**[PDP models]  
[2018 ANOC model]**

***[insert Part D sponsor name] 的 [Insert 2018 plan name]  
 （[insert plan type]）***

# 2018 年度更改通知

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

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

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

現在應該做什麼

1. **詢問：哪些更改適用於您**

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

1. **對比：**瞭解其他計劃選項

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

1. **選擇：確定是否**要更改您的計劃

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

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

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

其他資源

* *[Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* 本文件免費提供 *[insert languages that meet the 5% threshold]* 版本。
* 如需更多資訊，請致電會員服務部，電話號碼是 *[insert phone number]*。（聽障和語障人士應致電 *[insert TTY number]*。）服務時間為 *[insert days and hours of operation]*。]
* *[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., Braille, large print, audio tapes) as applicable.]*

關於 *[insert 2018 plan name]*

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

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

2018 年重要費用概述

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

| 費用 | 2017（今年） | 2018（明年） |
| --- | --- | --- |
| 月繳計劃保費\*  \* 您的保費可能高於或低於此金額。請參見第 *[edit section number as needed]* 2.1 節瞭解詳情。 | *[Insert 2017 premium amount]* | *[Insert 2018 premium amount]* |
| D 部分處方藥保險  （請參見第 *[edit section number as needed]* 2.3 節瞭解詳情。） | 自付扣除金：*[Insert 2017 deductible amount]*  *[Copayment/Coinsurance as applicable]* 於初始承保階段：   * 第 1 級藥物：*[Insert 2017 cost-sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* | 自付扣除金：*[Insert 2018 deductible amount]*  *[Copayment/Coinsurance as applicable]* 於初始承保階段：   * 第 1 級藥物：*[Insert 2018 cost-sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* |

***2018 年度更改通知*** **目錄**

*[Update table below after completing edits.]*

[2018 年重要費用概述 1](#_Toc486326535)

[第 1 節 我們正在更改計劃的名稱 3](#_Toc486326536)

[第 1 節 除非您選擇其他計劃，否則您將在 2018 年自動參保 *[insert 2018 plan name]* 3](#_Toc486326537)

[第 2 節 明年的福利與費用變化 4](#_Toc486326538)

[第 2.1 節 － 月繳保費的變化 4](#_Toc486326539)

[第 2.2 節 － 藥房網絡的變化 4](#_Toc486326540)

[第 2.3 節 － D 部分處方藥保險的變化 5](#_Toc486326541)

[第 3 節 管理變更 11](#_Toc486326542)

[第 4 節 決定選擇哪個計劃 12](#_Toc486326543)

[第 4.1 節 － 如果您希望繼續留在計劃中 *[insert 2018 plan name]* 12](#_Toc486326544)

[第 4.2 節 － 如果您希望更改計劃 12](#_Toc486326545)

[第 5 節 更改計劃的截止期限 13](#_Toc486326546)

[第 6 節 提供 Medicare 免費諮詢的計劃 13](#_Toc486326547)

[第 7 節 幫助支付處方藥費用的計劃 14](#_Toc486326548)

[第 8 節 您有任何問題？ 15](#_Toc486326549)

[第 8.1 節 － 從以下計劃獲取幫助 *[insert 2018 plan name]* 15](#_Toc486326550)

[第 8.2 節 － 從 Medicare 獲取幫助 15](#_Toc486326551)

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

第 1 節 我們正在更改計劃的名稱

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

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

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

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

*[If the beneficiary is being enrolled into another plan due to a consolidation, include Section 1, using the section title above and the text below. It is additionally expected that, as applicable throughout the ANOC, every plan/sponsor that crosswalks a member from a non-renewed plan to a consolidated renewal plan will compare benefits and costs, including cost-sharing for drug tiers, from that enrollee’s previous plan to the consolidated plan.]*

2018 年 1 月 1 日，*[insert Part D sponsor name]* 將把 *[insert 2017 plan name]* 與我們旗下的一個計劃 *[insert 2018 plan name]* 進行合併。

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

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

第 2 節 明年的福利與費用變化

### 第 2.1 節 － 月繳保費的變化

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

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

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

### 第 2.2 節 － 藥房網絡的變化

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

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

*或*

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

### 第 2.3 節 － D 部分處方藥保險的變化

#### 我們藥物清單的變化

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

[*Plans with no changes to covered drugs, tier assignment, or restrictions may replace the rest of this section with:* 我們尚未對下一年的藥物清單作任何變更。2018 年，我們的藥物清單中包含的藥物與 2017 年相同。但是，在獲得 Medicare 的批准或某種藥物被 FDA 或藥品製造商撤出市場的情況下，我們仍可在全年內隨時變更藥物清單。]

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

如果您因藥物承保範圍的變更而受到影響，您可以：

* **與您的醫生（或其他處方醫生）合作，要求計劃作出例外處理**以承保該藥物。*[Plans may omit the following sentence if they do not have an advance transition process for current members.]* **我們鼓勵現有會員**於明年之前提出例外處理申請。
  + 有關如何提出例外處理請求的詳情，請參閱*承保範圍說明書*第 7 章（*遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴））*，或致電會員服務部。
* **諮詢您的醫生（或其他處方醫師）以找到我們承保的另一種藥物**。您可以致電會員服務部，索要一份可治療相同病症的承保藥物清單。

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

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

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

#### 處方藥費用的變化

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

有四個「藥物付款階段」。您要為 D 部分藥物支付多少費用取決於您處於哪個藥物付款階段。（您可參閱*「承保範圍說明書」*第 4 章第 2 節，瞭解有關各階段的更多資訊。）

以下資訊顯示了明年前兩個階段的變化 － 年度自付扣除金階段和初始承保階段。  
（多數會員不會達到其他兩個階段 － 承保缺口階段或災難承保階段。請參見  
 [*insert as applicable:* 隨附 *OR* 附帶] 的*承保範圍說明書*第 4 章第 6 節和第 7 節瞭解有關這些階段的費用的 資訊。）

自付扣除金階段的變化

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

**初始承保階段的分攤費用變化**

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

如需瞭解定額手續費及共同保險如何運作，請參見*承保範圍說明書*第 4 章第 1.2 節「*您為承保藥物支付的自付費用類型*」。

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

| 階段 | 2017（今年） | 2018（明年） |
| --- | --- | --- |
| 第 2 階段：初始承保階段  *[Plans with no deductible delete the first sentence.]* 您在支付年度自付扣除金後，就將進入初始承保階段。在此階段期間，本計劃將支付其應承擔的藥物費用，而**您也將支付您應承擔的費用**。*[Plans that are changing the cost-sharing from a copayment to coinsurance or vice versa from 2017 to 2018 insert for each applicable tier：*「在 2017 年，您需為 *[insert tier name]* 的藥物支付 [*insert as appropriate*「$[*xx*] 定額手續費」<*or>*「[*xx*]% 的共同保險」]。在 2018 年，您需為此等級藥物支付 [*insert as appropriate*「$[*xx*] 定額手續費」<*or>*「[*xx*]% 共同保險」]。] | 在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取一個月 *[plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2017 to 2018 insert*「（[*xx*] 天）」*而非*「一個月」] 藥物份量的費用：  ***[Insert name of Tier 1]*:**  您支付 [*insert as applicable:* 每份處方 $*[xx]* *或*總費用的 *[xx]*%。]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  您支付 [*insert as applicable:* 每份處方 $*[xx]* *或*總費用的 *[xx]*%。]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  一旦 [*insert as applicable:* 您的總藥費達到 $*[insert 2017 initial coverage limit]，*您將進入下一個階段（承保缺口階段）。*OR* 如果您為 D 部分藥物已支付了 $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* 的自付費用， 您將進入下一個階段（災難承保階段）。] | 在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取一個月*[plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2017 to 2018 insert*「（[*xx*] 天）」*而非*「一個月」] 藥物份量的費用：  ***[Insert name of Tier 1]*:**  您支付 [*insert as applicable:* 每份處方 $*[xx]* *或*總費用的 *[xx]*%。]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  您支付[*insert as applicable:* 每份處方 $*[xx]* *或*總費用的 *[xx]*%。]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  一旦 [*insert as applicable:* 您的總藥費達到 $*[insert 2018 initial coverage limit]，*您將進入下一個階段（承保缺口階段）。*OR* 如果您為 D 部分藥物已支付了 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* 的自付費用，您將進入下一個階段（災難承保階段）。] |
| 第 2 階段：初始承保階段（續）  此欄所列費用是您在提供標準分攤費用的網絡內藥房配取一個月（*[insert number of days in a one-month supply]*天）藥物份量的費用。*[Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2017 to 2018 insert “*如表中所示，從 2017 年到 2018 年，一個月供藥中的天數已經發生變化。*]* 有關 [*insert as applicable:* 提供首選分攤費用的網絡內藥房的長期供藥或郵購處方藥] 費用的詳情，請參閱*承保範圍說明書*第 4 章第 5 節。  [*Insert if applicable:* 我們變更了藥物清單中某些藥物的等級。若想瞭解您的藥物是否被劃分為其他等級，請查閱藥物清單。] |  |  |

