**[PDP 模本]  
[2017 ANOC 模本]**

***[插入 2017 年計劃名稱]（[插入計劃類型])由 [插入 D 部分贊助者名稱] 提供***

# 2017 年年度變更通知

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

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

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

**其他資源**

* [*達到 5% 替代語言閾值的計劃請插入：*可免費獲取本資訊的其他語言版本。
* 請致電 *[插入電話號碼]* 聯絡我們的會員服務部，瞭解其他資訊。（聽覺及語言有障 (TTY) 人士請致電 *[插入 TTY 號碼]*。）服務時間為 *[插入服務日期與時間]。*]
* 會員服務部[達到 *5% 閾值的計劃請插入：*還]可為非英語人士提供免費的語言翻譯服務 *[達到 5% 閾值的計劃刪除本句的剩餘部分]*（電話號碼位於 *[酌情編輯節編號]*本手冊第 8.1 節）。
* *[達到 5% 閾值的計劃請插入上述段落的所有適用語言版本。]*
* *[若適用，計劃必須插入有關替代格式（比如盲文、大字體、錄音帶）的可用性說明。*

**關於*[插入 2017 年計劃名稱]***

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

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

考量您來年的聯邦醫療保險承保範圍

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

重要待辦事項：

* **檢查福利與費用變化，看看是否對您構成影響。**請務必檢視福利與費用變化，以確保來年依舊滿足您的需要。閱讀第 *[插入小節編號]* 小節，瞭解我們計劃內的福利與變化之資訊。
* **檢查處方藥的承保範圍變化，看看是否對您構成影響。**您使用的藥物是否在承保範圍之內？藥物所處等級是否發生變化？您能否繼續使用該藥？請務必審查這些變化，以確保我們的藥物承保範圍於來年依舊滿足您的需要。閱讀第 *[插入節號]* 節，瞭解藥物承保範圍變化之資訊。
* **考量您的整體健康護理費用。**您將為常用服務及處方藥自付多少費用？您將支付多少保費？與其他聯邦醫療承保範圍選項相比，總費用方面有何差異？
* **您是否對我們的計劃感到滿意。**

若您決定保留 *[插入 2017 年計劃名稱]*：

若您希望來年繼續與我們合作，非常簡單 — 您什麼也不用做。

若您決定更改計劃：

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

2017 年重要費用摘要

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

| 費用 | 2016（今年） | 2017（來年） |
| --- | --- | --- |
| 每月計劃保費\*  \*您的保費可能會高於或低於該金額。查看第 *[酌情編輯節號]* 2.1 小節，瞭解詳情。 | *[插入 2016 年保費金額]* | *[插入 2017 年保費金額]* |
| D 部分處方藥承保範圍  （詳情請參見第 *[酌情編輯節號]* 2.3 小節。） | 自付額：*[插入 2016 年自付額金額]*  最初承保範圍階段期間*[適用時插入共付額/共同保險]*︰   * 藥物級別 1：*[插入 2016 年成本分擔]* * *[所有藥物級別同上。]* | 自付額：*[插入 2017 年自付額金額]*  最初承保範圍階段期間的*[適用時插入共付額/共同保險]*︰   * 藥物級別 1：*[插入 2017 年成本分擔]* * *[所有藥物級別同上。]* |

***2017 年年度變更通知*  
目錄**

*[完成編輯之後更新下表。]*

考量您來年的聯邦醫療保險承保範圍 1

2017 年重要費用摘要 2

第 1 節 我們將更改計劃名稱 4

第 1 節 除非您選擇其他計劃，否則您將於 2017 年自動參保 [插入 2017 年計劃名稱] 4

第 2 節 來年的福利與費用變更 5

第 2.1 小節 — 每月保費變更 5

第 2.2 小節 — 藥房網絡變更 5

第 2.3 小節 — D 部分處方藥承保範圍的變更 6

第 3 節 — 其他變更 11

第 4 節 挑選計劃 12

第 4.1 小節 — 若您想保留*[插入 2017 年計劃名稱]* 12

第 4.2 小節 — 若您想更改計劃 12

第 5 節 更改計劃的截止日期 13

第 6 節 提供聯邦醫療保險免費諮詢的計劃 13

第 7 節 幫助支付處方藥的計劃 14

第 8 節 問題？ 15

第 8.1 小節 — 獲得 *[插入 2017 年計劃名稱]* 的幫助 15

第 8.2 小節 — 獲得聯邦醫療保險的幫助 15

*[若第 1 節不適用，應將其從計劃中刪除，並酌情為其他各節重新編號。]*

第 1 節 我們將更改計劃名稱

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

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

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

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

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

2017 年 1 月 1 日，*[插入 D 部分贊助者名稱]*會將*[插入 2016 年計劃名稱]*與*[插入 2017 年計劃名稱]*合併。

**若您未於 2016 年 12 月 7 日之前對您的聯邦醫療承保範圍做出任何更改，我們將自動將您加入我們的 *[插入 2017 年計劃名稱]*。**這意味著，自 2017 年 1 月 1 日起，您將納入*[插入 2016 年計劃名稱]*的處方藥承保範圍。若您願意，您可以改換為其他聯邦醫療保險處方藥計劃。您還可以改換到聯邦醫療保險健康計劃。如果您想改動，必須在 10 月 15 日和 12 月 7 日之間完成。

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

[*此前就參保合併事宜已經通知會員的計劃可以插入以下段落，必要時進行編輯： [插入 D 部分贊助者名稱]* 已向您寄出名為*《[插入函件名稱]》的函件。*這封信會告訴您關於這個變化的更多資訊。您若有任何疑問，或未收到該函件，請致電會員服務部（電話號碼位於本手冊第 *[酌情編輯小節編號]* 8.1 小節]）。

第 2 節 來年的福利與費用變更

### 第 2.1 小節 — 每月保費變更

*[計劃可以在本表格中添加新列，以顯示可選補充福利的保費變化。]*

| 費用 | 2016（今年） | 2017（來年） |
| --- | --- | --- |
| 每月保費  *[包含 B 部分保費減少福利的計劃可以修改此列以描述福利的變化。]*  您必須繼續支付您的聯邦醫療保險 B 部分保費（除非州醫療補助已替您支付）。 | *[插入 2016 年保費金額]* | *[插入 2017 年保費金額]* |

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

### 第 2.2 小節 — 藥房網絡變更

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

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

*或*

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

### 第 2.3 小節 — D 部分處方藥承保範圍的變更

#### 藥物清單的變更

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

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

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

若藥物承保範圍的變更對您構成影響，您可以：

* **與您的醫生（或其他處方醫生）合作，要求計劃破例**將該藥列入承保範圍。*[若計劃未針對當前會員制定提前過渡流程，則可以省略以下語句。]***我們鼓勵當前會員**在今年內請求做出破例處理。
  + 如需瞭解要求破例的必辦事項，請參閱*《承保範圍證明》*第 7 章*（出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦）*，或致電會員服務部。
* **與您的醫生（或其他處方醫生）合作，查找**我們承保的其他藥物。您可以致電會員服務部，索要治療相同疾病的承保藥物的清單。

*[如果計劃的所有當前會員將在來年提前過渡，則可以省略本句段。]*在某些情況下，在計劃年度承保範圍的前 90 天內，或在承保範圍內，我們需要承保不在處方藥物表內的**一次性**臨時藥物供給。（如需瞭解更多有關獲取臨時供給的情形以及方式，請參閱*《承保範圍證明》*的第 3 章第 5.2 小節。）領取臨時藥物供給期間，您應該諮詢您的醫生，以瞭解臨時供給的藥物用完之後的解決辦法。您可以換成計劃內承保的其他藥物，或要求計劃為您破例，將您當前使用的藥物列入承保範圍。

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

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

#### 處方藥費用變更

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

「藥物支付階段」有四種。D 部分藥物的支付金額取決於您所於的藥物支付階段。（您可查閱*《承保範圍證明》*第 4 章第 2 節，瞭解各個階段的詳細資訊。）

下方資訊顯示來年前兩個階段的變更 — 年度自付額階段與最初承保範圍階段。（多數會員不會達到其他兩個階段 — 承保範圍缺口階段或重大災難承保範圍階段。如需獲取有關這些階段的費用資訊，請參閱 [*適用時插入：*附件*或*函件]*《承保範圍證明》*第 4 章的第 6 節和第 7 節。)

自付額階段的變更

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

最初承保範圍階段的成本分擔變更

*[如為成本分擔從 2015 年之共同保險變更為 2016 年之共付額（反之亦然）的計劃，則插入︰*「對於 *[插入級別名稱]*, 藥物，您在最初承保階段的成本分擔將 [*酌情插入*「從共付額變更為共同保險」 *<或>* 「從共同保險變更為共付額」。]請參閱以下表格，瞭解 2016 至 2017 年的變更。」]

如需瞭解共付額及共同保險的運作方式，請參閱*《承保範圍證明》*第 4 章第 1.2 小節︰*您需為承保藥物付款的自付費用類型*。

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

| 階段 | 2016（今年） | 2017（來年） |
| --- | --- | --- |
| 第 2 階段：最初承保範圍階段  *[無自付額的計劃請刪除第一句。]*支付年度自付額之後，您隨即進入最初承保範圍階段。本階段期間，計劃將支付藥費中應由其承擔的部分，而**您則支付自己應承擔的部分。***[如為成本分擔從 2016 年之共付額變更為 2017 年之共同保險（反之亦然）的計劃，則對每個適用級別插入︰「*2016 年您為 [*插入級別名稱]* 藥物支付*「*[酌情插入 $[*xx*] 共付額」 <*或>* “「[*xx*]% coinsurance”] for drugs on *[共同保險」]*。2017 年您將為此級別藥物支付 [*酌情插入*「[xx] 美元共付額」<*或>*「[*xx*]% 共同保險」。]  若您在提供標準成本分擔的網絡藥房抓藥，本列中的費用是指一個月（*[插入一個月內供給的天數]* 天）的供給費用。*[如為 2016 至 2017 年的一個月藥物供給天數出現變更的計劃，則插入*「如表格所示，2015 年至 2016 年的一個月藥物供給天數已出現變更。」*]*如需瞭解有關[*適用時插入：*長期供給；提供首選成本分擔的網絡藥房；或郵購處方]的費用資訊，請參閱*《承保範圍證明》*第 4 章第 5 節。  [*適用時插入：*我們更改了《藥物清單》上部分藥物的級別。如需查看您的藥物是否發生了級別變化，請查閱《藥物清單》。] | 您一個月內 *[如為 2016 至 2017 年的一個月藥物供給天數出現變更的計劃，則插入*「（[*xx*]-天）」*而非*「一個月」*]*在標準成本分擔網絡藥房購買供給藥物的費用：  ***[插入級別 1 的名稱]***：  您的支付額為[*適用時插入：*每個處方 *[xx]* 美元*或*總費用的 *[xx]*%。]  ***[插入級別 2 的名稱]***：  您的支付額為[*適用時插入：*每個處方 *[xx]* 美元*或*總費用的 *[xx]*%。]  *[所有級別同上。]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  一旦[*適用時插入*：藥費總金額達到 [*插入 2016 年最初承保範圍限制]* 美元，即可進入下一個階段（承保範圍缺口階段）。*或*您已為 D 部分藥物自付 *[插入 2016 年自付閾值]* 美元，您將進入下一個階段（重大災難承保範圍階段）。] | 您一個月內 *[如為 2016 至 2017 年的一個月藥物供給天數出現變更的計劃，則插入*「（[*xx*]-天）」*而非*「一個月」*]*在標準成本分擔網絡藥房購買供給藥物的費用：  ***[插入級別 1 的名稱]***：  您的支付額為[*適用時插入：*每個處方 *[xx]* 美元*或*總費用的 *[xx]*%。]  ***[插入級別 2 的名稱]***：  您的支付額為[*適用時插入：*每個處方 *[xx]* 美元*或*總費用的 *[xx]*%。]  *[所有級別同上。]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  一旦[*適用時插入*：藥費總金額達到 [*插入 2017 年最初承保範圍限制]* 美元，即可進入下一個階段（承保範圍缺口階段）。*或*您已為 D 部分藥物自付 *[插入 2017 年自付閾值]* 美元，您將進入下一個階段（重大災難承保範圍階段）。] |

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

| 階段 | 2016（今年） | 2017（來年） |
| --- | --- | --- |
| 第 2 階段：最初承保範圍階段  *[無自付額的計劃請刪除第一句。]*支付年度自付額之後，您隨即進入最初承保範圍階段。本階段期間，計劃將支付藥費中應由其承擔的部分，而**您則支付自己應承擔的部分** *[如為成本分擔從 2015 年之共付額變更為 2016 年之共同保險（反之亦然）的計劃，則對每個適用級別插入︰「*2016 年您為此級別藥物支付 [*ins酌情插入*「[xx] 美元共付額」<*或>*「[*xx*]% 共同保險」]。2017 年您將為此級別藥物支付[*酌情插入*「[*xx*] 美元共付額」<或>「[*xx*]% 共同保險」。]  若您在網絡藥房抓藥，本列中的費用是指一個月（*[插入一個月內供給的天數]-* 天）的供給費用。*[如為 2016 至 2017 年的一個月藥物供給天數出現變更的計劃，則插入*「如表格所示，2016 年至 2017 年的一個月藥物供給天數已出現變更。」*]* 如需瞭解有關[*適用時插入：*長期供給或郵購處方]的費用資訊，請參閱*《承保範圍證明》*第 4 章第 5 節。  [*適用時插入：*我們更改了《藥物清單》上部分藥物的級別。如需查看您的藥物是否發生了級別變化，請查閱《藥物清單》。] | 您一個月內[*如為 2016 至 2017 年的一個月藥物供給天數出現變更的計劃，則插入*「（[*xx*] 天）」*而非*「一個*月」]*在網絡藥房購買供給藥物的費用：  ***[插入級別 1 的名稱]***：  *標準成本分擔：*您的支付額為[*適用時插入：*每個處方 *[xx]* 美元*或*總費用的 *[xx]*%]。  *首選成本分擔：*您的支付額為[*適用時插入：*每個處方 *[xx]* 美元*或*總費用的 *[xx]*%]。  ***[插入級別 2 的名稱]***：  *標準成本分擔：*您的支付額為[*適用時插入：*每個處方 *[xx]* 美元*或*總費用的 *[xx]*%]。  *首選成本分擔：*您的支付額為[*適用時插入：*每個處方 *[xx]* 美元*或*總費用的 *[xx]*%]。  *[所有級別同上。]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  一旦[*適用時插入：*藥費總金額達到 [*插入 2016 年最初承保範圍限制]* 美元，即可進入下一個階段（承保範圍缺口階段）。*或*您已為 D 部分藥物自付 *[插入 2016 年自付閾值]* 美元，您將進入下一個階段（重大災難承保範圍階段）。] | 您一個月內[*如為 2016 至 2017 年的一個月藥物供給天數出現變更的計劃，則插入*「（[*xx*] 天）」*而非*「一個*月」]*在網絡藥房購買供給藥物的費用：  ***[插入級別 1 的名稱]***：  *標準成本分擔：*您的支付額為[*適用時插入：*每個處方 *[xx]* 美元*或*總費用的 *[xx]*%]。  *首選成本分擔：*您的支付額為[*適用時插入：*每個處方 *[xx]* 美元*或*總費用的 *[xx]*%]。  ***[插入級別 2 的名稱]***：  *標準成本分擔：*您的支付額為[*適用時插入：*每個處方 *[xx]* 美元*或*總費用的 *[xx]*%]。  *首選成本分擔：*您的支付額為[*適用時插入：*每個處方 *[xx]* 美元*或*總費用的 *[xx]*%]。  *[所有級別同上。]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  一旦[*適用時插入：*藥費總金額達到 [*插入 2017 年最初承保範圍限制]* 美元，即可進入下一個階段（承保範圍缺口階段）。*或*您已為 D 部分藥物自付 *[插入 2017 年自付閾值]* 美元，您將進入下一個階段（重大災難承保範圍階段）。] |

承保範圍缺口階段和重大災難承保範圍階段的變更

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

如需獲取有關這些階段的費用資訊，請參閱*《承保範圍證明》*第 4 章第 6 小節和第 7 節。

第 3 節 — 其他變更

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

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

第 4 節 挑選計劃

### 第 4.1 小節 — 若您想保留*[插入 2017 年計劃名稱]*

**如需繼續沿用我們的計劃，您什麼也不用做。**12 月 7 日之前，若您未加入其他計劃，2017 年您將自動維持我們計劃內的參保狀態。

### 第 4.2 小節 — 若您想更改計劃

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

步驟 1：瞭解並對比您的各個選項

* 您可以加入其他聯邦醫療保險處方藥計劃，
* *— 或 —* 您可以更改為其他聯邦醫療保險健康計劃。某些聯邦醫療保險健康計劃也提供 D 部分處方藥承保範圍，
* *— 或 —* 您可以保留您現有的聯邦醫療保險健康承保範圍並放棄您的聯邦醫療保險處方藥承保範圍。

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

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

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

步驟 2：更改承保範圍

* 如需更改為**其他聯邦醫療保險處方藥計劃，**請參保新計劃。您將自動退出*[插入 2017 年計劃名稱]*。
* 如需更改為**聯邦醫療保險健康計劃，**請參保新計劃。根據您選擇的計劃類型，您可能會自動從 *[插入 2017 年計劃名稱]* 退保。
  + 如果您參保任何帶有 D 部分處方藥承保範圍的聯邦醫療保險健康計劃，您將自動從 *[插入 2017 年計劃名稱]* 退保。即使該計劃不帶處方藥承保範圍，如果承保聯邦醫療保險健康維護組織 (HMO) 計劃或聯邦醫療保險首選醫療服務提供者組織（PPO）計劃，您也將自動退保。
  + 如果您選擇不帶處方藥承保範圍的私人付費服務計劃、聯邦醫療保險醫療儲蓄賬戶 (MSA) 計劃或聯邦醫療保險成本計劃，您可以參保新的計劃並保留您的 *[插入 2017 年計劃名稱]* 處方藥承保範圍。參保這些計劃類型之一不會將您從 *[插入 2017 年計劃名稱]* 自動退保。如果您正在參保這種計劃類型並要離開我們的計劃，您必須要求從從 *[插入 2017 年計劃名稱]* 退保。若需要求退保，必須給我們擠一份書面請求或致電聯絡聯邦醫療保險 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時服務（聽覺及語言有障 (TTY) 人士請致電 1-877486-2048）。
* 如需**更改為不含處方藥計劃的原有聯邦醫療保險**，您必須擇一而行：
  + 向我們寄送書面退保請求。若您需要瞭解詳細的實施方法，請聯絡會員服務部（電話號碼位於本手冊第 *[酌情編輯小節編號]* 8.1 小節）。
  + *— 或 —* 聯絡**聯邦醫療保險**要求退保，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時服務。聽覺及語言有障 (TTY) 人士請致電 1-877-486-2048。

第 5 節 更改計劃的截止日期

若您來年想更改為其他處方藥計劃或其他聯邦醫療保險健康計劃，您可於 **10 月 15 日至 12 月 7 日期間**進行更改**。**更改自 2017 年 1 月 1 日起生效。

年內可於其他時間做出更改嗎？

特定情況下，還可於年內其他時間做出更改。例如，享受州醫療補助的人士、享受藥費「額外補助」的人士、已經失去或正在失去僱主保險和搬離服務區域的人士可於年內其他時間做出更改*。*如需詳細資訊，請參閱*《承保範圍證明》*第 8 章第 2.2 小節。

第 6 節 提供聯邦醫療保險免費諮詢的計劃

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

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

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

第 7 節 幫助支付處方藥的計劃

您可能符合幫助支付處方藥費用的資格。*[計劃所在州若無 SPAP，請刪除下一句。]*我們在下面列出了不同類型的幫助：

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

第 8 節 問題？

### 第 8.1 小節 — 獲得 *[插入 2017 年計劃名稱]* 的幫助

遇到問題？我們來幫您。請致電會員服務部，電話號碼為 *[插入會員服務部電話號碼]。*（聽覺及語言有障 (TTY) 人士請致電 *[插入 TTY 號碼]*。）我們的接聽時間為*[插入服務日期和時間]*。[*適用時插入：*這些號碼均為免費電話。]

請閱讀您的 2017 年*《承保範圍證明》*（內含來年福利與費用詳情）

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

造訪我們的網站

您還可以造訪我們的網站 *[插入網址]*。溫馨提示，我們的網站上發佈了關於藥房網絡的最新資訊（《藥房名錄》）以及承保藥物清單（處方藥物表/藥物清單）。

### 第 8.2 小節 — 獲得聯邦醫療保險的幫助

如需直接從聯邦醫療保險獲取資訊：

請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

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

造訪聯邦醫療保險網站

您可以造訪聯邦醫療保險網站 ([http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/))。網站上發佈了有關費用、承保範圍和質量評級的資訊，可幫助您比較各個聯邦醫療保險處方藥計劃。您可以使用聯邦醫療保險計劃查找器於聯邦醫療保險網站上查找您所在區域可用的計劃之資訊。（要檢視有關這些計劃的資訊，請轉到 [http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/) 並按一下「Review and Compare Your Coverage Options」檢視和對比您的承保範圍選擇）。

