核機構而非獨立審核實體。
* 本章中也儘量減少了縮寫詞的使用。

然而，瞭解正確的法律術語可能對您有所幫助，甚至非常重要。瞭解應使用的正確法律術語將有助於您更準確地表達，以獲取適當的幫助或尋找針對您所處情形的資訊。為幫助您瞭解應使用的術語，我們在提供處理特殊情形的詳細資訊時會對法律術語加以闡述。

### 第 2 節 從何處獲取詳細資訊和個性化協助

我們可隨時向您提供協助。即使您想要對我們對待您的方式提出投訴，我們也必須尊重您提出投訴的權利。因此，您應該始終向客戶服務部尋求幫助。但在某些情況下，您也可能希望獲得某位與我們無關人士的幫助或指引。以下是可以為您提供幫助的兩個機構。

州健康保險援助計劃 (SHIP)

每個州均設有一項政府計劃，並且都有受過專業訓練的顧問。該計劃與我們的計劃、任何保險公司或保健計劃均無關。該計劃的顧問可幫助您瞭解您在處理問題時應採取的程序。他們也能回覆您提出的問題、給予您更多資訊並提供有關處理方法的指引。

SHIP 顧問的服務是免費的。*[Plans providing SHIP contact information in an exhibit may revise the following sentence to direct members to it.]*電話號碼和網址列於本文件的第 2 章第 3 節。

Medicare

您也可以聯絡 Medicare 尋求幫助。要聯絡 Medicare：

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

您可從 Medicaid 獲得幫助和資訊

*[Insert contact information for the state Medicaid agency. Plans may insert similar sections for the QIO or ombudsman.]*

### 第 3 節 瞭解我們計劃中關於 Medicare 和 Medicaid 的投訴和上訴

您擁有 Medicare 並從 Medicaid 獲取協助。本章中的資訊適用於您的**所有** Medicare 及 Medicaid 福利。有時，這稱為綜合程序，因其合併或整合了 Medicare 和 Medicaid 各自的程序。

有時 Medicare 和 Medicaid 的程序並未合併。在此情況下，您可以使用 Medicare 程序來獲得 Medicare 承保的福利，使用 Medicaid 程序來獲得 Medicaid 承保福利。關於這些情況的說明，請查看本章**第 6.4 節**的「*步驟說明：如何進行第 2 級上訴。」*

關於您的福利的問題

### 第 4 節 承保範圍裁決和上訴

如有問題或疑慮，您只需細閱本章中適用於您所處情形的部分。對於與 **Medicare 或 Medicaid 承保福利**有關的問題或投訴，以下資訊將幫助您找到本章的正確部分。

您的問題或疑慮是否與您的福利或保險有關？

這包括有關醫療護理（醫療用品、服務和/或 B 部分處方藥）是否獲承保、承保的方式等問題，以及與醫療護理付款有關的問題。

**是。**

請查閱本章的下一節，**第 5 節「承保範圍裁決和上訴基準指引」。**

**否。**

向前跳至本章末尾的**第 11 節「如何就護理品質、等待時間、顧客服務或其他事宜提出投訴。」**

### 第 5 節 承保範圍裁決和上訴基準指引

#### 第 5.1 節 要求承保範圍裁決和提出上訴：總體情況介紹

承保範圍裁決和上訴處理與您的福利及醫療護理承保（服務、用品和 B 部分處方藥，包括付款）有關的問題。為了簡單起見，我們一般將醫療用品、服務和 Medicare B 部分處方藥稱為**醫療護理**。您可利用承保範圍裁決和上訴程序，處理諸如某服務或藥品是否獲承保以及承保方式等事宜。

要求在接受服務之前作出承保範圍裁決

承保範圍裁決是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您的醫療護理支付的金額所作出的裁決。例如，如果您的計劃網絡內醫生將您轉診至網絡外專科醫生，則此轉診被視為有利的承保範圍裁決，除非您的網絡內醫生可證明您已收到關於該專科醫生的標準化拒絕通知，或承保範圍說明書明確說明轉診服務在任何情況下均不獲承保。如果您的醫生不確定我們是否會承保某特定醫療服務或拒絕提供您認為所需的醫療護理時，您或您的醫生也可聯絡我們，要求進行承保範圍裁決。換句話說，如需在獲得某項醫療護理之前瞭解我們對此是否承保，您可要求我們為您作出承保範圍裁決。在有限情況下，承保範圍裁決請求將被駁回，這表示我們將不會審核該請求。駁回請求的情況示例包括：請求不完整、有人代表您提出請求，但其並未獲得相應的合法授權，或您要求撤銷請求。如果我們駁回承保範圍裁決請求，我們將發出通知，解釋駁回請求的原因以及如何要求審核駁回裁決。

我們就為您承保的藥物以及支付的費用作出承保範圍裁決。在某些情況下，我們可能決定不承保某些醫療護理，或就您而言，Medicare 不再承保這些醫療護理。如果您不同意該項承保範圍裁決，可提出上訴。

提出上訴

如果我們作出一項承保範圍裁決，而您對此並不滿意，無論是在獲得福利之前還是之後，您均可就該裁決**上訴**。上訴是指要求我們審核並更改我們已作出的承保範圍裁決的正式方式。在某些情況下，您可以對承保範圍裁決申請加急或**快速上訴**，我們將在後文討論這些情況。您的上訴不是由作出原始裁決的審核員處理。

您首次對裁決提出的上訴稱為第 1 級上訴。在這一級上訴時，我們將審核已作出的承保範圍裁決，以核查我們是否恰當遵循規則行事。我們完成審核後，將告訴您我們的決定。

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

如果我們完全或部分拒絕您對醫療護理的第 1 級上訴，您的上訴將自動進入第 2 級上訴程序，並由與我們無關的獨立審核機構進行處理。

* 您無需採取任何行動即可開始第 2 級上訴。Medicare 規則要求，如果我們不完全認同您的第 1 級上訴，需自動將您對醫療護理的上訴移送至第 2 級。
* 有關第 2 級上訴的詳細資訊，請參見本章**第 6.4 節**。
* 對於 D 部分藥物上訴，如果我們拒絕您的全部或部分上訴，您將需要申請第 2 級上訴。本章第 7 節進一步介紹了 D 部分上訴。

如果仍不滿第 2 級上訴作出的決定，還可繼續提出其他級別的上訴（本章第 10 節將介紹第 3、4 及 5 級上訴程序）。

#### 第 5.2 節 欲要求承保範圍裁決或提出上訴時，該如何尋求幫助

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

* 您**可以致電我們的會員服務部。**
* 您可從州健康保險援助計劃處**免費取得幫助**。
* **您的醫生或其他醫療服務提供者可代表您提出請求。**如果您的醫生幫助您請求第 2 級以上的上訴，他們將需要被指定為您的代表。請致電會員服務部索取*代表委任表*格。（此表格也可在 Medicare 網站 [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) [*plans may also insert:* 或我們的網站 *[insert website or link to form*] 上獲取]。）
* 您的醫生或其他醫療服務提供者可代表您就醫療護理請求承保範圍裁決或第 1 級上訴。如果您的上訴在第 1 級被拒絕，則該上訴將會自動轉交至第 2 級。
* 如果您的醫生或其他醫療服務提供者請求在上訴期間繼續提供您正在接受的服務或項目，您**可能**需要指定您的醫生或其他處方醫生作為您的代表。
* 對於 D 部分處方藥，您的醫生或其他處方醫生可代表您要求承保範圍裁決或第 1 級上訴。如果您的第 1 級上訴被拒絕，您的醫生或處方醫生可以申請第 2 級上訴。
* **您可要求某人士代表您行事。**如果您願意，可指定任何其他人士作為您的代表，代您要求承保範圍裁決或提出上訴。
  + 如果您希望您的朋友、親屬或其他人擔任您的代表，請致電會員服務部並並索取*代表委任*表格。（此表格也可在 Medicare 網站 [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf) [*plans may also insert:* 或我們的網站 *[insert website or link to form*] 上獲取]。）此表格可給予該人士許可，代您行事。表格必須經您和您希望代您行事的人士簽署。您必須向我們提交一份經簽署的表格。
  + 雖然我們可在沒有表格的情況下接受上訴請求，但是我們在未收到表格之前無法開始或完成審核。如果我們在收到您的上訴請求後 44 日內未收到該表格（這是我們就您的上訴作出決定的截止期限），您的上訴請求將被駁回。如果發生此情況，我們將向您發出書面通知，說明您有權利要求獨立審核機構對我們駁回上訴的決定進行審核。
* **您也有權聘請律師。**您可聯絡您的私人律師，或透過當地律師協會或其他轉介服務獲取律師姓名。如果您符合條件，某些團體也會為您提供免費法律服務。但**您並非必須聘請律師**才能要求任何類別的承保範圍裁決或針對某項決定提出上訴。

#### 第 5.3 節 本章哪一節有關於您的情況的詳細資訊？

涉及承保範圍裁決和上訴的情況共有四種。由於每種情況的規則和截止期限各有不同，我們分別在不同章節詳述了不同情況：

* 本章**第 6 節**「您的醫療護理：如何要求承保範圍裁決或提出上訴」
* 本章**第 7 節**「您的 D 部分處方藥：如何要求承保範圍裁決或提出上訴」
* 本章**第 8 節**「如果您認為醫生過快讓您出院，如何要求我們延長住院承保」
* 本章**第 9 節**「如果您認為您的保險終止過快，如何要求我們繼續承保某些醫療服務」（本節僅適用於下列服務：居家護理、專業護理機構護理和綜合門診復健機構 (CORF) 服務）

如果您仍不確定應採用哪一節內容，請致電會員服務部。您也可以從政府機構處取得幫助或資訊，例如您的 SHIP。

### 第 6 節 您的醫療護理：如何要求承保範圍裁決或就承保範圍裁決提出上訴

#### 第 6.1 節 本節介紹了在對於獲取醫療護理承保存有疑問或希望我們償付 [*insert if plan has cost sharing:* 就您的護理應承擔的]費用時， 您該如何處理

本節列述了您的醫療護理福利的相關資訊。本文件第 4 章對這些福利進行了描述：*醫療福利表（承保範圍*[[*insert if plan has cost sharing: and what you pay*]*與支付費用）。*在某些情況下，申請 B 部分處方藥時適用的規則有所不同。出現這類情況時，我們將說明 B 部分處方藥適用的規則與醫療用品及服務適用的規則之間的差異。

本節介紹了您處於以下任一種情況（共五種）時可以採取的行動：

1. 您未獲得您想要的某種醫療護理，而您認為我們計劃的承保此種護理。**要求作出承保範圍裁決。第 6.2 節。**

2. 我們的計劃不核准您的醫生或其他醫療服務提供者要向您提供的醫療服務，而您認為我們計劃的承保此種護理。**要求作出承保範圍裁決。第 6.2 節。**

3. 您已獲得您認為計劃應承保的醫療護理，但我們卻表示將不支付此種護理費用。**提出上訴。第 6.3 節。**

4. 您已獲得您認為計劃應承保的醫療護理，並已就此付款，且欲要求我們的計劃就該項護理向您報銷費用。**把賬單寄給我們。第 6.5 節。**

5. 您獲知您所接受的我們之前認可的某種醫療護理的承保範圍將縮小或停止，而您認為減少或停止此種護理會損害您的健康。**提出上訴。第 6.3 節。**

**註：如果即將終止的保險屬於醫院護理、居家護理、專業護理機構護理，或綜合門診復健機構 (CORF) 服務保險，**您需要閱讀本章的第 8 節和第 9 節。此類別的護理適用特殊規則。

#### 第 6.2 節 步驟說明：如何要求承保範圍裁決

| **法律術語** |
| --- |
| 如果承保範圍裁決涉及您的醫療護理，則稱為**機構裁決**。  快速承保範圍裁決稱為**加急裁定**。 |

第 1 步：決定您需要的是標準承保範圍裁決還是快速承保範圍裁決。

**標準承保範圍裁決通常在 14 天內作出，如果是 B 部分藥物，則會在 72 小時內作出。對於醫療服務，快速承保範圍裁決通常在 72 小時內作出；對於 B 部分藥物，通常在 24 小時內作出。要獲得快速承保範圍裁決，您必須滿足兩項要求︰**

* 您*僅可要求*承保醫療用品和/或服務（不可要求承保已獲得的用品和/或服務）。
* 只有當採用標準截止期限會*嚴重損害您的健康或傷害您的行動能力*時，方可取得快速承保範圍裁決。
* **如果您的醫生告知我們您的健康狀況需要快速承保範圍裁決，我們即同意對您作出快速承保範圍裁決。**
* **如果您自行要求快速承保範圍裁決（未獲得醫生支援），我們將判斷您的健康狀況是否需要我們對您作出快速承保範圍裁決。**如果我們不批准快速承保範圍裁決，我們將致函告知您：
* 說明我們將使用標準截止期限。
* 說明如果您的醫生要求快速承保範圍裁決，我們將自動作出快速承保範圍裁決。
* 說明您如何就我們未按您的請求作出快速承保範圍裁決，而作出標準承保範圍裁決一事提出快速投訴。

第 2 步：要求我們的計劃作出承保範圍裁決或快速承保範圍裁決。

* 首先，致電、寄函或傳真至我們的計劃提出申請，請求我們授權或承保您希望獲得的醫療護理。您、您的醫生或代表均可提出此請求。第 2 章提供了聯絡資訊。

第 3 步：我們將考慮您的醫療護理承保範圍請求，並給予答覆。

對於標準承保範圍裁決，我們使用標準截止期限。

這意味著我們將在收到您對醫療項目或服務的請求後 14 天內給您答覆。如果您針對 Medicare B 部分處方藥提出請求，我們將在收到您的請求後 72 小時內給您答覆。

* **但是**，對於醫療用品或服務請求，如果您要求延長時間，或者我們需收集可能有利於您的更多資訊，**則可再延長至多 14 天**。如果我們需要延長時間，將書面通知您。如果您就 Medicare B 部分處方藥提出請求，我們將不可延長作出裁決的時間。
* 如果您認為我們*不*應延長時間，可提出快速投訴。一旦我們做出裁決，我們將盡快答覆您的投訴。（投訴程序與承保範圍裁決和上訴程序有所不同。有關投訴的資訊，請參見本章第 11 節。）

***對於快速承保範圍裁決，我們會加急辦理***

快速承保範圍裁決指我們將在收到您就醫療用品或服務提出的請求後 72 小時內作出答覆。如果您針對 Medicare B 部分處方藥提出請求，我們將在 24 小時內答覆。