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

| 階段 | 2017（今年） | 2018（明年） |
| --- | --- | --- |
| 第 2 階段：初始承保階段  *[Plans with no deductible delete the first sentence.]* 您在支付年度自付扣除金後，就將進入初始承保階段。在此階段期間，本計劃將支付其應承擔的藥物費用，而**您也將支付您應承擔的費用。***[Plans that are changing the cost-sharing from a copayment to coinsurance or vice versa from 2017 to 2018 insert for each applicable tier* 「在 2017 年，您需為此等級藥物支付[*insert as appropriate*「$[*xx*] 定額手續費」<*or>*「[*xx*]% 共同保險」]。在 2018 年，您需為此等級藥物支付[*insert as appropriate*「$[*xx*] 定額手續費」<*or>*「[*xx*]% 共同保險」]*。*  此欄所列費用是您在網絡內藥房配取一個月（*[insert number of days in a one-month supply]*天）藥物份量的費用。*[Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2017 to 2018 insert “*如表中所示，從 2017 年到 2018 年，一個月供藥中的天數已經發生變化。*]* 有關[*insert as applicable:* 長期供藥或郵購處方藥]費用的詳情，請參閱*承保範圍說明書*第 4 章第 5 節。 | 網絡內藥房提供一個月*[Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2017 to 2018 insert*「（[*xx*] 天）」*而非*「一個月」] 藥物份量的費用：  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *標準分攤費用：*您支付[*insert as applicable:* 每份處方 $*[xx]* *OR* 總費用的 *[xx]*%]。  *首選分攤費用：*您支付[*insert as applicable:* 每份處方 $*[xx]* *OR* 總費用的 *[xx]*%]。  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *標準分攤費用：*您支付[*insert as applicable:* 每份處方 $*[xx]* *OR* 總費用的 *[xx]*%]。  *首選分攤費用：*您支付[*insert as applicable:* 每份處方 $*[xx]* *OR* 總費用的 *[xx]*%]。  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  一旦 [*insert as applicable:* 您的總藥費達到 $*[insert 2017 initial coverage limit]，*您將進入下一個階段（承保缺口階段）。*OR* 如果您為 D 部分藥物已支付了 $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* 的自付費用，您將進入下一個階段（災難承保階段）。] | 網絡內藥房提供一個月*[Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2017 to 2018 insert*「（[*xx*] 天）」*而非*「一個月」] 藥物份量的費用：  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *標準分攤費用：*您支付[*insert as applicable:* 每份處方 $*[xx]* *OR* 總費用的 *[xx]*%]。  *首選分攤費用：*您支付[*insert as applicable:* 每份處方 $*[xx]* *OR* 總費用的 *[xx]*%]。  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *標準分攤費用：*您支付[*insert as applicable:* 每份處方 $*[xx]* *OR* 總費用的 *[xx]*%]。  *首選分攤費用：*您支付[*insert as applicable:* 每份處方 $*[xx]* *OR* 總費用的 *[xx]*%]。  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  一旦 [*insert as applicable:* 您的總藥費達到 $*[insert 2018 initial coverage limit]，*您將進入下一個階段（承保缺口階段）。*OR* 如果您為 D 部分藥物已支付了 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* 的自付費用，您將進入下一個階段（災難承保階段）。] |
| 第 2 階段：初始承保階段（續）  [*Insert if applicable:* 我們變更了藥物清單中某些藥物的等級。若想瞭解您的藥物是否被劃分為其他等級，請查閱藥物清單。] |  |  |

承保缺口和災難承保階段的變化

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

請參見*承保範圍說明書*第 4 章第 6 和 7 節，瞭解有關這些階段的費用的資訊。

第 3 節 管理變更

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

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

第 4 節 決定選擇哪個計劃

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

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

### 第 4.2 節 － 如果您希望更改計劃

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

第 1 步：瞭解和比較您的可選方案

* 您可以加入其他 Medicare 處方藥計劃，
* *－ 或者* － 您可以轉至 Medicare 保健計劃。某些 Medicare 保健計劃還包括 D 部分處方藥保險，
* *－ OR* － 您可以保留當前的 Medicare 健康保險並退出您的 Medicare 處方藥保險。

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

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

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

第 2 步：更改您的保險

* 若要改為**其他 Medicare 處方藥計劃**，請參保新的計劃。您將自動退出 *[insert 2018 plan name]*。
* 若要**改為 Medicare 保健計劃**，請參保新的計劃。根據您選擇的計劃類型，您可能會從 *[insert 2018 plan name]* 自動退保。
  + 如果您加入包含 D 部分處方藥保險的任何 Medicare 保健計劃，您將自動從 *[insert 2018 plan name]* 退保。如果您加入 Medicare HMO 或 Medicare PPO，即使該計劃不包含處方藥保險，您也會自動退保。
  + 如果您選擇不含 D 部分藥物保險的 Private Fee-for-Service Plan、Medicare Medical Savings Account Plan 或 Medicare Cost Plan，您可以加入該項新計劃並保留 *[insert 2018 plan name]* 作為您的藥物保險。加入這些計劃的其中一種不會使您從 *[insert 2018 plan name]* 中自動退保*。*如果您計劃加入這種計劃，並且想退出我們的計劃，您必須要求從 *[insert 2018 plan name]* 退保。如要退出，您必須向我們寄送書面申請或隨時致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（聽障和語障人士可致電 1-877-486-2048）。
* 若要**改為不帶處方藥計劃的 Original Medicare**，您必須：
  + 向我們寄送書面退保請求。如果您需要如何請求的詳細資訊，請聯絡會員服務部（電話號碼列於本手冊的第 *[edit section number as needed]* 8.1 節）。
  + *－ 或者 －* 您可隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare**，要求退保。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。

第 5 節 更改計劃的截止期限

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

本年內是否有其他時間允許變更計劃？

在某些情況下，也可以在本年內的其他時間變更計劃。例如，允許在藥物方面獲得「額外補助」、擁有或正在退出僱主保險以及搬離服務區域的 Medicaid 受保人在一年中其他時間進行更改。如需更多資訊，請參見*承保範圍說明書*的第 8 章第 2.2 節。

第 6 節 提供 Medicare 免費諮詢的計劃

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

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

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

第 7 節 幫助支付處方藥費用的計劃

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

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

第 8 節 您有任何問題？

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

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

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

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

瀏覽我們的網站

您還可以瀏覽我們的網站 *[insert URL]*。在此提醒您，我們的網站提供關於我們藥房網絡的最新資訊（藥房目錄）以及我們承保藥物的清單（處方藥一覽表/藥物清單）。

### 第 8.2 節 － 從 Medicare 獲取幫助

要直接從 Medicare 獲取資訊：

致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

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

瀏覽 Medicare 網站

您可瀏覽 Medicare 網站 ([https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/))。其中包含關於費用、承保範圍和品質評級的資訊，可以幫助您比較各個 Medicare 處方藥計劃。您可透過使用 Medicare 網站上的 Medicare 計劃搜尋器找到有關您所在區域提供的計劃的資訊。（要查看有關計劃的資訊，請造訪 [https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/) 然後按一下「Review and Compare Your Coverage Options」（檢閱並比較您的保險選項）。）

閱讀*「2018 年 Medicare 與您」*

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

**[2018 EOC model]**

**2018 年 1 月 1 日 － 12 月 31 日**

# 承保範圍說明書：

**作為以下計劃的會員，您的 Medicare 處方藥保險：*[insert 2018 plan name][insert plan type]***

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

本手冊為您詳細介紹了 2018 年 1 月 1 日至 12 月 31 日您的 Medicare 處方藥保險。它說明了獲得您需要的處方藥承保的方法。**本文件是是重要的法律文件。請妥善保管。**

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

*[Insert Federal contracting statement.]*

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

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

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

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

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

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

**2018 年承保範圍說明書**

**目錄**

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

第 1 章. 會員入門 4

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

第 2 章. 重要的電話號碼和資源 23

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

第 3 章. 使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保 40

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

第 4 章. 對於 D 部分處方藥您須支付的費用 65

介紹藥物承保的 *[insert number of stages]* 個階段（*[delete any stages that are not applicable]自付扣除金階段*、*初始承保階段*、*承保缺口階段*、*災難承保階段*），以及這些階段如何影響您應支付的藥物費用。*[Plans without drug tiers, delete the following sentence.]* 說明您 D 部分藥物的*[insert number of tiers]*種分攤費用等級，介紹對於各種分攤費用等級，您分別應支付多少藥物費用。