閱讀*《2017 年聯邦醫療保險與您》*

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

**[2017 年承保範圍證明範本]**

**2017 年 1 月 1 日 – 12 月 31 日**

# 承保範圍證明：

**做為*[插入 2017 年計劃名稱][插入計劃類型]*會員，您的聯邦醫療保險處方藥承保範圍**

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

本手冊將為您提供 2017 年 1 月 1 日至 12 月 31 日有關聯邦醫療保險處方藥承保範圍的詳細資訊。本手冊將解釋如何獲取處方藥承保範圍。**本手冊是重要的法律文件。請妥善保管本手冊。**

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

*[插入聯邦締約聲明。]*

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

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

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

*[達到 5% 閾值的計劃請插入上述段落的所有適用語言版本。]*

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

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

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

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

**2017 年承保範圍證明**

**目錄**

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

第 1 章 新手入會 4

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

第 2 章 重要的電話號碼與資源 17

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

第 3 章 使用計劃內的 D 部分處方藥承保範圍 33

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

第 4 章 您該為 D 部分處方藥支付的部分 57

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

第 5 章 要求我們支付應由我們支付的承保藥物費用 83

解釋當您需要我們補償我們在承保處方藥中該付的金額時，您該何時以及如何向我們寄送帳單。

第 6 章 您的權利與義務 89

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

第 7 章 出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦） 98

告知您作為我們計劃的會員遇到問題或疑問時的詳細處理步驟。

* 解釋獲取您認為我們的計劃承保的處方藥而遇到困難時，如何請求承保範圍決定以及如何上訴。這包括要求我們對您的承保範圍的規定和/或額外限制做出例外處理。
* 解釋如何針對護理質量、等候時間、顧客服務以及其他問題提起投訴。

第 8 章 終止您的計劃會員身份 121

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

第 9 章 法務通知 130

包括有關準據法和非歧視的通知。

第 10 章 重要詞彙的定義 133

解釋本手冊中使用的關鍵術語。

第 1 章

新手入會

## 第 1 章 新手入會

第 1 節 簡介 5

第 1.1 小節 您已參保 *[插入 2017 年計劃名稱]*，該計劃是一個聯邦醫療保險處方藥計劃 5

第 1.2 小節 *《承保範圍證明》*手冊的內容是什麼？ 5

第 1.3 小節 *《承保範圍證明》*手冊的內容是什麼？ 5

第 2 節 加入計劃需具備什麼資格？ 6

第 2.1 小節 資格要求 6

第 2.2 小節 什麼是聯邦醫療保險 A 部分與聯邦醫療保險 B 部分? 6

第 2.3 小節 此處為 *[插入 2017 年計劃名稱]* 的計劃服務區域 7

第 2.4 小節 美國公民或合法居住 7

第 3 節 我們將向您寄送哪些其他資料？ 7

第 3.1 小節 您的計劃會員卡 — 用來獲得所有承保處方藥物 7

第 3.2 小節 *藥房名錄*：我們網絡內的藥房指南 8

第 3.3 小節 計劃的*《承保藥物清單》（處方藥物表）* 9

第 3.4 小節 *D 部分處方藥福利解釋*（簡稱「D 部分 EOB」）：D 部分處方藥付款摘要報告 9

第 4 節 *[插入 2017 年計劃名稱]* 的每月保費 9

第 4.1 小節 計劃保費是多少？ 9

第 4.2 小節 計劃保費的付費方法分多種 11

第 4.3 小節 我們能否於年度內更改您的每月計劃保費？ 13

第 5 節 請持續更新您的計劃會員記錄 13

第 5.1 小節 如何幫助我們確定您的資訊是否準確 13

第 6 節 我們為您的個人健康資訊保密 14

第 6.1 小節 我們會確保您的健康資訊受到保護 14

第 7 節 其他保險與我們的計劃如何合作 14

第 7.1 小節 您在擁有其他保險時，哪個計劃先付款？ 14

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 小節 您已參保 *[插入 2017 年計劃名稱]*，該計劃是一個聯邦醫療保險處方藥計劃

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

聯邦醫療保險計劃分為不同的類型。*[插入 2017 年計劃名稱]* 是一種聯邦醫療保險處方藥計劃 (PDP)。與所有聯邦醫療保險計劃一樣，本聯邦醫療保險處方藥計劃經聯邦醫療保險批准，由私營公司提供。

#### 第 1.2 小節 *《承保範圍證明》*手冊的內容是什麼？

本*《承保範圍證明》*手冊將告訴您如何透過我們的計劃獲得您的聯邦醫療保險處方藥承保。本手冊將解釋您作為本計劃會員的權利與義務、承保的內容以及需支付的金額。

「承保範圍」與「承保服務」是指您作為*[插入 2017 年計劃名稱]*會員可享受的處方藥與服務。

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

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

#### 第 1.3 小節 *《承保範圍證明》*手冊的內容是什麼？

這是我們與您簽訂的合同的一部分

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

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

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

聯邦醫療保險必須每年批准我們的計劃

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

### 第 2 節 加入計劃需具備什麼資格？

#### 第 2.1 小節 資格要求

*具備以下資格即可加入我們的計劃：*

* 您享有聯邦醫療保險 A 部分或聯邦醫療保險 B 部分（或您同時享有 A 部分和聯邦醫療保險 B 部分）（第 2.2 小節描述了聯邦醫療保險 A 部分和聯邦醫療保險 B 部分）
* *— 並且 —* 您是美國公民或合法在美國居住
* *— 並且 —* 您居住於我們的地理服務區域（下方第 2.3 小節列出了我們的服務區域）

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

正如上面第 1.1 小節所述，您選擇透過我們的計劃獲得您的處方藥保險（有時也稱為醫療醫療保險 D 部分）。我們的計劃已與醫療醫療保險簽約，為您提供大部分聯邦醫療保險福利。第 3 章描述了您根據您的醫療醫療保險 D 部分保險可獲得的藥物承保範圍。

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

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

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

雖然聯邦醫療保險是聯邦政府計劃，但*[插入 2017 年計劃名稱]*僅向居住於我們計劃服務區域的個人提供。要繼續作為我們計劃中的會員，您必須繼續在計劃服務區域內居住。本節已對服務區域進行說明，詳見[*酌情插入：*下文*或*本*《承保範圍證明》*的附錄]。

[*於此處或附錄內插入計劃服務區域。計劃可酌情納入領地參考。下方列出了描述服務區域的格式範例：*我們的服務區域包括全部 50 個州  
我們的服務區域包括這些州：*[插入州名]*]

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

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

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

#### 第 2.4 小節 美國公民或合法居住

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

### 第 3 節 我們將向您寄送哪些其他資料？

#### 第 3.1 小節 您的計劃會員卡 — 用來獲得所有承保處方藥物

如果您是我們計劃的會員，您必須使用本計劃的會員卡才能獲得您在網絡藥房抓的處方藥。此處為一張會員卡範例，以向您展示會員卡的樣子：

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

請隨時隨身攜帶您的會員卡，並請記住在抓承保藥物時出示您的會員卡。若您的計劃員會卡損壞、丟失或被盜，請立即致電會員服務部，我們將向您寄送一張新卡。（會員服務部的電話號碼列印於本手冊封底。）

您可能需要使用紅色、白色和藍色聯邦醫療保險卡來獲得原有的聯邦醫療保險承保的醫療護理和服務.

#### 第 3.2 小節 *藥房名錄*：我們網絡內的藥房指南

什麼是「網絡藥房」？

網絡藥房即所有同意為我們的計劃會員提供承保處方藥的藥房。

您為何需要知道網絡藥房？

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

*或*

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

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

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

#### 第 3.3 小節 計劃的*《承保藥物清單》（處方藥物表）*

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

該藥物清單還將告知，您的藥物是否存在任何限制承保範圍的規定。

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

#### 第 3.4 小節 *D 部分處方藥福利解釋*（簡稱「D 部分 EOB」）：D 部分處方藥付款摘要報告

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

*D 部分處方藥福利解釋*將告知，當月您或代表您的其他人士為 D 部分處方藥所支付的總額以及我們為每份 D 部分處方藥支付的總額。第 4 章（*您該為 D 部分處方藥支付的部分*）將給出更多資訊，講解有關 *D 部分處方藥福利解釋*及其對您記錄藥物承保範圍的幫助。

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

*[****注意****：計劃可以插入會員獲取 D 部分處方藥福利解釋的其他方法。]*

### 第 4 節 *[插入 2017 年計劃名稱]*的每月保費

#### 第 4.1 小節 計劃保費是多少？

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

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

在某些情況下，您的計劃保費可能會減少

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

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

在某些情況下，您的計劃保費可能會增多

在某些情況下，您的計劃保費可能會超過上方第 4.1 小節所列的金額。部分會員需要支付**延期參保罰款**，因為他們第一次符合資格時並未加入聯邦醫療保險藥物計劃或者他們無「抵免」處方藥承保範圍的時間持續 63 天或以上。（「抵免」是指藥物承保範圍通常應該至少支付和聯邦醫療保險的標準處方藥承保範圍一樣多的費用。）對於這些會員，延期參保罰款計入計劃的每月保費。他們的保費金額為每月計劃保費加上延期參保罰款金額。

* 若您需要支付延期參保罰款，您的罰款金額取決於您在參保藥物承保範圍之前耽擱了多久或您符合資格之後未擁有藥物承保範圍長達多少個月。第 4 章第 10 節解釋了延期參保罰款。
* 若您需要支付延期參保罰款卻未支付，您可能會被退出該計劃。

許多會員需要支付其他聯邦醫療保險保費。

除了支付每月計劃保費外，]許多會員需要支付其他聯邦醫療保險保費。部分計劃會員（即無資格享受免保費 A 部分保險的會員）需支付聯邦醫療保險 A 部分的保費，而大部分計劃會員需支付聯邦醫療保險 B 部分的保費。

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

* **若您需要支付額外的費用卻未支付，您將被退出該計劃，並失去處方藥承保範圍。**
* 若您必須支付額外的費用，社會安全署，而不是您的聯邦醫療保險計劃，將向您致函，告知您該筆額外費用的具體金額。
* 如需瞭解有關與收入掛鉤的 D 部分保費的更多資訊，請參見本手冊第 4 章第 11 節。您還可以上網造訪 [http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/) 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時服務。聽覺及語言有障 (TTY) 人士請致電 1-877-486-2048。您也可以致電社會安全署 1-800-772-1213。聽覺及語言有障 (TTY) 人士請致電 1-800-325-0778。

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

#### 第 4.2 小節 計劃保費的付費方法分多種

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

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

選項 1：支票支付

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

選項 2：*[插入選項類型]*

*[適用時：插入有關其他支付方式選項的資訊。或者刪除該選項。*

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

選項 *[插入數字]*: 您可每月從您的社會安全金內扣除計劃保費

您可每月從您的社會安全金內扣除計劃保費。聯絡員服務部獲取有關如何用這種方法支付您的每月計劃保費的詳細資訊。我們很樂意幫您進行設置。（會員服務部的電話號碼列印於本手冊封底。）

支付計劃保費時遇到困難怎麼辦

*[會員未付款時不會將員會退保的計劃可以酌情修改本小節。]*

您的計劃保費應於 *[插入月份和日期]* 交到我們的辦公室。如果我們在 *[插入月份和日期]*之前沒有收到您的保費，我們會您發送一個通知告訴您，如果在 *[插入計劃寬限期]* 之前沒有收到您的保費，將終止您在本計劃的會員身份。

如果您按時繳納保費有困難，請聯絡會員服務部，查看我們是否能介紹您去找可以幫您支付計劃保費的計劃。（會員服務部的電話號碼列印於本手冊封底。）

如果我們因為您沒有支付保費而終止您的會員身份，您仍可在原有的聯邦醫療保險計劃下獲得健康保險。

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

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

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

#### 第 4.3 小節 我們能否於年度內更改您的每月計劃保費？

**否。**我們不能於年度內更改計劃的每月計劃保費之金額。若來年的每月計劃保費變更，我們會於 9 月份告知您，變更自 1 月 1 日起生效。

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

### 第 5 節 請持續更新您的計劃會員記錄

#### 第 5.1 小節 如何幫助我們確定您的資訊是否準確

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

您的會員記錄含有的資訊來自您的參保表格，包括您的地址和電話號碼。該記錄將顯示您的計劃承保範圍詳情。

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

出現如下變更時，請告知我們：

* 您的姓名、地址或電話號碼變更
* 您擁有的任何其他醫療或藥物承保範圍變更（比如您的僱主、您配偶的僱主、勞工補償金或州醫療補助的承保範圍）。
* 若您擁有任何債務索賠，比如車禍索賠
* 若您入住養老院
* 若您的指定責任方（比如護理員）變更

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

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

請閱讀我們向您寄送的資訊，瞭解任何其他您擁有的保險承保範圍

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

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

### 第 6 節 我們為您的個人健康資訊保密

#### 第 6.1 小節 我們會確保您的健康資訊受到保護

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

如需更多資訊，瞭解我們會如何保護您的個人健康資訊，請參閱本手冊第 6 章第 1.4 小節。

### 第 7 節 其他保險與我們的計劃如何合作

#### 第 7.1 小節 您在擁有其他保險時，哪個計劃先付款？

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

這些規則適用於僱主或工會團體健康計劃承保範圍：

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

這類承保範圍通常先支付與以下各項相關的服務：

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

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

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

第 2 章

重要的電話號碼與資源

## 第 2 章 重要的電話號碼與資源

第 1 節 *[插入 2017 年計劃名稱]*合同 （如何聯絡我們，包括如何聯絡計劃的會員服務部） 18

第 2 節 聯邦醫療保險 （如何直接獲取聯邦醫療保險計劃的幫助與資訊） 22

第 3 節 州健康保險補助計劃 （針對您的醫療醫療保險問題提供免費的幫助、資訊與回答） 23

第 4 節 質量改進組織 (由聯邦醫療保險付款，以便檢查聯邦醫療護理的質量) 24

第 5 節 社會安全署 25

第 6 節 州醫療補助 （一個聯邦政府與州政府之間的合作項目，幫助收入與資源有限的人士支付醫療費用） 26

第 7 節 幫助人們支付處方藥費用的計劃之資訊 27

第 8 節 如何聯絡鐵路員工退休委員會 31

第 9 節 您是否享有僱主提供的「團體保險」或其他健康保險？ 31

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

如何聯絡我們計劃的會員服務部

若因索賠、帳單或會員卡的問題而需要獲取幫助，請致電或致函*[插入 2017 年計劃名稱]*會員服務部。我們很樂意為您提供幫助。

| 方法 | 會員服務部 — 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[插入電話號碼]*  該號碼為免費電話。*[插入服務日期與時間，包括有關其他技術的使用資訊。]*  會員服務部亦可為非英語人士提供免費的語言翻譯服務。 |
| **聽覺及語言有障 (TTY) 人士** | *[插入號碼]*  [*若計劃使用直撥 TTY 號碼，請插入：*撥打該號碼需使用特殊的電話設備，僅適用於聽覺或語言有障人士。]  該號碼 [*適用時插入：不*] 是免費電話。*[插入服務日期與時間。]* |
| **傳真** | *[可選：插入傳真號碼]* |
| **致函** | *[插入地址]*  *[****注意：****計劃可以於此處添加電子郵件地址。]* |
| **網站** | *[插入網址]* |

*[****注意****：若您的計劃對下面所列的 D 部分承保範圍決定、申訴和/或上訴使用相同的聯絡資訊，可酌情整合下面適當的小節。]*

您想請求 D 部分處方藥的承保範圍決定時，該如何聯絡我們

承保範圍決定是我們對您的福利與承保範圍或我們將為您的計劃中所含 D 部分福利承保之處方藥所付金額所做的決定。如需獲取更多資訊，瞭解如何請求 D 部分處方藥的承保範圍決定，請參閱第 7 章（*出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦*）。

若您對我們的承保範圍決定流程存有疑問，請致電聯絡我們。

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

您想針對 D 部分處方藥提起上訴時，該如何聯絡我們

上訴是一種正式的請求途徑，用來要求我們審查與更改我們做出的承保範圍決定。如需獲取更多資訊，瞭解如何針對 D 部分處方藥提起上訴，請參閱第 7 章（*出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦*）。

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

**您想針對 D 部分處方藥提起投訴時，該如何聯絡我們**

您可以對我們或我們的網絡藥房提起投訴，包括針對護理的質量提起投訴。這類投訴不涉及承保範圍或付款爭議。（若您的問題涉及計劃的承保範圍或付款事宜，您應該查閱上方有關提起上訴的小節。）如需獲取更多資訊，瞭解如何針對 D 部分處方藥提起投訴，請參閱第 7 章（*出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦*）。

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

欲要求我們支付應由我們支付的藥物費用時，向誰提出請求

確定過程包括確定應由我們支付的藥物費用的請求。如需獲取更多資訊，瞭解哪些情況下您需要要求該計劃提供償付或支付醫療服務提供者向您出具的帳單，請參閱第 5 章（*要求我們支付應由我們支付的承保藥物費用*）。

**請注意：**若您向我們提出付款請求，而我們拒絕了請求的任何部分，您可以對我們的決定提起上訴。請參閱第 7 章（出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦）,，以獲取更多資訊。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*[插入該州的 SHIP 名稱]* 是一個獨立的計劃（即不與任何保險公司或健康計劃存在關聯）。他們可以幫助您理解您的聯邦醫療保險權利，幫助您對醫療護理或治療提起投訴，幫助您解決聯邦醫療保險帳單的問題。*[插入該州的 SHIP 名稱]*顧問可以幫您理解您的聯邦醫療保險計劃選項，並且回答有關計劃轉換事宜的問題。

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

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

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

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

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

如果您對所接受的醫療服務質量要提起投訴，應聯絡 [*插入該州的 QIO 名稱*]。例如，如果給您的藥物錯了或有不良的相互作用，應聯絡 [*插入該州的 QIO 名稱*]。

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

### 第 5 節 社會安全署

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

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

若您搬家或更改郵寄地址，請您務必聯絡社會安全署，並說明詳情。

| 方法 | 社會安全署 — 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | 1-800-772-1213  該號碼為免費電話。  服務時間為週一至週五上午 7:00 至下午 7:00。  您可以使用社會安全署的自動電話服務獲取錄音資訊，供您 24 小時辦理業務。 |
| **聽覺及語言有障 (TTY) 人士** | 1-800-325-0778  撥打該號碼需使用特殊的電話設備，僅適用於聽覺或語言有障人士。  該號碼為免費電話。  服務時間為週一至週五東部時間上午 7 點至晚上 7 點。 |
| **網站** | [http://www.ssa.gov](http://www.ssa.gov/) |

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

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

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

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

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

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

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

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

### 第 7 節 幫助人們支付處方藥費用的計劃之資訊

聯邦醫療保險的「額外補助」計劃

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

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

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

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

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

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

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

聯邦醫療保險承保範圍缺口折扣計劃

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

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

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

[*若計劃提供其他缺口承保範圍，請插入：*聯邦醫療保險承保範圍缺口折扣計劃全國適用。因為*[插入 2017 年計劃名稱]*在承保範圍缺口階段提供其他缺口承保範圍，所以您的自付費用有時將會低於此處所述的費用。請轉到第 4 章第 6 節，瞭解承保範圍缺口階段的承保範圍詳細資訊。]

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

該計劃將繼續承保您的藥物，支付您的常規成本分擔金額，直至您符合重大災難承保範圍階段的資格。請轉到第 4 章第 5 節，瞭解最初承保範圍階段的承保範圍詳細資訊。]

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

**享有的州藥物補助計劃 （SPAP） 承保範圍會如何？**

*[計劃所在州若無 SPAP，請刪除本節。]*

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

**享有的艾滋病藥物補助計劃 (ADAP) 承保範圍會如何？**

**什麼是艾滋病藥物補助計劃 (ADAP)？**

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

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

如需獲取有關資格標準、承保藥物或如何參保計劃的資訊，請致電 *[插入該州的 ADAP 聯絡資訊]。*

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

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

**未享有折扣而認為自己應該享有折扣時怎麼辦？**

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

州政府藥品援助計劃

*[計劃所在州若無 SPAP，請刪除本節。]*

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

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

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

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

### 第 8 節 如何聯絡鐵路員工退休委員會

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

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

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

### 第 9 節 您是否享有僱主提供的「團體保險」或其他健康保險？

作為本計劃的一部分，若您（或配偶）的僱主或退休人員團體為您（或配偶）提供了福利，您有任何疑問都可以致電僱主/工會福利管理人員或會員服務部。您可以諮詢有關您（或配偶）的僱主福利或退休人員健康福利、保費或參保期。（會員服務部的電話號碼列印於本手冊封底。）若對本計劃的聯邦醫療保險承保範圍有任何疑問，您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227；TTY： 1-877-486-2048)。