* **但是，**如果您要求延長時間，或者我們需要更多時間來收集可能有利於您的資訊，**則可再延長至多 14 日**。如果我們需要延長時間，將書面通知您。如果您就 Medicare B 部分處方藥提出請求，我們將不可延長作出裁決的時間。
* 如果您認為我們*不*應延長時間，可提出快速投訴。（如需瞭解關於投訴的資訊，請參見本章第 11 節。）我們在作出決定後會儘快通知您。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求，**我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因。

第 4 步：如果我們拒絕您的醫療護理承保請求，您可以上訴。

* 如果我們拒絕您的請求，您有權提出上訴，要求我們重新考慮該決定。這意味著再次請求獲得您想要的醫療護理承保。如果您提出上訴，即表明您進入第 1 級上訴程序。

#### 第 6.3 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴

| **法律術語** |
| --- |
| 就醫療護理承保範圍裁決向計劃提出上訴稱為計劃**重新考慮**。  快速上訴也稱為**加急重新考慮**。 |

第 1 步：決定您需要的是標準上訴還是快速上訴。

**對於 B 部分藥物，標準上訴通常在 30 天或 7 天內作出裁決。快速上訴的裁決通常在 72 小時內作出。**

* 如果您就我們對您尚未接受的護理承保作出的裁決提出上訴，您和/或您的醫生將需決定您是否需要快速上訴。如果您的醫生告知我們您的健康狀況需要快速上訴，我們將給予您快速上訴。
* 獲得快速上訴的要求與獲得本章第 6.2 節中的快速承保範圍裁決的要求及程序相同。

第 2 步：要求我們的計劃進行上訴或快速上訴

* **如果您要求進行標準上訴，請以書面形式提交您的標準上訴。**[*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:*您也可致電我們要求上訴。]第 2 章提供了聯絡資訊。
* **如果您要求快速上訴，請以書面形式或致電我們提出您的上訴。**第 2 章提供了聯絡資訊。
* **您必須在自我們向您發出書面通知，對您的承保範圍裁決作出答覆之日起** **60 天內提出上訴請求**。如果您錯過此截止期限，並能提供充分理由，請在提出上訴時說明延誤上訴的原因。我們可為您延長提出上訴的時限。充分理由可能包括：您患有使您無法聯絡我們的重病，或我們向您提供的有關上訴請求截止期限的資訊是錯誤或不完整的。
* **您可免費索取一份有關您的醫療決定的資訊。您和您的醫生可以添加更多資訊支援您的上訴。**

如果我們告訴您我們將要停止或減少您正在獲得的服務或項目，您可以在上訴期間繼續享有這些服務或項目。

* 如果我們決定變更或終止承保您目前正在獲得的某項服務或項目，我們會在採取擬定的行動前通知您。
* 如果您不同意該行動，您可提出第 1 級上訴。如果您在我們通知函的郵戳日期後 10 日內，或在該行動的預定生效日期前（以較晚者為準）請求第 1 級上訴，則我們將繼續承保該服務或項目。
* 如果您遵守此截止期限要求，則您可在第1 級上訴待決期間繼續照常獲得該服務或項目。您也將照常獲得（與您的上訴無關的）所有其他服務或項目。

第 3 步：我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

* 在審核您的上訴時，我們會謹慎考慮全部資訊。我們將核實拒絕您的請求時是否遵守所有規則。
* 必要時，我們可能會聯絡您或您的醫生收集更多資訊。

快速上訴的截止期限

* 對於快速上訴，我們必須**在收到您的上訴後 72 小時內給您答覆。**如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出答覆。
* 但是，對於醫療用品或服務請求，如果您要求延長時間，或者我們需收集可能有利於您的更多資訊，**則可再延長至多 14 天**。如果我們需要延長時間，將書面通知您。如果您針對 Medicare B 部分處方藥提出申請，我們將無法延長時間。
* 如果我們在 72 小時內未給您答覆（或若在延長期結束時增加延長時間），我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。第 6.4 節介紹了第 2 級上訴程序。
* **如果我們批准您的部分或全部請求**，必須在收到您上訴後的 72 小時內，批准或提供我們已同意提供的保險。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將會向您寄送我們的書面裁決，並自動將您的上訴轉至獨立審核機構進行第 2 級上訴。收到您的上訴後，獨立審核機構會以書面形式通知您。

標準上訴的截止期限

* 對於標准上訴，我們必須在收到您的上訴後 **30 日內**給您答覆。如果您針對您尚未接受的 Medicare B 部分處方藥提出請求，我們將在收到您的上訴後 **7 日內**給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。
* 但是，對於醫療用品或服務請求，如果您要求延長時間，或者我們需收集可能有利於您的更多資訊，**則可再延長至多 14 天**。如果我們需要延長時間，將書面通知您。如果您就 Medicare B 部分處方藥提出請求，我們將不可延長作出裁決的時間。
* 如果您認為我們**不**應延長時間，可提出快速投訴。您提出快速投訴後，我們會在 24 小時內給您答覆。（有關提出投訴程序（包括快速投訴）的詳細資訊，請參見本章**第 11 節**。）
* 如果我們在截止期限內未給您答覆（或若在延長期結束時增加延長時間），我們會將您的請求提交至第 2 級上訴，由獨立審核機構進行審核。第 6.4 節介紹了第 2 級上訴程序。
* **如果我們批准您的部分或全部請求，**則必須在收到您的上訴後 **30 日**內或 **7 日內**（就 Medicare B 部分處方藥提出請求時），核准或提供承保。
* 如果我們的計劃部分或完全拒絕您的上訴，您還有其他上訴權利。
* 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將向您致函。
* 如果您的問題涉及 Medicare 服務或項目的承保，該信函將告訴您我們已將您的個案寄送至獨立審核機構進行第 2 級上訴。
* 如果您的問題涉及 Medicaid 服務或項目的承保，則該信函將告訴您如何自行提出第 2 級上訴。

#### 第 6.4 節 步驟說明：如何進行第 2 級上訴

| **法律術語** |
| --- |
| 獨立審核機構的正式名稱為**獨立審核實體**。有時將其稱為 **IRE**。 |

**獨立審核機構是 Medicare 聘請的一個外部獨立機構。**該機構與我們無關，且並非政府機構。該機構將判定我們所做的裁決是否正確，或者是否應該更改裁決。Medicare 監督其工作。

* 如果您的問題涉及一般**受 Medicare 承保**的服務或項目，只要第 1 級上訴完成，我們便會自動將您的個案移送至第 2 級上訴程序。
* 如果您的問題涉及一般**受 Medicare 承保**的服務或項目，則您可自行提出第 2 級上訴。該信函將告訴您如何提出。相關資訊亦載於下方。
* 如果您的問題涉及**受 Medicare 和 Medicaid 同時承保**的服務或項目，將自動向獨立審核機構提出第 2 級上訴。您還可以請求召開州立公平聽證會。

如果您在提出第 1 級上訴時符合繼續獲得福利的資格，那麼您在第 2 級上訴期間仍可繼續享受上訴涉及的服務、項目或藥物的福利。請查閱第 *[insert applicable page number(s)]* 頁，瞭解關於在第 1 級上訴期間繼續享受您福利的資訊。

* 如果您的問題涉及一般僅受 Medicare 承保的服務，則在向獨立審核機構提出第 2 級上訴程序期間，您將不會繼續享受該服務的福利。
* 如果您的問題涉及一般受 Medicaid 承保的服務，且您在收到計劃的決定信後 10 日內提交第 2 級上訴，則您將繼續享受該服務的福利。

如果您的問題涉及一般受 Medicare 承保的服務或項目：

第 1 步：獨立審核機構審核您的上訴。

* 我們將向該機構發送有關您的上訴的資料。該資料稱為您的**個案檔案**。**您有權向我們免費索取一份個案檔案副本。**
* 您有權向獨立審核機構提供其他資訊，支援您的上訴。
* 獨立審核機構的審核員將仔細查閱上訴的所有相關資訊。

如果您的第 1 級上訴為快速上訴，您的第 2 級上訴也將為快速上訴

* 對於快速上訴，審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **72 小時內**給您答覆。
* 對於您就醫療項目或服務提出的請求，如果獨立審核機構需要收集可能有利於您的更多資訊，**則可再延長至多 14 日**。如果您就 Medicare B 部分處方藥提出請求，獨立審核機構將不可延長作出裁決的時間。

如果您的第 1 級上訴為標準上訴，您的第 2 級上訴也將為標準上訴

* 對於標準上訴，如果您就醫療用品或服務提出請求，審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **30 日內**給您答覆。如果您就 Medicare B 部分處方藥提出請求，審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **7 日內**給您答覆。
* 但是，對於您就醫療用品或服務提出的請求，如果獨立審核機構需要收集可能有利於您的更多資訊，則**可再延長至多 14 日**。如果您就 Medicare B 部分處方藥提出請求，獨立審核機構將不可延長作出裁決的時間。

第 2 步：獨立審核機構給您答覆。

獨立審核機構將以書面形式告知您他們的決定，並說明原因。

* **對於您就醫療項目或服務提出的請求，如果獨立審核機構批准您的部分或全部請求，**我們必須在收到獨立審核機構的裁決後 **72 小時內**核准醫療護理承保，或在我們收到獨立審核機構的裁決後 **14 日內（標準請求）**或 **72 小時內（加急請求）**提供服務。
* **對於您就 Medicare B 部分處方藥提出的請求，如果獨立審核機構批准您的部分或全部請求，**我們必須在收到獨立審核機構的裁決後 **72 小時內（標準請求）**或 **24 小時內（加急請求）**核准或提供 Medicare B 部分處方藥。
* **如果該機構部分或完全拒絕您的上訴**，則表明他們同意我們計劃的裁決，即您的醫療護理承保的請求（或部分請求）應不予批准。（這稱為**維持原決定，**也稱為**駁回上訴**。）在這種情況下，獨立審核機構會給您寄送一封信函：
  + 解釋其決定。
  + 如果護理承保範圍的價值達到某個最低金額，則會通知您有權進行第 3 級上訴。您從獨立審核機構獲得的書面通知將告知您，您必須達到多少金額才能繼續上訴程序。
  + 告訴您如何提出第 3 級上訴。
* 如果第 2 級上訴遭到駁回，且您符合繼續上訴的要求，則必須決定是否希望繼續第 3 級，提出第三次上訴。有關如何處理的詳細資訊，請查看第 2 級上訴後收到的書面通知。
  + 第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。本章**第 10 節**將介紹第 3、4 和 5 級上訴程序。

如果您的問題涉及一般受 Medicaid 承保的服務或項目：

第 1 步：您可以請求召開州立公平聽證會。

* 對一般受 Medicaid 承保的服務提出的第 2 級上訴程序即為州立公平聽證會。您必須在有關第 1 級上訴的裁決信發出之日起 **120 日內**以書面或電話形式請求召開公平聽證會。我們發給你的信函將告訴您在何處提交您的聽證會申請。

*[Plans or states should describe the process for Medicaid Level 2 appeals, in which members must submit the Level 2 appeal themselves.]*

第 2 步：公平聽證辦公室給您答覆。

公平聽證辦公室將以書面形式告知您他們的決定，並說明原因。

* **如果公平聽證辦公室批准您就醫療項目或服務提出的部分或全部請求，**我們必須在收到公平聽證辦公室的決定後 72 小時內核准或提供該服務或項目。
* **如果公平聽證辦公室拒絕您的部分或全部上訴，**則表明他們同意我們計劃的裁決，即您對醫療護理承保的請求（或部分請求）應不予批准。（這稱為**維持原決定**，也稱為**駁回上訴**。）

如果裁決是拒絕我的全部或部分請求，我是否可再次提出上訴？

如果獨立審核機構或公平聽證辦公室的裁決是拒絕您的全部或部分請求，您有**再次提出上訴的權利**。

公平聽證辦公室將致函給您說明此下一個上訴選項。

請參見本章第 10 節，瞭解有關第 2 級之後的上訴權利的更多資訊。

#### 第 6.5 節 如果要求我們就您已收到的醫療護理賬單向您支付[*insert if plan has cost sharing:* 我們應承擔的]費用，該如何處理？

[*Plans insert if the state DOES NOT allow members to be directly reimbursed for Medicaidbenefits:***我們無法直接為您報銷 Medicaid 服務或項目的費用。**如果您收到的賬單[*plans with cost sharing insert*: 超出您對於 Medicaid 承保服務和項目的定額手續費]，請將賬單寄送給我們。**您不應自行支付該賬單費用。**我們將直接與該醫療服務提供者聯絡，並負責處理此問題。但是，如果您已支付該賬單費用，且已遵循獲取服務、用品的相關規則，您可以獲得醫療服務提供者的償付。]

[*Plans insert if the state DOES allow members to be directly reimbursed for Medicaid benefits:*如果您已經支付了計劃承保的 Medicaid 服務或項目，您可以要求我們計劃向您償付費用（償付通常被稱為給您報銷）。一旦您就我們計劃承保的醫療服務或藥物所支付的費用paid [*insert if plan has cost sharing:*超出您應承擔的費用]，您就有權要求我們的計劃償付費用。在您給我們寄送您已經支付的賬單時，我們將核對賬單，並決定是否應承保有關服務或藥物。如果我們決定承保，我們將向您償付有關服務或藥物的費用。]

[*Plans insert if state allows members to be directly reimbursed for Medicaid benefits:* 要求報銷即要求我們作出承保範圍裁決。]

如果您向我們寄送要求報銷的書面材料，即為要求我們作出承保範圍裁決。為作出此裁決，我們將核查您已付款的醫療護理是否受承保。我們也將核查您是否遵守所有使用醫療護理承保的規則。

[*Plans insert if state does NOT allow members to be directly reimbursed for Medicaid benefits:*要求償付您已支付的費用：

如果您向我們寄送要求報銷的書面材料，即為要求我們作出承保範圍裁決。我們無法直接為您報銷 **Medicaid** 服務或項目的費用。如果您收到的賬單[*plans with cost sharing insert*:超出您對於 Medicaid 承保服務和項目的定額手續費]，請將賬單寄送給我們。**您不應自行支付該賬單費用。**我們將直接與該醫療服務提供者聯絡，並負責處理此問題。但如果您確實支付了該賬單，只要您遵守了獲取服務或項目的規則，您可從該醫療服務提供者處獲得退款。]

如果您希望我們為您報銷 **Medicare** 服務或項目的費用，或者您要求我們向醫療服務提供者支付您已付款的 Medicaid 服務或項目的費用，即為您將要求我們作出此承保範圍裁決。我們將核查您已付款的醫療護理是否為承保服務。我們也將核查您是否遵守所有使用醫療護理承保的規則。