第 5 章. 要求我們支付我們對您的承保藥物應承擔的費用 87

說明當您想要求我們就您的承保藥物對您償付我們應承擔的費用時，應於何時以及如何將賬單寄給我們。

第 6 章. 您的權利與責任 93

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

第 7 章. 遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴） 103

介紹作為本計劃會員，當您遇到問題或有所顧慮時，您應進行的  
步驟。

* 說明當在取得您認為由我們計劃承保的處方藥時遇到困難，應如何要求承保範圍裁決和上訴。這包含要求我們對您的保險作出規則和/或額外限制之外的例外處理。
* 介紹如何對護理品質、等待時間、顧客服務及其他事宜提出  
  投訴。

第 8 章. 終止計劃會員資格 126

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

第 9 章. 法律通知 135

包含了關於管轄法律和非歧視的通知。

第 10 章. 重要辭彙的定義 138

說明本手冊中使用的關鍵術語。

第 1 章

會員入門

## 第 1 章. 會員入門

[第 1 節 簡介 6](#_Toc486251276)

[第 1.1 節 您已註冊了 *[insert 2018 plan name]*，這是一項 Medicare 處方藥計劃 6](#_Toc486251277)

[第 1.2 節 *承保範圍說明書*手冊包括哪些內容？ 6](#_Toc486251278)

[第 1.3 節 關於*承保範圍說明書*的法律資訊 6](#_Toc486251279)

[第 2 節 要成為計劃會員需要具備哪些條件？ 7](#_Toc486251280)

[第 2.1 節 符合條件的要求 7](#_Toc486251281)

[第 2.2 節 什麼是 Medicare A 部分和 Medicare B 部分計劃？ 7](#_Toc486251282)

[第 2.3 節 以下是 *[insert 2018 plan name]* 的服務區域 8](#_Toc486251283)

[第 2.4 節 美國公民或合法居留身份 8](#_Toc486251284)

[第 3 節 您還將從我們這裡拿到哪些材料？ 8](#_Toc486251285)

[第 3.1 節 您的計劃會員卡 － 用於獲得所有承保的處方藥 8](#_Toc486251286)

[第 3.2 節 *藥房目錄*：網絡內藥房指引材料 9](#_Toc486251287)

[第 3.3 節 計劃的*承保藥物清單（處方藥一覽表）* 10](#_Toc486251288)

[第 3.4 節 *D 部分福利說明*（「D 部分 EOB」）：您 D 部分處方藥付款的摘要報告 10](#_Toc486251289)

[第 4 節 您的 *[insert 2018 plan name]* 的月繳保費 11](#_Toc486251290)

[第 4.1 節 您的計劃保費是多少？ 11](#_Toc486251291)

[第 5 節 您是否需要支付 D 部分「逾期參保罰金」？ 12](#_Toc486251292)

[第 5.1 節 什麼是 D 部分「逾期參保罰金」？ 12](#_Toc486251293)

[第 5.2 節 D 部分逾期參保罰金的金額是多少？ 12](#_Toc486251294)

[第 5.3 節 在某些情況下，您可以延後加入，且無須支付罰款 13](#_Toc486251295)

[第 5.4 節 如果您不同意您的 D 部分逾期參保罰金，該如何處理？ 14](#_Toc486251296)

[第 6 節 您是否因為收入而須支付額外的 D 部分金額？ 14](#_Toc486251297)

[第 6.1 節 什麼情況下會因為收入而須支付額外的 D 部分金額？ 14](#_Toc486251298)

[第 6.2 節 D 部分額外金額是多少？ 15](#_Toc486251299)

[第 6.3 節 如果您不同意支付額外的 D 部分金額，該如何處理？ 15](#_Toc486251300)

[第 6.4 節 如果您未支付額外 D 部分金額，將會如何？ 16](#_Toc486251301)

[第 7 節 關於月繳保費的更多資訊 16](#_Toc486251302)

[第 7.1 節 您可以使用多種方式支付計劃保費 17](#_Toc486251303)

[第 7.3 節 我們能否在一年中更改您的計劃月費？ 18](#_Toc486251304)

[第 8 節 請及時更新您的計劃會員記錄 19](#_Toc486251305)

[第 8.1 節 如何幫助確保我們所具有的關於您的資訊是準確的 19](#_Toc486251306)

[第 9 節 我們為您的個人健康資訊保密 20](#_Toc486251307)

[第 9.1 節 我們確保您的健康資訊會受到保護 20](#_Toc486251308)

[第 10 節 其他保險如何與我們的計劃配合運作 20](#_Toc486251309)

[第 10.1 節 當您有其他保險時，哪項計劃先支付？ 20](#_Toc486251310)

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 節 您已註冊了 *[insert 2018 plan name]*，這是一項 Medicare 處方藥計劃

您已由 Original Medicare 承保您的醫療保險，並且已選擇透過我們的計劃 *[insert 2018 plan name]* 獲得 Medicare 處方藥保險。

Medicare 計劃有三種不同的類型。*[Insert 2018 plan name]* 是一種 Medicare 處方藥計劃 (PDP)。像所有 Medicare 計劃一樣，本 Medicare 處方藥計劃經 Medicare 認可並由私營公司運營。

#### 第 1.2 節 *承保範圍說明書*手冊包括哪些內容？

本*承保範圍說明書*手冊向您介紹如何透過我們的計劃獲取您的 Medicare 處方藥保險。該手冊說明了您的權利與義務、承保範圍以及作為計劃會員您應支付的費用。

詞語「承保範圍」和「承保藥物」是指您作為 *[insert 2018 plan name]* 會員可以獲得的處方藥承保。

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

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

#### 第 1.3 節 關於*承保範圍說明書*的法律資訊

它是與您簽署的合約的一部分

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

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

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

Medicare 每年必須批准我們的計劃

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

### 第 2 節 要成為計劃會員需要具備哪些條件？

#### 第 2.1 節 符合條件的要求

*只要您符合以下條件，就可以成為我們計劃的會員：*

* 您加入了 Medicare A 部分或 Medicare B 部分（或您同時加入兩者）（第 2.2 節介紹了 Medicare A 部分和 Medicare B 部分的相關資訊）
* － *並且* － 您是美國公民或在美國合法居留
* *－ 並且 －* 居住於我們的地理服務區域（下面的第 2.3 節介紹了我們的服務區域）[*Plans with grandfathered members who were outside of area prior to January 1999, insert:* 如果您從 1999 年 1 月以前至今一直是我們計劃的會員，且您在 1999 年 1 月之前居住在我們的服務區域之外，只要您從 1999 年 1 月以前至今未搬遷，您仍具備資格。]

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

如上文第 1.1 節所述，您已選擇透過我們的計劃獲取處方藥保險（有時稱為 Medicare D 部分）。我們的計劃與 Medicare 簽有合約，為您提供最多的此類 Medicare 福利。我們在第 3 章介紹您在 Medicare D 部分項下可獲得的藥物保險。

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

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

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

儘管 Medicare 是聯邦政府計劃，*[insert 2018 plan name]* 僅提供給居住於我們計劃服務區域的個人。為保持我們計劃會員的身份，您必須持續居住在此服務區域內。服務區域在[*insert as appropriate:* 下面 *OR* 本 *Evidence of Coverage* 的附錄中] 進行了介紹。

[*Insert plan service area here or within an appendix. Plans may include references to territories as appropriate. Examples of the format for describing the service area are provided below：*我們的服務區域包含所有 50 個州   
我們的服務區域包含以下州：*[insert states]*]

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

如果您計劃搬離服務區域，請聯絡會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。搬家後，您將有一段特殊參保期，使您可以加入於您所在新區域提供的 Medicare 保健或藥物計劃。

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

#### 第 2.4 節 美國公民或合法居留身份

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

### 第 3 節 您還將從我們這裡拿到哪些材料？

#### 第 3.1 節 您的計劃會員卡 － 用於獲得所有承保的處方藥

作為計劃會員，當您獲取網絡內藥房的處方藥時，請務必使用我們計劃的會員卡。以下是一張會員卡樣本，用於向您展示您的卡是怎樣的：

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

請始終隨身攜帶您的會員卡，並記住於獲取承保藥物時出示。如果您的計劃會員卡損壞、丟失或被盜，請立即致電會員服務部，我們會發給您一張新卡。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）

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

#### 第 3.2 節 *藥房目錄*：網絡內藥房指引材料

什麼是「網絡內藥房」？

網絡內藥房指同意為我們的計劃會員配取承保處方藥的所有藥房。

您為什麼需要瞭解網絡內藥房？

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

*或*

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

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

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

#### 第 3.3 節 計劃的*承保藥物清單（處方藥一覽表）*

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

該藥物清單也可告知您的藥物是否有任何限制承保範圍的規則。

我們將向您寄送一份藥物清單。[*Insert if applicable:* 我們向您寄送的藥物清單上載有會員最常用的承保藥物的資訊。然而，我們還承保藥物清單上未列出的其他藥物。如果您的某種藥物不在藥物清單上，您應瀏覽我們的網站或聯絡會員服務部以確認我們是否承保此藥。] 如需取得最完整且最新的承保藥物資訊，您可以瀏覽計劃的網站 (*[insert URL]*) 或致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