若您還透過您（或配偶）的僱主或退休人員團體享有其他處方藥承保範圍，請聯絡**該團體的福利管理人員。**該名福利管理人員可以幫您確定您當前的處方藥承保範圍將會如何與我們的計劃合作。

第 3 章

使用計劃內的 D 部分處方藥承保範圍

## 第 3 章 使用計劃內的 D 部分處方藥承保範圍

第 1 節 簡介 35

第 1.1 小節 本章講述 D 部分藥物的承保範圍 35

第 1.2 小節 計劃 D 部分藥物承保範圍的基本規則 35

第 2 節 在網絡藥房抓藥[*適用時插入：*或透過計劃的郵購服務抓藥] 36

第 2.1 小節 使用網絡藥房使處方獲得承保 36

第 2.2 小節 查找網絡藥房 36

第 2.3 小節 使用計劃的郵購服務 37

第 2.4 小節 如何獲取長期藥物供給？ 40

第 2.5 小節 何時可以使用非計劃網絡內的藥房？ 40

第 3 節 您的藥物必須列於計劃的「藥物清單」上 41

第 3.1 小節 「藥物清單」列出了哪些 D 部分藥物可獲得承保 41

第 3.2 小節 《藥物清單》上的藥物共有 *[插入級別的數目]* 個「成本分擔級別」 42

第 3.3 小節 如何知道《藥物清單》上是否列有某種藥物？ 42

第 4 節 部分藥物的承保範圍存在限制 43

第 4.1 小節 為何部分藥物存在限制？ 43

第 4.2 小節 哪類限制？ 43

第 4.3 小節 這些限制適用於您的藥物嗎？ 44

第 5 節 藥物的承保方式不理想怎麼辦？ 44

第 5.1 小節 藥物的承保方式不理想時，您有多種解決辦法 44

第 5.2 小節 藥物未列於《藥物清單》上或藥物受到某種限制怎麼辦？ 45

第 5.3 小節 您認為藥物所屬的成本分擔級別太高怎麼辦 47

第 6 節 藥物的承保範圍出現變更怎麼辦？ 48

第 6.1 小節 《藥物清單》可能會於年度內出現變動 48

第 6.2 小節 您正在服用的藥物的承保範圍發生變更會怎樣？ 48

第 7 節 計劃*不*承保哪些類型的藥物？ 49

第 7.1 小節 我們不承保的藥物類型 49

第 8 節 抓藥時請出示劃會員卡 51

第 8.1 小節 出示會員卡 51

第 8.2 小節 沒帶會員卡怎麼辦？ 51

第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物承保範圍 51

第 9.1 小節 所住的醫院或專業護理機構處於計劃的承保範圍內會如何？ 51

第 9.2 小節 入住長期護理 (LTC) 設施會如何？ 51

第 9.3 小節 如果您在服用原有的聯邦醫療保險承保的藥物會如何？ 52

第 9.4 小節 如果您已有帶處方藥承保範圍的「差額保險」（聯邦醫療保險補充保險）保單會如何？ 52

第 9.5 小節 若您還同時享受僱主或退休人員團體計劃的藥物承保範圍會如何？ 53

第 9.6 小節 入住聯邦醫療保險認證的善終服務機構會如何? 53

第 10 節 有關藥物安全與管理用藥的計劃 54

第 10.1 小節 幫助會員安全用藥的計劃 54

第 10.2 小節 藥物治療管理 (MTM)[*若計劃擁有其他藥物治療管理計劃*，請插入「與其他」]計劃[*若適用*請插入「多個」]可以幫助會員管理自己的用藥情況 54

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

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

**您目前正在享受藥費支付幫助嗎？**

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

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 小節 本章講述 D 部分藥物的承保範圍

本章**解釋 D 部分藥物承保範圍的使用規則。**下一章將告訴您，您需為 D 部分藥物支付哪些費用（第 4 章，*您該為 D 部分處方藥支付的部分*）。

除了透過我們的計劃獲得您的 D 部分藥物承保範圍，原有的聯邦醫療保險（聯邦醫療保險 A 部分與 B 部分）還承保某些藥物：

* 聯邦醫療保險 A 部分會承保您在聯邦醫療保險承保的住院或專業護理機構期間獲得的藥物。
* 聯邦醫療保險 B 部分會為某些藥物提供福利。B 部分藥物包括診所就診期間獲得的特定化療藥物、特定注射藥物以及於透析設施處獲得的藥物。

上述兩個藥物例子由原有的聯邦醫療保險承保。（要瞭解有關這項承保範圍的更多資訊，請參見*《聯邦醫療保險與您》*手冊。）我們的計劃承保您的 D 部分處方藥物。

#### 第 1.2 小節 計劃 D 部分藥物承保範圍的基本規則

一般而言，只要您遵守了下列基本規則，計劃會為您的藥物提供承保：

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

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

#### 第 2.1 小節 使用網絡藥房使處方獲得承保

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

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

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

#### 第 2.2 小節 查找網絡藥房

您如何查找所在區域內的網絡藥房？

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

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

常用藥房退出網絡後怎麼辦？

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

您需要專業藥房怎麼辦？

有些處方藥可能需要到專業藥房才能抓到。專業藥房包括：

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

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

#### 第 2.3 小節 使用計劃的郵購服務

*[若計劃不提供郵購服務，請省略此節。]*

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

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

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

如需獲取[*適用時插入：*訂貨單與]有關郵購抓藥的資訊，*[插入說明]*。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*[如需重新抓取處方藥，請插入以下兩個選項之一。]*

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

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

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

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

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

[對於所有提供郵購服務的計劃，請插入以下句段：

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

#### 第 2.4 小節 如何獲取長期藥物供給？

*[不提供延長藥物供給的計劃：刪除第 2.4 小節。]*

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

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

#### 第 2.5 小節 何時可以使用非計劃網絡內的藥房？

特定情況下，您的處方可能會獲得承保。

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

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

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

如何要求計劃進行償付？

若您必須使用網絡外的藥房，一般而言，抓藥時您必須支付全額費用（而不是您的正常費用份額）。您可以要求我們償付應由我們支付的費用。（第 5 章第 2.1 小節將解釋如何要求計劃還款。）

### 第 3 節 您的藥物必須列於計劃的「藥物清單」上

#### 第 3.1 小節 「藥物清單」列出了哪些 D 部分藥物可獲得承保

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

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

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

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

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

《藥物清單》中含品牌藥與非品牌藥

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

[*適用時插入：*

**非處方藥**

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

哪些*未*列於《藥物清單》上？

計劃並非承保所有的處方藥。

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

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

*[不使用藥物級別的計劃應省略本小節。]*

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

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

請查閱計劃的《藥物清單》，瞭解藥物的成本分擔級別。

每個成本分擔級別中您需支付的金額已列於第 4 章（*您該為 D 部分處方藥支付的部分*）。

#### 第 3.3 小節 如何知道《藥物清單》上是否列有某種藥物？

您有 *[插入數目]* 種查找方法：

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

### 第 4 節 部分藥物的承保範圍存在限制

#### 第 4.1 小節 為何部分藥物存在限制？

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

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

**若您的藥物存在限制，通常意味著您或您的醫療服務提供者必須採取額外的措施我們才會對藥物進行承保。**若您希望我們撤銷對您的限制，您需要使用承保範圍決定流程，要求我們為您破例。我們可以同意也可以不同意撤銷對您的限制。（參見第 7 章第 5.2 小節，瞭解有關要求破例的資訊。）

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

#### 第 4.2 小節 哪類限制？

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

*[計劃應僅涵蓋計劃所使用的醫療服務使用管理形式。]*

可以使用非品牌藥時，限制品牌藥

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

事先徵得計劃的批准

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

先嘗試不同的藥物

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

藥量限制

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

#### 第 4.3 小節 這些限制適用於您的藥物嗎？

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

**若您的藥物存在限制，通常意味著您或您的醫療服務提供者必須採取額外的措施我們才會對藥物進行承保。**若您希望服用的藥物存在限制，您應聯絡會員服務部，瞭解您或您的醫療服務提供者需要採取哪些措施才能使該藥獲得承保。若您希望我們撤銷對您的限制，您需要使用承保範圍決定流程，要求我們為您破例。我們可以同意也可以不同意撤銷對您的限制。（參見第 7 章第 5.2 小節，瞭解有關要求破例的資訊。）

### 第 5 節 藥物的承保方式不理想怎麼辦？

#### 第 5.1 小節 藥物的承保方式不理想時，您有多種解決辦法

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

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

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

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

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

若您的藥物未列於《藥物清單》上或者受到限制，解決辦法是：

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

您或許能夠獲取臨時供給

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

您必須達到下列兩項要求之一才符合獲得臨時供給的資格：

**1.藥物承保範圍的變更必須為以下類型的變更之一：**

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

**2.您必須符合下述情況之一：**

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

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

* **對於去年加入了計劃且入住長期護理 (LTC) 設施的會員：**

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

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

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

* *[若適用：計劃必須插入過渡政策，方便會員變更護理級別。]*

如需請求臨時供給，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

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

您可以換成其他藥物

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

您可以要求破例

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

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

若您與您的醫療服務提供者希望申請破例，請參見第 7 章第 5.4 小節的處理步驟。該部分將解釋聯邦醫療保險設定的各個程序與截止期限，可確保您的請求得到及時公正地處理。

#### 第 5.3 小節 您認為藥物所屬的成本分擔級別太高怎麼辦

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

您可以換成其他藥物

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

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

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

若您與您的醫療服務提供者希望申請破例，請參見第 7 章第 5.4 小節的處理步驟。該部分將解釋聯邦醫療保險設定的各個程序與截止期限，可確保您的請求得到及時公正地處理。

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

### 第 6 節 藥物的承保範圍出現變更怎麼辦？

#### 第 6.1 小節 《藥物清單》可能會於年度內出現變動

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

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

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

#### 第 6.2 小節 您正在服用的藥物的承保範圍發生變更會怎樣？

您如何知道藥物的承保範圍已經變更？

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

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

藥物承保範圍的變動會立即對您構成影響嗎？

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

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

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

在某些情況下，承保範圍變更會於 1 月 1 日之前對您構成影響：

* 若**您正在服用的品牌藥被新的非品牌藥替代，**則計劃必須至少提前 60 天通知您，或者為您提供為期 60 天的網絡藥房品牌藥重新抓藥服務。
  + 在這 60 天內，您應該與您的醫療服務提供者商討，以便改換為非品牌藥，或者改換為我們承保的其他藥物。
  + 您與您的醫療服務提供者也可以要求計劃破例，繼續為您承保該品牌藥。如需瞭解如何請求破例，請參見第 7 章*（出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦））。*
* 再次強調，若藥物因被證實不安全或其他原因**突然被召回，**計劃會立即將該藥從《藥物清單》中刪除。我們會立即將該變動告知您。
  + 您的醫療服務提供者也會知道該變動，且會與您一起尋找適合您病情的其他藥物。

### 第 7 節 計劃*不*承保哪些類型的藥物？

#### 第 7.1 小節 我們不承保的藥物類型

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

若您獲得的藥物被排除在外，您必須自行為其付款。我們不會為列於本小節的藥物付款[*適用時插入：*（被排除在外的特定藥物根據增強藥物承保範圍享受承保的情形除外）]。唯一的例外情況：因您的情況特殊，若所請求的藥物經上訴證實未被 D 部排除在外，且我們本應為其付款或承保。（關於如何對我們不承保藥物的決定提起上訴，請轉到本手冊第 7 章第 5.5 小節。）

此處為聯邦醫療保險藥物計劃 D 部分不承保的藥物之三大一般規則：

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

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

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

[*適用時插入：*我們為聯邦醫療保險處方藥計劃通常不承保的部分處方藥提供額外的承保範圍（增強藥物承保範圍）。*[插入有關計劃承保的排外藥物詳情，包括您是否對該承保範圍設定了任何限制。]*對於這些藥物，您抓藥時支付的費用不計入重大災難承保範圍階段的資格衡量。（重大災難承保範圍階段的內容請參見本手冊第 4 章第 7 節。）]

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

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

### 第 8 節 抓藥時請出示劃會員卡

#### 第 8.1 小節 出示會員卡

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

#### 第 8.2 小節 沒帶會員卡怎麼辦？

抓藥時若沒帶計劃會員卡，請要求藥房致電計劃以獲取必要資訊。

若藥房無法獲取必要資訊，**獲取藥物時您可能需要支付處方藥的全額費用**。（然後您可以**要求我們償付**應由我們支付的費用。請參見第 5 章第 2.1 小節，瞭解如何要求計劃進行償付。）

### 第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物承保範圍

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

若您原有的聯邦醫療保險承保您**入住的醫院**，聯邦醫療保險 A 部分一般會承保您入住期間的處方藥費用。您離開醫院之後，只要您的藥物滿足所有的承保範圍規則，我們的計劃將承保您的藥物。請參見本章的前文部分，瞭解獲取藥物承保範圍的規則。

若您原有的聯邦醫療保險承保您**入住的專業護理機構**，聯邦醫療保險 A 部分一般會承保您入住期間的處方藥費用。您離開專業護理機構之後，而且 A 部分不再承保您的藥物，只要您的藥物滿足所有的承保範圍規則，我們的計劃將承保您的藥物。請參見本章的前文部分，瞭解獲取藥物承保範圍的規則。

**請注意：**進入、入住或離開專業護理機構時，您有權享有「特別參保期」。在此期間，您可以轉換計劃或更改承保範圍。（第 8 章，*終止您的計劃會員身份*，講解您何時可以退出計劃並加入不同的聯邦醫療保險計劃。）

#### 第 9.2 小節 入住長期護理 (LTC) 設施會如何？

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

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

入住長期護理施 (LTC) 設施並成為計劃的新會員後會如何？

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

領取臨時藥物供給期間，您應該諮詢您的醫療服務提供者，以瞭解臨時供給的藥物用完之後的解決辦法。因為計劃可能會承保適用於您的其他藥物。您與您的醫療服務提供者還可以要求計劃為您破例，以您希望的承保方式為藥物承保。若您與您的醫療服務提供者希望申請破例，請參見第 7 章第 5.4 小節的處理步驟。

#### 第 9.3 小節 如果您在服用原有的聯邦醫療保險承保的藥物會如何？

您參保 *[插入 2017 年計劃名稱]* 不會影響聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分承保藥物的承保範圍。如果您符合聯邦醫療保險承保範圍的要求，即使您參保了本計劃，聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分仍将承保您的藥物。此外，如果聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分應承保您的藥物，即使您不選擇參保 A 部分或 B 部分，我們的計劃也不能承保。

在某些情況下，聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分可能承保某些藥物，而在其他情況下則透過 *[插入 2017 年計劃名稱]*。但是 B 部分及我們的計劃絕不會同時承保藥物。一般情況下，您的藥劑師或醫療服務提供者將決定該藥物應當向聯邦醫療保險 B 部分出具帳單還是 *[插入 2017 年計劃名稱]*。

#### 第 9.4 小節 如果您已有帶處方藥承保範圍的「差額保險」（聯邦醫療保險補充保險）保單會如何？

如果您目前有為處方藥承保的「差額保險」保單，您必須聯絡「差額保險」保險公司並告訴他們，您已經參保了我們的計劃。如果您決定保留您現有的「差額保險」保單，您的「差額保險」保險公司將去除您的「差額保險」保單中的處方藥承保範圍部分並降低您的保費。

您的「差額保險」保險公司應每年向您寄送通知，告知您的處方藥承保範圍是否「抵免」以及您的藥物承保範圍選項。（若「差額保險」保單的承保範圍為「**抵免**」，則意味著通常應該支付至少與聯邦醫療保險標準處方藥承保範圍同樣多的費用。）該通知還會解釋，如果您去除您「差額保險」保單中的處方藥承保範圍部分，您的保費會降低多少。如果您沒有收到這份通知，或者如果您找不到，請聯絡您的「差額保險」保險公司，再索要一份。

#### 第 9.5 小節 若您還同時享受僱主或退休人員團體計劃的藥物承保範圍會如何？

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

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

「抵免保險」的特別注意事項：

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

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

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

#### 第 9.6 小節 入住聯邦醫療保險認證的善終服務機構會如何?

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

如果您撤銷自己的善終服務選擇，或是從善終服務機構出院，我們的計劃應該為您的所有藥物提供承保。當您的聯邦醫療保險善終服務福利結束時，為了防止藥房出現任何延遲，您應攜帶文件資料前往藥房，核實您的撤銷或出院事宜。請參見本小節內容的前述部分，瞭解獲取 D 部分藥物承保的規則。第 4 章（*您該為 D 部分處方藥支付的部分*）提供有關藥物承保範圍以及您應支付費用的更多詳細資訊。

### 第 10 節 有關藥物安全與管理用藥的計劃

#### 第 10.1 小節 幫助會員安全用藥的計劃

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

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

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

若我們認為您的用藥可能出現了問題，我們將與您的醫療服務提供者協商糾正問題。

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

*[僅適用時，計劃應涵蓋本小節。]*

我們設有可以幫助會員解決複雜醫療保健需求的[*若計劃擁有其他藥物治療管理計劃，請刪除*「一個」*並插入*「多個」]計劃。例如，部分會員患有一些複雜的疾病，或者需要同時服用多種藥物，又或者需負擔高額的藥費。

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

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

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

第 4 章

您該為 D 部分處方藥支付的部分

## 第 4 章 您該為 D 部分處方藥支付的部分

第 1 節 簡介 59

第 1.1 小節 本章應與其他藥物承保範圍資料一同使用 59

第 1.2 小節 您需為承保藥物付款的自付費用類型 60

第 2 節 支付多少藥費取決於您獲得藥物時所處的「藥物支付階段」 60

第 2.1 小節 *[插入 2017 年計劃名稱]*會員享有哪些藥物支付階段？ 60

第 3 節 我們會向您寄送報告，解釋藥物的藥費支付情況以及您所處的支付階段 61

第 3.1 小節 我們會向您寄送名為《D 部分處方藥福利解釋》（簡稱《D 部分 EOB》）的每月報告。 62

第 3.2 小節 幫助我們持續更新您的藥費支付情況 62

第 4 節 在自付額階段，您需支付*[適用時插入藥物級別]*全額藥費。 63

第 4.1 小節 *[適用時插入藥物級別]*的藥費支付額達到 *[插入自付額金額]* 美元後，即可進入自付額階段的下一個階段 63

第 5 節 最初承保範圍階段期間，計劃支付由其承擔的藥費，您則支付由您承擔的部分 64

第 5.1 小節 支付多少藥費取決於藥物的種類與抓藥的地點 64

第 5.2 小節 *為期一月*的藥物供給費用表 65

第 5.3 小節 若您的醫生開出的處方的供給時間不足一個月，您可能無需支付整月供給的費用 66

第 5.4 小節 *長期*（[*適用時插入：*最多] *[插入天數]* 天的）藥物供給費用表 67

第 5.5 小節 您將呆在最初承保範圍階段內，直到您的 [*適用時插入：*年度總藥費達到 *[插入最初承保範圍限制] 美元或*年度自付費用達到 *[插入 2017 年自付額閾值]* 美元] 68

第 5.6 小節 聯邦醫療保險如何計算您的處方藥自付費用 69

第 6 節 承保範圍缺口階段，[*酌情插入：*您可享受品牌藥折扣且最多支付 51% 的非品牌藥費用*或*計劃提供部分藥物承保範圍] 71

第 6.1 小節 自付費用達到 *[插入 2017 年自付額閾值]* 美元時，即可進入承保範圍缺口階段的下一個階段 71

第 6.2 小節 聯邦醫療保險如何計算您的處方藥自付費用 71

第 7 節 重大災難承保範圍階段，計劃為您支付大部分的藥費 74

第 7.1 小節 一旦您進入重大災難承保範圍階段，該度年剩餘時間內您將維持在該階段 74

第 8 節 其他福利資訊 74

第 8.1 小節 我們的計劃提供其他福利 74

第 9 節 為 D 部分承保的疫苗支付多少費用取決於您獲取疫苗的方式與地點 75

第 9.1 小節 我們的計劃可能為 D 部分疫苗藥物以及疫苗的注射費用設定了獨立的承保範圍 75

第 9.2 小節 獲取疫苗前，建議您致電會員服務部 76

第 10 節 您必須支付 D 部分「延期參保罰款」嗎？ 76

第 10.1 小節 什麼是 D 部分「延期參保罰款」？ 76

第 10.2 小節 D 部分延期參保罰款的金額是多少？ 77

第 10.3 小節 某些情況下，您延期參保可能無需支付罰款 78

第 10.4 小節 對延期參保罰款有異議怎麼辦？ 78

第 11 節 您必須因自己的收入而支付額外的 D 部分費用嗎？ 78

第 11.1 小節 哪些人會因收入而需支付額外的 D 部分費用？ 78

第 11.2 小節 額外的 D 費用是多少？ 79

第 11.3 小節 若您對支付額外的 D 部分費用有異議怎麼辦？ 79

第 11.4 小節 不支付額外的 D 部分費用會怎樣？ 80

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

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

**您目前正在享受藥費支付幫助嗎？**

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

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 小節 本章應與其他藥物承保範圍資料一同使用

本章關注您該為 D 部分處方藥支付的部分。為了簡單起見，本章中我們使用「藥物」來表示 D 部分處方藥。如第 3 章所述，並非所有藥物都是 D 部分藥物 — 有些藥物受到聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分承保，而有些藥物則被法律排除在聯邦醫療保險承保範圍之外。[*提供補充承保範圍的計劃可以選擇：*若您購買了補充藥物承保範圍，部分排外藥物可能會由我們的計劃承保。]