* **如果我們批准您的請求：**[*Plans insert if state allows members to be directly reimbursed:* 如果醫療護理獲承保且您遵守所有規則，我們將在收到您請求後 60 日內向您寄出[*insert if plan has cost sharing:* 我們應承擔的]費用款項。]
* [*Plans insert if state DOES NOT allow members to be directly reimbursed:*如果 Medicare 醫療護理獲承保，我們將在收到您請求後 60 日內向您寄出[*insert if plan has cost sharing*我們應承擔的]費用款項。
  + 如果您已向醫療服務提供者付款的 Medicaid 護理獲承保，並且您認為我們應該向該醫療服務提供者付款，則我們將在收到您的請求後 60 日內向您的醫療服務提供者寄出[*insert if plan has cost sharing:*我們應承擔的]費用款項。
  + 之後，您將需要與您的醫療服務提供者聯絡，讓他們向您退款。如果您尚未就該醫療護理付款，我們將直接向醫療服務提供者寄出付款。]
* **如果我們拒絕您的請求：**如果有關醫療護理*未*獲承保，或您*未*遵守所有規則，我們將不會寄出付款。相反，我們將向您發出一封函件，說明我們將不會就醫療護理作出支付並解釋原因。

如果您不同意我們駁回您的請求的裁決，**可提出上訴。**如果您提出上訴，即表明您要求我們更改在駁回您的付款請求時所作出的承保範圍裁決。

**如欲提出此項上訴，請遵循第 5.3 節所述的上訴程序。**如需就報銷提出上訴，請注意：

* 我們必須在收到您的上訴後 30 日內給您答覆。如果您要求我們償付您已接受並作出支付的醫療護理之費用，則不允許要求快速上訴。
* 如果獨立審核機構認定我們應當付款，我們必須在 30 日內向您或提供者寄出付款。如果第 2 級之後的任何一級上訴程序中批准了您的上訴，我們必須在 60 日內向您或醫療服務提供者寄出您所請求的款項。

### 第 7 節 您的 D 部分處方藥：如何要求承保範圍裁決或提出上訴

#### 第 7.1 節 本節描述了在對於獲取 D 部分藥物存有疑問或希望我們償付 D 部分藥物時，您該如何處理

您的福利包含多種處方藥的承保。該藥必須用於醫學上認可的適應症才可承保。（有關醫學上認可的適應症的詳細資訊，請參見第 5 章。）如需關於 D 部分藥物、規則、限制和費用的詳細資訊，請參見第 5 及第 6 章。**本節僅和您的 D 部分藥物有關。**為了簡單起見，我們在本節下文中提述為*藥物*，而非每次贅述*承保門診處方藥*或 *D 部分*藥物。我們還使用「藥物清單」一詞，而非*承保藥物清單*或*處方藥一覽表*。

* 如果您不知道某種藥物是否獲承保或您是否符合規則，您可以詢問我們。有些藥物需要獲得我們的批准之後方可取得我們的承保。
* 如果您的藥房告知您，您的處方無法按上方指示配藥，藥房將向您提供一份書面通知，說明如何聯絡我們要求進行承保範圍裁決。

D 部分承保範圍裁決與上訴

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

承保範圍裁決是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您的藥物支付的金額所作出的裁決。本節介紹了您處於以下任一種情況時可以採取的行動：

* 要求我們承保不在計劃*承保藥物清單*上的 D 部分藥物。**要求例外處理。第 7.2 節。**
* 要求豁免藥物的計劃承保範圍限制（例如您可以取得的藥物數量限制）。**要求例外處理。第 7.2 節。**
* *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions, omit this bullet.]*要求對於較高分攤費用等級的承保藥物支付較低的分攤費用金額。**要求例外處理。第 7.2 節。**
* 要求獲得某種藥物的預先批准。**要求作出承保範圍裁決。第 7.4 節。**
* 支付您已購買的處方藥的費用。**要求我們作出償付。第 7.4 節。**

如果您不同意我們作出的承保範圍裁決，可對此提出上訴。

本節介紹如何要求承保範圍裁決，以及如何提出上訴請求。

#### 第 7.2 節 什麼是「例外處理」？

| **法律術語** |
| --- |
| 要求承保未包含在「藥物清單」上的藥物有時稱為要求**處方藥一覽表例外處理**。  要求免除針對某些藥物承保的限制有時稱為要求**處方藥一覽表例外處理**。  要求對承保的非首選藥物支付較低的金額有時稱為要求**等級例外處理**。 |

如果某種藥物的承保方式並不是您所想要的，您可以要求我們作出**例外處理**。例外處理是一種承保範圍裁決。

為了讓我們考慮您的例外處理申請，您的醫生或其他處方醫生將需就為何您需要獲得例外處理說明醫療理由。以下為您或您的醫生或其他處方醫師可以要求我們作出的[*insert as applicable:* two *or* three]兩種 OR 三種] 例外處理範例：

1. **為您承保不在計劃「藥物清單」上的 D 部分藥物。***[Plans without cost sharing delete]*如果我們同意承保未包含在「藥物清單」的藥物，您將需要支付適用於[*insert as appropriate:* 我們所有藥物 *OR* *[insert exceptions tier* 藥物*]* *OR*  *[insert exceptions tier]* 原廠藥或 *[insert exceptions tier]*副廠藥]的分攤費用。您無法就該藥物您應支付的分攤費用金額請求例外處理。
2. **撤銷對承保藥物的限制**。第 5 章描述了我們「藥物清單」中某些藥物適用的額外規則或限制。*[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this bullet]*如果我們同意作出例外處理並為您豁免限制，您可以就該藥物您應支付的定額手續費或共同保險申請例外處理。
3. *[Plans with no cost sharing and plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions, omit this section.]***將藥物的承保範圍更改至較低的分攤費用等級。**我們「藥物清單」上的每種藥物皆屬於 *[insert number of tiers]* 種分攤費用等級中的一種。通常，分攤費用的等級編號越低，您需要支付的藥物分攤費用就越少。

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

#### 第 7.3 節 請求例外處理須知

您的醫生必須告訴我們醫療理由

您的醫生或其他處方醫生必須提供我們一則就要求例外處理說明醫療理由的聲明。對於快速裁決，當您要求例外處理時，請附上此則來自您醫生或其他處方醫生的醫療資訊。

通常，我們的「藥物清單」對於特定病症的治療皆包含了一種以上的藥物。這些不同的藥物稱為**替代**藥物。如果某種替代藥物和您所要求的藥物具有相同的效果，並且不會造成更多的副作用或其他健康上的問題，我們通常將**不會**批准您的例外處理要求。*[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions omit the next sentence.]*如果您向我們要求等級例外處理，我們一般**不會**批准您的例外請求，除非較低分攤費用等級的所有替代藥物均無法對您產生相同的效果，或者可能會造成不良反應或其他傷害。

我們可批准或拒絕您的請求

* 如果我們批准了您的例外處理要求，我們的批准通常至計劃年度結束前皆為有效。只要您的醫生繼續為您開立該藥物，並且該藥物對於治療您的病症仍然安全與有效，上述有效期限即成立。
* 如果我們拒絕您的請求，您可透過提出上訴要求再次審核。

#### 第 7.4 節 步驟說明：如何要求承保範圍裁決（包含例外處理）

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

第 1 步：決定您需要的是標準承保範圍裁決還是快速承保範圍裁決。

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

如果您的健康狀況需要，可要求我們作出快速承保範圍裁決。要獲得快速承保範圍裁決，您必須滿足兩項要求︰

* 您必須是在請求*一種您尚未獲得的藥物*。（如果您要求我們償付您已購買藥物費用，則不能取得快速承保範圍裁決。）
* 使用標準截止期限會。
* **如果您的醫生或其他處方醫師告知我們您的健康狀況需要快速承保範圍裁決，我們即同意對您作出快速承保範圍裁決。**
* **如果您自行要求快速承保範圍裁決（未獲得醫生或其他處方醫師支援），我們將判斷您的健康狀況是否需要我們對您作出快速承保範圍裁決。**如果我們不批准快速承保範圍裁決，我們將致函告知您：
* 說明我們將使用標準截止期限。
* 說明如果您的醫生或其他處方醫師要求快速承保範圍裁決，我們將自動作出快速承保範圍裁決。
* 告知您如何就我們未按您的請求作出快速承保範圍裁決，而作出標準承保範圍裁決一事提出快速投訴。我們將在收到投訴後的 24 小時內給您答復。

第 2 步：請求標準承保範圍裁決或快速承保範圍裁決

首先，致電、寄函或傳真至我們的計劃提出申請，請求我們授權或承保您希望獲得的醫療護理。我們的網站亦提供了承保範圍裁決程序。我們必須接受任何的書面申請，包括使用 *CMS 承保範圍裁決申請表*範本[*insert if applicable:* 或我們計劃的表格]（前述 [*insert if applicable:* 一份 *OR* 多份表格]可在我們的網站獲取）提交的申請。第 2 章提供了聯絡資訊。*[Plans that allow members to submit coverage determination requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]*為協助我們處理您的請求，請務必提供您的姓名、聯絡資訊以及識別所上訴的被拒賠付的資訊。

您、您的醫生（或其他處方醫生）或代表均可提出此請求。您還可讓律師代表您行事。本章第 4 節介紹了如何向他人發出書面許可，讓其擔任您的代表。

* **如果您請求例外處理，請提供支持聲明**，即說明請求例外處理的醫療理由。您的醫生或其他處方醫生可以傳真或郵寄該聲明給我們。或者，您的醫生或其他處方醫生可以透過電話告知我們，並隨後傳真或郵寄書面聲明（如果必需）。

第 3 步：我們將考慮您的請求，並給予答覆。

快速承保範圍裁決的截止期限

* 我們通常必須在收到您的請求後 **24 小时**內給您答覆。
  + 對於例外處理，我們會在收到您醫生的支持聲明後 24 小時內給予答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出答覆。
  + 如果我們未能遵守此截止期限，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。
* **如果我們批准您的部分或全部請求**，必須在收到您的請求或醫生支持您的請求之聲明後的 24 小時內，提供我們已同意提供的保險。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及您可如何就我們的裁決提出上訴。

對於您尚未取得之藥物的標準承保範圍裁決截止期限

* 我們必須在收到您的請求後 **72 小時內**給您答覆。
  + 對於例外處理，我們會在收到您醫生的支持聲明後 72 小時內給予答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出答覆。
  + 如果我們未能遵守此截止期限，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。
* **如果我們批准您的部分或全部請求**，必須在收到您的請求或醫生支持您的請求之聲明後的 72 小時內，提供我們已同意提供的保險。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及您可如何就我們的裁決提出上訴。

對於您已購買藥物的標準承保範圍裁決截止期限

* 我們必須在收到您的請求後 **14 日內**給您答覆。
  + 如果我們未能遵守此截止期限，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。
* **如果我們批准您的部分或全部請求**，必須在收到您請求後的 14 日內向您付款。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及您可如何就我們的裁決提出上訴。

第 4 步：如果我們拒絕您的承保範圍請求，您可提出上訴。

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

#### 第 7.5 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴

| **法律術語** |
| --- |
| 就 D 部分藥物承保範圍裁決對計劃提出上訴稱為計劃**重新裁定**。  快速上訴也稱為**加急重新裁定**。 |

第 1 步：決定您需要的是標準上訴還是快速上訴。

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

* 如果您就我們計劃對您尚未接受的藥物作出的決定提出上訴，您和您的醫生或其他處方醫師將需決定您是否需要快速上訴。
* 獲得快速上訴的要求與獲得本章第 6.4 節中的快速承保範圍裁決的要求及程序相同。

第 2 步：您、您的代表、醫生或其他處方醫生必須聯絡我們並提出第 1 級上訴。如果您的健康狀況需要快速回覆，您必須要求快速上訴。

* **若要進行標準上訴，請提交書面請求。**[*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* 或致電我們。]第 2 章提供了聯絡資訊。
* **若要進行快速上訴，請以書面形式提交上訴或致電** (*insert phone number)* **聯絡我們**。第 2 章提供了聯絡資訊。
* **我們必須接受任何的書面申請**，包括使用 CMS 承保範圍裁決申請表範本（可在我們的網站獲取）提交的申請。請務必提供您的姓名、聯絡資訊以及關於賠付的資訊，以幫助我們處理您的請求。
* *[Plans that allow members to submit appeal requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]*
* **您必須在自我們向您發出書面通知，對您的承保範圍裁決作出答覆之日起** **60 天內提出上訴請求**。如果您錯過此截止期限，並能提供充分理由，請在提出上訴時說明延誤上訴的原因。我們可為您延長提出上訴的時限。充分理由可能包括：您患有使您無法聯絡我們的重病，或我們向您提供的有關上訴請求截止期限的資訊是錯誤或不完整的。
* **您可索取一份有關您上訴的資訊，並添加更多資訊。**您和您的醫生可以添加更多資訊支援您的上訴。

第 3 步：我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

* 在審核您的上訴時，我們會謹慎考慮有關您的保險請求的全部資訊。我們將核實拒絕您的請求時是否遵守所有規則。我們可能會聯絡您或您的醫生或其他處方醫生以瞭解詳細資訊。

快速上訴的截止期限

* 對於快速上訴，我們必須**在收到您的上訴後 72 小時內給您答覆。**如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出答覆。
  + 如果我們在 72 小時內未給您答覆，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立機構進行審核。**第 7.6 節**介紹了第 2 級上訴程序。
* **如果我們批准您的部分或全部請求，**必須在收到您上訴後的 72 小時內，提供我們已同意提供的保險。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及您如何對我們的裁決提出上訴。

對於您尚未取得之藥物的標準上訴截止期限

* 對於標準上訴，我們必須在收到您的上訴後 **7 日內**給您答覆。如果您尚未獲得藥物且您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。
  + 如果我們未能在 7 日內給您答覆，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。**第 7.6 節**介紹了第 2 級上訴程序。
* **如果我們批准您的部分或全部請求**，我們必須視您的健康狀況需要盡快提供承保，但不得遲於我們收到您的上訴後的 **7 日**。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及您如何對我們的裁決提出上訴。

***對於您已購買藥物的付款的標準上訴截止期限***

* 我們必須在收到您的請求後 **14 日內**給您答覆。
  + 如果我們未能遵守此截止期限，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。
* **如果我們批准您的部分或全部請求，**必須在收到您請求後的 30 日內向您作出付款。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及您可如何就我們的裁決提出上訴。