#### 第 3.4 節 *D 部分福利說明*（「D 部分 EOB」）：您 D 部分處方藥付款的摘要報告

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

*D 部分福利說明*可告訴您當月您或您的代表人已花費在 D 部分處方藥的總金額，以及我們已為您每份 D 部分處方藥支付的總金額。第 4 章（*對於 D 部分處方藥您須支付的費用*）可提供您更多關於 *D 部分福利說明*與其如何協助您追蹤您藥物保險的資訊。

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

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

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

#### 第 4.1 節 您的計劃保費是多少？

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

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

在某些情況下，您的計劃保費可能更少。

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

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

在某些情況下，您的計劃保費可能更高。

在某些情況下，您的計劃保費可能比第 4.1 節中所列的金額更高。部分會員將需支付 D 部分**逾期參保罰金**，因其並未在首次符合資格時加入 Medicare 藥物計劃，或因其連續 63 天或更長時間未擁有任何「有信譽度」的處方藥保險。（一般而言，「有信譽度」是指預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 標準處方藥保險的藥物保險。）對於這些會員，D 部分逾期參保罰金將會追加到計劃月繳保費中。其保費金額將會是月繳計劃保費加上 D 部分逾期參保罰金之金額。

* 如果需要支付 D 部分逾期參保罰金，則您的罰款金額將視您加入藥物保險前等待的時間，或您符合資格後未加入藥物保險的月數而定。第 1 章第 5 節將說明 D 部分逾期參保罰金。
* 如果您有未支付的 D 部分逾期參保罰金，您可能會被迫退出計劃。

### 第 5 節 您是否需要支付 D 部分「逾期參保罰金」？

#### 第 5.1 節 什麼是 D 部分「逾期參保罰金」？

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

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

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

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

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

#### 第 5.2 節 D 部分逾期參保罰金的金額是多少？

該筆罰款的金額由 Medicare 決定。計算情況如下：

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

關於此月繳 D 部分逾期參保罰金，有以下三點重要注意事項：

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

#### 第 5.3 節 在某些情況下，您可以延後加入，且無須支付罰款

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

**如果您有以下任一情況，您將不需要支付逾期參保罰金：**

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

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

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

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

### 第 6 節 您是否因為收入而須支付額外的 D 部分金額？

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

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

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

#### 第 6.2 節 D 部分額外金額是多少？

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

下表根據收入顯示該筆額外金額。

| **如果您提交的是個人報稅表且您在** *[insert year]* **年的收入為：** | **如果您是已婚人士，但提交的是單獨報稅表且您在** *[insert year]* **年的收入為：** | **如果您提交的是合併報稅表且您在** *[insert year]* **年的收入為：** | **這是您的 D 部分額 外金額的每月費用（在您的計劃保費 之外支付）** |
| --- | --- | --- | --- |
| 等於或少於 $*[insert amount]* | 等於或少於 $*[insert amount]* | 等於或少於 $*[insert amount]* | $0 |
| 大於 $*[insert amount]* 且少於 或等於 $*[insert amount]* |  | 大於 $*[insert amount]* 且少於或等於 $*[insert amount]* | *[Insert amount]* |
| 大於 $*[insert amount]* 且少於 或等於 $*[insert amount]* |  | 大於 $*[insert amount]* 且少於或等於 $*[insert amount]* | *[Insert amount]* |
| 大於 $*[insert amount]* 且少於 或等於 $*[insert amount]* | 大於 $*[insert amount]* 且少於或等於 $*[insert amount]* | 大於 $*[insert amount]* 且少於或等於 $*[insert amount]* | *[Insert amount]* |
| 大於 $*[insert amount]* | 大於 $*[insert amount]* | 大於 $*[insert amount]* | *[Insert amount]* |

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

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

#### 第 6.4 節 如果您未支付額外 D 部分金額，將會如何？

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

### 第 7 節 關於月繳保費的更多資訊

許多會員需要支付其他 Medicare 保費

除支付月繳計劃保費之外，許多會員需要支付其他 Medicare 保費。某些計劃會員（不符合豁免 A 部分保費的人）要支付 Medicare A 部分保費，而大多數計劃會員要支付 Medicare B 部分保費。

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

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

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

#### 第 7.1 節 您可以使用多種方式支付計劃保費

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

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

選項 1：您可以透過支票支付

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

選項 2：*[Insert option type]*

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

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

選項 *[insert number]*：您可以在您的月繳社會保險支票中扣除計劃保費

您可以在您的月繳社會保險支票中扣除計劃保費。有關如何用這種方式支付月繳計劃保費的詳細資訊，請聯絡會員服務部。我們很樂意幫助您安排。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）

如果您在支付計劃保費上有困難該如何

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

您計劃保費的截止時間為 *[insert day of the month]*，應於此時間前寄到我們的辦公室。  
如果我們在 *[insert day of the month]* 之前未收到您的保費，我們將發給您一份通知，告知您，如果我們在 *[insert length of plan grace period]* 之內未收到您的保費，您的計劃會員資格將終止。

如果您按時支付保費有困難，請聯絡會員服務部，看看我們能否向您介紹對您支付計劃保費有幫助的計劃。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）

如果我們因為您未支付保費而終止了您的會員資格，您將透過 Original Medicare 獲得健康保險。

如果我們因您未支付保費而終止您的會員資格，且您目前沒有處方藥保險，那麼您可能不能獲得 D 部分保險，直至下一年您在年度參保期期間加入新的計劃。在年度參保期期間，您可加入單獨的處方藥計劃或同時提供藥物保險的保健計劃。（如果您未參加任何「有信譽度」的藥物保險達 63 天以上，只要您仍擁有 D 部分保險，您就可能需要支付 D 部分逾期參保罰金。）

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

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

#### 第 7.3 節 我們能否在一年中更改您的計劃月費？

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

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

### 第 8 節 請及時更新您的計劃會員記錄

#### 第 8.1 節 如何幫助確保我們所具有的關於您的資訊是準確的

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

您的會員記錄中包含您的參保表中的資訊，包括您的地址和電話號碼。它顯示您的具體計劃保險。

計劃網絡內的藥劑師需要關於您的正確資訊。**這些網絡內提供者使用您的會員記錄來瞭解您獲承保了哪些藥物以及分攤費用。**因此，您及時幫我們更新您的資訊非常重要。

請告知我們以下變化：

* 您的姓名、地址或電話號碼的變化
* 您的任何其他醫療或藥物保險的變化（例如您的僱主、配偶的僱主、勞工賠償或 Medicaid 提供的保險）
* 如果您有任何責任險賠付要求，例如源自車禍的賠付要求
* 如果您已進入一家療養院
* 如果您指定的責任方（例如護理者）發生了變化

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

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

請閱讀我們發送給您的有關您的任何其他保險承保的資訊

*[Plans collecting information by phone revise heading and section as needed to reflect process.]* 那是因為我們必須將您其他保險與您根據我們的計劃獲得的福利相協調。（有關在您擁有其他保險時我們的保險如何運作的詳細資訊，請參見本章第 10 節。）

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

### 第 9 節 我們為您的個人健康資訊保密

#### 第 9.1 節 我們確保您的健康資訊會受到保護

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

有關我們如何保護您的個人健康資訊的詳細資訊，請查閱本手冊第 6 章第 1.4 節。

### 第 10 節 其他保險如何與我們的計劃配合運作

#### 第 10.1 節 當您有其他保險時，哪項計劃先支付？

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

以下規則適用於僱主或工會團體保健計劃保險：

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

以下類型的保險通常先支付其相關服務的費用：

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

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

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

第 2 章

重要的電話號碼和資源

## 第 2 章. 重要的電話號碼和資源

[第 1 節 *[Insert 2018 plan name]* 聯絡方式（如何聯絡我們，包括如何聯絡計劃的會員服務部） 24](#_Toc486326682)

[第 2 節 Medicare（如何從聯邦 Medicare 計劃直接獲取幫助和資訊） 28](#_Toc486326683)

[第 3 節 州健康保險援助計劃（關於 Medicare 的問題，免費為您提供回答、資訊和幫助） 30](#_Toc486326684)

[第 4 節 品質改進機構（由 Medicare 出資，檢查 Medicare 受保人獲得的護理的品質） 31](#_Toc486326685)

[第 5 節 社會保障局 32](#_Toc486326686)

[第 6 節 Medicaid（一項聯邦與州聯合計劃，幫助某些收入和資源有限的人士支付醫療費用） 32](#_Toc486326687)

[第 7 節 與協助支付處方藥的計劃有關的資訊 34](#_Toc486326688)

[第 8 節 如何聯絡鐵路職工退休委員會 37](#_Toc486326689)

[第 9 節 您是否有「團體保險」或僱主提供的其他健康保險？ 38](#_Toc486326690)

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

**如何聯絡我們計劃的會員服務部**

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

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

*[****Note****：If your plan uses the same contact information for the Part D coverage determinations, appeals, and/or complaints, you may combine the appropriate sections below.]*