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

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

#### 第 1.2 小節 您需為承保藥物付款的自付費用類型

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

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

### 第 2 節 支付多少藥費取決於您獲得藥物時所處的「藥物支付階段」

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

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

*[計劃：請確保整個表格顯示於同一頁面。]*

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

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

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

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

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

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

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

#### 第 3.2 小節 幫助我們持續更新您的藥費支付情況

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

* **抓藥時出示會員卡。**為了確保我們知道您所抓的藥物以及您支付的款項，每次抓藥時請出示計劃會員卡。
* **確保我們擁有我們需要的資訊。**有時您可能需要為處方藥付費，因為我們可能無法自動獲取記錄自付費用所需的資訊。為了幫助我們記錄您的自付費用，您可以向我們給出所購藥物的收據副本。（若您收到了承保藥物的帳單，您可以要求我們的計劃支付應由我們承擔的費用。如需瞭解操作步驟，請轉到本手冊第 5 章第 2 節。）某些情況下，您可能需要向我們給出所購藥物的收據，以便我們完整地記錄您為藥物支付的費用：
  + 在網絡藥房購買特價承保藥物或使用非計劃福利折扣卡。
  + 為藥物製造商患者援助計劃提供的藥物支付共付額。
  + 在網絡外藥房購買的承保藥物，或者特殊情況下全價購買的承保藥物。
* **向我們發送資訊，告知其他人代您支付的款項。**特定其他個人與組織支付的款項也會計入您的自付費用，有助於您的重大災難承保範圍資格衡量。例如，由*[州內無 SPAP 的計劃請刪除下一項：]*州政府藥品援助計劃、艾滋病藥物補助計劃 (ADAP)、印第安人健康服務與大多數慈善機構支付的費用將計入您的自付費用。您應記錄這些付款情況並寄送給我們，以便我們記錄您的費用。
* **檢查我們寄送的書面報告。**郵件中收到*《D 部分處方藥福利解釋》*（簡稱《EOB》）時，請仔細檢查，確保資訊完整無誤。若您認為報告內容有所遺漏，或者存有疑問，請致電會員服務部聯絡我們（電話號碼列印於本手冊封底）。*[允許會員線上管理該資訊的計劃可於此處進行說明。]*請妥善保管這些報告。因為這是非常重要的藥費開支記錄。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 第 5.1 小節 支付多少藥費取決於藥物的種類與抓藥的地點

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

計劃共有 *[插入級別的數目]* 個成本分擔級別

*[不使用藥物級別的計劃應省略本小節。]*

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

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

請查閱計劃的*《藥物清單》*，瞭解藥物的成本分擔級別。

您的藥房選擇

您需支付多少藥費取決於您是否從以下地點獲取藥物：

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

如需有關這些藥房選擇與抓藥的資訊，請參見本手冊第 3 章與計劃的*《藥房名錄》*。

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

#### 第 5.2 小節 *為期一月*的藥物供給費用表

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

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

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

* *[不含共付額的計劃請省略]*若承保藥物的價格低於表中所列的共付額，則您為該藥支付的費用以其中較低的價格為準。您需支付藥物的全價*或者*共付額，*以較低者為準*。
* 僅在有限的情況下我們才會承保您在網絡外藥房抓取的處方藥。請參見第 3 章第 2.5 小節，瞭解我們何時會承保您在網絡外藥房抓取的處方藥。

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

獲得為期一月的 D 部分承保處方藥時應由您承擔的費用

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

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

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

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

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

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

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

*[不提供延長藥物供給的計劃請刪除第 5.4 小節。]*

對於部分藥物，抓藥時您可以獲得長期供給（也稱為「延期供給」）。長期供給是指[*適用時插入︰*最多] *[插入天數]* 天的供給。（請參見第 3 章第 2.4 小節，詳細瞭解獲取長期藥物供給的地點與方式。）

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

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

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

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

獲得 D 部分承保處方藥*長期*供給時應由您承擔的費用：

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

#### 第 5.5 小節 您將呆在最初承保範圍階段內，直到您的 [*適用時插入：*年度總藥費達到 *[插入最初承保範圍限制] 美元或*年度自付費用達到 *[插入 2017 年自付額閾值]* 美元]

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

您已支付的費用加上 D 部分計劃已支付的費用構成您的總藥費：

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

[*無其他承保範圍缺口的計劃請將上文替換為：*自付總費用達到 *[插入 2017 年自付額閾值]* 美元時，即可進入最初承保範圍階段的下一個階段。聯邦醫療保險規定了哪些費用計入您的自付費用哪些*不*計入。（請參見第 5.5 小節，瞭解聯邦醫療保險如何計算您的自付費用。）達到 *[插入 2017 年自付額閾值]* 美元的自付限額後，您即離開最初承保範圍缺口並進入重大災難承保範圍階段。]

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

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

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

#### 第 5.6 小節 聯邦醫療保險如何計算您的處方藥自付費用

*[無承保範圍缺口的計劃：插入第 5.6 小節。]*

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

記錄藥費的自付費用時，我們必須遵守的聯邦醫療保險規則如下：

**這些付款計入您的自付費用**

累加自付費用時，您**可以計入**下列付款（屬於 D 部分承保藥物且您遵守本手冊第 3 章所述的藥物承保範圍規則即可）：

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

誰付款很重要：

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

進入重大災難承保範圍階段：

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

**這些付款不計入您的自付費用**

累加自付費用時，您**不得**計入這些類型的處方藥付款：

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

[*若計劃為排外藥物提供承保範圍，即提供該項補充福利，請插入以下兩項：*

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

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

*您該如何記錄自己的自付額總費用？*

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

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

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

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

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

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

*[缺口中含部分承保範圍的計劃請酌情修改下文，以便描述計劃的承保範圍。]*

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

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

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

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

#### 第 6.2 小節 聯邦醫療保險如何計算您的處方藥自付費用

*[無承保範圍缺口的計劃：插入第 6.2 小節。]*

記錄藥費的自付費用時，我們必須遵守的聯邦醫療保險規則如下：

**這些付款計入您的自付費用**

累加自付費用時，**您可以計入**下列付款（屬於 D 部分承保藥物且您遵守本手冊第 3 章所述的藥物承保範圍規則即可）：

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

**誰付款很重要：**

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

**進入重大災難承保範圍階段：**

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

這些付款不計入您的自付費用

累加自付費用時，您**不得計入**這些類型的處方藥付款：

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

[*若計劃為排外藥物提供承保範圍，即提供該項補充福利，請插入以下兩項：*

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

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

*您該如何記錄自己的自付額總費用？*

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

### 第 7 節 重大災難承保範圍階段，計劃為您支付大部分的藥費

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

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

重大災難承保範圍階段，計劃為您支付大部分的藥費。

[*計劃插入重大災難成本分擔的適當選項：*

*選項 1：*

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

*選項 2：*

*[插入相應級別的成本分擔金額]*。我們將支付其餘部分。

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

### 第 8 節 其他福利資訊

#### 第 8.1 小節 我們的計劃提供其他福利

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

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

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

我們的計劃提供一些 D 部分疫苗承保範圍。疫苗的承保範圍分為兩部分：

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

您該為 D 部分疫苗支付哪些費用？

您該為 D 部分疫苗支付的費用取決於三個因素：

**1.** **疫苗的類型**（注射疫苗的目的）。

* + 部分疫苗被視為 D 部分藥物。計劃的*《承保藥物清單》（處方藥物表）*列出了這些疫苗。
  + 其他疫苗被視為醫療福利，由原有的聯邦醫療保險承保。

**2.** **獲得疫苗藥物的地點**

**3.** **疫苗的注射方**

獲取 D 部分疫苗時支付多少費用取決於具體情況。例如：

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

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

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

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

*第二種情況：* 您在醫生的診所獲取 D 部分疫苗。

* 獲取疫苗之時，您需要支付全部的疫苗費及注射費。
* 您可以按照本手冊第 5 章所述的程序要求我們的計劃支付應由我們承擔的部分（*要求我們支付應由我們支付的承保藥物費用*）。
* 向您償付的金額為，您已為疫苗（包括施打）支付的金額減去正常的[*酌情插入：*共同保險*或*共付額][*若收取網絡外差額，請插入以下內容：*減去任何醫生收費與我們正常的支付金額之間的差額。（若您獲得「額外補助」，我們將償付該差額。）]

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

* 您必須向藥房支付疫苗本身的[*酌情插入：*共同保險*或*共付額]。
* 若您的醫生為您注射疫苗，則您需支付該服務的全部費用。然後您可以按照本手冊第 5 章所述的程序要求我們的計劃支付應由我們承擔的部分。
* 向您償付的金額為醫生收取的疫苗施打費[*若收取網絡外差額，請插入：*減去醫生收取的費用與我們正常的支付金額之間的任何差額。（若您獲得「額外補助」，我們將償付該差額。）]

*[插入任何其他有關疫苗與疫苗注射承保範圍的資訊。]*

#### 第 9.2 小節 獲取疫苗前，建議您致電會員服務部

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

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

### 第 10 節 您必須支付 D 部分「延期參保罰款」嗎？

#### 第 10.1 小節 什麼是 D 部分「延期參保罰款」？

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

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

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

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

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

#### 第 10.2 小節 D 部分延期參保罰款的金額是多少？

聯邦醫療保險決定罰款的金額。計算方式如下：

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

該每月延期參保罰款共有三大重要注意事項：

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

#### 第 10.3 小節 某些情況下，您延期參保可能無需支付罰款

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

**遇到以下情況時，您延期參保無需支付罰款：**

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

#### 第 10.4 小節 對延期參保罰款有異議怎麼辦？

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

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

### 第 11 節 您必須因自己的收入而支付額外的 D 部分費用嗎？

#### 第 11.1 小節 哪些人會因收入而需支付額外的 D 部分費用？

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

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

#### 第 11.2 小節 額外的 D 費用是多少？

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

下表顯示了根據收入計算所得的額外費用。

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

#### 第 11.3 小節 若您對支付額外的 D 部分費用有異議怎麼辦？

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

#### 第 11.4 小節 不支付額外的 D 部分費用會怎樣？

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

第 5 章

要求我們支付應由  
我們支付的承保藥物費用

## 第 5 章 要求我們支付應由我們支付的承保藥物費用

第 1 節 哪些情況下您應該要求我們支付應由我們支付的承保或藥物費用 84

第 1.1 小節 若您支付了應由我們的計劃支付的承保藥物之費用，您可以要求我們付款 84

第 2 小節 如何要求我們退款 85

第 2.1 小節 向我們寄送付款請求的方式與地點 85

第 3 節 我們會考慮您的付款請求並決定接受或拒絕 86

第 3.1 小節 我們會檢查是否應該承保該藥物以及我們應付多少費用 86

第 3.2 小節 若我們告知您我們不會支付藥物的全部或部分費用，您可以提起上訴 86

第 4 節 還有哪些情況下您應保存好收據並向我們寄送副本 86

第 4.1 小節 在某些情況下，您應向我們寄送收據副本，幫助我們記錄您的自付額藥費 86

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

#### 第 1.1 小節 若您支付了應由我們的計劃支付的承保藥物之費用，您可以要求我們付款

有時，當您獲得處方藥時，您可能需要立即支付全額費用。而有些時候您可能會發現，您支付的費用超過了您根據計劃的承保範圍規則應該支付的金額。以上任意一種情況下，您都可以要求我們的計劃向您還款（向您還款也常被稱為對您「償付」）。

以下所舉出的情況中，您可能需要要求我們的計劃向您還款。所有這些例子都屬於承保範圍決定（有關承保範圍決定的更多資訊，請參見本手冊第 7 章）。

**1.** **在網絡外藥房抓藥**

若您在網絡外藥房使用會員卡抓藥，該藥房可能無法直接向我們提交付款要求。在這種情況下，您必須全額支付處方藥費。（我們僅在有限的特殊情況下才承保在網絡外藥房所抓的處方藥。詳情請轉到第 3 章第 2.5 小節。）

請保存好收據，要求我們退還應由我們承擔的費用時，請向我們寄送收據的副本。

**2.** **因未攜帶計劃會員卡而需全額支付處方藥費時**

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

請保存好收據，要求我們退還應由我們承擔的費用時，請向我們寄送收據的副本。

**3.** **在其他情況下全額支付處方藥費時**

發現藥物因故未能承保時，您可能需全額支付處方藥費。

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

**4.** **若您追溯性地參保我們的計劃。**

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

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

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

*[計劃應插入接受參保人紙質付款請求的其他情況。]*

上方所有範例均為承保範圍決定的類型。這意味著，若我們拒絕您的付款請求，您可以針對我們的決定提起上訴。本手冊第 7 章（*出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦*）將講解如何提起上訴。

### 第 2 小節 如何要求我們退款

#### 第 2.1 小節 向我們寄送付款請求的方式與地點

請將您的付款請求連同證明付款的收據寄送給我們。建議您備份收據，以作記錄之用。

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

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

請將您的付款請求與任何收據寄送到以下地址：

*[插入地址]*

[*若計劃允許參保人提交口頭付款請求，請插入以下文字：*

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

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

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

### 第 3 節 我們會考慮您的付款請求並決定接受或拒絕

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

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

* 若我們決定該藥物在承保範圍內，且您遵守了獲取該藥物的所有規則，那麼我們會支付應由我們承擔的部分。我們會將應由我們承擔的償付款項寄給您。（第 3 章解釋了您需遵守的 D 部分處方藥承保規則。）我們會在收到您的請求後 30 天內將償付款項寄給您。
* 若我們決定該藥物*不*在承保範圍內，或者您*未*遵守所有的規則，我們將不會支付應由我們承擔的部分。相反，我們會向您寄送一封信函，解釋為何拒絕您的付款請求，並且解釋您針對該項決定的上訴權利。

#### 第 3.2 小節 若我們告知您我們不會支付藥物的全部或部分費用，您可以提起上訴

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

如需詳細瞭解如何上訴，請轉到本手冊第 9 章（*出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦*）。上訴流程是一種含複雜程序與重要截止日期的正式流程。若您不熟悉上訴，您可以閱讀第 7 章第 4 節進行深入瞭解。第 4 節是一個介紹性的小節，將解釋承保範圍決定以及上訴的流程，並給出了「上訴」等術語的定義。然後，在您閱讀第 4 節之後，可以轉到第 7 章的第 5.5 小節，該小節逐步解釋了如何提起上訴。

### 第 4 節 還有哪些情況下您應保存好收據並向我們寄送副本

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

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

在兩種情況下您應向我們寄送收據副本，將您已付的藥費告知我們。

**1.** **購藥價格低於我們的價格**

*[既無承保範圍缺口也無自付額的計劃應刪除本小節。]*

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

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

**2.** **透過藥物製造商提供的患者援助計劃獲取藥物**

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

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

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

第 6 章

您的權利與義務

## 第 6 章 您的權利與義務

第 1 節 我們的計劃必須尊重您作為計劃會員的權利 90

第 1.1 小節 *[計劃可以編輯本小節的標題與內容，以體現計劃會員可用的其他格式的資料類型。除下方備註之外，計劃不得編輯引用文字。]*我們必須以滿足您需求的方式向您提供資訊（除英文之外的其他語言、盲文、大字體或其他替代格式等。） 90

第 1.2 小節 我們必須始終公平地對待您並且尊重您 90

第 1.3 小節 我們必須確保您能及時獲得您的承保藥物 90

第 1.4 小節 我們必須為您的個人健康資訊保密 91

第 1.5 小節 我們必須向您提供有關計劃、網絡藥房與承保藥物的資訊 92

第 1.6 小節 您有權決定自己的護理，我們必須支持您的權利 93

第 1.7 小節 您有權提起投訴並要求我們重新考慮我們所做的決定 94

第 1.8 小節 若您認為自己受到了不公平地對待或您的權利沒有得到尊重  
怎麼辦？ 94

第 1.9 小節 如何獲得更多有關您的權利之資訊 94

第 2 節 您作為計劃會員需承擔部分義務 95

第 2.1 小節 您有哪些義務？ 95

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

### 第 1 節 我們的計劃必須尊重您作為計劃會員的權利

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

*[計劃必須插入第 1.1 小節中滿足語言閾值的文字的所有翻譯版本。]*

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

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

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

#### 第 1.2 小節 我們必須始終公平地對待您並且尊重您

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

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

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

#### 第 1.3 小節 我們必須確保您能及時獲得您的承保藥物

作為我們計劃的會員，您有權在我們的任何網絡藥房抓藥或再抓藥，且不出現長時間的延誤。若您認為自己未於合理時限內獲得 D 部分藥物，本手冊第 7 章第 7 節將告訴您該如何處理（若我們拒絕為您的藥物提供承保範圍，但您對我們的決定存有異議，第 7 章第 4 節將告訴您該如何處理）。

#### 第 1.4 小節 我們必須為您的個人健康資訊保密

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

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

**我們會如何為您的健康資訊保密？**

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

您可以在記錄上看到該資訊，從而知道該資訊與其他人共享的情況。

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

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

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

*[****注意：****計劃可以插入隱私實踐慣例。]*

#### 第 1.5 小節 我們必須向您提供有關計劃、網絡藥房與承保藥物的資訊

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

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

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

* **我們的計劃之資訊**。例如，包括計劃的資金狀況。還包括會員提起的上訴次數以及計劃的績效評分，包括計劃會員的評分方式以及與其他聯邦醫療保險處方藥計劃的對比情況。
* **關於我們網絡藥物的資訊** 
  + 例如，您有權從我們這裡獲取有關我們網絡藥房的資訊。
  + 如需查看計劃網絡內的藥房清單，請參閱*[插入藥房名錄的名稱]。*
  + 如需獲取有關我們藥房的詳細資訊，您可以致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底），也可造訪我們的網站 *[插入網址]*。
* **有關您的承保範圍及使用承保範圍時必須遵守的規則之資訊。** 
  + 如需詳細瞭解 D 部分處方藥承保範圍，請參見本手冊第 3 章與第 4 章加上計劃的*《承保藥物清單》（處方藥物表）*。這些章節與*《承保藥物清單》（處方藥物表）*將告訴您哪些藥物承保，並解釋您必須遵守的規則以及特定藥物的承保範圍限制。
  + 若您對規則或限制存有疑問，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。
* **解釋不承保的理由以及解決辦法之資訊。**
  + 若我們不為您承保 D 部分藥物，或您的承保範圍存在某種限制，您可以要求我們提供書面解釋。即使您從網絡外藥房獲得藥物，您也有權獲得該解釋。
  + 我們會對承保哪些 D 部分藥物做出決定，若您對我們的決定不滿或存有異議，您有權要求我們更改決定。您可以透過上訴途徑要求我們更改決定。若實際的承保方式與您認為應當呈現的承保方式有出入，詳細解決辦法請參見本手冊第 7 章。該章將詳細講解想要我們更改決定時如何提起上訴。（第 7 章還將告訴您如何針對護理質量、等候時間及其他問題提起投訴。）
  + 若您希望我們的計劃支付應由我們承擔的 D 部分處方藥部分，請參見本手冊第 5 章。

#### 第 1.6 小節 您有權決定自己的護理，我們必須支持您的權利

您有權做出指示，指明自己無法自行做出醫療決定時該如何處理

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

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

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

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

若您希望使用「預先指令」來做出指示，做法如下：

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

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

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

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

指示未得到遵守怎麼辦？

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

#### 第 1.7 小節 您有權提起投訴並要求我們重新考慮我們所做的決定

若您對承保服務或護理存有任何疑問或擔憂，本手冊第 7 章將告訴您如何解決。該章將詳細講解如何處理所有類型的問題與投訴。遇到問題或困擾之後，具體的解決辦法需視情況而定。您可能需要要求我們的計劃為您做出承保範圍決定、提起上訴要求我們更改承保範圍決定或者提起投訴。不論您採取何種行動 — 請求做出承保範圍決定、提起上訴、提起投訴 — **我們必須公平地對待您。**