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

* 如果您決定再次提出上訴，即表明您進入第 2 級上訴程序。

#### 第 7.6 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴

| **法律術語** |
| --- |
| 獨立審核機構的正式名稱為**獨立審核實體**。有時將其稱為 **IRE**。 |

**獨立審核機構是 Medicare 聘請的一個外部獨立機構。**該機構與我們無關，且並非政府機構。該機構將判定我們所做的裁決是否正確，或者是否應該更改裁決。Medicare 監督其工作。

第 1 步：您（或者您的代表、您的醫生或其他處方醫生）必須聯絡獨立審核機構，要求審核您的個案。

* 如果我們拒絕您的第 1 級上訴，我們寄給您的書面通知將包含如何向獨立審核機構**提出第 2 級上訴的指示**。這些指示將說明可以提出此第 2 級上訴的人士、您須遵守的截止期限，以及如何聯絡審核機構。但是，如果我們沒有在適用時限內完成審核，或者依據我們的藥物管理計劃對**風險**裁決作出不利裁決，我們將自動將您的賠付請求轉交至 IRE。
* 我們將向該機構發送有關您的上訴的資料。該資料稱為您的**個案檔案**。**您有權向我們索取一份個案文件副本。**[*If a fee is charged, insert:* 對於複製和寄送此材料，我們可向您收取費用。]
* 您有權向獨立審核機構提供其他資訊，支援您的上訴。

第 2 步：獨立審核機構審核您的上訴。

獨立審核機構的審核員將仔細查閱上訴的所有相關資訊。

快速上訴的截止期限

* 如果您的健康狀況需要快速回覆，您必須對獨立審核機構要求快速上訴。
* 若審核機構同意您的快速上訴，則審核機構必須在收到您的第 2 級上訴請求後 **72 小時內**給您答覆。

標準上訴的截止期限

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

第 3 步：獨立審核機構給您答覆。

***對於快速上訴：***

* **如果獨立審核機構批准您的部分或全部請求，**我們必須在收到審核機構的決定後 **24 小時內**提供由該審核機構批准的藥物承保。

***對於標準上訴：***

* **如果獨立審核機構同意您的部分或全部請求，**我們必須在收到審核機構的決定後 **72 小時內提供由該審核機構批准的藥物承保**。
* **如果獨立審核機構批准部分或全部償付**您已購買之藥物的請求，我們需要在收到審核機構決定後的 **30 天內向您付款**。

如果審核機構拒絕您的上訴會如何？

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

* 解釋其決定。
* 告知您有權在所請求藥物保險的價值達到某個最低金額時提出第 3 級上訴。如果您請求的藥物保險的價值過低，您不能再次提出上訴，且第 2 級的決定即為最終決定。
* 告知您滿足繼續上訴程序要求所需的價值。

第 4 步：如果您的個案符合要求，請選擇是否希望進一步上訴。

* 上訴程序中，第 2 級後仍有三個級別（共五個上訴級別）。如果您想進行第 3 級上訴，請查閱您在第 2 級上訴裁決後收到的書面通知，瞭解如何執行此操作。
* 第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。本章**第 10 節**介紹了第 3、4 和 5 級上訴程序的詳細資訊。

### 第 8 節 如果您認為您過快出院，如何要求我們延長住院承保

您入院時，有權獲得診斷及治療傷病需要的所有承保醫院服務。

您的承保住院期間，您的醫生及醫務人員將與您一同商討您的出院日期。他們將幫助安排您出院後需要的護理。

* 離開醫院的日期稱為**出院日期**。
* 您的出院日期確定後，您的醫生或醫務人員會告知您。
* 如果您認為他們過快讓您出院，可要求延長住院時間，您的請求將獲考慮。

#### 第 8.1 節 您住院期間，將收到 Medicare 發出的書面通知，告知您的權利

入院後兩天內，您將收到一份書面通知，名為*關於您所享權利的 Medicare 重要資訊 (An Important Message from Medicare about Your Rights)*。享有 Medicare 的任何人均會收到這樣一份通知。

如果您沒收到醫院的相關人員（如個案工作者或護士）給予的通知，請向任何醫院員工索取。如需幫助，請致電會員服務部或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，全天候服務（聽障專線：1-877-486-2048）。

**1. 請仔細閱讀此通知，如不理解，請詢問。**本通知告知：

* 您有權在住院期間及出院後，按醫生指示接受 Medicare 承保服務。這包括瞭解服務內容、付款方及獲取服務的地點。
* 您有權參與任何有關您住院的決定。
* 向何處報告您對醫院護理品質存有的任何疑慮。
* 您有權在認為醫院過快讓您出院時**請求立即審核**讓您出院的決定。這是要求推遲出院日期，以便獲得較長醫院護理承保的正式、合法途徑。

**2. 您將需要簽署該書面通知，以表示您已收到通知並瞭解您的權利。**

* 您或代表您行事的人士需要簽署該通知。
* 簽署通知*僅*表示您已獲得有關您權利的資訊。通知並不會指定您的出院日期。簽署通知***不*代表**您同意某出院日期。

**3. 請保留通知副本**，以便在需要時隨時瞭解有關提出上訴（或報告對護理品質的疑慮）的資訊。

* 如果您在出院前兩天以上時間簽署通知，則會在計劃出院前再收到一份通知。
* 如要提前查閱該通知的副本，您可致電會員服務部或 1-800 MEDICARE   
  (1-800-633-4227)，全天候服務。聽障人士可致電 1-877-486-2048。您還可以在網上查閱該通知，網址：[www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.html)。

#### 第 8.2 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴更改出院日期

如果您希望我們延長對住院服務的承保，您需採用上訴程序提出請求。提出前，請先瞭解必要事項及截止期限。

* **遵循程序。**
* **遵守截止期限。**
* **需要時請尋求幫助。**如果您在任何時候存有疑問或需要幫助，請致電會員服務部。您也可致電州健康保險援助計劃，該計劃是一個提供個人化援助的政府機構。

**第 1 級上訴期間，品質改進機構審核您的上訴。**該機構將核實從醫療角度而言，您的計劃出院日期是否適當。

**品質改進機構**是一個由聯邦政府資助的醫生及其他醫療保健專業人員組成的團體，旨在檢查 Medicare 受保人獲得的護理的品質並幫助改進。這包括審核 Medicare 受保人的出院日期。這些專家並不屬於我們的計劃。

第 1 步：聯絡您所在州的品質改進機構，要求快速審核您的出院日期。您必須儘快行動。

如何聯絡該機構？

* 您收到的書面通知里*（關於您所享權利的 Medicare 重要資訊）*有該機構的聯絡方式。您也可在第 2 章中查閱您所在州的品質改進機構的名稱、地址和電話號碼。

儘快行動：

* 如要提出上訴，必須在出院*前*聯絡品質改進機構，**不得遲於出院當日的午夜**。
  + **如果您遵守此截止期限**，可在等待品質改進機構作出決定時，在超過出院日期*後*繼續住院，而**無需付費**。
  + **如果您*未*能遵守此截止期限**，並決定在計劃出院日期後繼續住院，*您可能須支付*計劃出院日期後的*所有*醫院護理*費用*。
* 如果您錯過聯絡品質改進機構的截止期限，但仍想要提出上訴，則可直接向我們的計劃提出上訴。如需關於其他上訴方式的詳細資訊，請參見本章第 8.4 節。

在您請求立即審核您的出院日期後，品質改進機構會聯絡我們。我們會在收到聯絡後的第二天中午之前給予您一份**詳細出院通知**。該通知提供您的計劃出院日期，並詳細說明您的醫生、醫院及我們認為您適合於該日期出院（醫療上適當）的原因。

您可致電會員服務部或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取**詳細出院通知**範本，全天候服務。（聽障人士可致電 1-877-486-2048。）或者您可以在線上查閱通知範本，網址：[www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html)。

第 2 步：品質改進機構將對您的個案進行獨立審核。

* 品質改進機構的醫療專業人員（審核員）會詢問您（或您的代表）認為應延長服務承保的理由。您無須準備任何書面材料，但如願意，也可準備。
* 審核員也會查看您的醫療資訊，與您的醫生交談並審核醫院及我們向其提供的資訊。
* 在審核員告知我們有關您上訴事宜後次日中午前，您將會收到我們寄送給您的指定您計劃出院日期的書面通知。該通知還將詳細說明您的醫生、醫院及我們認為您適合於該日期出院（醫療上適當）的原因。

第 3 步：品質改進機構會在獲得所有必需資訊後的一天時間內，對您的上訴給予答覆。

如果批准會如何？

* 如果審核機構批准，**我們必須繼續提供您的承保住院服務，時間視醫療必需性而定。**
* 您必須繼續支付應承擔的費用（如自付扣除金或定額手續費，如適用）。此外，您的承保醫院服務可能受到限制。

如果拒絕會如何？

* 如果審核機構拒絕您的上訴，即表示從醫療角度看，您的計劃出院日期屬適當。如果情況如此，**我們對您住院服務的承保將**在品質改進機構對您的上訴給予答覆**後**次日中午**結束**。
* 如果審核機構拒絕您的上訴且您決定住院，則對於品質改進機構給予答覆後次日中午以後的醫院護理，**您可能須支付全部費用**。

第 4 步：如果您的第 1 級上訴遭到拒絕，請決定是否希望再次提出上訴。

* 如果品質改進機構*拒絕*了您的上訴，*而*您在計劃出院日期後繼續住院，可再次提出上訴。再次提出上訴指進入上訴程序的**第 2 級**。

#### 第 8.3 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴更改出院日期

第 2 級上訴期間，您要求品質改進機構再次審核他們對您的第一次上訴作出的決定。如果品質改進機構駁回您的第 2 級上訴，您可能須支付您在計劃出院日期後繼續住院的全部費用。

第 1 步：再次聯絡品質改進機構，要求再次審核。

* 您必須在品質改進機構拒絕您的第 1 級上訴後 **60 日內**要求進行此審核。只有在您於護理保險終止之日後繼續住院的情況下，方可要求進行此審核。

第 2 步：品質改進機構會第二次審核您的情況。

* 品質改進機構的審核員將再次仔細查閱您上訴的所有相關資訊。

第 3 步：品質改進機構審核員將在收到您第 2 級上訴後 14 天內就您的上訴作出決定，並通知您。

如果審核機構批准：

* 對於您自第一次上訴遭品質改進機構駁回後次日中午起獲得的醫院護理，**我們必須報銷**應承擔的費用。**我們必須繼續提供住院護理保險，時間視醫療必需性而定。**
* 您必須繼續支付應承擔的費用，且會受到承保限制。

如果審核機構拒絕：

* 即表明同意他們對您的第 1 級上訴作出的決定，且不會更改。
* 您收到的通知將以書面形式說明，如果您希望繼續審核程序該如何去做。

第 4 步：如遭到拒絕，您需要決定是否繼續第 3 級上訴。

* 上訴程序中，第 2 級後仍有三個級別（共五個上訴級別）。如果您想進行第 3 級上訴，請查閱您在第 2 級上訴裁決後收到的書面通知，瞭解如何執行此操作。
* 第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。本章**第 10 節**將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

#### 第 8.4 節 錯過提出第 1 級上訴以更改出院日期的截止時間該如何處理？

| **法律術語** |
| --- |
| 快速審核（或快速上訴）也稱為**加急上訴**。 |

您可向我們提出上訴

按照上文所述，您必須儘快行動，開始對出院日期提出第 1 級上訴。若您錯過聯絡品質改進機構的截止期限，可採用另一種方式提出上訴。

如果採用其他上訴方式，**前兩級上訴會有所不同。**

步驟說明：如何提出第 1 級替代上訴

第 1 步：聯絡我們要求「快速審核」。

* **要求快速審核。**這表示您要求我們採用快速截止期限而非標準截止期限給予答覆。第 2 章提供了聯絡資訊。

第 2 步：我們將快速審核您的計劃出院日期，核實從醫療角度看是否適當。

* 此審核期間，我們將查看所有住院相關資訊。我們將核實從醫療角度看，您的計劃出院日期是否適當。我們將核實關於您何時出院的裁決是否公平，及是否遵循所有規則。

第 3 步：我們將在您要求快速審核後 72 小時內作出裁決。

* **如果我們批准您的上訴**，即表示我們同意您在出院日期後仍需要住院。我們必須繼續提供您的承保住院服務，時間視醫療必需性而定。這也表示，我們同意對您自我們提出承保終止之日起所接受的護理，報銷我們應承擔的費用。（您必須支付您應承擔的費用，且會受到承保限制。）
* **如果我們拒絕您的上訴，**即表示從醫療角度看，您的計劃出院日期屬適當。自我們提出終止承保之日起，您的住院服務保險即告終止。
  + 如果您在計劃出院日期*後*繼續住院，則**可能須支付**您在計劃出院日期後獲得的醫院護理的**全部費用**。

第 4 步：如果我們*拒絕*您的上訴，您的個案將自動發送至下一級上訴程序。

步驟說明：第 2 級*替代*上訴程序

| **法律術語** |
| --- |
| 獨立審核機構的正式名稱為**獨立審核實體**。有時將其稱為 **IRE**。 |

**獨立審核機構是 Medicare 聘請的一個外部獨立機構。**它與我們的計劃無關，且並非政府機構。該機構將判定我們所做的裁決是否正確，或者是否應該更改裁決。Medicare 監督其工作。

第 1 步：我們會自動將您的個案轉交至獨立審核機構。

* 我們需在告知您我們拒絕您的第一次上訴後 24 小時內，將您的第 2 級上訴資料發送至獨立審核機構。（如果您認為我們未遵守該截止期限或其他截止期限，可提出投訴。本章第 11 節介紹了如何提出投訴。）

第 2 步：獨立審核機構會快速審核您的上訴。審核員會在 72 小時內給您答覆。

* 獨立審核機構的審核員將仔細查閱您就出院問題所提出上訴的所有相關資訊。
* **如果該機構批准您的上訴，**我們必須償付對您自計劃出院日期起獲得的醫院護理應承擔的費用。我們也須繼續執行計劃對您的住院服務的承保，時間視醫療必需性而定。您必須繼續支付您應承擔的費用。如果存在承保限制，或會限制我們報銷的金額或延續承保服務的時間。
* **如果該機構拒絕您的上訴，**即表示他們認同您的計劃出院日期從醫療角度看屬適當。
* 您從獨立審核機構獲得的書面通知將告知您如何開始第 3 級上訴，此上訴由行政法官或審裁員處理。