當您請求有關您的 D 部分處方藥的承保範圍裁決時，如何聯絡我們

承保範圍裁決是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您計劃包含的 D 部分福利所承保處方藥支付的金額所作出的裁決。有關請求關於您的 D 部分處方藥的承保範圍裁決的詳細資訊，請參見第 7 章（*遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴）*）。

如果您對我們的承保範圍裁決流程有疑問，可以給我們打電話。

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

當您就 D 部分處方藥進行上訴時，如何聯絡我們

上訴是指要求我們審核並更改我們已作出的承保範圍裁決的正式方式。有關就您的 D 部分處方藥進行上訴的詳細資訊，請參見第 7 章（*遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴）*）。

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

**當您就 D 部分處方藥進行投訴時，如何聯絡我們**

您可以就我們或我們的網絡內藥房之一進行投訴，包括投訴您獲得的護理品質。該類型的投訴不涉及承保或付款爭議。（如果您的問題與計劃的承保範圍或付款有關，應查看上面關於進行上訴的章節。）有關就您的 D 部分處方藥進行投訴的詳細資訊，請參見第 7 章（*遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴）*）。

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

如要我們就您已獲得的藥物支付我們應承擔的費用，應將請求遞交至何處

承保範圍裁決流程對如下請求進行裁決：包括對您已獲得的藥物要求我們支付應承擔的費用提出請求，。如需詳細瞭解在哪些情況下您可要求計劃就您接受的提供者服務進行報銷或付款，請參見第 5 章（*要求我們支付我們對您的承保藥物應承擔的費用*）。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 第 5 節 社會保障局

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

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

如果您搬遷或更改郵寄地址，請聯絡社會保障局以告知他們此事，這一點非常重要。

| 方法 | 社會保障局 － 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | 1-800-772-1213  撥打此號碼是免費的。  服務時間：週一至週五早上 7:00 至晚上 7:00。  您可以使用社會保障局的自動電話服務隨時獲取記錄的資訊及進行某些業務。 |
| **聽障/語障專線** | 1-800-325-0778  撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。  撥打此號碼是免費的。  服務時間：週一至週五上午 7:00 點至晚上 7:00（美國東部時間）。 |
| **網站** | <https://www.ssa.gov/> |

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

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

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

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

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

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

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

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

### 第 7 節 與協助支付處方藥的計劃有關的資訊

Medicare 的「額外補助」計劃

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

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

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

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

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

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

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

Medicare 承保缺口折扣計劃

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

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

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

[*Insert if the plan offers additional coverage in the gap：*Medicare 承保缺口折扣計劃於全國範圍提供。由於 *[insert 2018 plan name]* 在承保缺口階段提供了額外的缺口承保，因此您的自付費用有時將會低於此處所述的費用。有關您承保缺口階段的承保細節，請查閱第 4 章第 6 節。]

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

取而代之的是，計劃會在您符合災難承保階段的資格之前，繼續以您的常規分攤費用金額承保您的藥物。有關您初始承保階段的承保細節，請查閱第 4 章第 5 節。]

如果對您正在使用藥物的可用折扣或對 Medicare 承保缺口折扣計劃的大體情況有任何疑問，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

**如果您獲州政府醫藥補助計劃 (SPAP) 承保會怎樣？**

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

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

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

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

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

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

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

否。如果您取得了「額外補助」，則您已經在承保缺口期間擁有處方藥費用的承保。

**當您認為自己應該獲得折扣時但沒有獲得，應該怎麼辦？**

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

州政府醫藥補助計劃

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

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

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

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

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

### 第 8 節 如何聯絡鐵路職工退休委員會

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

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

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

### 第 9 節 您是否有「團體保險」或僱主提供的其他健康保險？

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

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

第 3 章

使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保

## 第 3 章. 使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保

[第 1 節 簡介 42](#_Toc486326760)

[第 1.1 節 本章介紹您 D 部分藥物的承保範圍 42](#_Toc486326761)

[第 1.2 節 計劃 D 部分藥物承保範圍的基本規則 43](#_Toc486326762)

[第 2 節 在網絡內藥房 [*insert if applicable:* 或透過本計劃的郵購服務]   
配取處方藥 43](#_Toc486326763)

[第 2.1 節 如要讓您的處方受保，請使用網絡內藥房 43](#_Toc486326764)

[第 2.2 節 尋找網絡內藥房 44](#_Toc486326765)

[第 2.3 節 使用計劃的郵購服務 45](#_Toc486326766)

[第 2.4 節 如何取得長期藥物供應？ 47](#_Toc486326767)

[第 2.5 節 在何種情況下，您可以使用計劃網絡外的藥房？ 48](#_Toc486326768)

[第 3 節 您的藥物必須列於計劃的「藥物清單」上 49](#_Toc486326769)

[第 3.1 節 「藥物清單」說明何種 D 部分藥物有承保 49](#_Toc486326770)

[第 3.2 節 藥物清單上的藥物共有 *[insert number of tiers]* 種「分攤費用等級」 50](#_Toc486326771)

[第 3.3 節 如何得知某種特定的藥物是否有列於藥物清單上？ 50](#_Toc486326772)

[第 4 節 某些藥物具有承保範圍限制 50](#_Toc486326773)

[第 4.1 節 為何某些藥物有限制？ 50](#_Toc486326774)

[第 4.2 節 何種限制？ 51](#_Toc486326775)

[第 4.3 節 這些限制是否適用於您的藥物？ 52](#_Toc486326776)

[第 5 節 如果您藥物的承保方式並不是您所想要的，該如何處理？ 52](#_Toc486326777)

[第 5.1 節 如果您藥物的承保方式並不是您所想要的，您可以採取一些步驟 52](#_Toc486326778)

[第 5.2 節 如果您的藥物未列於藥物清單上，或者如果該藥受到某些限制，  
該如何處理？ 53](#_Toc486326779)

[第 5.3 節 如果您認為您藥物的分攤費用等級過高，該如何處理？*[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers or defined standard coinsurance across all tiers) that does not allow for tiering exceptions：omit Section 5.3]* 55](#_Toc486326780)

[第 6 節 如果您藥物的承保範圍更改，該如何處理？ 56](#_Toc486326781)

[第 6.1 節 在一年當中，藥物清單可能會有更改 56](#_Toc486326782)

[第 6.2 節 如果您正在使用的藥物，其承保範圍受到更改，將會如何？ 56](#_Toc486326783)

[第 7 節 哪些藥物*不能*獲得本計劃承保？ 57](#_Toc486326784)

[第 7.1 節 我們不承保的藥物類型 57](#_Toc486326785)

[第 8 節 配取處方藥時，務請出示您的計劃會員卡 59](#_Toc486326786)

[第 8.1 節 出示您的會員卡 59](#_Toc486326787)

[第 8.2 節 如果您沒有攜帶會員卡，該如何處理？ 59](#_Toc486326788)

[第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物保險 59](#_Toc486326789)

[第 9.1 節 如果您目前住在醫院或專業護理機構，且該住院由 Original Medicare 承保，該如何處理？ 59](#_Toc486326790)

[第 9.2 節 如果您是長期護理 (LTC) 機構的居住者，將如何處理？ 60](#_Toc486326791)

[第 9.3 節 如果您正在使用由 Original Medicare 承保的藥物，該如何處理？ 60](#_Toc486326792)

[第 9.4 節 如果您擁有附帶處方藥保險的 Medigap（Medicare 補充保險）  
保單，該如何處理？ 61](#_Toc486326793)

[第 9.5 節 如果您還有接受僱主或退休人士團體計劃的藥物保險，該如何處理？ 61](#_Toc486326794)

[第 9.6 節 如果您參加了經 Medicare 認證的善終計劃，該如何處理？ 62](#_Toc486326795)

[第 10 節 藥物安全與用藥管理的計劃 62](#_Toc486326796)

[第 10.1 節 協助會員安全用藥的計劃 62](#_Toc486326797)

[第 10.2 節 協助會員管理藥物的藥物治療管理 (MTM) 計劃 [*insert if plan has other medication management programs*「和其他」] [*insert ifapplicable*「計劃」] 63](#_Toc486326798)

"" **您是否知道有協助支付藥物的計劃可用？**

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

**您當前是否領取補助以支付您的藥費？**

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

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 節 本章介紹您 D 部分藥物的承保範圍

本章**說明使用您 D 部分藥物承保範圍的規則。**接下來的章節介紹您需要為 D 部分藥物支付的費用（第 4 章，*對於 D 部分處方藥您須支付的費用*）*。*

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

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

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

#### 第 1.2 節 計劃 D 部分藥物承保範圍的基本規則

本計劃通常將會承保您的藥物，只要您遵守以下基本規則：

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

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

#### 第 2.1 節 如要讓您的處方受保，請使用網絡內藥房

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

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

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

#### 第 2.2 節 尋找網絡內藥房

如何尋找您當地的網絡內藥房？

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

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

如果您使用的藥房離開了網絡，該如何處理？

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

如果您需要專門的藥房，該如何處理？

有時處方藥必須在專門的藥房配取。專門的藥房包括：

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

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

#### 第 2.3 節 使用計劃的郵購服務

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**藥房直接從您醫生的診室收到的新處方**。

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

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

**藥房直接從您醫生的診室收到的新處方。**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

So the pharmacy can reach you to confirm your order before shipping, please make sure to let the pharmacy know the best ways to contact you. *[Insert instructions on how enrollees should provide their communication preferences.]*]