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

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

若涉及歧視，請致電民權辦公室

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

涉及其他方面？

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

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

#### 第 1.9 小節 如何獲得更多有關您的權利之資訊

您有多種方式詳細瞭解您的權利：

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

### 第 2 節 您作為計劃會員需承擔部分義務

#### 第 2.1 小節 您有哪些義務？

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

* **熟悉承保藥物與您獲取承保藥物時必須遵守的規則。**使用本《承保範圍證明》手冊瞭解哪些服務承保以及獲得承保藥物時您需遵守的規則。
  + 第 3 章與第 4 章詳細講解您的 D 部分處方藥承保範圍。
* **除了我們的計劃之外，若您還有任何其他處方藥保險，您必須告知我們。**請致電會員服務部告知我們（電話號碼列印於本手冊封底）。
  + 我們必須遵守聯邦醫療保險設定的規則，以確保您獲得我們的計劃提供的承保藥物時合併使用您所擁有的全部承保範圍。這稱為**「福利協調」**，因為涉及到協調您透過我們的計劃獲取的藥物福利以及任何其他您可用的藥物福利。我們會幫助您協調您的福利。（如需更多有關福利協議的資訊，請轉到第 1 章第 7 節。）
* **告知醫生與藥劑師您參保了我們的計劃。**獲取 D 部分處方藥時出示您的計劃會員卡。
* **向醫生或其他醫療服務提供者提供資訊、諮詢問題以及完成自己的護理，以助其開展護理工作。** 
  + 為幫助您的醫生或其他醫療服務提供者為您提供最佳護理，請儘量多地瞭解自己的健康問題，並為其提供所需的健康資訊。遵守您與醫生協商一致的治療計劃與指示。
  + 確保醫生知道您正在服用的所有藥物，包括非處方藥、維他命以及保健品。
  + 若您有疑問，請一定要提問。您的醫生與其他醫療服務提供者應該以您能夠理解的方式為您解釋。若您提出了問題，但沒明白給出的答覆，請再次提問。
* **按時付款。**作為計劃會員，您有責任支付以下款項：
  + [*適用時插入：*您必須支付計劃保費才能保持計劃會員的身份。]
  + 對於我們計劃承保的您的大部分藥物，獲取該藥物時，您必須支付應由您承擔的部分。該部分為 [*酌情插入：*共付額（固定金額）*或*共同保險（總費用的百分比）] 第 4 章講解您必須為哪些 D 部分處方藥付款。
  + 若您獲取的任何藥物不由我們的計劃或您可能擁有的其他保險承保，您必須全額支付費用。
    - 若您對我們拒絕承保藥物的決定有異議，您可以提起上訴。請參閱本手冊第 7 章，瞭解如何提起上訴。

*[會員未付款時不會將會員退保的計劃可以酌情修改本節。]*

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

第 7 章

出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦）

## 第 7 章 出現問題或希望投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時該怎麼辦）

背景 100

第 1 節 簡介 100

第 1.1 小節 您有問題或擔憂時怎麼辦 100

第 1.2 小節 法律術語怎麼辦？ 100

第 2 節 您可以向與我們無關聯的政府機構尋求幫助 101

第 2.1 小節 如何獲得更多資訊與個性化的幫助 101

第 3 節 應該使用哪個流程來解決問題？ 101

第 3.1 小節 是否該使用承保範圍決定與上訴流程？還是該使用提起投訴流程？ 101

承保範圍決定與上訴 102

第 4 節 承保範圍決定與上訴基礎指南 102

第 4.1 小節 請求承保範圍決定並提起上訴：整體情況 102

第 4.2 小節 請求承保範圍決定或提起上訴時，如何獲取幫助 103

第 5 節 您的 D 部分處方藥：如何請求承保範圍決定或提起上訴 104

第 5.1 小節 本小節講解獲取 D 部分處方藥時遇到問題或者希望我們退還 D 部分藥物的費用時怎麼辦 104

第 5.2 小節 什麼是例外情況？ 106

第 5.3 小節 請求破例的重要須知 107

第 5.4 小節 具體步驟：如何請求承保範圍決定，包括例外情況 108

第 5.5 小節 具體步驟：如何提起第 1 級上訴 （如何請求審查我們的計劃所做的承保範圍決定） 110

第 5.6 小節 具體步驟：如何提起第 2 級上訴 113

第 6 節 將上訴推進至第 3 級甚至更高級別 114

第 6.1 小節 D 部分藥物上訴的第 3、4、5 級上訴 114

提起投訴 116

第 7 節 如何針對護理質量、等候時間、顧客服務以及其他問題提起投訴 116

第 7.1 小節 投訴流程處理哪些問題？ 116

第 7.2 小節 「提起投訴」的正式名稱為「提交申訴」 118

第 7.3 小節 具體步驟：提起投訴 118

第 7.4 小節 您還可以針對護理的質量向質量改進組織提起投訴 118

第 7.5 小節 您還可以將您的投訴告知聯邦醫療保險 118

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

背景

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 小節 您有問題或擔憂時怎麼辦

本章將解釋兩類處理問題與擔憂的流程：

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

這兩種流程均獲得了聯邦醫療保險的批准。為了確保公平且及時地處理您的問題，每種流程都制定了一套規則、程序與截止日期，我們與您都必須遵守。

您該使用哪一種？這取決於您遇到的問題屬於哪種類型。第 3 節的指南可幫助您識別應該使用的正確流程。

#### 第 1.2 小節 法律術語怎麼辦？

本章中解釋的部分規則、程序與各類截止日期中存在技術法律術語。當中很多術語為大部分人所不熟悉，而且難以理解。

為了簡單起見，本章將用更簡單的文字替換特定的法律術語，來解釋法律規則與程序。例如，本章中一般會使用「提起投訴」而不使用「提交申訴」，使用「承保範圍決定」而不使用「承保範圍確定」，使用「獨立審查組織」而不使用「獨立審查實體」。本章還會儘量減少縮寫的使用。

但是，在相應情況下使用正確的法律術語可能會大有助益 — 有時還非常重要。知道應該使用什麼術語可以幫助您更清楚、更準確地與他人溝通，進而解決自己的問題以及獲取所需的幫助或資訊。為了幫助您瞭解該使用哪些術語，講解具體問題的處理詳情時，我們加入了一些法律術語。

### 第 2 節 您可以向與我們無關聯的政府機構尋求幫助

#### 第 2.1 小節 如何獲得更多資訊與個性化的幫助

開始著手或跟進處理問題的流程有時會讓人感到困惑。身體不適或者精力有限時尤其如此。而有些時候，您可能不具備相應的知識，不知道下一步該做什麼。

向獨立的政府機構尋求幫助

我們可以隨時為您提供幫助。但在某些情況下，您可能還需要向與我們無關聯的人士尋求幫助或指導。您始終可以聯絡您的**州健康保險補助計劃（SHIP）**。該政府計劃在每個州都設有經過培訓的顧問。該計劃與我們不存在關聯，或者不與任何保險公司或健康計劃存在關聯。該計劃的顧問可以幫助您瞭解該使用哪些流程來處理遇到的問題。他們還會回答您的提問、為您提供更多資訊以及指導解決之道。

SHIP 顧問服務是免費的。*[如果計劃在展示中提供 SHIP 聯絡資訊，可修改下列句子，指引會員前往該展示。]*電話號碼在本小冊子第 2 章的第 3 節。

您還可以向聯邦醫療保險尋求幫助及獲取資訊

如需更多處理問題的資訊與幫助，您還可以聯絡聯邦醫療保險。直接從聯邦醫療保險處獲取資訊有兩種方式：

* 您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時服務。聽覺及語言有障 (TTY) 人士請致電 1-877-486-2048。
* 您可以造訪聯邦醫療保險網站 ([http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/))。

### 第 3 節 應該使用哪個流程來解決問題？

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

若您有問題或擔憂，閱讀本章中符合您情況的內容即可。後續的指南將為您提供幫助。

如需查看本章中哪些內容可以幫您處理具體的問題或擔憂，**請從此處開始**

您的問題或擔憂涉及您的福利或承保範圍嗎？

（問題包括具體的醫療護理或處方藥是否承保、承保方式以及醫療護理或處方藥付款問題。）

**是。**我的問題涉及福利或承保範圍。

請轉到本章的下一個小節，**即第 4 節，「承保範圍決定與上訴基礎指南」。**

**否。**我的問題不涉及福利或承保範圍。

請跳至本章末尾的**第 7 節**。**「如何針對護理質量、等候時間、顧客服務以及其他問題提起投訴。」**

承保範圍決定與上訴

### 第 4 節 承保範圍決定與上訴基礎指南

#### 第 4.1 小節 請求承保範圍決定並提起上訴：整體情況

承保範圍決定與上訴流程負責處理與福利及處方藥承保範圍相關的問題，包括付款問題。您可使用該流程解決哪些藥物是否承保以及藥物承保方式的問題。

請求承保範圍決定

承保範圍決定是我們對您的福利與承保範圍或我們將為您的處方藥所付金額所做的決定。

我們決定承保哪些內容以及支付多少金額時即為做出承保範圍決定。某些情況下，我們可能會決定不承保某種藥物，或者聯邦醫療保險不再為您提供承保。若您對該承範圍決定存有異議，可以提起上訴。

提起上訴

若我們做出了承保範圍決定，但您不滿意該決定，則可以對該決定提起「上訴」。上訴是一種正式的請求途徑，用來要求我們審查與更改我們做出的承保範圍決定。

當您第一次上訴某個決定時，這就是所謂的第 1 級上訴。在這種上訴中，我們會審查我們所做出的決定，看看我們是否遵守了所有適用的規則。您提起的上訴會由多位審查人員進行處理，原來做出該項不利決定的人員不參與審查。我們完成審查之後，會告知您結果。在某些情況下（下面會提到），您可以請求加急或「快速承保範圍決定」或承保範圍決定的快速上訴。

若我們駁回了您第 1 級上訴的全部或部分內容，您可以要求進行第 2 級上訴。第 2 級上訴由獨立的組織開展，即該組織與我們無關聯。若您不滿意第 2 級上訴的結果，您或許可以繼續進行其他級別的上訴。

#### 第 4.2 小節 請求承保範圍決定或提起上訴時，如何獲取幫助

您需要幫助嗎？若您決定請求任何類型的承保範圍決定或對決定提起上訴，此處提供了一些材料可以幫助到您：

* 您可以**致電會員服務部聯絡我們**（電話號碼列印於本手冊封底）。
* 如需**從與我們的計劃無關聯的獨立組織處獲取免費的幫助**，請聯絡您的州健康保險補助計劃（參見本章第 2 節）。
* **您的醫生或其他開立處方者可以替您做出請求。**對於 D 部分處方藥，您的醫生或其他處方醫生可以請求承保範圍決定或代表您提起第 1 級或第 2 級上訴。如需請求任何第 2 級之後的上訴，您的醫生或其他處方醫生必須被任命為您的代表人。
* **您可以任命其他人代您行事。**若您有此意願，您可以任命其他人作為您的「代表人」，代您請求承保範圍決定或提起上訴。
  + 根據州法律，可能某些人士已經享有作為您的代表人的合法權利。
  + 若您想讓朋友、親人、醫生或其他開立處方者或其他人士成為您的  
    代表人，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）並  
    索要《任命代表人》表格。（可造訪聯邦醫療保險網站 <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> [*計劃還可以插入：*或我們的網站*[插入網站或表格連結]*] 獲取表格。）該表格可以授權個人代您行事。該表格必須由您以及您希望代您行事的人士簽名。您必須向我們寄送一份已簽名表格的副本。
* **您還有權僱一名律師代您行事。**您可以聯絡自己的律師，也可以從當地的律師協會或其他轉介服務處僱一名律師。若您符合資格，還有些團體可為您提供免費的法律服務。但是，**即使您不僱用律師**也可以請求任何類型的承保範圍決定或針對決定提起上訴。

### 第 5 節 您的 D 部分處方藥：如何請求承保範圍決定或提起上訴

question mark問號 **您是否已閱讀本章第 4 節*（承保範圍決定與上訴「基礎」指南）*？若沒有，建議您閱讀該小節之後再開始本小節。**

#### 第 5.1 小節 本小節講解獲取 D 部分處方藥時遇到問題或者希望我們退還 D 部分藥物的費用時怎麼辦

做為我們計劃的會員，您的福利包括許多處方藥的承保範圍。請參閱我們計劃的*《承保藥物清單》（處方藥物表）。*藥物必須用於醫學上接受的適應症才能獲得承保。（「醫學上接受的適應症」是指藥物的用法經過食品和藥品管理局的批准或獲得了特定參考書籍的支持。參閱第 3 章第 3 節，詳細瞭解醫學上接受的適應症。）

* **本小節僅涉及 D 部分藥物。**為了簡單起見，我們在本小節的其餘部分一般稱「藥物」，不再每次重複「承保門診處方藥」或「D 部分藥物」。
* 如需詳細瞭解我們所稱的 D 部分藥物是指什麼、*《承保藥物清單》（處方藥物表）*、承保範圍規則與限制以及費用資訊，請參見第 3 章（*使用我們計劃的 D 部分處方藥承保範圍*）與第 4 章（*您該為 D 部分處方藥支付的部分*）。

D 部分承保範圍決定與上訴

如本章第 4 節所述，承保範圍決定是我們對您的福利與承保範圍或我們將為您的藥物所付金額所做的決定。

| **法律術語** |
| --- |
| 對 D 部分藥物所做的最初承保範圍決定稱為**「承保範圍決定」。** |

您要求我們對 D 部分藥物做出承保範圍決定的範例如下：

* 您要求我們破例，包括：
  + 要求我們承保未列於計劃的*《承保藥物清單》（處方藥物表）*的 D 部分藥物
  + 要求我們撤銷對計劃的藥物承保範圍的限制（比如限制您的藥物獲取量）
  + *[若計劃的處方藥物表結構（比如無級別）不允許出現級別例外情況，請省略本項。]*要求為承保的非首選藥物支付更低的成本分擔金額
* 您向我們諮詢藥物是否承保以及您是否符合任何適用的承保範圍規則。（例如，藥物列於計劃的*《承保藥物清單》（處方藥物表）*中，但我們要求您於我們承保之前先徵得我們的同意。）
  + *請注意：*若您的藥房告訴您您無法按照處方抓藥，您將獲得書面通知向您解釋我們的聯絡方式，以便您請求承保範圍決定。
* 您請求我們為您已購買的處方藥付款。該請求屬於針對付款提起的承保範圍決定。

若您對我們做出的承保範圍決定存有異議，您可以對我們的決定提起上訴。

本小節將告訴您如何請求承保範圍決定以及如何請求上訴。下表可以幫助您確定哪些部分所含的資訊適用於您遇到的情況：

您屬於哪種情況？

| **若您屬於這種情況：** | **解決辦法如下：** |
| --- | --- |
| 您需要的藥物未列於我們的《藥物清單》上，或者需要我們撤銷對我們承保的藥物所設的規則或限制？ | 您可以要求我們破例。（這是一種承保範圍決定。）  請從本章**第 5.2 小節**開始。 |
| 您希望我們承保列於《藥物清單》上的藥物，而且您認為您符合所需藥物的所有計劃規則或限制（比如徵得事先批准）？ | 您可以要求我們做出承保範圍決定。  請跳至本章**第 5.4 小節**。 |
| 您想讓我們退還您為已接受的藥物所支付的費用嗎？ | 您可以要求我們退款。（這是一種承保範圍決定。）  請跳至本章**第 5.4 小節**。 |
| 我們是否已經告知您我們不會以您期望的方式承保或支付藥物的費用？ | 您可以提起上訴。（這意味著，您在請求我們重新考慮。）  請跳至本章**第 5.5 小節**。 |

#### 第 5.2 小節 什麼是例外情況？

若藥物的承保方式不理想，您可以要求我們「破例」。破例是一種承保範圍決定。與其他類型的承保範圍決定相同，若我們駁回您的破例請求，您可以對我們的決定提起上訴。

請求破例時，您的醫生或其他處方醫生需要解釋醫療原因，即為何您需要這項例外情況獲得通過。然後我們會考慮您的請求。對於您的醫生或處方醫生可以要求我們做出哪些破例，此處列出了[*適用時插入：*兩個*或*三個]個範例：

1. **為您承保未列於我們的*《承保藥物清單》（處方藥物表）*上的 D 部分藥物。**（我們簡稱「藥物清單」。）

| **法律術語** |
| --- |
| 為未列於《藥物清單》上的藥物請求承保範圍有時稱為**「處方藥物表例外情況」。** |

* 若我們同意破例承保未列於《藥物清單》上的藥物，您需要支付適用於[*酌情插入：*我們所有的藥物*或*處於第 *[插入例外情況級別]* 級別的藥物或處於第 *[插入例外情況級別]* 級別的品牌藥或第 *[插入例外情況級別]* 級別的非品牌藥]的成本分擔金額*。*您無法對我們要求您為藥物支付的共付額或共同保險請求破例。

1. **撤銷對承保藥物的承保範圍之限制。**我們的*《承保藥物清單》（處方藥物表）*上某些藥物還存在額外的規則或限制（更多資訊請參見第 3 章）。

| **法律術語** |
| --- |
| 請求撤銷對藥物承保範圍的限制有時稱為請求**「處方藥物表例外情況」。** |

* 特定藥物的額外規則與限制包括：
  + *[若計劃不適用非品牌藥替代，請省略]必須使用非品牌藥*替代品牌藥。
  + *[若計劃不使用事先授權，請省略]*我們同意為您承保藥物之前*事先獲得同意。*（這有時叫做「事先授權」。）
  + *[若計劃不使用階梯療法，請省略]*我們同意承保您請求的藥物之前*必須先嘗試不同的藥物*。（這有時叫做「階梯療法」。）
  + *[若計劃不使用藥量限制，請省略]藥量限制*。對於部分藥物，我們會限制您的藥物獲得量。
* 若我們同意破例撤銷對您的限制，您可以針對我們要求您為藥物支付的共付額或共同保險請求我們破例。

1. *[若計劃的處方藥物表結構（比如無級別）不允許出現級別例外情況：請省略本小節。]***降低藥物承保範圍的成本分擔級別。**我們的《藥物清單》上的每種藥物屬於 [*插入級別的數目*] 種成本分擔級別中的其中一種。在一般情況下，成本分擔級別越低，您需承擔的藥費就越少。

| **法律術語** |
| --- |
| 為承保的非首選藥物請求支付更低的價格有時稱為請求**「級別例外情況」**。 |

* 若您的藥物處於 *[根據級別例外情況流程，插入非首選/最高成本分擔級別的名稱]*，您可以要求我們承保適用於*[根據級別例外情況流程，插入首選/最低成本分擔級別的名稱]*藥物的成本分擔金額。此舉將減少應由您承擔的藥費。
* *[若根據級別例外流程，計劃的級別不止一個，則可以為每個級別重複上方項目。]*
* [*若計劃將其中一個級別指定為「最高費用/特別藥物級別」，並禁止該級別進入例外情況流程，則請加入以下文字：*您不能要求我們更改處於*[插入級別編號與被指定為最高費用/特別藥物級別的級別名稱]*的藥物的成本分擔級別。]

#### 第 5.3 小節 請求破例的重要須知

**您的醫生必須告訴我們醫療理由**

您的醫生或其他處方醫生必須向我們提供聲明，解釋請求破例的醫療理由。如需儘快獲得結果，請求破例時，請附上您的醫生或其他處方醫生出具的該醫療資訊。

通常而言，我們的《藥物清單》會針對一種特定的疾病納入多種治療藥物。這些不同的可能性稱為「替代」藥物。若替代藥物與您請求的藥物有相同的藥效，且不會導致更多的副作用或其他健康問題，那麼我們一般*不*會批准您的破例請求。

我們可以接受或拒絕您的請求

* 若我們批准您的破例請求，則該批准的有效期至該計劃年度末截止。只要您的醫生持續為您開出該處方，且該藥能持續安全、有效地治療您的疾病，則該規定始終適用。
* 若我們拒絕您的破例請求，您可以透過上訴途徑請求審查我們的決定。第 5.5 小節將告訴您，我們拒絕時您該如何上訴。

下一小節將告訴您如何請求承保範圍決定，包括例外情況。

#### 第 5.4 小節 具體步驟：如何請求承保範圍決定，包括例外情況

步驟 1：請求我們對您所需的藥物或付款做出承保範圍決定。若您的病情不容拖延，您必須要求我們做出「快速承保範圍決定」。若您正要求我們為您已購買的藥物退款，則您無法請求快速承保範圍決定。