第 3 步：如果獨立審核機構駁回您的上訴，您可選擇是否希望進一步上訴。

* 上訴程序中，第 2 級後仍有三個級別（共五個上訴級別）。如果審核員拒絕您的第 2 級上訴，請決定接受其裁決抑或繼續提出第 3 級上訴。
* 本章第 10 節介紹了第 3、4 和 5 級上訴程序的詳細資訊。

### 第 9 節 如果您認為您的保險終止過快，如何要求我們繼續承保某些醫療服務

#### 第9.1 節 本節僅涉及三項服務： 居家護理、專業護理機構護理和綜合門診復健機構 (CORF) 服務

如果您正在接受承保的**居家護理、專業護理機構護理或復健護理（綜合門診復健機構）**，只要診斷和治療傷病需要此護理，您就有權持續享有此類護理服務。

如果我們決定是時候該終止對您承保任何一種護理（共三種），我們需提前通知您。您的護理保險終止時，**我們將終止***為您的護理***支付[*insert if plan has cost sharing:* 我們應承擔的費用**]。

如果您認為我們過快終止您的護理承保，**您可就我們的裁決提出上訴。**本節將介紹如何要求上訴。

#### 第 9.2 節 您的保險即將終止時，我們將提前通知您

| **法律術語** |
| --- |
| **Medicare 不承保通知。**該通知告知您如何請求**快速上訴。**請求快速上訴是要求我們改變對何時終止護理作出的承保範圍裁決的正式、合法途徑。 |

**1.** 您會在我們計劃即將終止為您承保護理的至少兩天前**收到書面通知**。該通知告訴您：

* 我們終止為您承保護理的日期。
* 如何提出快速上訴，要求我們承保您的護理更長的時間。

**2. 您（或代表您行事的人）將需簽署書面通知以表明您已收到。**簽署通知*僅*表示您已獲得有關您的保險何時終止的資訊。**簽字並不表示您同意**計劃護理終止的決定。

#### 第 9.3 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴，要求我們的計劃延長護理承保

如果您希望我們延長護理承保，您需採用上訴程序提出請求。提出前，請先瞭解必要事項及截止期限。

* **遵循程序。**
* **遵守截止期限。**
* **需要時請尋求幫助。**如果您在任何時候存有疑問或需要幫助，請致電會員服務部。您也可致電州健康保險援助計劃，該計劃是一個提供個人化援助的政府機構。

**第 1 級上訴期間，品質改進機構審核您的上訴。**它將裁定您的護理的結束日期在醫學上是否適當。

**品質改進机构**是一個由聯邦政府資助的醫生及其他醫療保健專家組成的團體，旨在檢查和 Medicare 受保人獲得的護理的品質並協助改進。這包括審核計劃對何時終止承保某種醫療護理作出的決定。這些專家並不屬於我們的計劃。

第 1 步：提出第 1 級上訴：聯絡品質改進機構並提出*快速上訴*。您必須儘快行動。

如何聯絡該機構？

* 您收到的書面通知*（Medicare 不承保通知）*裡有該機構的聯絡方式。您也可在第 2 章中查閱您所在州的品質改進機構的名稱、地址和電話號碼。

***儘快行動：***

* 您必須聯絡品質改進機構開始上訴，時間**不得晚於**「Medicare 不承保通知」上**所述有效期的前一天中午**。
* 如果您錯過聯絡品質改進機構的截止期限，但仍想要提出上訴，則必須直接向我們提出上訴。如需關於其他上訴方式的詳細資訊，請參見本章第 9.5 節。

第 2 步：品質改進機構將對您的個案進行獨立審核。

| **法律術語** |
| --- |
| **詳細不承保說明。**就終止承保原因提供詳細資訊的通知。 |

審核有哪些流程？

* 品質改進機構的醫療專業人員（審核員）會詢問您（或您的代表）認為應延長服務承保的理由。您無須準備任何書面材料，但如願意，也可準備。
* 審核機構也會查看您的醫療資訊，與您的醫生交談並審核我們的計劃向其提供的資訊。
* 審核員通知我們有關您的上訴結果的當日結束時，您也會收到我們發出的**詳細不承保說明**，詳細說明終止您的服務承保的原因。

第 3 步：審核員會在獲得所有必需資訊後的一天時間內，告知您他們的決定。

如果審核員批准會如何？

* 如果審核員批准您的上訴，**我們必須繼續提供您的承保服務，時間視醫療必需性而定。**
* 您必須繼續支付應承擔的費用（如自付扣除金或定額手續費，如適用）。您的承保服務可能受到限制。

如果審核員拒絕會如何？

* 如果審核員拒絕您的上訴，**您的保險將於我們之前通知的日期終止。**
* 如果您決定在保險終止之日後繼續接受居家護理、專業護理機構護理或綜合門診復健機構 (CORF) 服務，**則須自行承擔全部護理費用**。

第 4 步：如果您的第 1 級上訴遭到拒絕，請決定是否希望再次提出上訴。

* 如果審核員拒絕您的第 1 級上訴，且您選擇在護理承保終止後繼續接受護理，則可提出第 2 級上訴。

#### 第 9.4 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴，要求我們的計劃延長護理承保

第 2 級上訴期間，您要求品質改進機構再次審核他們對您的第一次上訴作出的決定。如果品質改進機構駁回您的第 2 級上訴，您可能須支付我們提出承保終止之日*後*的居家護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務的全部費用。

第 1 步：再次聯絡品質改進機構，要求再次審核。

* 您必須在品質改進機構*拒絕*您的第 1 級上訴後 **60 天內**要求進行此審核。只有在您於護理承保終止之日後繼續接受護理的情況下，方可要求進行此審核。

第 2 步：品質改進機構會第二次審核您的情況。

* 品質改進機構的審核員將再次仔細查閱您上訴的所有相關資訊。

第 3 步：審核員將在收到您上訴請求的 14 日內就您的上訴作出決定，並通知您。

如果審核機構批准會如何？

* 我們必須對您自我們提出承保終止之日起所接受的護理，**報銷我們應承擔的費用**。**我們必須繼續提供護理保險**，時間視醫療必需性而定。
* 您必須繼續支付您應承擔的費用，且會受到承保限制。

如果審核機構拒絕會如何？

* 即表明同意我們對您的第 1 級上訴作出的裁決。
* 您收到的通知將以書面形式說明，如果您希望繼續審核程序該如何去做。其中將向您詳細介紹如何繼續下一級上訴，此上訴由行政法官或審裁員處理。

第 4 步：如遭到拒絕，您需要決定是否希望再次提出上訴。

* 第 2 級後仍有三個級別，共五個上訴級別。如果您想進行第 3 級上訴，請查閱您在第 2 級上訴裁決後收到的書面通知，瞭解如何執行此操作。
* 第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。本章第 10 節介紹了第 3、4 和 5 級上訴程序的詳細資訊。

#### 第 9.5 節 錯過提出第 1 級上訴的截止時間該如何處理？

您可向我們提出上訴

按照上文所述，您必須儘快行動，聯絡品質改進機構，開始第一次上訴（最多一到兩天內）。若您錯過聯絡該機構的截止期限，可採用另一種方式提出上訴。**如果採用其他上訴方式**，前兩級上訴會有所不同。

步驟說明：如何提出第 1 級替代上訴

| **法律術語** |
| --- |
| 快速審核（或快速上訴）也稱為**加急上訴**。 |

第 1 步：聯絡我們要求快速審核。

* **要求快速審核。**這表示您要求我們採用快速截止期限而非標準截止期限給予答覆。第 2 章提供了聯絡資訊。

第 2 步：我們將快速審核我們對何時終止您的服務承保作出的裁決。

* 此審核期間，我們將再次查看有關您的個案的所有資訊。我們將核查在設定計劃終止承保您正在接受的服務的日期時是否遵守了所有規則。

第 3 步：我們將在您要求快速審核後 72 小時內作出裁決。

* **如果我們核准您的上訴**，表示我們同意您需要更長時間的服務，並會繼續提供承保服務，只要這些服務在醫療上是必需的。這也表示，我們同意對您自我們提出承保終止之日起所接受的護理，報銷我們應承擔的費用。（您必須支付您應承擔的費用，且會受到承保限制。）
* **如果我們拒絕您的上訴**，您的保險將於我們之前通知的日期終止，該日期後我們不會支付任何的分攤費用。
* 如果您在我們告知保險終止之日*後*繼續接受居家護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務，則**須自行承擔全部護理費用**。

第 4 步：如果我們拒絕您的快速上訴，您的個案將自動進入下一級上訴程序。

| **法律術語** |
| --- |
| 獨立審核機構的正式名稱為**獨立審核實體**。有時將其稱為 **IRE**。 |

步驟說明：第 2 級替代上訴程序

第 2 級上訴期間，**獨立審核機構**將審核我們就您的快速上訴作出的裁決。該機構將決定是否應更改該裁決。**獨立審核機構是 Medicare 聘請的一個外部獨立機構。**該機構與我們的計劃無關，且並非政府機構。該機構為 Medicare 選擇的一家公司，處理獨立審核機構的工作。Medicare 監督其工作。

第 1 步：我們會自動將您的個案轉交至獨立審核機構。

* 我們需在告知您我們拒絕您的第一次上訴後 24 小時內，將您的第 2 級上訴資料發送至獨立審核機構。（如果您認為我們未遵守該截止期限或其他截止期限，可提出投訴。本章第 11 節介紹了如何提出投訴。）

第 2 步：獨立審核機構會快速審核您的上訴。審核員會在 72 小時內給您答覆。

* 獨立審核機構的審核員將仔細查閱上訴的所有相關資訊。
* **如果該機構批准您的上訴**，我們必須對您自我們提出承保終止之日起所接受的護理，償付我們應承擔的費用。我們也必須繼續承保護理，時間視醫療必需性而定。您必須繼續支付您應承擔的費用。如果存在承保限制，或會限制我們報銷的金額或延續承保服務的時間。
* **如果該機構拒絕您的上訴**，即表示同意我們的計劃對您第一次上訴所作出的決定，且不會更改。
  + 您從獨立審核機構收到的通知將以書面形式說明，如果您希望繼續提出第 3 級上訴該如何去做。

第 3 步：如果獨立審核機構拒絕您的上訴，您可選擇是否希望進一步上訴。

* 第 2 級後仍有三個級別，共五個上訴級別。如果您想進行第 3 級上訴，請查閱您在第 2 級上訴裁決後收到的書面通知，瞭解如何執行此操作。
* 在第 3 級，您的上訴由行政法法官或律師裁決官審核。本章第 10 節介紹了第 3、4 和 5 級上訴程序的詳細資訊。

### 第 10 節 將您的上訴升級至第 3 級及以上

#### 第 10.1 節 醫療服務請求的第 3、4 及 5 級上訴

本節適用於已提出第 1 級上訴及第 2 級上訴，但均遭到駁回的情況。

如果您上訴的事項或醫療服務價值達至某最低水準，則可繼續提出其他級別的上訴。如果價值低於最低金額，則不能進一步上訴。您收到的第 2 級上訴回覆函件將說明如何提出第 3 級上訴。

大多數上訴情況下，後三級上訴的程序大致相同。以下為負責審核各級上訴的人士。

**第 3 級上訴 為聯邦政府效力的行政法官或審裁員**將審核您的上訴並給予答覆。

* **如果行政法官或審裁員批准您的上訴，上訴程序可能會也可能不會結束。**與第 2 級上訴的裁決不同，我們有權對您勝訴的第 3 級裁決提出上訴。如果我們決定上訴，它將進入第 4 級上訴。
  + 如果我們決定*不*上訴，則必須在接到行政法官或審裁員的裁決後 60 日內為您批准或提供醫療護理。
  + 如果我們決定對裁決提出上訴，將向您發出第 4 級上訴請求及任何隨附文件的副本。我們可等待接到第 4 級上訴裁決後，再批准或提供存在爭議的醫療護理。
* **如果行政法官或審裁員拒絕您的上訴，上訴程序*可能會*也*可能不會*結束。**
  + 如果您決定接受駁回您上訴的裁決，上訴程序則告結束。
  + 如果您不願接受裁決，則可繼續下一級審核程序。您收到的通知會告訴您該如何提出第 4 級上訴。

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

* **如果獲得批准，或委員會拒絕我們要求審核您勝訴的第 3 級上訴裁決的請求，上訴程序*可能會*也*可能不會*結束。**與第 2 級裁決不同，我們有權對您勝訴的第 4 級裁決提出上訴。我們將決定是否要將此裁決上訴至第 5 級。
  + 如果我們決定*不*對裁決提出上訴，則必須在接到委員會的裁決後 60 日內為您批准或提供醫療護理。
  + 如果我們決定對裁決提出上訴，我們將以書面形式通知您。
* **如果遭到拒絕或委員會拒絕審核請求，上訴程序*可能會*也*可能不會*結束。**
  + - 如果您決定接受駁回您上訴的裁決，上訴程序則告結束。
    - 如果您不願接受裁決，或可繼續下一級審核程序。如果上訴委員會拒絕您的上訴，您收到的通知將說明相關規則是否允許您繼續上訴至第 5 級，以及如何上訴至第 5 級。

**第 5 級上訴** 一位**聯邦地方法院**的法官將審核您的上訴。

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

#### 第 10.2 節 其他 Medicaid 上訴

如果您的上訴涉及 Medicaid 一般承保的服務或項目，則您還擁有其他上訴權利。公平聽證辦公室將致函告知您，如果您希望繼續上訴程序該如何行動。

*[Plans may, at the discretion of the states in which they operate, insert a clear, brief description of the procedures (including time frames) and instructions about what members need to do if they want to file an additional appeal in the state.]*

#### 第 10.3 節 D 部分藥物請求的第 3、4 及 5 級上訴

本節適用於已提出第 1 級上訴及第 2 級上訴，但均遭到駁回的情況。

如果您上訴的藥物價值達至一定的金額，則可繼續提出其他級別的上訴。如果金額低於此金額，則不能進一步上訴。您收到的第 2 級上訴回覆函件將提供聯絡人及如何要求第 3 級上訴方面的資訊。

大多數上訴情況下，後三級上訴的程序大致相同。以下為負責審核各級上訴的人士。

**第 3 級上訴 為聯邦政府效力的行政法官或審裁員**將審核您的上訴並給予答覆。

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

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

* **如果批准，則上訴程序結束。**我們必須在收到該決定後的 **72 小時內（加急上訴為 24 小時）批准或提供**委員會所批准的**藥物承保**，**或不晚於 30 日進行付款**。
* **如果遭到拒絕，上訴程序可能會也可能不會結束。**
  + 如果您決定接受駁回您上訴的裁決，上訴程序則告結束。
  + 如果您不願接受裁決，或可繼續下一級審核程序。如果委員會拒絕您的上訴或拒絕您的上訴审核請求，您收到的通知將說明相關規則是否允許您繼續上訴至第 5 級。書面通知也會提供聯絡人及如選擇繼續上訴該如何處理的資訊。