#### 第 2.4 節 如何取得長期藥物供應？

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

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

1. *[Delete if plan does not offer extended-day supplies through retail pharmacies.]* **部分網絡內零售藥房**可為您提供長期維持藥物供應。[*Insert if applicable:* 部分此類零售藥房[*insert if applicable:*（提供首選分攤費用）] [*insert if applicable:* 可能會] 同意接受長期維持藥物供應的 [*insert as appropriate:* 較低 *OR* 郵購] 分攤費用。] [*Insert if applicable:* 其他零售藥房可能不會同意接受長期維持藥物供應的 [*insert as appropriate:* 較低 *OR* 郵購] 分攤費用。在此情況下，您將須負責支付差價。] 您的*藥房目錄*介紹了哪些網絡內藥房可為您提供長期維持藥物供應。您也可致電會員服務部瞭解詳細資訊（電話號碼印在本手冊封底）。
2. *[Delete if plan does not offer mail-order service.]* [*Insert as applicable:* 對於某些類型的藥物，您 *OR* 您] 可以使用本計劃的網絡內**郵購服務**購買。[*Insert if plan marks mail-order drugs in formulary, adapting as needed:* 可透過我們計劃的郵購服務購買的藥物在我們的藥物清單中帶有**「郵購」藥物**標記。] [*Insert if plan marks non-mail-order drugs in formulary, adapting as needed：不*可透過本計劃的郵購服務購買的藥物在我們的藥物清單中以星號標記。] 我們計劃的郵購服務 [*insert either:*允許 *OR* 需要] 您訂購 [*insert either：at least* [XX] 天份量的藥物，且*不得超過* [XX] 天份量的藥物*或*最多 [XX] 天份量的藥物*或* [XX] 天份量的藥物]。有關使用郵購服務的細節，請參見第 2.3 節。

#### 第 2.5 節 在何種情況下，您可以使用計劃網絡外的藥房？

在某些情況下，您的處方藥可能有承保

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

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

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

如何要求計劃報銷？

如果您必須使用網絡外藥房，您通常將需要在配取處方藥時支付全額的費用（而非您一般的分攤費用）。您應要求我們報銷我們應承擔的費用。（第 5 章第 2.1 節介紹如何要求計劃償付。）

### 第 3 節 您的藥物必須列於計劃的「藥物清單」上

#### 第 3.1 節 「藥物清單」說明何種 D 部分藥物有承保

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

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

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

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

* 由美國食品藥物管理局批准。（這表示美國食品藥物管理局已批准該藥用於診斷或病況[經處方]。）
* *－ 或 －* 由某些參考書籍支持。（這些參考書籍為 American Hospital Formulary Service Drug Information；DRUGDEX Information System；USPDI 或其後續書籍；以及有關癌症的 National Comprehensive Cancer Network 和 Clinical Pharmacology 或其後續書籍。）

藥物清單同時包含原廠藥與副廠藥

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

[*Insert if applicable:*

非處方藥

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

哪些藥物*不*在藥物清單上？

本計劃並未承保所有的處方藥。

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

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

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

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

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

如要瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用等級，請查詢計劃的藥物清單。

對於每個分攤費用等級，您分別須為藥物支付的金額列於第 4 章（*對於 D 部分處方藥您須支付的費用*）*。*

#### 第 3.3 節 如何得知某種特定的藥物是否有列於藥物清單上？

您有 *[insert number]* 種方法進行查詢：

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

### 第 4 節 某些藥物具有承保範圍限制

#### 第 4.1 節 為何某些藥物有限制？

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

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

**如果您的藥物有受到限制，這通常表示您或您的提供者將須採取額外的步驟，以便我們承保該藥物。**如果您想要我們為您豁免該限制，您將需要利用承保範圍裁決程序，並要求我們作出例外。我們不一定會同意為您豁免該限制。（有關例外情況的詳細資訊，請參見第 7 章第 5.2 節。）

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

#### 第 4.2 節 何種限制？

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

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

在有副廠藥可用時對原廠藥進行限制

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

事先取得計劃批准

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

首先嘗試不同的藥物

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

數量限制

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

#### 第 4.3 節 這些限制是否適用於您的藥物？

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

**如果您的藥物有受到限制，這通常表示您或您的提供者將須採取額外的步驟，以便我們承保該藥物。**如果您使用的藥物有受到限制，您應聯絡會員服務部，瞭解您或您的提供者如何取得該藥物的承保。如果您想要我們為您豁免該限制，您將需要利用承保範圍裁決程序，並要求我們作出例外。我們不一定會同意為您豁免該限制。（有關例外情況的詳細資訊，請參見第 7 章第 5.2 節。）

### 第 5 節 如果您藥物的承保方式並不是您所想要的，該如何處理？

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

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

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

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

* 如果您的藥物未列於藥物清單上，或是如果您的藥物受到限制，請參見第 5.2 節，以瞭解如何處理。
* *[Omit if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions]* 如果您的藥物所在的分攤費用等級使得您的費用高於您認為其應有的費用，請參見第 5.3 節瞭解您可以採取哪些措施。

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

如果您的藥物未列於藥物清單上，或者如果該藥受到某些限制，您可以：

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

您可能可以取得臨時性供藥

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

要獲得臨時性供藥，您必須滿足兩項要求︰

**1.您藥物的承保範圍更改必須是以下任一類型的更改：**

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

**2.您必須處於下述任一情況：**

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

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

* **對於新會員或去年參與本計劃且住在長期護理 (LTC) 機構的會員：**

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

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

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

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

如需臨時性供藥，您可致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

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

可以更換成另一種藥物

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

您可以要求例外處理

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

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

如果您和您的提供者想申請例外處理，第 7 章第 5.4 節將介紹該如何處理*。*其中說明了 Medicare 為確保您的請求得到及時公平的處理而制定的程序和截止時間。

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

如果您認為您藥物的分攤費用等級過高，您可以：

可以更換成另一種藥物

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

您可以要求例外處理

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

如果您和您的提供者想申請例外處理，第 7 章第 5.4 節將介紹該如何處理*。*其中說明了 Medicare 為確保您的請求得到及時公平的處理而制定的程序和截止時間。

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

### 第 6 節 如果您藥物的承保範圍更改，該如何處理？

#### 第 6.1 節 在一年當中，藥物清單可能會有更改

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

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

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

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

如何得知藥物的承保範圍受到更改？

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

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

您藥物承保範圍的更改是否會立即影響到您？

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

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

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

在某些情況下，您將會在 1 月 1 日前受到承保範圍更改的影響：

* 如果**您正在使用的原廠藥被新的副廠藥取代**，計劃必須至少提前 60 天通知您，或就該項原廠藥給予您 60 天份的網絡內藥房重新配藥。
  + 在此為期 60 天的期間，您應和您的提供者一起準備轉換到副廠藥或不同的承保藥物。
  + 或者，您和您的提供者可以要求計劃作出例外處理，並繼續為您承保該原廠藥。有關如何申請例外處理的資訊，請參見第 7 章*（遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴））。*
* 再次提醒，如果某項藥物因為被發現不安全或其他原因而**被突然召回**，計劃會立即將該藥自藥物清單移除。我們會立刻通知您此項更改。
  + 您的提供者也將得知此更改，並可和您一起尋找另一種適合您病況的藥物。

### 第 7 節 哪些藥物*不能*獲得本計劃承保？

#### 第 7.1 節 我們不承保的藥物類型

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

如果您取得的藥物不獲承保，您必須自行支付費用。我們將不為本節所列藥物支付費用[*insert if applicable:*（除非某些不承保藥物在加強型藥物承保範圍內）]。僅有的例外情況是：如果請求的藥物在上訴時被發現是未排除在 D 部分之外，且由於您的特殊情況我們應支付或承保的藥物。（有關對我們作出不承保某種藥物的決定提出上訴的資訊，請查閱本手冊第 7 章第 5.5 節。）

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

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

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

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

[*Insert if applicable:* 我們對於 Medicare 處方藥計劃通常不承保的某些處方藥提供額外的承保（加強型藥物承保範圍）。*[Insert details about the excluded drugs your plan does cover, including whether you place any limits on that coverage.]* 您在配取此類藥物時所支付的金額不計入使您符合災難承保階段資格的藥費內。（參見本手冊的第 4 章第 7 節瞭解「災難承保階段」。）]