解決辦法

* **請求您希望的承保範圍決定類型。**以致電、致函或傳真的方式聯絡我們，以提出請求。您、您的代表人或者您的醫生（或其他處方醫生）可以提出該等請求。您還可以透過我們的網站瞭解承保範圍決定流程。詳情請轉到第 2 章第 1 節，*[計劃可以酌情編輯章節標題]您想請求 D 部分處方藥的承保範圍決定時，該如何聯絡我們。*或者，若您打算請求我們退還藥費，請轉到名為 *[計劃可以酌情編輯章節標題]「欲要求我們支付應由我們支付的藥物費用時，向誰提出請求」*的章節。
* **您、您的醫生或代您行事的其他人**可以請求承保範圍決定。本章第 4 節講解如何出具書面文件任命代表人代您行事。您還可以讓律師代您行事。
* **若您想讓我們退還藥費**，請先閱讀本手冊第 5 章：*要求我們支付應由我們支付的承保藥物費用。*第 5 章講解哪些情況下您可能需要要求償付。該章還講解如何向我們寄送文件，要求我們退還應由我們承擔但您已支付的藥費。
* **若您打算請求例外情況，請提供「支持聲明」。**您的醫生或其他處方醫生必須向我們提供您所請求的藥物例外情況的醫療理由。（我們稱其為「支持聲明」。）您的醫生或其他處方醫生可以向我們傳真或郵寄該聲明。您的醫生或其他處方醫生也可以透過電話告訴我們，必要時再傳真或郵寄書面聲明。請參見第 5.2 和 5.3 小節，瞭解更多有關請求例外情況的資訊。
* **我們必須受理任何書面請求，**包括在《CMS 模本承保範圍決定申請表》[*適用時插入：*或者我們的計劃表格]上提交的請求，我們的網站上提供這[*適用時插入：*個*或*兩個]表格。
* *[若計劃允許參保人透過電子形式（例如安全的會員入口網站）提交承保範圍決定請求，則可以加入該流程的簡要說明。]*

若您的病情刻不容緩，請要求我們給出「快速承保範圍決定」

| **法律術語** |
| --- |
| 「快速承保範圍決定」稱為**「加急承保範圍決定」**。 |

* 當我們將決定告知您時，除非我們同意使用「快速」截止日期，否同我們一律使用「標準」截止日期。標準承保範圍決定意味著，我們將於收到醫生聲明後的 72 小時內予以回復。快速承保範圍決定意味著，我們將於收到醫生聲明後的 24 小時內予以回復。
* **如需獲取快速承保範圍決定，您必須滿足兩個要求：**
  + 其一是，您*必須*針對您*尚未接受的*藥物提出請求。（若您正要求我們為您已購買的藥物退款，則您無法獲得快速承保範圍決定。）
  + 其二是，使用標準截止日期可能會*對您的身體健康造成嚴重傷害或損傷您的身體機能。*
* **若您的醫生或其他處方醫生告訴我們，您的病情刻不容緩，需要「快速承保範圍決定」，我們會自動同意為您提供快速承保範圍決定。**
* 若您獨自請求快速承保範圍決定（即未得到您的醫生或其他處方醫生的支持），我們會根據您的健康狀況決定是否為您提供快速承保範圍決定。
  + 若我們決定您的病情不符合獲得快速承保範圍決定的要求，我們會向您致函說明緣由（而且我們會使用標準截止日期）。
  + 該信函將告訴您，若您的醫生或其他處方醫生請求快速承保範圍決定，我們會自動提供快速承保範圍決定。
  + 若您請求快速承保範圍決定，而我們給出了標準承保範圍決定，該信函還將告訴您如何針對我們的決定提起投訴。該信函還將告訴您如何提起「快速投訴」，這意味著您可於收到本投訴 24 小時內得到投訴的回復。（提起投訴的流程不同於承保範圍決定與上訴流程。如需更多有關提起投訴的流程資訊，請參見本章第 7 節。）

步驟 2：我們考慮您的請求並予以回復。

「快速承保範圍決定」的截止日期

* 若我們使用的是快速截止日期，則我們必須於 **24 小時內**予以回復。
  + 一般而言，這意味著我們收到請求後的 24 小時內。若您正在請求例外情況，我們將於收到醫生的支持聲明後的 24 小時內予以回復。若您的病情緊急，我們將儘快給出回復。
  + 若我們逾期未予回復，我們必須將您的請求呈遞至第 2 級上訴流程，由獨立的外部組織進行審查。本小節後文中，我們將討論該審查組織，並解釋第 2 級上訴的各種情況。
* **若我們的回復是接受您的部分或全部請求，**則我們必須於收到您的請求或醫生的支持聲明後 24 小時內提供我們同意提供的承保範圍。
* **若我們的回復是拒絕您的部分或全部請求，**我們將向您寄送一份書面聲明，解釋拒絕的理由。我們還會告訴您如何上訴。

未接受藥物的「標準」承保範圍決定之截止日期

* 若我們使用的是標準截止日期，則我們必須於 **72 小時內**予以回復。
  + 一般而言，這意味著我們收到請求後的 72 小時內。若您正在請求例外情況，我們將於收到醫生的支持聲明後的 72 小時內予以回復。若您的病情緊急，我們將儘快給出回復。
  + 若我們逾期未予回復，我們必須將您的請求呈遞至第 2 級上訴流程，由獨立組織進行審查。本小節後文中，我們將討論該審查組織，並解釋第 2 級上訴的各種情況。
* **若我們的回復是接受您的部分或全部請求 —** 
  + 若我們批准您的承保範圍請求，則我們必須於收到您的請求或醫生的支持聲明後 **72 小時內提供**我們同意提供的**承保範圍**。
* **若我們的回復是拒絕您的部分或全部請求，**我們將向您寄送一份書面聲明，解釋拒絕的理由。我們還會告訴您如何上訴。

已購買藥物的付款「標準」承保範圍決定之截止日期

* 我們必須於收到請求後的 **14 天內**予以回復。
  + 若我們逾期未予回復，我們必須將您的請求呈遞至第 2 級上訴流程，由獨立組織進行審查。本小節後文中，我們將討論該審查組織，並解釋第 2 級上訴的各種情況。
* **若我們的回復是接受您的部分或全部請求，**則我們還必須於收到請求後的 14 天內付款。
* **若我們的回復是拒絕您的部分或全部請求，**我們將向您寄送一份書面聲明，解釋拒絕的理由。我們還會告訴您如何上訴。

步驟 3：若我們拒絕您的承保範圍請求，您可以決定是否提起上訴。

* 若我們拒絕，您有權請求上訴。請求上訴意味著請求我們重新考慮 — 甚至更改 — 我們已做的決定。

#### 第 5.5 小節 具體步驟：如何提起第 1 級上訴 （如何請求審查我們的計劃所做的承保範圍決定）

| **法律術語** |
| --- |
| 對計劃的 D 部分藥物承保範圍決定提起上訴稱為計劃**「重新決定」。** |

步驟 1：請聯絡我們並提起第 1 級上訴。若您的病情不容拖延，您必須請求「快速承保範圍決定」。

解決辦法

* **如欲上訴，您（或者您的代表人、醫生、其他處方醫生）必須聯絡我們。**
  + 如需獲取電話、傳真、郵寄或網站聯絡詳情，以便處理上訴事宜，請轉到第 2 章第 1 節，*[計劃可以酌情編輯章節標題]您想針對 D 部分處方藥提起上訴時，該如何聯絡我們。*
* **若您正在請求標準上訴，請提交書面上訴請求。**[*若計劃接受口頭方式的標準上訴請求，請插入：*您也可以撥打第 2 章第 1 節*[計劃可以酌情編輯章節標題*]（*您想針對 D 部分處方藥提起上訴時，該如何聯絡我們*）中的電話號碼聯絡我們，請求上訴。]
* **若您正在請求快速上訴，可以透過書面形式提起上訴或致電聯絡我們，電話號碼位於第 2 章第 1 節***[計劃可以酌情編輯章節標題]*（您想針對 D 部分處方藥提起上訴時，該如何聯絡我們的計劃）。
* **我們必須受理任何書面請求，**包括在《CMS 模本承保範圍決定申請表》上提交的請求，我們的網站上提供該表格。
* *[若計劃允許參保人透過電子形式（例如安全的會員入口網站）提交上訴請求，則可以加入該流程的簡要說明。]*
* 自我們向您寄送書面通知回復您針對承保範圍決定發出的請求之日起，**您必須於 60 天內提起上訴請求。**若您錯過該截止日期，但確屬事出有因，我們可能會放寬您的上訴期限。事出有因錯過截止日期可以是身患重病無法聯絡我們，或者我們向您提供的上訴截止日期資訊不正確或不完整。
* **您可以索要一份有關您上訴的資訊副本，並加入更多資訊。**
  + 您有權要求我們提供有關您上訴的資訊副本。[*若收費，請插入：*我們可以向您收取該資訊的複印費與寄送費。]
  + 若您願意，您與您的醫生或其他處方醫生可以向我們提供其他資訊來支持上訴。

若您的病情刻不容緩，請要求「快速上訴」。

| **法律術語** |
| --- |
| 「快速上訴」也稱為**「加急重新決定」**。 |

* 若您正在針對我們做出的藥物決定提起上訴，且您尚未接受該藥物，則您與您的醫生或其他處方醫生需要決定您是否需要提起「快速上訴」。
* 獲取「快速上訴」的要求與本章第 5.4 小節獲取「快速承保範圍決定」一樣。

步驟 2：我們考慮您的上訴並予以回復

* 我們審查您的上訴時，會再度仔細地查看有關您承保範圍請求的所有資訊。我們會檢查我方拒絕您的請求時是否遵守了所有規則。我們可能會聯絡您、您的醫生或其他處方醫生，以獲取更多資訊。

「快速上訴」的截止日期

* 若我們使用的是快速截止日期，則我們必須於**收到上訴請求後的 72 小時內**予以回復。若您的病情緊急，我們將儘快給出回復。
  + 若我們未於 72 小時內予以回復，我們必須將您的請求呈遞至第 2 級上訴流程，由獨立審查組織進行審查。本小節後文中，我們將討論該審查組織，並解釋第 2 級上訴流程的各種情況。
* **若我們的回復是接受您的部分或全部請求，**則我們必須於收到上訴後的 72 小時內提供我們同意提供的承保範圍。
* **若我們的回復是拒絕您的部分或全部請求，**我們將向您寄送一份書面聲明，解釋拒絕的理由，並說明如何對我們的決定提起上訴。

「標準上訴」的截止日期

* 若我們使用的是標準截止日期，則我們必須於**收到上訴請求後的 7 天內**予以回復。若您尚未接受該藥物且您的病情緊急，我們將儘快做出決定。若您認為自己的病情刻不容緩，您應該請求「快速」上訴。
  + 若我們未於 7 天內做出決定，我們必須將您的請求呈遞至第 2 級上訴流程，由獨立審查組織進行審查。本小節後文中，我們將討論該審查組織，並解釋第 2 級上訴流程的各種情況。
* **若我們的回復是接受您的部分或全部請求 —** 
  + 若我們批准承保範圍請求，則我們必須根據您的病情緊急程度儘快地提供我們同意提供的承保範圍，但是**不晚於**收到上訴請求後的 **7 天**。
  + 若我們批准為您已購買的藥物退款之請求，我們必須於收到上訴請求後的 **30 天內向您付款**。
* **若我們的回復是拒絕您的部分或全部請求，**我們將向您寄送一份書面聲明，解釋拒絕的理由，並說明如何對我們的決定提起上訴。

步驟 3：若我們拒絕您的上訴，您可以決定是否繼續上訴，即*再度*提起上訴。

* 我們拒絕您的上訴後，您可以選擇接受該決定或者繼續上訴。
* 若您決定再度提起上訴，這意味著您準備進入第 2 級上訴流程（參見下文）。

#### 第 5.6 小節 具體步驟：如何提起第 2 級上訴

我們拒絕您的上訴後，您可以選擇接受該決定或者繼續上訴。我們拒絕您的首次上訴之後，若您決定進入第 2 級上訴，**獨立審查組織**將審查我們已做的決定。該組織將決定是否應該更改我們所做的決定。

| **法律術語** |
| --- |
| 「獨立審查組織」的正確名稱為**「獨立審查實體」**。有時稱為**「IRE」**。 |

步驟 1：如需提起第 2 級上訴，您（或者您的代表人、醫生、其他處方醫生）必須聯絡獨立審查組織，請求審查您的情況。

* 若我們拒絕您的第 1 級上訴，我們向您寄送的書面通知中將加入**指示**，**說明如何向獨立審查組織提起第 2 級上訴**。這些指示將告訴您誰可以提起第 2 級上訴、您必須遵守的截止日期以及如何聯絡該審查組織。
* 向獨立審查組織提起上訴時，我們會向該組織寄送有關您上訴情況的資訊。該資訊稱為「檔案」。**您有權要求我們提供您的檔案副本。**[*若收費，請插入：*我們可以向您收取該資訊的複印費與寄送費。]
* 您有權向獨立審查組織提供其他資訊以支持上訴。

步驟 2： 該獨立審查組織將審查您的上訴並予以回復。

* 獨立審查組織是由聯邦醫療保險僱用的獨立組織。該組織與我們不存在關聯，它也不是政府機構。該組織是由聯邦醫療保險選擇的一家公司，旨在審查我們對您的 D 部分福利所做的決定。
* 獨立審查組織的複查員將仔細查看與上訴有關的資訊。該組織將以書面形式告知您結果，並解釋原因。

第 2 級「快速上訴」的截止日期

* 若您的病情刻不容緩，請要求獨立審查組織進行「快速上訴」。
* 若該審查組織同意提供「快速上訴」，則該審查組織必須於收到上訴請求後的 **72 小時內**給出第 2 級上訴的回復。
* **若該獨立審查組織接受您的部分或全部請求，**則我們必須於收到該審查組織決定起的 **24 小時內**提供經該審查組織批准的藥物承保範圍。

第 2 級「標準上訴」的截止日期

* 若您提起第 2 級標準上訴，該審查組織必須於收到上訴後的 **7 天內**給出第 2 級上訴的回復。
* **若該獨立審查組織接受您的部分或全部請求** —
  + 若該獨立審查組織批准承保範圍請求，則我們必須於收到該審查組織決定起的 **72 小時內提供**經該審查組織批准的**藥物承保範圍**。
  + 若該獨立審查組織批准為您已購買的藥物退款之請求，我們必須於收到該審查組織決定後的 **30 天內向您郵寄退款**。

該審查組織拒絕您的上訴怎麼辦？

若該審查組織拒絕您的上訴，這意味著該組織同意我們的決定，即不批准您的請求。（這稱為「維持原決定」。也稱為「駁回上訴」。）

如果獨立審查組織「維持該決定」，您有權進行第 3 級上訴。然而，如需繼續上訴，即再提起第 3 級上訴，則您請求的藥物承保範圍的金額必須達到最低限度。若您請求的藥物承保範圍金額太少，您無法再度提起上訴，第 2 級決定即為最終決定。獨立審查組織將向您出具通知，告訴您繼續上訴必須涉及的金額。

**步驟 3：若您所請求的承保範圍的金額達到要求，您可以選擇是否進一步上訴。**

* 第 2 級之後還有 3 個級別（一共有 5 個上訴級別）。
* 若第 2 級上訴被駁回，且您滿足繼續上訴的要求，您必須決定是否進入第 3 級，即進入第 3 次上訴。若您決定提起第 3 次上訴，您可查閱第 2 次上訴後收到的書面通知，詳細瞭解如何繼續上訴。
* 第 3 級上訴由行政法官接手。本章第 6 章將講解更多有關第 3、4、5 級上訴的資訊。

### 第 6 節 將上訴推進至第 3 級甚至更高級別

#### 第 6.1 小節 D 部分藥物上訴的第 3、4、5 級上訴

若您提起第 1 級上訴與第 2 級上訴，並且兩級上訴均被駁回，本小節可能對您適用。

若您上訴的藥物所涉及的金額達到了特定的數額，您或許可以進行其他級別的上訴。若金額過低，則您無法繼續上訴。第 2 級上訴的書面回復將解釋應該聯絡誰以及如何請求第 3 級上訴。

大部分涉及上訴的情況中，最後三種級別的上訴擁有相似的運作模式。下方列出了各個級別中審查上訴的負責人。

**第 3 級上訴** **為聯邦政府工作的法官**將審查您的上訴並給予回復。該名法官稱為「行政法官」。

* **若回復為接受，由上訴流程結束。**您在上訴中提出的請求將獲得批准。我們必須於收到決定後的 **72 小時內（加急上訴則為 24 小時）授權或提供**經行政法官批准的**藥物承保範圍或者於 30 天內付款。**
* **若行政法律拒絕您的上訴，則上訴流程*可能會*也*可能不會*結束。**
  + 若您決定接受該駁回上訴的決定，則上訴流程結束。
  + 若您不願意接受該決定，您可以繼續提起下一個級別的審查流程。若行政法官拒絕您的上訴，您將收到通知，告知您如何繼續上訴。

**第 4 級上訴** **上訴委員會** 將審查您的上訴並予以回復。上訴委員會隸屬於聯邦政府。

* **若回復為接受，由上訴流程結束。**您在上訴中提出的請求將獲得批准。我們必須於收到決定後的 **72 小時內（加急上訴則為 24 小時）授權或提供**經上訴委員會批准的**藥物承保範圍或者於 30 天內付款。**
* **若回復為拒絕，則上訴流程*可能會*也*可能不會*結束。**
  + 若您決定接受該駁回上訴的決定，則上訴流程結束。
  + 若您不願意接受該決定，您可以繼續提起下一個級別的審查流程。若上訴委員會拒絕您的上訴，或者拒絕您審查上訴的請求，您將收到通知，告知您規則是否允許您提起第 5 級上訴。若規則允許，您將收到書面通知，告訴您應該聯絡誰以及如何繼續上訴。

**第 5 級上訴** **聯邦地區法院**的法官將審查您的上訴。

* 這是上訴流程的最後一步。

提起投訴

### 第 7 節 如何針對護理質量、等候時間、顧客服務以及其他問題提起投訴

question mark問號。 **若您的問題涉及與福利、承保範圍或付款有關的決定，那麼本小節*不適用您*。您應該使用承保範圍決定與上訴流程。請轉到本章第 4 節。**

#### 第 7.1 小節 投訴流程處理哪些問題？

本小節解釋如何使用投訴流程。投訴流程*僅*用來處理特定類型的問題。當中包括與護理質量、等候時間以及您所接受的顧客服務有關的問題。此處舉出了一些例子，解釋投訴流程負責處理的問題。

遇到任何以下類型的問題，您都可以「提起投訴」

| 投訴 | 範例 |
| --- | --- |
| **醫療護理的質量** | * 您對所接受的護理質量感到不滿意嗎？ |
| **尊重您的隱私** | * 您是否認為有人未尊重您的隱私權或者共享了您認為本該保密的資訊？ |
| **不尊重他人、顧客服務質量差或者其他不良行為** | * 是否有人對您無禮或不尊重您？ * 您對我們會員服務部的待客方式感到不滿意嗎？ * 有人建議您退出計劃嗎？ |
| **等候時間** | * 藥劑師讓您等待的時間是否太長？或者我們的會員服務部或其他計劃員工讓您長時間等待？   + 比如通話或獲取處方時等待時間太長。 |
| **清潔度** | * 您對藥房的清潔度或條件不滿意嗎？ |
| **從我處獲得的資訊** | * 您認為我們未盡到通知義務嗎？ * 您認為我們向您提供的書面資訊難以理解嗎？ |
| **及時性** （這類投訴均與我們針對承保範圍決定與上訴所展開的行動是否*及時*有關） | 本章第 4-6 節講解了請求承保範圍決定與提起上訴的流程。若您打算請求決定或提起上訴，請使用該流程，勿使用投訴流程。  但是，若您已經請求了承保範圍決定或已經提起了上訴，但您認為我們沒有及時回復，您也可以對我們的怠慢提起上訴。舉例如下：   * 若您已經請求我們給出「快速承保範圍決定」或者「快速上訴」，但我們聲明不提供，您可以提起投訴。 * 若您認為我們超過了給出承保範圍決定或上訴回復的截止日期，您可以提起投訴。 * 我們所做的承保範圍決定經審查之後，若我們被告知必須為特定的藥物提供承保或償付，則我們需遵守截止日期。若您認為我們未遵守這些截止日期，您可以提起上訴。 * 若我們未及時予以回復，我們必須將您的情況呈遞至獨立審查組織。若我們未於要求的截止日期內呈遞，您可以提起投訴。 |

#### 第 7.2 小節 「提起投訴」的正式名稱為「提交申訴」

| **法律術語** |
| --- |
| * 本小節中所稱**「投訴」**也可以稱為**「申訴」。** * **「提起投訴」**也叫做**「提交申訴」**。   **「使用投訴流程」**即亦**「使用申訴流程」**。 |