**第 5 級上訴** 一位**聯邦地方法院**的法官將審核您的上訴。

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

### 第 11 節 如何就護理品質、等待時間、顧客服務或其他事宜提 出投訴

#### 第 11.1 節 投訴程序處理哪些類型的問題？

投訴程序*僅*適用於若干類型的問題。這包括護理品質、等待時間及顧客服務的相關問題。以下為投訴程序所處理的各種問題範例。

| 投訴 | 範例 |
| --- | --- |
| **您的醫療護理品質** | * 您是否對所獲醫療護理品質（包括住院護理服務）感到不滿意？ |
| **尊重您的隱私** | * 是否有人未尊重您的隱私權或分享關於您的保密資訊？ |
| **未受到尊重、顧客服務不佳或其他不良行為** | * 是否有人對您無禮或不尊重？ * 您是否對我們會員服務部不滿意？ * 您是否覺得自己被迫退出計劃？ |
| **等待時間** | * 經常很難約到醫生或等很久才能約到？ * 我們的醫生、藥劑師或其他醫療專業人員曾經讓您等太久？或者計劃的會員服務部或其他職員曾讓您等太久？   + 例如在電話中、候診室、健診室或取處方曾經等候太久。 |
| **清潔度** | * 您是否對某所診所、醫院或醫生診室的清潔度或條件感到不滿？ |
| **我們為您提供的資訊** | * 我們是否沒有給您發送必要的通知？ * 我們的書面資訊是否難以理解？ |
| **時效性**  （這類投訴都與我們是否及時作出承保範圍裁決及處理上訴有關） | 如果您已要求我們作出承保範圍決定或已提出上訴，同時，您認為我們未迅速回應您的要求，您可就我們的緩慢行動提出投訴。範例如下：   * 您已經要求我們「快速承保範圍裁決」或「快速上訴」，而我們對您說無法做到時，您可提出投訴。 * 如果您認為我們未遵守承保範圍裁決或上訴的截止期限規定，此時您可提出投訴。 * 您認為我們沒有按時為您承保或報銷某些已獲批准的醫療用品或服務或藥物，您可以提出投訴。 * 您認為我們未能遵守要求的截止期限將您的個案轉交至獨立審核機構，您可以提出投訴。 |

#### 第 11.2 節 如何提出投訴

| **法律術語** |
| --- |
| * **投訴**也稱為**申訴**。 * **提出投訴**也稱為**提出申訴**。 * **採用投訴程序**也稱為**採用提出申訴的程序**。 * **快速投訴**也稱為**加急申訴**。 |

#### 第 11.3 節 步驟說明：提出投訴

第 1 步：請立即致電或寫信聯絡我們。

* **一般情況下，請先致電會員服務部。**如需採取任何行動，會員服務部將會告知您。
* **如果不願致電（或已致電，但並不滿意），可書面列明投訴事項後寄送給我們。**如果您進行書面投訴，我們也會以書面形式回覆您的投訴。
* [Insert description of the procedures (including time frames) and instructions about what members need to do if they want to use the process for making a complaint. Describe expedited grievance time frames for grievances about decisions to not conduct expedited organization/coverage determinations or reconsiderations/redeterminations.]
* **不論是致電或寫信，都應立即聯絡會員服務部。**在遇到您想要投訴的問題後，您隨時可以提出投訴。

第 2 步：我們將調查您的投訴並給予答覆。

* **如有可能，我們將立即答覆您。**如果您致電提出投訴，我們可能會在接聽來電的當時立即給予答覆。
* **大多數投訴在 30 日內答覆。**如果我們需要更多資訊，且出於您的最佳利益考慮或您要求延長時間，我們可延遲 14 日（共 44 日）答覆您的投訴。如果我們決定延長時間，將書面通知您。
* **如果您因我們拒絕您快速承保範圍裁決或快速上訴的請求而提出投訴，我們將自動將其定為快速投訴。**如果提出快速投訴，即表示我們會在 **24 小時內**給予答覆。
* **如果我們不認同**您的部分或全部投訴，或不負責您所投訴的問題，我們會在給予您的答覆中註明理由。

#### 第 11.4 節 您也可向品質改進機構提出護理品質方面的投訴

當您對*護理品質*提出投訴時，也有兩種選擇：

* **您可向品質改進機構直接提出投訴。**品質改進機構是一個由聯邦政府資助的執業醫生及其他醫療護理專家團體，以核查和改進提供給 Medicare 患者的護理。第 2 章提供了聯絡資訊。

*或*

* **您也可同時向品質改進機構和我們提出投訴。**

#### 第 11.5 節 您可將您的投訴告訴 Medicare [*insert as applicable:*和 Medicaid]

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

*[If state Medicaid agencies hear complaints, plans insert state-specific contact information here as directed by the state.]*

## 第 10 章： *終止計劃會員資格*

*[Plans may revise this chapter as needed if the plan will continue to provide Medicaid coverage when the member disenrolls from the Medicare plan.]*

### 第 1 節 終止計劃會員資格的簡介

終止在 *[insert 2024 plan name]* 享有的會員資格可為**自願性**（您自己的選擇）或**非自願性**（並非您自己的選擇）：

* 您可*自願*退出我們的計劃。第 2 節和第 3 節提供有關自願終止會員資格的資訊。
* 您未選擇退出，但我們需終止您的會員資格的情況較少。第 5 節將介紹我們必須終止您會員資格的情況。

如要退出我們的計劃，我們的計劃必須繼續為您提供醫療護理和處方藥，並且您將繼續支付您的分攤費用，直至會員資格終止。

### 第 2 節 您何時能終止計劃會員資格？

#### 第 2.1 節 由於您享有 Medicare 和 Medicaid，因此您可以終止會員資格

大部分 Medicare 會員只能在一年中的某些時間終止其會員資格。您享有 Medicaid，因此在以下各個特殊參保期，您可能有權終止您在我們計劃的會員資格，或者轉至其他計劃：

* 1 月至 3 月
* 4 月至 6 月
* 7 月至 9 月

如果在上述任一參保期加入我們計劃，您需要等到下一個參保期內才能終止您的會員資格或者轉至其他計劃。您無法在 10 月到 12 月的特殊參保期期間終止您在我們計劃的會員資格。但是，擁有 Medicare 的所有人士均可在 10 月 15 日至 12 月 7 日的年度參保期內作出更改。第 2.2 節為您介紹關於年度參保期的詳細資訊。

* 您可選擇以下任意類型的 Medicare 計劃：
  + 另一項附帶或不附帶處方藥保險的 Medicare 保健計劃
  + *附帶*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare
  + 不附帶單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare
    - 如果您選擇此選項，則 Medicare 可能會將您加入一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保。

**註：**如果您從 Medicare 處方藥保險退保，且連續 63 天或更多天未參保任何有信譽度的處方藥保險，則當您之後加入 Medicare 處方藥計劃時，可能需要支付 D 部分逾期參保罰金。

請聯絡州 Medicaid 辦公室以瞭解您的 Medicaid 計劃選擇方案（電話號碼列於本文件第 2 章第 6 節）。

* **您的會員資格何時終止？**您的會員資格通常將在我們收到您更改計劃的請求後下個月第一天終止。您加入的新計劃也將於這一天開始。

#### 第 2.2 節 您可在年度參保期期間終止您的會員資格

您可在**年度參保期**（也稱為年度開放參保期）終止會員計劃。在此期間，您應審查您的健康和藥物保險，並決定來年的保險。

* **年度參保期**為 **10 月 15 日至 12 月 7 日**。
* **選擇繼續使用當前的保險或變更來年的保險。**如果您決定更改為新計劃，可選擇以下任何類型的計劃：
  + 其他 Medicare 健康計劃（包含或不包含處方藥保險）。
  + *附帶*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare

*或者*

* + - * *不附帶*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。
* **您在我們計劃的會員資格**將於 1 月 1 日新計劃保險開始時終止。

**如果您取得 Medicare 的「額外補助」來協助支付您的處方藥費用：**如果您轉至 Original Medicare 且未參加單獨的 Medicare 處方藥計劃，則 Medicare 可能會將您加入一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保。

**註：**如果您退出 Medicare 處方藥保險，且連續 63 天或更長時間未參與任何有信譽度的處方藥保險，則當您之後加入 Medicare 藥物計劃時，可能需要支付 D 部分逾期參保罰金。

#### 第 2.3 節 您可在 Medicare Advantage 開放參保期終止會員資格

您可在 **Medicare Advantage 開放參保期**對您的健康保險作出*一項*更改。

* **Medicare Advantage 年度開放參保期**為 1 月 1 日至 3 月 31 日。
* **在 Medicare Advantage 年度開放參保期**，您可以：
  + 轉至另一項包含或不包含處方藥保險的 Medicare Advantage 計劃。
  + 退出我們的計劃並透過 Original Medicare 獲得保險。如果您選擇在此期間轉至 Original Medicare，您當時還可加入一項單獨的 Medicare 處方藥計劃。
* **您的會員資格將**在您加入其他 Medicare Advantage 計劃或我們收到您轉至 Original Medicare 計劃的請求後下個月第一天**終止**。如果您同時選擇加入某個 Medicare 處方藥計劃，您在該藥物計劃的會員資格將於其收到您的參保請求後下個月第一天開始。

#### 第 2.4 節 在某些情況下，您可在特殊參保期終止會員資格

在某些情況下，您可能有權在年內的其他時間終止自己的會員資格。這一時期稱為**特殊參保期**。

如果以下任何情況適用於您，**則您可以在特殊參保期期間終止您的會員資格。**以下僅為範例，如需完整清單請聯絡本計劃、致電 Medicare 或瀏覽其網站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))：

* + 通常在您搬遷至其他地區時。
  + *[Revise bullet to use state-specific name, if applicable]* 如果您享有 Medicaid。
  + 如果您符合「額外補助」的資格以支付您的 Medicare 處方藥。
  + 如果我們違反與您簽署的合約。
  + 如果您在療養院或長期護理 (LTC) 醫院等機構接受護理。
  + [*Plans in* *states with PACE, insert:*如果您參與老人綜合護理計劃 (PACE)。]

[**註**：如果您已參加藥物管理計劃，您可能無法更改計劃。第 5 章第 10 節詳細介紹了藥物管理計劃。]

[**註**：第 2.1 節詳細介紹了適用於 Medicaid 受益人的特殊參保期。

* **參保期因您的情況而異。**
* **如要瞭解您是否符合特殊參保期的資格**，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，全天候服務。聽障人士可致電 1-877-486-2048。如果您因為特殊情況而可以終止您的會員資格，您可選擇同時變更您的 Medicare 健康保險和處方藥保險。您有以下選擇：
* 其他 Medicare 健康計劃（包含或不包含處方藥保險）。
  + *附帶*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare

*或者*

* + *不附帶*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。

**註：**如果您退出 Medicare 處方藥保險，且連續 63 天或更長時間未參與任何有信譽度的處方藥保險，則當您之後加入 Medicare 藥物計劃時，可能需要支付 D 部分逾期參保罰金。

**如果您取得 Medicare 的「額外補助」來協助支付您的處方藥費用：**如果您轉至 Original Medicare 且未參加單獨的 Medicare 處方藥計劃，則 Medicare 可能會將您加入一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保。

**您的會員資格通常**將在收到您變更計劃的請求後下個月第一天**終止**。

**註：**第 2.1 節和第 2.2 節詳細為您介紹擁有 Medicaid 及額外補助之人士的特殊參保期。

#### 第 2.5 節 如何獲得有關何時可終止會員資格的更多資訊？

如果您對終止會員資格有任何疑問，您可以：

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

### 第 3 節 如何終止計劃會員資格？

下表將介紹如何終止計劃會員資格。

| 如果您希望從我們的計劃轉至： | 您應該： |
| --- | --- |
| 另一項 Medicare 保健計劃 | * 參加新的 Medicare 保健計劃。您的新保險將在下個月的第一天開始。 * 您的新計劃保險開始時，您將自動從 *[insert 2024 plan name*] 退保。 |
| *附帶*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare | * 加入新的 Medicare 處方藥計劃。您的新保險將在下個月的第一天開始。 * 您的新計劃保險開始時，您將自動從 *[insert 2024 plan name]* 退保。 |
| *不附帶*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare   * + 如果您轉至 Original Medicare 且未參加單獨的 Medicare 處方藥計劃，則 Medicare 可能會將您加入一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保。   + 如果您退出 Medicare 處方藥保險，且連續 63 天或更長時間未參與任何有信譽度的處方藥保險，則當您之後加入 Medicare 藥物計劃時，可能需要支付逾期參保罰金。 | * + **向我們寄送書面退保請求**[*insert if organization has complied with CMS guidelines for online disenrollment* or visit our website to disenroll online]。若您需要有關如何操作的更多資訊，請聯絡會員服務部。   + 您可隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare**，要求退保。聽障人士可致電  1-877-486-2048。   + 您的 Original Medicare 保險開始時，您將從 *[insert 2024 plan name]* 退保。 |

**註：**如果您退出 Medicare 處方藥保險，且連續 63 天或更長時間未參與任何有信譽度的處方藥保險，則當您之後加入 Medicare 藥物計劃時，可能需要支付 D 部分逾期參保罰金。

如對您的 *[insert state-specific name for Medicaid]* 福利有疑問，請聯絡 *[insert state-specific name of Medicaid program, toll-free number, TTY, and days and hours of operation]*. *[Insert any additional state-specific resources for assistance with questions about the member’s Medicaid benefits.]*。詢問加入其他計劃或轉回 Original Medicare 對您獲取 *[insert state-specific name for**Medicaid]*承保有哪些影響。

### 第 4 節 會員資格終止前，您必須繼續透過我們的計劃接受醫療用品、服務和藥物

在您的會員資格 *[insert 2024 plan name]* 終止及您的新 Medicare [*insert if applicable:*和 Medicaid] 開始之前，您必須繼續透過我們的計劃獲取醫療用品、服務和處方藥。

* **繼續使用我們的網絡內提供者獲取醫療護理。**
* **繼續使用我們的網絡內藥房 *[insert if appropriate 或郵購服務****]* **配取您的處方藥。**
* **如果您在會員資格終止之日住院，我們的計劃會為您提供承保，直至您出院**（即便您在新健康保險開始後出院）。