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

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

### 第 8 節 配取處方藥時，務請出示您的計劃會員卡

#### 第 8.1 節 出示您的會員卡

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

#### 第 8.2 節 如果您沒有攜帶會員卡，該如何處理？

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

如果該藥房無法取得必要的資訊，**在領取處方藥時，您可能將需要支付全額的費用。**（您可以在之後**要求我們償付**我們應承擔的部分。有關如何要求計劃償付的資訊，請參見第 5 章第 2.1 節。）

### 第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物保險

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

如果您**住進醫院**，且該住院由 Original Medicare 承保，Medicare A 部分通常將會在住院期間承保您的處方藥費用。您出院後，只要您的藥物滿足我們所有的承保規則，計劃就會承保該藥。請參見本章前面的部分，這些部分介紹了取得藥物承保的規則。

如果您**住進專業護理機構**，且該住院由 Original Medicare 承保，Medicare A 部分通常會在全部或部分住院期間承保您的處方藥。如果您仍然住在專業護理機構，只要您的藥物滿足我們所有的承保規則，計劃就會承保該藥，而 A 部分就不再承保您的藥物。請參見本章前面的部分，這些部分介紹了取得藥物承保的規則。

**請注意：**當您入住、居住在或離開專業護理機構時，您將符合特殊參保期的資格。在此期間，您可以轉換計劃或變更您的保險。（第 8 章，*終止計劃會員資格*，介紹您何時可離開我們的計劃並加入其他 Medicare 計劃。）

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

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

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

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

如果您需要藥物清單外的藥物或受到某些限制的藥物，本計劃將會承保您藥物的**臨時性供藥**（在您成為會員後的前 *[insert time period (must be at least 90 days)]* 內）。總供藥量最高為 *[insert supply limit (must be at least a 91-day supply and may be up to a 98-day supply depending on the dispensing increment)]* 或更少天數（如果您處方的天數較少）。（請注意，長期護理藥房可能每次僅提供較小份量的藥物以免造成浪費。）如果您已成為本計劃的會員超過 *[insert time period (must be at least 90 days)]*，並且需要藥物清單外的藥物，或如果本計劃對藥物承保設有任何限制，我們將承保一次 *[insert supply limit (must be at least a 31-day supply)]* 份量的藥物，或更少天數的藥量（如果您處方的天數較少）。

在您取得臨時性供藥期間，您應和您的提供者討論，以決定當臨時性供藥用盡時該如何處理。或許有不同的計劃承保藥物對您有相同的效果。或者，您和您的提供者可以要求計劃為您作出例外處理，並按照您想要的方式來承保該藥。如果您和您的提供者想申請例外處理，第 7 章第 5.4節將介紹該如何處理*。*

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

您加入 *[insert 2018 plan name]* 不會影響您由 Medicare A 部分或 B 部分承保的藥物。如何您符合 Medicare 的承保要求，即使您已加入本計劃，您的藥物仍由 Medicare A 部分或 B 部分承保。此外，如果您的藥物應由 Medicare A 部分或 B 部分承保，我們的計劃則無法提供承保，即使您選擇不加入 A 部分或 B 部分也不例外。

在某些情況下，部分藥物可能由 Medicare B 部分承保，在其他一些情況下，則透過 *[insert 2018 plan name]* 提供承保。但是 B 部分與本計劃絕不會同時承保同種藥物。通常情況下，您的藥劑師或提供者會確定向 Medicare B 部分還是 *[insert 2018 plan name]* 收取該藥物的費用。

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

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

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

#### 第 9.5 節 如果您還有接受僱主或退休人士團體計劃的藥物保險，該如何處理？

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

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

關於「有信譽度的保險」的特別注意事項：

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

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

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

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

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

在您撤銷所選的善終計劃或從善終機構中出院後，本計劃應承保您的所有藥物。當您的 Medicare 善終福利結束時，為了防止耽誤您獲得藥房服務，您應將證明文件帶到藥房，證明您已撤銷善終服務或已出院。請參見本節前面的部分，瞭解獲得 D 部分藥物保險的規則。第 4 章（對於 D 部分處方藥您須支付的費用）介紹了更多與藥物承保及您須支付的費用有關的資訊。

### 第 10 節 藥物安全與用藥管理的計劃

#### 第 10.1 節 協助會員安全用藥的計劃

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

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

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

如果我們在您的用藥上發現可能的問題，我們將會和您的提供者一起更正該問題。

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

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

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

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

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

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

第 4 章

對於 D 部分處方藥您須支付的費用

## 第 4 章. 對於 D 部分處方藥您須支付的費用

[第 1 節 簡介 67](#_Toc486326894)

[第 1.1 節 將本章和其他說明您藥物承保範圍的資料一起使用 67](#_Toc486326895)

[第 1.2 節 您為承保藥物支付的自付費用類型 68](#_Toc486326896)

[第 2 節 您須為藥物支付的金額，視您取得該藥時的「藥物付款階段」  
而定 68](#_Toc486326897)

[第 2.1 節 *[insert 2018 plan name]* 會員的藥物付款階段有哪些？ 68](#_Toc486326898)

[第 3 節 我們會寄一份報告給您，說明您藥物的付款與您的付款階段 70](#_Toc486326899)

[第 3.1 節 我們寄給您的每月報告稱為「D 部分福利說明」  
（「D 部分 EOB」） 70](#_Toc486326900)

[第 3.2 節 協助我們及時更新關於您藥物付款的資訊 70](#_Toc486326901)

[第 4 節 在自付扣除金階段，您支付 *[insert drug tiers if applicable]* 藥物的全部費用 71](#_Toc486326902)

[第 4.1 節 您將停留在自付扣除金階段，直到您為您的 *[insert drug tiers if applicable]* 藥物支付 $*[insert deductible amount]* 71](#_Toc486326903)

[第 5 節 在初始承保階段期間，本計劃將為您的藥物費用支付其應承擔的部分，而您也將支付您應承擔的部分 72](#_Toc486326904)

[第 5.1 節 您須為藥物支付的費用視該藥本身及您配取處方藥的地點而定 72](#_Toc486326905)

[第 5.2 節 *一個月*份量藥物補給的費用表 73](#_Toc486326906)

[第 5.3 節 若您的醫生開立的處方藥不足一個月份量，您可能無需支付整個月份量的藥費 74](#_Toc486326907)

[第 5.4 節 [*insert if applicable:* 最多] *[insert number of days]* 天份量的*長期*藥物補給的費用表 75](#_Toc486326908)

[第 5.5 節 您將停留在初始承保階段，直到您 [*insert as applicable:* 一年內的總藥費達到 $*[insert 2018 initial coverage limit] OR* 一年內的自付費用達到 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*] 76](#_Toc486326909)

[第 5.6 節 Medicare 如何計算您的處方藥自付費用 77](#_Toc486326910)

[第 6 節 在承保缺口階段 [*insert as appropriate:* 您的品牌藥將有折扣，並且您須支付的普通藥費用不會超過 44% *OR* 計劃提供某些藥物保險] 79](#_Toc486326911)

[第 6.1 節 您將停留在承保缺口階段，直到您的自付費用達到 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* 79](#_Toc486326912)

[第 6.2 節 Medicare 如何計算您的處方藥自付費用 80](#_Toc486326913)

[第 7 節 在災難承保階段期間，本計劃將為您支付大部分的藥費 83](#_Toc486326914)

[第 7.1 節 一旦您進入了災難承保階段，您在該年剩下的時間內將會繼續維持在此階段 83](#_Toc486326915)

[第 8 節 附加福利資訊 83](#_Toc486326916)

[第 8.1 節 我們的計劃提供附加福利 83](#_Toc486326917)

[第 9 節 您須為 D 部分承保之疫苗接種支付的費用視您如何及於何處取得而定 84](#_Toc486326918)

[第 9.1 節 我們的計劃對於 D 部分疫苗藥物本身及疫苗接種的費用有分別獨立的承保 84](#_Toc486326919)

[第 9.2 節 在疫苗接種前，您可能會需要致電會員服務部 85](#_Toc486326920)

"" **您是否知道有協助支付藥物的計劃可用？**

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

**您當前是否領取補助以支付您的藥費？**

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

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 節 將本章和其他說明您藥物承保範圍的資料一起使用

本章將著重介紹對於 D 部分處方藥您須支付的費用。為了簡單起見，我們在本章中使用「藥物」來表示 D 部分處方藥。如第 3 章所述，並非所有藥物均屬於 D 部分承保藥物，某些藥物屬於 Medicare A 部分或 B 部分承保藥物，還有些藥物在法律上屬於不受 Medicare 承保的藥物。[*Optional for plans that provide supplemental coverage：*如果您已購買補充藥物保險，我們的計劃可能會承保一些不保藥物]。