#### 第 7.3 小節 具體步驟：提起投訴

步驟 1：立即聯絡我們 — 致電或致函。

* **一般而言，第一步是致電會員服務部。**如若還有其他待辦事項，會員服務部會告知您。*[插入電話號碼、TTY 以及服務日期與時間。]*
* **若您不想致電（或者致電後不滿意），您可以寫下投訴，並寄給我們。**若您以書面方式提起投訴，我們會以書面方式回復您。
* *[插入程序說明（包括時間範圍）以及其他待辦事項說明，以方便會員使用投訴流程。針對不進行加急組織/承保範圍裁定或重新考慮/重新決定之決定提起的申訴，請描述加急申訴時間範圍。]*
* **不論您致電還是致函，您都應該立即聯絡會員服務部。**若想提起投訴，請於問題出現後的 60 天內提起投訴。
* 若因為我們拒絕了您提起的「快速承保範圍決定」或「快速上訴」之請求而提起投訴，我們將自動為您提供「快速投訴」。若您提起「快速投訴」，則意味著我們需於 **24 小時內予以回復。**

| **法律術語** |
| --- |
| 本小節中所稱**「快速投訴」**也可以稱為**「加急申訴」。** |

步驟 2：我們會調查您的投訴，並給予回復。

* **若有可能，我們會立即回復。**若您致電投訴，我們可能會回電答覆。若您病情緊急，我們會儘快給予回復。
* **大部分投訴會於 30 天內得到回復。**若我們需要更多資訊且延期對您有利，或者您請求延長時間，我們的處理時間可以延長 14 天（總共 44 天），然後再回復您的投訴。若我們決定多花幾天時間，我們將以書面形式通知您。
* **若我們不同意**您的部分或全部投訴，或者不應對您所投訴的問題負責，我們會告知您。我們的回復中將載明給出該回復的理由。不論是否同意投訴，我們都必須給予回復。

#### 第 7.4 小節 您還可以針對護理的質量向質量改進組織提起投訴

您可以使用上方列出的詳細步驟針對我們已向您提供的護理提起質量投訴。

若您的投訴涉及*護理質量*，您還有兩個額外的選項：

* **您可以向質量改進組織提起投訴。**若您願意，可以直接向該組織提起護理質量投訴（*不*向我們提起投訴）。
  + 質量改進組織是一個由執業醫生與其他健康護理專家組成的團體，聯邦政府負責這些人員的費用，旨在檢查與改善聯邦醫療保險患者所接受的護理。
  + 本手冊第 2 章第 4 小節中可以找到您所在州質量改進組織的名稱、地址與電話號碼。若您向該組織提起投訴，我們將與其合作，一起解決您投訴的問題。
* **您也可以同時向兩方提起投訴。**若您有此意願，您可以向我們提起護理質量投訴，同時也可以向質量改進組織提起投訴。

#### 第 7.5 小節 您還可以將您的投訴告知聯邦醫療保險

您可以直接向聯邦醫療保險提交有關*[插入 2017 年計劃名稱]*的投訴。如需向聯邦醫療保險提交投訴，請轉到 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。聯邦醫療保險將嚴肅處理您的投訴，並借此改善聯邦醫療保險計劃的服務質量。

若您有任何其他意見回饋或擔憂，或者您認為計劃未能解決您的問題，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY/TDD 用戶可以致電 1-877-486-2048。

第 8 章

終止您的計劃會員身份

## 第 8 章 終止您的計劃會員身份

第 1 節 簡介 122

第 1.1 小節 本章關注您的計劃會員終止事宜 122

第 2 節 您可於何時終止在我們計劃中的會員身份？ 122

第 2.1 小節 您通常可於年度參保期期間終止您的會員身份 122

第 2.2 小節 特定情況下，您可於特別參保期期間終止您的會員身份 123

第 2.3 小節 終止會員身份時可於何處獲得更多資訊？ 124

第 3 節 您如何終止在我們計劃中的會員身份？ 125

第 3.1 小節 一般而言，參保其他計劃將致使您的會員身份終止 125

第 4 節 您必須繼續透過我們的計劃獲取您的藥物，直到您的會員身份  
終止 127

第 4.1 小節 會員身份終止前，您仍然是我們計劃的會員 127

第 5 節 特定情況下，*[插入 2017 年計劃名稱]*必須終止您在計劃中的會員身份 127

第 5.1 小節 我們何時必須終止您在我們計劃中的會員身份？ 127

第 5.2 小節 我們不能出於您的健康原因要求您退出我們的計劃 128

第 5.3 小節 若我們終止了您在我們計劃中的會員身份，您有權提起投訴 128

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 小節 本章關注您的計劃會員終止事宜

終止您的*[插入 2017 年計劃名稱]*會員身份可以是**自願**（自主選擇）或**非自願**（非自主選擇）：

* 您可以因您自己*想要*退出而退出我們的計劃。
  + 年內僅限特定時間或特定情況下，您才可以自願終止計劃會員身份。第 2 節將解釋您*何時*可以終止您的計劃會員身份。
  + 根據您所選擇的新承保範圍的不同類型，自願終止會員身份的流程會不一樣。第 3 節將解釋您在各個情況下*如何*終止您的會員身份。
* 在有限情況下，您未選擇退出，但我們必須終止您的會員身份。第 5 節將解釋哪些情況下我們必須終止您的會員身份。

若您打算退出我們的計劃，您必須繼續透過我們的計劃獲取 D 部分處方藥，直到會員身份終止。

### 第 2 節 您可於何時終止在我們計劃中的會員身份？

您可於年內的特定時間終止在我們計劃中的會員身份，該特定期間稱為參保期。所有會員均有機會於年度參保期期間退出計劃。特定情況下，您還可能因符合資格而於年內其他時間退出計劃。

#### 第 2.1 小節 您通常可於年度參保期期間終止您的會員身份

您可於**年度參保期**（也稱為「年度協調選擇期」）期間終止您的會員身份。您應在此時檢視您的健康與藥物承保範圍，並決定您來年的承保範圍。

* **年度參保期是指什麼時候？**這是指 10 月 15 日至 12 月 7 日。
* **年度參保期期間可以轉換到哪類計劃？**在此期間，您可以檢視您的健康承保範圍與您的處方藥承保範圍。您可以選擇繼續保持當前的承保範圍，也可以更改來年的承保範圍。若您決定更改為新的計劃，您可以選擇以下任何類型的計劃：
  + 其他聯邦醫療保險藥物計劃。
  + *不含*獨立聯邦醫療保險處方藥計劃的原有的聯邦醫療保險。
    - 若您接受聯邦醫療保險的「額外補助」，即幫您支付**處方藥**費用：若您未參保獨立的聯邦醫療保險處方藥計劃，除非您已選擇退出自動參保，否則聯邦醫療保險可能會將您加入某項藥物計劃。
  + — *或者* — 某種聯邦醫療保險健康計劃。聯邦醫療保險健康計劃是由私營公司提供的聯邦醫療保險健康計劃，該私營公司與聯邦醫療保險簽訂了合同，提供聯邦醫療保險的 A 部分與 B 部分的所有福利。某些聯邦醫療保險健康計劃也提供 D 部分處方藥承保範圍。
    - 如果您在大多數聯邦醫療保險健康計劃參保，新的計劃承保範圍開始之時，您將從*[插入 2017 年計劃名稱]* 退保。但是，如果您選擇不帶處方藥承保範圍的私人付費服務計劃、聯邦醫療保險醫療儲蓄賬戶 (MSA) 計劃或聯邦醫療保險成本計劃，您可以參保該計劃並保留您的 *[插入 2017 年計劃名稱]* 處方藥承保範圍。如果您不想保留我們的計劃，可以選擇參保其他聯邦醫療保險處方藥計劃或退出聯邦醫療保險處方藥承保範圍。

**注意：**若您退出聯邦醫療保險處方藥承保範圍並未持有抵免處方藥承保範圍，後期加入聯邦醫療保險藥物計劃時，您可能需要支付延期參保罰款。（「抵免」承保範圍是指承保範圍通常應該至少支付和聯邦醫療保險的標準處方藥承保範圍同樣多的費用。）[*適用時插入：*請參閱第 4 章第 10 節，瞭解更多有關延期參保罰款的資訊。]

* **您的會員身份將於何時終止？**1 月 1 日您的新計劃承保範圍開始之時，您的會員身份即告終止。

#### 第 2.2 小節 特定情況下，您可於特別參保期期間終止您的會員身份

特定情況下，*[插入 2017 年計劃名稱]*的會員可能會因符合資格而於年內的其他時間終止自己的會員身份。這段時間稱為**特別參保期。**

* **誰符合享受特別參保期的資格？**若以下任意一種情況適用於您，您即符合資格，可於特別參保期內終止您的會員身份。這些只是舉例，如需完整清單，您可以聯絡計劃、致電聯邦醫療保險、致電會員服務部或造訪網站 ([http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/))：
  + 若您搬出計劃的服務區域。
  + *[若適用，請修改項目以使用具體州的名稱]*若您擁有州醫療補助計劃。
  + 若您符合享受「額外補助」的資格，即可獲得聯邦醫療保險處方付款幫助。
  + 若我們違反與您簽訂的合同。
  + 若您正在某個機構中接受護理，比如養老院或長期護理 (LTC) 醫院。
  + [*州內有 PACE 的計劃，請插入：*若您參保老人全面護理計劃 (PACE)。[*PACE 的可用性有變數時，全國性或多州計劃插入：*並非所有州都提供 PACE。若想知道您所在州是否提供 PACE，請聯絡我們計劃的會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。]]
* **特別參保期是指什麼時候？**該參保期取決於具體情況。
* **您能做些什麼？**如欲知道自己是否符合享受特別參保期的資格，請致電聯邦醫療保險，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時服務。聽覺及語言有障人士專用電話：1-877-486-2048。若您符合資格，出於特別情況可終止會員身份，那麼您可以選擇同時更改您的聯邦醫療保險健康承保範圍與處方藥承保範圍。這意味著您可以選擇以下任意一種計劃類型：
  + 其他聯邦醫療保險藥物計劃。
  + *不含*獨立聯邦醫療保險處方藥計劃的原有的聯邦醫療保險。
    - **若您接受聯邦醫療保險的「額外補助」，即幫您支付處方藥費用：**若您轉換到原有聯邦醫療保險，且未參保獨立的聯邦醫療保險處方藥計劃，除非您已選擇退出自動參保，否則聯邦醫療保險可能會將您加入某項藥物計劃。
  + — *或者* — 某種聯邦醫療保險健康計劃。聯邦醫療保險健康計劃是由私營公司提供的聯邦醫療保險健康計劃，該私營公司與聯邦醫療保險簽訂了合同，提供聯邦醫療保險的 A 部分與 B 部分的所有福利。某些聯邦醫療保險健康計劃也提供 D 部分處方藥承保範圍。
    - 如果您在大多數聯邦醫療保險健康計劃參保，新的計劃承保範圍開始之時，您將自動從*[插入 2017 年計劃名稱]* 退保。但是，如果您選擇不帶處方藥承保範圍的私人付費服務計劃、聯邦醫療保險醫療儲蓄賬戶 (MSA) 計劃或聯邦醫療保險成本計劃，您可以參保該計劃並保留您的 [插入 2017 年計劃名稱] 處方藥承保範圍。如果您不想保留我們的計劃，可以選擇參保其他聯邦醫療保險處方藥計劃或退出聯邦醫療保險處方藥承保範圍。

**注意：**若您退出聯邦醫療保險處方藥承保範圍並未持有抵免處方藥承保範圍，後期加入聯邦醫療保險藥物計劃時，您可能需要支付延期參保罰款。（「抵免」承保範圍是指承保範圍通常應該至少支付和聯邦醫療保險的標準處方藥承保範圍同樣多的費用。）[*適用時插入：*請參閱第 4 章第 10 節，瞭解更多有關延期參保罰款的資訊。]

* **您的會員身份將於何時終止？**您的會員身份通常將於我們收到您提請變更計劃請求之後次月的第一天終止。

#### 第 2.3 小節 終止會員身份時可於何處獲得更多資訊？

若您有任何疑問或希望獲取更多有關您何時可以終止會員身份的資訊：

* 您可以**致電會員服務部**（電話號碼列印於本手冊封底）。
* 您可以在***《2017 年聯邦醫療保險與您》***手冊中找到該資訊。
  + 加入了聯邦醫療保險的每位人士都將於每年秋季收到一份*《聯邦醫療保險與您》。*新加入聯邦醫療保險的人士將於首次報名參保後的一個月內收到。
  + 您還可以造訪聯邦醫療保險網站 ([http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/)) 下載副本.您也可以撥打下方號碼，致電聯邦醫療保險索要列印副本。
* 您可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡**聯邦醫療保險**，每週 7 天，每天 24 小時服務。聽覺及語言有障 (TTY) 人士請致電 1-877-486-2048。

### 第 3 節 您如何終止在我們計劃中的會員身份？

#### 第 3.1 小節 一般而言，參保其他計劃將致使您的會員身份終止

一般而言，如需終止您在我們計劃中的會員身份，您只需參保其他聯邦醫療保險計劃即可，參保時間為任一參保期內（請參見本章第 2 節，瞭解有關參保期的資訊）。不過，在兩種情況下，您需要以不同的方式終止您的會員身份：

* 若您想從我們的計劃轉換到*不含*聯邦醫療保險處方藥計劃的原有的聯邦醫療保險，您必須請求從我們的計劃中退保。
* 如果您參保不含處方藥承保範圍的私人付費服務計劃、聯邦醫療保險醫療儲蓄賬戶 (MSA) 計劃或聯邦醫療保險成本計劃，參保該計劃不會終止您在我們計劃中的會員身份。在這種情況下，您可以參保該計劃並保留您在 *[插入 2017 年計劃名稱]* 中的藥物承保範圍。如果您不想保留我們的計劃，可以選擇參保其他聯邦醫療保險處方藥計劃或要求退出我們的計劃。

如果您處於這兩種情況之一並想離開我們的計劃，您有兩種方式可以要求退保：

* 您可以致函請求。請聯絡會員服務部獲取所需的操作資訊（電話號碼列印於本手冊封底）。
* — *或者* — 您可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡聯邦醫療保險，每週 7 天，每天 24 小時服務。聽覺及語言有障 (TTY) 人士請致電 1-877-486-2048。

**注意：**若您退出聯邦醫療保險處方藥承保範圍並未持有抵免處方藥承保範圍，後期加入聯邦醫療保險藥物計劃時，您可能需要支付延期參保罰款。（「抵免」承保範圍是指承保範圍通常應該至少支付和聯邦醫療保險的標準處方藥承保範圍同樣多的費用。）請參閱第 4 章第 10 節，瞭解更多有關延期參保罰款的資訊。

下表解釋您應該如何終止在我們計劃中的會員身份。

| 若您想從我們的計劃轉換至： | 解決辦法如下： |
| --- | --- |
| * 其他聯邦醫療保險藥物計劃。 | * 參保新的聯邦醫療保險處方藥計劃。   新的計劃承保範圍開始之時，您將自動從*[插入 2017 年計劃名稱]*中退保。 |
| * 某種聯邦醫療保險健康計劃。 | * 參保聯邦醫療保險健康計劃。大多數聯邦醫療保險健康計劃要求，新的計劃承保範圍開始之時，您將從 *[插入 2017 年計劃名稱]* 退保。   但是，如果您選擇不帶處方藥承保範圍的私人付費服務計劃、聯邦醫療保險醫療儲蓄賬戶 (MSA) 計劃或聯邦醫療保險成本計劃，您可以參保新的計劃並保留您的 *[插入 2017 年計劃名稱]* 處方藥承保範圍。如果您想退出我們的計劃，您必須*要麼*參保其他聯邦醫療保險處方藥計劃，*要麼*要求退出我們的計劃。要求退保時，您必須給我們寄一份書面請求（如果您需要更多相關資訊，請聯絡會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）），請致電聯絡聯邦醫療保險 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時服務（聽覺及語言有障 (TTY) 人士請致電 1-877486-2048）。 |
| * *不含*獨立聯邦醫療保險處方藥計劃的原有的聯邦醫療保險。   **注意：**若您退出聯邦醫療保險處方藥計劃並未持有抵免處方藥承保範圍，後期加入聯邦醫療保險藥物計劃時，您可能需要支付延期參保罰款。請參閱第 4 章第 10 節，瞭解更多有關延期參保罰款的資訊。 | * **向我們寄送書面退保請求。**請聯絡會員服務部獲取所需的操作資訊（電話號碼列印於本手冊封底）。 * 您也可以聯絡**聯邦醫療保險**要求退保，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，一週 7 天全天 24 小時服務。聽覺及語言有障 (TTY) 人士請致電 1-877-486-2048。 |

### 第 4 節 您必須繼續透過我們的計劃獲取您的藥物，直到您的會員身份終止

#### 第 4.1 小節 會員身份終止前，您仍然是我們計劃的會員

若您退出*[插入 2017 年計劃名稱]*，可能過一段時間後您的會員身份才會終止，新的聯邦醫療保險承保範圍才會生效。（請參見第 2 節，瞭解新的承保範圍於何時開始。）在此期間，您必須繼續透過我們的計劃獲取您的處方藥。

* **您應該繼續使用我們的網絡藥房抓藥，直到您在我們計劃中的會員身份終止。**一般而言，您在網絡藥房抓藥時，您的處方藥才會獲得承保[*適用時插入：*包括透過我們的郵購藥房服務抓藥。]

### 第 5 節 特定情況下，*[插入 2017 年計劃名稱]*必須終止您在計劃中的會員身份

#### 第 5.1 小節 我們何時必須終止您在我們計劃中的會員身份？

若出現以下情況，***[插入 2017 年計劃名稱]*必須終止您在計劃中的會員身份：**

* 若您未持續參保聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分（或兩者兼有）。
* 若搬離我們的服務區域。
* 若您離開我們的服務區域超過 12 個月。
  + 若您搬家或長期旅行，您需要致電會員服務部，看看您的搬入地點或旅行地點是否在我們的計劃區域內。（會員服務部的電話號碼列印於本手冊封底。）
* 若您被監禁（入獄）。
* 如果您不是美國公民或非法在美國居住。
* 若您說謊或隱瞞資訊，即未告知您擁有提供處方藥承保範圍的其他保險
* *[若不適用，請省略]*參保我們的計劃時，若您故意提供錯誤資訊，且該資訊會影響您的計劃參保資格。（除非我們事先獲得聯邦醫療保險的許可，否則我們不能因此迫使您退出我們的計劃。）
* *[若不適用，省略項目與子項目]* 若您持續製造混亂，使得我們難以為您以及其他的計劃會員提供護理。（除非我們事先獲得聯邦醫療保險的許可，否則我們不能因此迫使您退出我們的計劃。）
* *[若不適用，省略項目與子項目]* 若您讓其他人使用我們的會員卡獲取處方藥。（除非我們事先獲得聯邦醫療保險的許可，否則我們不能因此迫使您退出我們的計劃。）
  + 若我們因此終止了您的會員身份，聯邦醫療保險可能會派遣監察長調查您的情況。。
* *[若不適用，省略項目與子項目。若計劃對於符合雙重資格的會員和/或因持有 LIS 而無須支付計劃保費的會員設定了不同的退保政策，則必須酌情編輯這些項目，以顯示各個政策。含不同退保政策的計劃必須清楚地說明哪些人被排除在政策之外，即不會因未支付計劃保費而退保。]*若您未支付計劃保費的時間長達 *[插入寬限期間，不得少於 2 個月]*。
  + 我們必須以書面方式通知您還剩 *[插入寬限期，不得少於 2 個月]* 來支付計劃保費，逾期我們將終止您的會員身份。
* 若您因自己的收入而必須支付額外的 D 部分費用，但未予支付，聯邦醫療保險會將您從我們的計劃中退保，您將失去處方藥承保範圍。

何處可獲取更多資訊？

若您有疑問或希望詳細瞭解我們何時可以終止您的會員身份：

* 您可以致**電會員服務部**，獲取更多資訊（電話號碼列印於本手冊封底）。

#### 第 5.2 小節 我們不能出於您的健康原因要求您退出我們的計劃

*[插入 2017 年計劃名稱]*不得因您的任何健康原因要求您退出我們的計劃。

出現這種情況怎麼辦？

若您認為因自己的健康問題被要求退出我們的計劃，請您致電聯邦醫療保險，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽覺及語言有障 (TTY) 人士請致電 1-877-486-2048。每週 7 天，每天 24 小時服務。

#### 第 5.3 小節 若我們終止了您在我們計劃中的會員身份，您有權提起投訴

若我們終止了您在我們計劃中的會員身份，我們必須以書面方式告知您終止會員身份的理由。我們還必須說明申訴或投訴的方式，以便您針對我們終止您會員身份的決定提起投訴。您可以查閱第 7 章第 7 節，瞭解如何提起投訴。

第 9 章

法務通知

## 第 9 章 法務通知

第 1 節 準據法通知 129

第 2 節 非歧視通知 129

第 3 節 聯邦醫療保險次要付款方代位權通知 129

*[****注意：****您可以加入其他法務通知，比如會員免責通知或第三方責任通知。這些通知必須符合聯邦醫療保險法律與法規方可加入。]*

### 第 1 節 準據法通知

適用於本*《承保範圍證明》*的法律有很多，某些其他法規可能適用，因為受到法律的約束。即使這些法律未加入本文件或者未予以解釋，但可能會對您的權利與義務構成影響。適用於本文件的主要法律是《社會安全法案》第 18 篇以及聯邦醫療保險和州醫療補助服務中心（即 CMS）在《社會安全法案》之下設立的法規。此外，其他聯邦法律可能適用，在特定情況下，您所居住的州的州法律可能適用。