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

#### 第 5.1 節 我們何時必須終止您的計劃會員資格？

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

* 您不再擁有 Medicare A 部分和 B 部分
* 您不再符合 Medicaid資格。如第 1 章第 2.1 節所述，我們的計劃適用於同時符合 Medicare 和 Medicaid 資格的人士。*[Plans must insert rules for members who no longer meet special eligibility requirements.]*
* [*Insert if applicable:* 如果您未支付醫療超額收入（若適用）]
* 您搬離我們的服務區域
* 如果您離開我們的服務區域超過六個月。*[Plans with visitor/traveler benefits should revise this bullet to indicate when members must be disenrolled from the plan.]*
* 如果您搬遷或進行長途旅行，請致電會員服務部，確定搬遷或旅行目的地是否在我們的計劃區域內。
* [*Plans with grandfathered members who were outside of area prior to January 1999, insert:*如果您在 1999 年 1 月以前一直是我們計劃的會員，且您在 1999 年 1 月之前居住在我們的服務區域之外，只要您從 1999 年 1 月以前至今未搬遷，您仍具備資格。但是，如果您搬遷，且搬遷至位於我們服務地區以外的其他地點，則您將退出我們的計劃。]
* 您被捕入獄
* 您不再是美國公民或在美國非法居留
* 您在關於擁有其他處方藥保險方面上說謊或是隱瞞
* *[Omit if not applicable]* 您在參加我們的計劃時故意提供錯誤資訊，而該資訊影響您參加計劃的資格。（除非事先獲得 Medicare 許可，否則我們不能因此讓您退出計劃。）
* *[Omit bullet if not applicable]*您的行為持續干擾及阻礙我們為您與計劃其他會員提供醫療護理。（除非事先獲得 Medicare 許可，否則我們不能因此讓您退出計劃。）
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable]*您讓其他人使用您的會員卡獲得醫療護理。（除非事先獲得 Medicare 許可，否則我們不能因此讓您退出計劃。）
* 如果我們因此終止您的會員資格，Medicare 可能會讓監察長調查您的個案。
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable. Plans with different disenrollment policies for dual eligible members and/or members with LIS who do not pay plan premiums must edit these bullets as necessary to reflect their policies. Plans with different disenrollment policies must be very clear as to which population is excluded from the policy to disenroll for failure to pay plan premiums.]*您未支付計劃保費達 *[insert length of grace period, which cannot be less than 2 calendar months.]*。
* 終止您的會員資格之前，我們必須以書面形式通知您，您有 *[insert length of grace period, which cannot be less than 2 calendar months]* 的寬限期來支付計劃保費。
* 如果您因為收入的關係而需要支付額外的 D 部分金額，但您並未支付該金額，則 Medicare 會將您自我們的計劃退保。

如何獲得詳細資訊？

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

#### 第 5.2 節 我們不能因任何與您的健康有關的原因要求您退出計劃

*[Insert 2024 plan name]* 不能因任何與健康相關的原因要求您退出計劃。

如果發生此情況，該怎麼辦？

如果您認為被要求退出我們的計劃是出於健康相關原因，請隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare（聽障專線：1-877-486-2048）。

#### 第 5.3 節 如果我們終止您的計劃會員資格，您有權提出投訴

如果我們終止您的計劃會員資格，必須書面告知您終止會員資格的原因。我們也必須說明如何對我們終止您會員資格的決定提出申訴或投訴。

## 第 11 章： *法律通知*

### 第 1 節 有關管轄法律的通知

適用於本*承保範圍說明書*的主要法律是《社會保障法》第十八條以及 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 根據《社會保障法》制定的法規。此外，其他聯邦法律可能適用，且在特定情況下，也可能包括您所居住州的法律。即便相關法律並未納入本文件或未在本文件中說明，這也會影響您的權利和責任。

### 第 2 節 有關非歧視的通知

*[Plans may add language describing additional categories covered under state human rights laws.]***我們不會**因種族、族群、原國籍、膚色、宗教、性別、性別認同、年齡、性取向、身心殘障、健康狀況、索賠經歷、病史、基因資訊、可保性證明或在服務區域內的地理位置而**歧視任何人**。所有提供 Medicare Advantage 計劃的機構，如我們的計劃，必須遵守有關反對歧視的聯邦法律，包括 1964 年《民權法》第六條、1973 年《康復法》、1975 年《年齡歧視法》、《美國殘疾人法》、《平價醫療法案》第 1557 條、適用於聯邦資助機構的所有其他法律及因任何其他原因適用的任何其他法律與規則。

如需關於歧視或不公平待遇的詳細資訊或對此存有疑問，請致電 1-800-368-1019（聽障專線 1-800-537-7697），聯絡衛生與公眾服務部**民權辦公室**，或致電您當地的民權辦公室。您也可以查閱美國衛生與人類服務部民權辦公室發佈的資訊，網址：https://www.hhs.gov/ocr/index.html

如果您身體殘障，需要護理幫助，請致電會員服務部聯絡我們。若您想針對無障礙通道等問題進行投訴，可聯絡會員服務部。

### 第 3 節 有關以 Medicare 作為次要付費者的代位求償權通知

我們有權利和責任為那些並非以 Medicare 作為主要付費者的 Medicare 承保服務收款。根據 CMS 法規 42 CFR 的第 422.108 和 423.462 節，*[insert 2024 plan name]*，作為一個 Medicare Advantage 組織，將行使部長依據 42 CFR 第 411 部分子部分 B 至 D 中的 CMS 法規所行使的相同追償權，而且本節中設立的法規取代任何州法律。

*[****Note****: You may include other legal notices, such as a notice of member non-liability or a notice about third-party liability or a nondiscrimination notice under Section 1557 of the Affordable Care Act. These notices may only be added if they conform to Medicare laws and regulations. Plans may also include Medicaid-related legal notices.]*

## 第 12 章： *重要辭彙的定義*

*[Plans should insert definitions as appropriate to the plan type described in the EOC. You may insert definitions not included in this model and exclude model definitions not applicable to your plan, or to your contractual obligations with CMS or enrolled Medicare beneficiaries.]*

*[If allowable revisions to terminology (e.g., changing Member Services to Customer Service) affect glossary terms, plans should re-label the term and alphabetize it within the glossary.]*

*[If you use any of the following terms in your EOC, you must add a definition of the term to the first section where you use it and here in Chapter 12 with a reference from the section where you use it: IPA, network, PHO, plan medical group, Point of Service.]*

*[Plans with a POS option: Provide definitions of: allowed amount, coinsurance and maximum charge, and prescription drug benefit manager.]*

**門診手術中心** – 門診手術中心是一個為無需住院但預計呆在中心的時間不超過 24 小時的患者提供門診外科服務的獨家經營實體。

**上訴** – 上訴指您在對拒絕醫療護理服務或處方藥承保請求，或對支付您已獲得的服務或藥物費用的決定存有異議時採取的措施。如果您對終止您正在接受的服務的決定存有異議，也可提出上訴。

*[Plans that are zero cost-share plans or approved to exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or other full-benefit dual eligible individuals delete this definition.]***差額費用** – 醫療服務提供者（如醫生或醫院）為患者開出的賬單超出了計劃允許的分攤費用。作為 *[insert 2024 plan name]* 的會員，您獲取我們的計劃所承保的服務時，只須支付計劃的分攤費用。我們不允許提供者收取**差額費用**，或以其他方式向您收取超出計劃所載的應付分攤費用的款項。

**受益期** – *[Modify definition as needed if plan uses benefit periods for SNF stays but not for inpatient hospital stays.]*[*insert if applicable:* both our plan and] Original Medicare 衡量您使用醫院和專業護理機構 (SNF) 服務的方式。*[Plans that offer a more generous benefit period, revise the following sentences to reflect the plan’s benefit period.]*受益期從您住進醫院或專業護理機構的那天開始算起。受益期到您連續 60 天未接受任何住院護理（或 SNF 的專業護理）之時結束。如果您在一個受益期結束後住進醫院或專業護理機構，則會開始一個新的受益期。[*Insert if applicable:*您必須支付每個受益期的住院自付扣除金。]受益期的數量沒有限制。

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

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

**原廠藥** – 由原先研發該藥物的製藥公司所製造和銷售的處方藥。原廠藥和其副廠藥具有相同活性成份的配方。然而，副廠藥是由其他藥物製造商製造和銷售，通常僅在原廠藥的專利過期後才有提供。

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

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

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

**共同保險** *–* [*insert if applicable:*在您支付任何自付扣除金後]. 可能需要您就服務或處方藥支付的分攤費用金額，用百分比表示（例如 20%）。

**投訴** – 提出投訴的正式名稱為**提出申訴**。投訴程序*僅*適用於若干類型的問題。這包括護理品質、等待時間及您獲得的顧客服務的相關問題。如果您的計劃未遵循上訴程序中的時間，它還包括投訴。

**綜合門診復健機構 (CORF)** *–* 主要提供傷病復健服務的機構，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職業治療、語言病理學服務及家庭環境評估服務。

**定額手續費** – 可能需要您就醫療服務或項目（如醫生看診、醫院門診就醫或處方藥）支付應承擔費用的金額。定額手續費是一個固定金額（例如 10 美元），而不是百分比。

**分攤費用** – 分攤費用指會員獲得服務或藥物時須支付的費用。[*Insert if applicable:*（這是除本計劃月繳保費之外的費用。）]分攤費用包括以下三種付款的任意組合：(1) 計劃在承保服務或藥物前徵收的自付扣除金；(2) 計劃要求在獲得特定服務或藥物時支付的任何固定定額手續費；或 (3) 計劃要求在獲得特定服務或藥物時支付的任何共同保險，服務或藥物總費用的特定百分比。

*[Delete if plan does not use tiers]* **分攤費用等級** – 承保藥物清單上的每種藥物皆屬於 *[insert number of tiers]* 種分攤費用等級中的一種。通常，分攤費用的等級越高，您藥物的費用就越高。

**承保範圍裁決** – 關於為您開立之處方藥是否由計劃承保的決定，以及您須就該處方藥支付之金額（若有）的決定。通常，如果您攜帶處方至藥房，而該藥房告知您該處方不由您的計劃承保，這並不是承保範圍裁決。您需要致電或寫信給您的計劃，才可要求對於承保範圍作出正式的裁決。承保範圍裁定在本文件中稱為承保範圍裁決。

**承保藥物** – 我們的計劃承保的所有處方藥的總稱。

**承保服務** *–* 我們的計劃承保的所有醫療護理服務及用品的總稱。

**有信譽度的處方藥保險** – 預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 標準處方藥保險的處方藥保險（例如雇主或團體提供）。符合 Medicare 資格時擁有此類保險的人士，如果決定稍後參加 Medicare 處方藥保險，一般可保留該保險，而無需支付罰金。

**看護** – 看護是您不需要專業醫療護理或專業護理機構時在療養院、善終機構或其他機構中提供的護理。看護由不具備專業技能或未接受過訓練的人士提供，包括協助沐浴、穿衣、就餐、上/下床或椅子、行走和使用衛生間等日常生活活動。它還可包括大多數人可自行完成的醫療相關護理，如使用滴眼液。Medicare 不會為看護付款。

**每日分攤費用** – 當醫生為您開的某種處方藥少於一個月的份量，並且您需要支付定額手續費時，可能適用每日分攤費用。每日分攤費用是指定額手續費除以一個月份量的天數所得到的費用。範例如下：如果某種藥物一個月份量的定額手續費為 $30，您的計劃中一個月份量為 30 天的份量，那麼您的「每日分攤費用」為每日 $1。

**自付扣除金** – 在計劃開始支付您的醫療護理或處方藥費用前，您必須支付的金額。

**退出**或**退保** – 終止計劃會員資格的程序。

**配藥費** –每次調配承保藥物時收取的費用，用來支付配藥的成本，例如藥劑師準備與包裝處方藥的時間。

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

**雙重資格人士** – 同時符合 Medicare 和 Medicaid 保險資格的人士。

**耐用醫療設備 (DME)** – 您的醫生出於醫療原因而訂購的特定醫療設備。例如助行器、輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、靜脈輸液泵、語音生成設備、氧氣設備、霧化器或提供者訂購用於家庭的醫院病床。

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

**緊急醫療護理** – 承保以下服務：(1) 由具備提供緊急服務資格的提供者提供；及 (2) 屬治療、評估或穩定緊急病情需要。

**承保範圍說明書 (EOC) 及披露資訊** – 本文件連同您的參保表及任何其他附件、附則或所選的其他可選保險，這些內容均用於介紹您的保險、我們的責任、您的權利及您作為計劃會員的責任。

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

**額外補助** – 一項 Medicare 計劃，專門幫助收入及資源有限的人士，支付 Medicare 處方藥計劃費用（如保費、自付扣除金和共同保險）。

**副廠藥** – 一種由美國食品藥物管理局 (FDA) 批准的處方藥，具有和原廠藥相同的活性成份。通常，副廠藥和原廠藥的藥效相同，並且費用較低。

*[As appropriate, applicable integrated plans insert and alphabetize:***綜合***]***申訴** – 您對我們的計劃、醫療服務提供者或藥房提出的一種投訴，包括有關護理品質的投訴。不涉及承保或付款爭議。

**居家健康助理** – 可提供不需要持牌護士或治療師技能的服務的人員，如協助個人護理（例如沐浴、如廁、穿衣或進行規定性練習）。

**善終護理** – 為經醫學證明患有絕症（表示在世剩餘時間不超過 6 個月）的會員提供特殊治療的福利。我們的計劃必須為您提供您所在地理區域的善終服務清單。若您選擇善終服務並繼續支付保費，則您仍然是我們計劃的會員。您仍可以獲得我們提供的所有醫療必需的服務以及補充福利。

**住院** – 當您被正式批准如願接受專業醫療服務時住院。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。

**按收入每月調整保費 (IRMAA)** – 如果您 2 年前的 IRS 納稅申報表上的調整後總收入超過一定的金額，您將需要支付標準保費金額和一筆按收入每月調整保費（也稱為 IRMAA）。IRMAA 是額外收取的費用，將追加到您的保費中。受影響的 Medicare 受保人不超過 5%，所以大部分人無需支付更高的保費。

**初始承保範圍限制** – 初始承保階段的最大承保範圍限制。

**初始承保階段** – 這是一個在您本年的[*insert as applicable:* 總藥費（包括您已支付的金額和計劃為您支付的金額）OR 自付費用] 達到 [*insert as applicable: [insert 2024 initial coverage limit] OR [insert 2024 out-of-pocket threshold]*]前的階段。

**首次參保期** – 您第一次有資格參加 Medicare 的時間，在此期間內，您可登記加入 Medicare A 部分和 B 部分。如果您年滿 65 歲時有資格參加 Medicare，您的首次參保期為 7 個月，從您年滿 65 歲當月的前 3 個月開始計算（包括您年滿 65 歲的當月），直至年滿 65 歲當月的後 3 個月。

**機構性特殊需求計劃 (SNP)** – 一項接受持續居住（或預計持續居住）在長期護理 (LTC) 機構達 90 天以上之符合資格的個人參加的計劃。這些機構可能包括專業護理機構 (SNF)、護理機構 (NF)、(SNF/NF)、智障人士中度護理機構 (ICF/IID)、精神科住院機構和/或經 CMS 核准且提供 Medicare A 部分、Medicare B 部分 或 Medicaid 承保的類似長期醫療保健服務的機構；並且其居住者的需求和健康狀況與其他指定的機構類型相似。機構性特殊需求計劃必須與該特定的 LTC 機構簽訂合約（或由該計劃所有並營運）。

**機構性等效特殊需求計劃** (SNP) – 一項計劃，接受居住在社區之符合資格的人士參加，但需要具有機構水準的護理（由州政府評估）。該評估必須使用相同的各州級護理水平評估工具來進行，並由非提供該計劃之機構的單位執行。此類的特殊需求計劃在必要時，可能會限制居住在簽有合約之輔助生活機構 (ALF) 的個人參保，以確保提供統一的專門護理。

**承保藥物清單（處方藥一覽表或「藥物清單」）**– 一份計劃承保之處方藥的清單。

**低收入補貼 (LIS)** – 請參見「額外補助」。

**最高自付費用金額** – 日曆年內您就 [*insert if applicable:* A 部分和 B 部分] 承保服務支付的最高自付費用。*[Plans without a premium revise the following sentence as needed.]* 您就計劃保費、Medicare A 部分和 B 部分保費以及處方藥支付的金額不計入最高自付費用。[*Plans with service category MOOPs insert:* 除了承保 [*insert if applicable:*A 部分和 B 部分]醫療服務的最高自付費用之外，我們還有某些類型服務的最高自付費用。]*[Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:*如果您有資格享受 Medicaid 下的 Medicare 分攤費用補助，則對於承保的 A 部分和 B 部分服務，您無需負責支付任何計入最高自付費用的自付費用。]（**註：**由於我們的會員也從 Medicaid 獲得援助，因此極少有會員曾達到此最高自付費用金額。）

**Medicaid（或醫療補助）**– 一項聯邦與州的聯合計劃，旨在幫助某些收入及資源有限的人士支付醫療費用。州 Medicaid 計劃各有不同，但如果您同時符合 Medicare 和 Medicaid 資格，便可獲承保大多數醫療保健費用。

**醫學上認可的適應症** – 一種由美國食品藥物管理局批准，或由某些參考書籍支持的藥物使用方式。

**醫療必需** – 預防、診斷或治療您的病情所需且符合良好醫療實踐標準的服務、用品或藥品。

**Medicare** – 適用於 65 歲或以上人士、部分 65 歲以下特定殘障人士及患有末期腎病的人士（一般指患有永久性腎衰竭，須進行透析或腎臟移植的人士）的聯邦健康保險計劃。

**Medicare Advantage 開放參保期** –該時間段為 1 月 1 日至 3 月 31 日。每年允許 Medicare Advantage 計劃的會員撤銷其計劃參保並轉至其他 Medicare Advantage 計劃或透過 Original Medicare 獲得保險的固定時間。如果您選擇在此期間轉至 Original Medicare，您當時還可加入一項單獨的 Medicare 處方藥計劃。Medicare Advantage 開放參保期為 3 個月，同時還包括個人第一次有資格參加 Medicare 後的 3 個月內。

**Medicare Advantage (MA) 計劃** – 有時稱為 Medicare C 部分，由一間與 Medicare 簽約的私營公司提供的計劃，為您提供所有 Medicare A 部分和 B 部分福利。Medicare Advantage 計劃可為 1) HMO，2) PPO，3) Private Fee-for-Service (PFFS) 計劃或 4) Medicare Medical Savings Account (MSA) 計劃。除了上述類型的計劃選擇之外，Medicare Advantage HMO 或 PPO 計劃也可以是特殊需求計劃 (SNP)。在大多數情況下，Medicare Advantage 計劃也提供 Medicare D 部分（處方藥保險）。這些計劃也稱為**附帶處方藥保險的 Medicare Advantage 計劃**。

[*Insert cost plan definition only if you are a Medicare Cost Plan or there is one in your service area:***Medicare Cost Plan** – Medicare Cost Plan 是一項由健康維護組織 (HMO) 或競爭醫療計劃 (CMP) 根據法案第 1876(h) 條下的費用報銷合約經營的計劃。]

**Medicare 承保缺口折扣計劃** – 一項為大多數承保之 D 部分原廠藥提供折扣的計劃，適用於達到承保缺口階段且尚未接受「額外補助」的 D 部分會員。折扣根據聯邦政府和某些藥物製造商之間的協議決定。

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

**Medicare 保健計劃** – Medicare 保健計劃是由與 Medicare 簽約的私營公司提供的，為參與計劃的人士提供 Medicare 保健計劃 A 部分和 B 部分福利。此術語包括所有 Medicare Advantage 計劃、Medicare Cost Plan、特殊需求計劃、演示/試點計劃和老人綜合護理計劃 (PACE)。

**Medicare 處方藥保險（Medicare D 部分）**– 幫助支付門診處方藥、疫苗、生物製劑及 Medicare A 部分或 B 部分不承保的部分用品費用的保險。

**Medigap（Medicare 補充保險）政策** – 由私營保險公司銷售，用於填補 Original Medicare「缺口」的 Medicare 補充保險。Medigap 政策僅適用於 Original Medicare。（Medicare Advantage 計劃並非 Medigap 政策。）

**會員（我們計劃的會員或計劃會員）** – 享有 Medicare、有資格獲得承保服務、已參加我們的計劃且其參保經 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 確認的人士。

**會員服務部** – 我們計劃內部的一個部門，負責解答有關會員資格、福利、申訴及上訴的問題。

**網絡內藥房** – 網絡內藥房是一間能夠讓我們計劃的會員取得其處方藥福利的藥房。在大多數情況下，您的處方藥僅在我們的網絡內藥房配取時才獲承保。

**網絡內提供者 – 提供者**是醫生、其他醫療保健專業人員、醫院以及經 Medicare 及州許可或認證提供醫療保健服務的其他醫療保健機構的統稱。**網絡內提供者**與我們的計劃簽有協議，以我們的付款作為全額付款，並在某些情況下為會員協調和提供承保服務。網絡內提供者也稱為「計劃內提供者」。

[*Include if applicable:***可選補充福利** – 可以透過額外保費購買且未包括在您的福利待遇內的非 Medicare 承保福利。您必須自願選擇可選補充福利方可獲取這些福利。]

*[As appropriate, applicable integrated plans insert and alphabetize:***綜合***]* **機構裁決** – 我們的計劃就是否承保項目或服務，或您須為承保事項或服務支付多少費用作出的決定。機構裁決在本文件中稱為承保範圍裁決。

**Original Medicare**（傳統 Medicare 或按服務收費的 Medicare）– Original Medicare 由政府提供，並非 Medicare Advantage 計劃及處方藥計劃等私人保健計劃。在 Original Medicare 下，可透過向醫生、醫院及其他醫療服務提供者支付國會指定的費用，獲承保 Medicare 服務。您可向接受 Medicare 的任何醫生、醫院或其他醫療保健提供者求診。您必須支付自付扣除金。Medicare 支付應承擔的 Medicare 批准費用，而您支付您應承擔的費用。Original Medicare 分為兩部分：A 部分（住院保險）和 B 部分（醫療保險），在全美均有提供。

**網絡外藥房** – 未和我們計劃簽約來協調或提供承保藥物給我們計劃會員的藥房。大多數您從網絡外藥房取得的藥物並未由我們計劃承保，除非符合某些條件。

**網絡外提供者或網絡外機構** – 未與我們的計劃簽訂合約而向我們計劃的會員協調安排或提供承保服務的醫療服務提供者或機構。網絡外提供者是指非由我們的計劃僱用、擁有或經營的醫療服務提供者。

**自付費用** – 請參見上文分攤費用定義。會員支付所接受服務或藥物一部分費用的分攤費用要求也稱為會員自付費用要求。

[*Insert PACE plan definition only if there is a PACE plan in your state:***PACE 計劃** – PACE（老人綜合護理計劃）計劃包括為身體虛弱人士提供的醫療、社會和長期服務和支援 (LTSS)，幫助人們盡可能長久地在其社區內獨立生活（而非住入療養院）。加入 PACE 計劃的人士可透過計劃獲得 Medicare 和 Medicaid 福利。]

**C 部分** – 請參見 Medicare Advantage (MA) 計劃。

**D 部分** – 自願性 Medicare 處方藥福利計劃。

**D 部分藥物** – 可由 D 部分承保的藥物。我們不一定會提供所有 D 部分藥物。某些類別的藥物已被國會排除在 D 部分的承保範圍之外。每個計劃都必須承保某些類別的 D 部分藥物。

**D 部分逾期參保罰金** – 當您首次有資格加入 D 部分計劃後連續 63 天或更長時間未參與任何有信譽度的保險（此類保險的預計須支付的金額平均至少相當於 Medicare 標準處方藥保險）時，將會追加到您 Medicare 藥物保險之月繳保費的一筆金額。如果您喪失「額外補助」，且連續 63 天或更長時間未擁有 D 部分保險或其他有信譽度的處方藥保險，您可能需要繳納逾期參保罰金。

[*Include this definition only if Part D plan has pharmacies that offer preferred cost sharing in addition to those offering standard cost- sharing:*

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

**首選提供者組織 (PPO) 計劃** – 首選提供者組織計劃是一項擁有簽約提供者網絡的 Medicare Advantage 計劃，簽約的提供者同意依指定費用為計劃會員提供治療。PPO 計劃必須承保所有計劃福利，無論這些福利是從網絡內或是網絡外提供者處獲得。計劃福利是從網絡外提供者處獲得時，會員分攤費用通常較高。PPO 計劃對您從網絡內（首選）提供者處獲得服務的自付費用具有年度限制，而對從網絡內（首選）和網絡外（非首選）提供者處獲得服務的總合併自付費用具有更高限制。

**保費** – 定期支付給 Medicare、保險公司或醫療護理計劃用於健康或處方藥保險的費用。

*[Plans that do not use PCPs, omit]* **主治[*insert as appropriate:*** 醫生 *OR* **醫師**] **(PCP)** – 您的主治醫生是您針對大多數健康問題首先看訪的醫生或其他提供者。在許多 Medicare 保健計劃中，您到任何其他醫療服務提供者處就診之前，必須到您的主治醫生處就診。

**事先授權** – *[Plans may delete applicable words or sentences if it does not require prior authorization for any medical services and/or any drugs.]*獲得服務或某些藥物的事先核准。第 4 章醫療福利表中列有需獲得事先授權的承保服務。處方藥一覽表中標有需獲得事先授權的承保藥物。

**假體和矯具** – 醫療器械，包括但不限於手臂、背部及頸部支架；義肢；假眼；以及取代身體內部器官或功能所需的設備，包括造口術用品及腸內及腸外營養治療。

**品質改進機構 (QIO)** – 是一個由聯邦政府資助的執業醫生及其他醫療護理專家團隊，以核查和改進提供給 Medicare 患者的護理。

**數量限制** – 一種管理工具，目的是出於品質、安全或利用之原因限制指定藥物的使用。限制可能是我們依照處方或指定期間內承保的藥物數量。

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

**康復服務** – 該等服務包括物理治療、語言治療和職業治療。

**服務區域** – 您必須居住才能加入特定保健計劃的地理區域。對於限制所用醫生和醫院的計劃，它還通常是指您可獲取常規（非緊急）服務的地區。如果您永久搬離計劃的服務區域，計劃必須將您退保。

**專業護理機構 (SNF) 護理** – 專業護理機構內持續、每天提供的專業護理和康復服務。護理的範例包括僅可由註冊護士或醫生提供的物理治療或靜脈注射。

**特殊需求計劃** – 一項特殊類型的 Medicare Advantage 計劃，為特定人群提供更有針對性的健康護理，如同時擁有 Medicare 和 Medicaid 計劃的人士、居住在療養院的人士或患有某些慢性病的人士。

[*Include this definition only if Part D plan has pharmacies that offer preferred cost sharing in addition to those offering standard cost sharing:*

**標準分攤費用** – 標準分攤費用是網絡內藥房提供的首選分攤費用之外的另一種分攤費用。]

**階段治療** – 一個應用工具，要求您在我們承保您的醫師最初開立的處方藥之前，先嘗試使用其他藥物來治療。

**社安補助金 (SSI)** – 社會保障局向收入與資源有限的殘障人士、盲人或 65 歲及以上的老人補助的月度福利。SSI 福利不同於社會保障福利。

**急症治療服務** – 不屬於緊急醫療的承保服務，在網絡內提供者暫時不可用或無法營業或參保人不在服務區域時提供。例如，您在週末需要立即獲得醫療護理。這樣的服務是需要立即提供的，並且具有醫療必需性。

*[This is the back cover for the EOC. Plans may add a logo and/or photographs, as long as these elements do not make it difficult for members to find and read the plan contact information.]*

*[Insert 2024 plan name]* 會員服務部

| 方法 | 會員服務部 – 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number(s)]*  撥打此號碼是免費的。*[Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.]*  會員服務部還為不說英語的人士提供免費的翻譯服務。 |
| **聽障專線** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:*撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。]  撥打此號碼是免費的。*[Insert days and hours of operation.]* |
| **傳真** | *[Optional:* *insert fax number]* |
| **寫信** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **網站** | *[Insert URL]* |

*[Insert state-specific SHIP name]* [*If the SHIP’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]* SHIP)]

*[Insert state-specific SHIP name]* 是一個由聯邦政府出資為 Medicare 受保人提供本地免費健康保險諮詢的州計劃。

*[Plans with multi-state EOCs revise heading and sentence above to use State Health Insurance Assistance Program, omit table, and reference exhibit or EOC section with SHIP information.]*

| 方法 | 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number(s)]* |
| **聽障專線** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。] |
| **寫信** | *[Insert address]* |
| **網站** | *[Insert URL]* |

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