### 第 2 節 非歧視通知

我們不會因種族、殘障、宗教、性別、健康、民族、信仰、年齡或國籍而歧視他人。提供聯邦醫療保險處方藥計劃的所有組織，比如我們的計劃，必須遵守反對歧視的聯邦法律，包括 1964 年《民權法案》第六篇、1973 年的《康復法案》、1975 年的《反年齡歧視法案》、《美國殘疾人法案》、適用於受聯邦資助組織的所有其他法律以及因任何其他原因而適用的任何其他法律法規。

### 第 3 節 聯邦醫療保險次要付款方代位權通知

若聯邦醫療保險不是聯邦醫療保險承保處方藥的主要付款方，我們有追款的權利與義務。根據《美國聯邦法規》第 42 章第 422.108 與 423.462 條的 CMS 規定，*[插入 2017 年計劃名稱]*，作為聯邦醫療保險處方藥贊助者，可行使與部長相同的追償權，詳見《美國聯邦法規》第 42 章第 411 部分 B 到 D 小節的 CMS 規定，且本小節中所述的規則代替任何州法律。

*[****注意：****您可以加入其他法務通知，比如會員免責通知或第三方責任通知。這些通知必須符合聯邦醫療保險法律與法規方可加入。]*

第 10 章

重要詞彙的定義

## 第 10 章 重要詞彙的定義

*[計劃應該根據 EOC 中所述的計劃類型酌情插入定義。您可以插入該模本中未加入的定義，或者刪除不適用於您的計劃、您的 CMS 合同義務或者已參保聯邦醫療保險受益人的模本定義。]*

*[若允許修改術語（比如將「會員服務部」更改為「顧客服務部」）會影響術語表中的術語，計劃應該重新標註術語並按照字母順序將其列入術語表。]*

**上訴** — 若我們拒絕了您的處方藥承保範圍請求或者拒絕為您已接受的藥物付款，而您對我們的決定存有異議，則您可以提起上訴。例如，若我們不為您應該接受的藥物付款，您可以請求上訴。第 7 章對上訴進行了講解，包括提起上訴時涉及的流程。

**年度參保期 —** 每年秋季的一段時間，會員可於此時更改自己的健康或藥物計劃，或者轉為原有的聯邦醫療保險。年度參保期的時間為 10 月 15 日至 12 月 7 日。

**品牌藥** — 由最初研發該藥的製藥公司製造並出售的處方藥。品牌藥與該藥對應的非品牌藥有著相同的有效成份配方。然而，非品牌藥由其他製藥公司製造並出售，而且品牌藥的專利期限失效之前無法獲得。

**重大災難承保範圍階段** — D 部分藥物福利中的階段，當您或代表您的其他方已在承保年度內支付 *[插入 2017 年自付額閾值]* 美元後，您僅需為藥物支付較低的共付額或共同保險。

**聯邦醫療保險和州醫療補助服務中心 (CMS)** — 管理聯邦醫療保險的聯邦機構。第 2 章講解了如何聯絡 CMS。

**共同保險** — [*適用時插入：*您支付自付額之後]做為您應承擔的處方藥費用，必須由您支付的金額。共同保險通常是指一個百分比（比如 20%）。

**投訴** –「提起投訴」的正式名稱為「提交申訴」。投訴流程*僅*用來處理特定類型的問題。當中包括與護理質量、等候時間以及您所接受的顧客服務有關的問題。同時參閱本定義清單內的「申訴」。

**共付額** — 做為您應承擔的處方藥費用可能要求您支付的金額。共付額為一定的金額，而不是百分比。例如，您可能需為處方藥支付 10 或 20 美元。

**成本分擔** — 成本分擔是指會員接受藥物時必須支付的金額。[*若計劃有保費，請插入：*（這是在計劃每月保費之外的。）]成本分擔包括以下三種付款方式的任意合併：(1) 承保藥物之前計劃可能收取的任何自付額；(2) 接受特定的藥物時，計劃要求的任何固定的「共付額」；(3) 任何「共同保險」，即已為藥物所付總金額的百分比，是接受特定藥物時計劃要求的金額。若您的醫生為您開出了特定藥物的處方，但供給時間不足一個整月，則「每日成本分擔費率」可能適用，您必須支付共付額。

*[若計劃不使用級別，請刪除]***成本分擔級別** — 承保藥物清單上的每一種藥物屬於 *[插入級別的數目]* 種成本分擔級別中的一種。在一般情況下，成本分擔的級別越高，您的藥費就越高。

**承保範圍決定** —您的處方藥物是否由計劃承保以及您需為處方支付多少金額（若有）之決定。一般情況下，若您將處方帶至藥房，但藥房告知您該處方不在計劃的承保範圍內，這並不是承保範圍決定。您需要致電或致函給您的計劃，要求對承保範圍做出正式決定。本手冊中，承保範圍決定也稱為「承保範圍決定」。第 7 章解釋如何要求我們做出承保範圍決定。

**承保藥物** — 該術語用來表示我們的計劃承保的所有處方藥。

**抵免處方藥承保範圍** — 處方藥承保範圍（例如僱主或工會提供）通常應該支付至少與聯邦醫療保險標準處方藥承保範圍同樣多的費用。擁有此類承保範圍的人士當符合參保聯邦醫療保險的資格後，若後來決定參保聯邦醫療保險處方藥承保範圍，一般可以繼續保有該承保範圍且無需支付罰款。

**每日成本分擔費率** — 若您的醫生為您開出了特定藥物的處方，但供給時間不足一個整月，則「每日成本分擔費率」可能適用，您必須支付共付額。每日成本分擔費率是指共付額除以當月供給天數。舉例如下：若您一個月供給的共付額是 30 美元，在您的計劃中一個月的供給為 30 天，那麼您的「每日成本分擔費率」為每天 1 美元。這意味著，抓藥時您需為每天的供給支付 1 美元。

**自付額** — 我們的計劃開始付款前，您必須為處方支付的金額。

**退保**  — 該流程用於終止您在我們計劃中的會員身份。退保可以是自願（自主選擇）或非自願（非自主選擇）。

**配藥費 —** 每次配給承保藥物時收取的費用，以支付抓藥的費用。配藥費用於補償藥劑師準備處方與包裝處方所花費的時間。

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

**承保範圍證明 (EOC) 與資訊披露** — 該文件以及您的退保表格和任何其他附件、附加條款或已選的其他可選承保範圍，用於解釋您的承保範圍、我們的必辦事項、您的權利以及會員的必辦事項。

**例外情況** — 一種承保範圍決定，若獲得批准，您將可以獲取計劃贊助者的處方藥物表中未列入的藥物（即處方藥物表例外情況），或者以更低的成本分擔級別獲取非首選藥物（即級別例外情況）。若您的計劃贊助者要求您在接受您所請求的藥物之前先嘗試其他藥物，或者計劃限制了您所請求藥物的獲取資格或劑量，您也可以請求例外情況（即處方藥物表例外情況）。

**額外補助** — 一種聯邦醫療保險計劃，旨在幫助收入或資源有限的人士支付聯邦醫療保險處方藥計劃的費用，比如保費、自付額與共同保險。

**非品牌藥** — 經食品藥品管理局批准的處方藥，與品牌藥有相同的有效成份。一般而言，「非品牌」藥的藥效與品牌藥一樣，而且通常更便宜。

**申訴** — 您可以對我們或我們的網絡藥房提起的一種投訴，包括針對護理的質量提起的投訴。這類投訴不涉及承保範圍或付款爭議。

**收入相關的每月調整金額 (IRMAA)** — 若您的收入超過特定的限度，除了計劃保費外，您還需支付與收入相關的每月調整金額。例如，收入超過 *[插入金額]* 美元的單身人士以及收入超過 *[插入金額]* 美元的已婚人士必須支付更高的聯邦醫療保險 B 部分（醫療保險）與聯邦醫療保險處方藥承保範圍保費。這筆額外的金額稱為收入相關的每月調整金額。加入聯邦醫療保險的人中，受此影響的人數不到 5%，所以大多數人無需支付更高的保費。

**最初承保範圍限制** — 最初承保範圍階段的最大承保範圍限制。

**最初承保範圍階段** — 指您年內的[*適用時插入：*總藥費（包括您自己支付以及計劃替您支付的金額）*或*自付費用]達到[*適用時插入︰[插入 2017 年最初承保範圍限制]或[插入 2017 年自付額閾值]*]時的階段。

**最初參保期 —** 您首次符合聯邦醫療保險參保資格時可以報名參加聯邦醫療保險 A 部分與 B 部分的時間期限。例如，若您年滿 65 歲時符合聯邦醫療保險的參保資格，則您的最初參保期為 7 個月，從年滿 65 歲前的 3 個月起算，包括滿 65 歲的那個月在內，於年滿 65 歲後的 3 個月後截止。

**延期參保罰款** — 若您未持有抵免保險（該承保範圍通常至少應該支付與標準聯邦醫療保險處方藥承保範圍同樣多的費用）持續 63 天或以上，這筆金額將計入您的聯邦醫療保險藥物承保範圍的每月保費之中。只要您擁有聯邦醫療保險藥物計劃，您就必須支付這筆罰款。但也有一些例外情況。例如，若您正在接受聯邦醫療保險的「額外補助」，即您獲得了處方藥計劃費用的支付幫助，則您無需支付延期參保罰款。若您獲得「額外補助」，則您無需支付延期參保罰款。

**承保藥物清單（處方藥物表或「藥物清單」）** — 計劃承保的處方藥清單。清單上的藥物由計劃在醫生與藥劑師的幫助下選出。清單中包括品牌藥與非品牌藥。

**低收入補貼 (LIS)** — 參見「額外補助」。

**州醫療補助（或者州聯邦醫療保險補助） —** 聯邦與州的聯合計劃，為部分低收入及資源有限的人士提供幫助。各個州的州醫療補助計劃會有所不同，但是若您既符合聯邦醫療保險的參保資格又符合州醫療補助的參保資格，則大多數衛生保健費用都會獲得承保。請參見第 2 章第 6 節，瞭解如何聯絡您所在州的州醫療補助。

**醫學上接受的適應症** **—** 經食品藥品管理局批准或獲得了特定參考書籍支持的藥物用法。參閱第 3 章第 3 節，詳細瞭解醫學上接受的適應症。

**聯邦醫療保險** — 聯邦政府推行的健康保險計劃，面向年滿 65 歲的人士、部分未滿 65 歲的特定殘障人士以及末期腎病（一般為需要透析或腎移植的永久性腎衰竭）患者。加入了聯邦醫療保險的人士可以透過原有聯邦醫療保險[*若您所在的服務區域設有成本計劃，請插入：*聯邦醫療保險成本計劃][*若您所在的州設有 PACE 計劃，請插入：*PACE 計劃]或者聯邦醫療保險優勢計劃獲取自己的聯邦醫療保險健康承保範圍。

**聯邦醫療保險優勢 (MA) 計劃** — 有時稱為聯邦醫療保險 C 部分。該計劃由與聯邦醫療保險有合約的私營公司提供，可為您提供您所有的聯邦醫療保險 A 部分與 B 部分福利。聯邦醫療保險優勢計劃可以是 HMO、PPO、私人付費服務 (PFFS) 計劃或聯邦醫療保險醫療儲蓄賬戶 (MSA) 計劃。如果您參保聯邦醫療保險優勢計劃，聯邦醫療保險服務會透過該計劃獲得承保，而不是透過原有的聯邦醫療保險獲得支付。多數情況下，聯邦醫療保險優勢計劃還提供聯邦醫療保險 D 部分（處方藥承保範圍）。這些計劃稱為**含處方藥承保範圍的聯邦醫療保險優勢計劃。**擁有聯邦醫療保險 A 部分與 B 部分的每個人均符合加入其所在區域任何聯邦醫療保險健康計劃的資格，末期腎病患者除外（除非特定的例外情況適用）。

[*若您是聯邦醫療保險成本計劃或您所在的服務區域設有該計劃，請插入成本計劃的定義：***聯邦醫療保險成本計劃** – 聯邦醫療保險成本計劃是一種由健康維護組織 (HMO) 或者競爭性醫療計劃 (CMP) 根據成本償付合同運營的計劃，該合同依據法案第 1876(h) 節訂立。]

**聯邦醫療保險承保範圍缺口折扣計劃** — 該計劃面向達到承保範圍製品階段但未接受「額外補助」的 D 部分參保人，為大部分承保的 D 品牌藥提供折扣。折扣幅度依據聯邦政府與特定藥物製造商之間簽訂的協議。因此，大部分（但非全部）品牌藥都享有折扣。

**聯邦醫療保險承保的服務** — 由聯邦醫療保險 A 部分與 B 部分承保的服務。

**聯邦醫療保險健康計劃** — 由私營公司提供的聯邦醫療保險健康計劃，該私營公司與聯邦醫療保險簽訂了合同，為參保了聯邦醫療保險並加入了該計劃的人士提供 A 部分與 B 部分福利。該術語包括所有聯邦醫療保險優勢計劃、聯邦醫療保險成本計劃、示範/試點方案以及老人全面護理計劃 (PACE)。

**聯邦醫療保險處方藥承保範圍（聯邦醫療保險 D 部分）** — 幫助為聯邦醫療保險 A 部分與 B 部分未承保的門診處方藥、疫苗、生物製品以及部分用品付款的計劃。

**「差額保險」（聯邦醫療保險補充保險）政策** — 私營保險公司出售的聯邦醫療保險補充保險，以填補原有的聯邦醫療保險的「缺口」。差額保險政策僅可用於原有的聯邦醫療保險。（聯邦醫療保險優勢計劃不是差額保險政策。）

**會員（我們的計劃的會員或者「計劃會員」）** — 加入了聯邦醫療保險的個人，符合獲取承保服務的資格，參保了我們的計劃，且其參保經過了聯邦醫療保險和州醫療補助服務中心 (CMS) 的確認。

**會員服務部** — 我們計劃內的一個部門，負責回答您針對會員身份、福利、申訴及上訴提出的問題。請參見第 2 章，瞭解如何聯絡會員服務部。

**網絡藥房** —網絡藥房是指我們計劃的會員可以獲取處方藥福利的藥房。我們稱其為「網絡藥房」是因為他們與我們的計劃簽訂了合同。多數情況下，在我們的網絡藥房所抓的處方藥才會獲得承保。

**原有的聯邦醫療保險**（「傳統聯邦醫療保險」或「付費服務」聯邦醫療保險）— 原有聯邦醫療保險由政府提供，不是諸如聯邦醫療保險優勢計劃與處方藥計劃那樣的私營健康計劃。根據原有聯邦醫療保險，承保聯邦醫療保險服務的方式為向醫生、醫院及其他衛生保險醫療服務提供者支付國會設定的金額。您可以向任何接受聯邦醫療保險的醫生、醫院或其他衛生保險醫療服務提供者求診。您必須支付自付額。聯邦醫療保險將支付聯邦醫療保險批准的金額中應由其承擔的部分，您則支付應由您承擔的部分。原有的聯邦醫療保險分為兩部分：A 部分（醫院保險）與 B 部分（醫療保險），美國全境適用。

**網絡外藥房 —** 並未與我們的計劃簽訂合同以便向我們計劃的會員協調或提供承保藥物的藥房。如本《承保範圍證明》所述，除非特定條件適用，否則我們不會承保您在網絡外藥房獲取的大部分藥物。

**自付費用** — 參見上方「成本分擔」的定義。會員的成本分擔要求，即為已接受的藥物支付一部分費用，也稱為會員的「自付額」費用要求。

[*若所在州設有 PACE 計劃，請插入 PACE 計劃的定義：***PACE 計劃** – PACE 計劃（老人全面護理計劃）包含醫療、社會與長期護理 (LTC) 服務，面向體弱的人士，幫助人們保持獨立並儘量居住於自己的社區（從而無需搬入養老院），同時獲取優質的必要護理。加入了 PACE 計劃的人士可以透過該計劃接受自己的聯邦醫療保險與州醫療補助福利。][*PACE 的可用性有變數時，全國性或多州計劃插入：*並非所有州都提供 PACE。若想知道您所在州是否提供 PACE，請聯絡我們計劃的會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。]]

**C 部分 — 請參見「聯邦醫療保險優勢 (MA) 計劃」。**

**D** **部分** — 自願的聯邦醫療保險處方藥福利計劃。（為了方便指稱，我們將處方藥福利計劃稱為 D 部分。）

**D 部分藥物** — 可於 D 部分承保的藥物。我們可能會也可能不會提供所有的 D 部分藥物。（請參見您的處方藥物表查看詳細的承保藥物清單。）國會排除了特定類型的藥物，即這些藥物不會做為 D 部分藥物獲得承保。

[*除了提供標準成本分擔的藥房之外，若 D 部分計劃含有提供首選成本分擔的藥房，請加入該定義：*

**首選成本分擔** – 首選成本分擔意味著在特定網絡藥房購買特定的 D 部分承保藥物時需支付的成本分擔費用更低。]

**保費** — 向聯邦醫療保險、保險公司或衛生保健計劃定期支付的費用，以獲取健康或處方藥承保範圍。

**事先授權** — 事先徵得獲取服務或特定藥物的批准，該服務或藥物可能在也可能不在我們的處方藥物表之中。*[若任何藥物無需事先授權，計劃可以刪除相應的句段。]*某些藥物僅於您的醫生或其他網絡醫療服務提供者獲得我們的「事先授權」之後方可獲得承保。需要事先授權的承保藥物在處方藥物表中進行了標註。

**質量改進組織 (QIO)** — 一個由執業醫生與其他衛生保健專家組成的團體，聯邦政府負責這些人員的費用，旨在檢查與改善聯邦醫療保險患者所接受的護理。請參見第 2 章第 4 節，瞭解如何聯絡您所在州的質量改進組織。

**藥量限制** — 一種管理工具，用於限制所選藥物的使用，以管理質量、安全或使用理由。該類限制可能會針對每個處方中我們所承保的藥量或者限定時間段。

**服務區域** — 處方藥計劃針對居住地限制入會資格時那些接受會員的地理區域。若您永久搬離計劃的服務區域，您將被退出計劃。

**特別參保期 —** 在此期間，會員可以更改自己的健康或藥物計劃，或者回到原有的聯邦醫療保險。遇到下列情況時，您有資格使用特別參保期：搬離服務區域、您正在接受處方藥費「額外補助」、搬入養老院或我們違反了與您簽訂的合同。

[*除了提供標準成本分擔的藥房之外，若 D 部分計劃含有提供首選成本分擔的藥房，請加入該定義：*

**標準成本分擔***–* 標準成本分擔是除了首選成本分擔之外的另一種成本分擔，由網絡藥房提供。]

**階梯療法** — 一種應用工具，我們承保您的醫生起初開出的藥物之前，要求您先嘗試其他藥物來治療您的疾病。

**社會安全生活補助金 (SSI)** — 社會安全署每月向收入與資源有限的殘障人士、盲人或年滿 65 歲的人士支付的福利。SSI 福利不同於社會安全署福利。

*[這是 EOC 的背面。計劃可以添加標誌和/或圖片，但這些元素必須做到方便會員查找以及閱讀計劃聯絡資訊。]*

*[插入 2017 年計劃名稱]*會員服務部

| 方法 | 會員服務部 — 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[插入電話號碼]*  該號碼為免費電話。*[插入服務日期與時間，包括有關其他技術的使用資訊。]*  會員服務部亦可為非英語人士提供免費的語言翻譯服務。 |
| **聽覺及語言有障 (TTY) 人士** | *[插入號碼]*  [*若計劃使用直撥 TTY 號碼，請插入：*撥打該號碼需使用特殊的電話設備，僅適用於聽覺或語言有障人士。]  該號碼 [*適用時插入：不*] 是免費電話。*[插入服務日期與時間。]* |
| **傳真** | *[可選：*插入傳真號碼*]* |
| **致函** | *[插入地址]*  *[****注意：****計劃可以於此處添加電子郵件地址。]* |
| **網站** | *[插入網址]* |

*[插入該州的 SHIP 名稱]*[*若 SHIP 的名稱中未包含該州的名稱，請添加：*（*[插入州名]* SHIP）]

*[插入該州的 SHIP 名稱]*一個由聯邦政府資助的州政府項目，為享受聯邦醫療保險的人士提供免費的本地健康保險諮詢服務。

*[含多州 EOC 的計劃請修改標題與上個句段，使用「州健康保險補助計劃」(SHIP)、省略表格並指出含 SHIP 資訊的附表或 EOC 小節。]*

| 方法 | 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[插入電話號碼]* |
| **聽覺及語言有障 (TTY) 人士** | *[適用時請插入號碼。或者刪除該列。]*  [*若該 SHIP 使用直撥 TTY 號碼，請插入：* 撥打該號碼需使用特殊的電話設備，僅適用於聽覺或語言有障人士。] |
| **致函** | *[插入地址]* |
| **網站** | *[插入網址]* |