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

* **計劃的*承保藥物清單（處方藥一覽表）。***為了簡單起見，我們將其稱為「藥物  
  清單」。
  + 此「藥物清單」說明了為您承保何種藥物。
  + *[Plans that do not use tiers, omit]* 另外還說明了該藥屬於 *[insert number of tiers]* 種「分攤費用等級」中的哪一種，以及該藥的承保範圍是否有任何限制。
  + 如您需要藥物清單的副本，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。您也可以透過我們的網站 *[insert URL]* 取得藥物清單。網站上的藥物清單始終為最新版本。
* **本手冊第 3 章。**第 3 章為您詳細介紹了您的處方藥保險，包含您在取得承保藥物時需要遵守的規則。第 3 章也將介紹何種類型的處方藥未受我們的計劃承保。
* **本計劃的*藥房目錄。***在大多數情況下，您必須使用網絡內藥房來取得您的承保藥物（如需詳細資訊，請參見第 3 章）。*藥房目錄*包含計劃網絡內藥房的清單。並且還為您說明了哪些網絡內藥房可提供您藥物的長期補給（例如配取三個月份量的處方藥）。

#### 第 1.2 節 您為承保藥物支付的自付費用類型

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

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

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

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

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

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

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

### 第 3 節 我們會寄一份報告給您，說明您藥物的付款與您的付款階段

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

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

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

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

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

#### 第 3.2 節 協助我們及時更新關於您藥物付款的資訊

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

* **配取處方藥時，務請出示您的計劃會員卡。**為了確保我們瞭解您所配取的處方藥，以及您支付的金額，請在每次配取處方藥時出示您的會員卡。
* **請確保我們能獲得所需的資訊。**有時我們可能無法自動取得追蹤您自付費用所需的資訊，此時您需要為處方藥付費。為了協助我們追蹤您的自付費用，您可以給我們您購買藥物的收據副本。（如果您被收取承保藥物的費用，您可以要求我們的計劃來支付我們應承擔的費用。有關如何進行這一步驟的指示，請查閱本手冊第 5 章第 2 節。）以下幾種情況，為了確保我們擁有您藥物花費的完整記錄，可以給我們您購藥的收據副本：
  + 當您在網絡內藥房以特殊價格，或使用不屬於我們計劃福利的折扣卡來購買承保藥物時。
  + 當您為製藥商患者協助計劃所提供的藥物支付定額手續費時。
  + 每當您在網絡外藥房購買承保藥物，或當您在特殊情況下為承保藥物支付全額的費用時。
* **請將其他人替您支付的款項資訊寄送給我們。**由某些其他的個人與機構所支付的款項也計入您的自付費用中，並可協助您取得災難承保資格。例如，由 *[plans without an SPAP in their state delete next item]* 州政府醫藥補助計劃、AIDS 藥物協助計劃 (ADAP)、印地安醫療保健服務，以及大多數的慈善機構所支付的款項皆計入您的自付費用中。您應保留這些款項的記錄，並寄給我們，以便我們追蹤您的  
  費用。
* **請查閱我們寄給您的書面報告。**當您收到 *D 部分福利說明*（EOB）的郵件時，  
  請仔細檢查，確保郵件的資訊完整且正確。如果您認為報告缺失了某些資訊，  
  或您有任何疑問，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。*[Plans that allow members to manage this information on-line may describe that option here.]* 請務必保留這些報告。這些報告是您藥物費用的重要記錄。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

如要瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用等級，請查詢計劃的*藥物清單*。

您的藥房選擇

您須為藥物支付的金額視您在下列哪個地點取得而定：

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

有關這些藥房選擇與配取處方藥的細節，請參見本手冊第 3 章，以及計劃的*藥房目錄*。

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

#### 第 5.2 節 *一個月*份量藥物補給的費用表

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

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

*[Plans that do not use drug tiers, omit]* 如同下表所示，定額手續費或共同保險的金額視您的藥物等級而定。請注意：

* *[Plans without copayments, omit]* 如果您承保藥物的費用低於本表所列出的定額手續費，則您將須支付該筆較低的金額。您須支付的費用為該藥的全額費用*或*定額手續費兩者*之一*，*以較低者為準。*
* 我們僅在有限的情況下承保網絡外藥房配取的處方藥。有關何時我們承保於網絡外藥房配取之處方藥的資訊，請參見第 3 章第 2.5 節。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

對於某些藥物，當您配取處方藥時，您可以取得長期供藥（也稱為「延長供藥」）。長期供藥的 [*insert if applicable:* 上限] 為 *[insert number of days]* 天份量的供藥。（有關何處及如何取得長期藥物補給的詳細資訊，請參見第 3 章第 2.4 節。）

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

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

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

*[Plans must include all of their tiers in the table. If plans do not offer extended-day supplies for certain tiers, the plan should use the following text in the cost-sharing cell：“A long-term supply is not available for drugs in [insert tier]。」]*

當您取得 D 部分承保處方藥*長期*的補給時，您分別應承擔的費用：

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

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

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

您的藥費總額視您所支付之金額和任何 D 部分計劃支付之金額的加總而定：

* 自該年您第一次購藥起，**您**為所有已取得的承保藥物**所支付的金額**。（有關 Medicare 如何計算您的自付費用，請參見第 6.2 節。）這包含：
  + *[Plans without a deductible, omit]* 您處於自付扣除金階段時支付的 $*[insert deductible amount]*。
  + 在初始承保階段的期間內，您為藥物就您應承擔的費用所支付的總金額。
* 在初始承保階段的期間內，**計劃**為您的藥物，就其應承擔的費用**所支付的金額**。（如果您在 2018 年的任何時候，加入了不同的 D 部分計劃，該計劃在初始承保階段支付的金額也計入您的藥費總額。）

[*Plans with no additional coverage gap replace the text above with:* 您將停留在初始承保階段，直到您的總自付費用達到 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*。Medicare 規定了哪些費用計入及哪些費用*不*計入您的自付費用。（有關 Medicare 如何計算您的自付費用，請參見第 5.5 節。）當您達到自付費用上限的 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* 時，您將離開初始承保缺口，進入災難承保階段。]

[*Insert if applicable:* 我們額外承保 Medicare 處方藥計劃通常不承保的部分處方藥。為這些藥物支付的款項將不計入您的 [*insert if plan has a coverage gap：*初始承保限額或總自付費用。] [*Insert only if plan pays for OTC drugs as part of its administrative costs:* 我們還提供一些非處方藥物僅供您使用。這些非處方藥物免費向您提供。] 要瞭解我們的計劃承保的藥物，請查閱您的處方藥一覽表。]

我們寄給您的 *福利說明* (EOB)，可協助您追蹤您、本計劃和任何第三方在一年內為您的藥物支付了多少金額。許多人皆未在一年內達到 [*insert as applicable:* $*[insert initial coverage limit] 或* $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*] 的上限。

如果您達到了 [*insert as applicable:* $*[insert initial coverage limit] OR* $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*]，我們會立刻通知您。如果您確實達到了此金額，您將會離開初始承保階段，進入 [*insert as applicable:* 承保缺口階段 *OR* 災難承保階段]。

#### 第 5.6 節 Medicare 如何計算您的處方藥自付費用

*[Plans with no coverage gap：insert Section 5.6]*

[Medicare 規定了哪些費用計入及哪些費用 *not* 計入您的自付費用。當您達到自付費用上限的 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* 時，您將離開初始承保階段，進入災難承保  
階段。

以下是我們在追蹤您藥物的自付費用時，必須遵守的 Medicare 規則。

**這些款項皆包含在您的自付費用中**

當您計算自付費用時，您**可以包含**下列款項（只要是用來支付 D 部分承保藥物且您遵守於本手冊第 3 章說明的藥物承保規則）：

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

視由誰支付而定：

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

進入災難承保階段：

*當您（或代表您支付的人）在日曆年內已支付共計 $[insert 2018 out-of-pocket threshold]* *的自付費用時，您將會從初始承保階段進入災難承保階段。*

**這些費用不計入您的自付費用中**

當您計算自付費用時，您**不可以包含**任何以下類型的處方藥費用：

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

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

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

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

*如何追蹤自付費用的總額？*

* **我們將為您提供幫助。**我們寄給您的 *D 部分福利說明*（D 部分 EOB）報告包含了目前的自付費用金額（本章第 3 節介紹了此報告）。當您在一年內達到共計 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* 的自付費用時，本報告將會告知您已脫離初始承保階段，並進入了災難承保階段。
* **請確保我們能獲得所需的資訊。**第 3.2 節介紹了您如何協助我們確保您的花費記錄完整且有及時更新。]

### 第 6 節 在承保缺口階段 [*insert as appropriate:* 您的品牌藥將有折扣，並且您須支付的普通藥費用不會超過 44% *OR* 計劃提供某些藥物保險]

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

[*Plans with no coverage gap replace Section 6 title with: [insert 2018 plan name]*沒有承保  
缺口*。*]

[*Plans with no coverage gap replace Section 6.1 title with:* 您的 D 部分藥物沒有承保缺口。]

[*Plans with no coverage gap replace text below with: [insert 2018 plan name]* 沒有承保缺口。一旦您離開初始承保階段，將會進入災難承保階段。請參見第 7 節，瞭解有關您在災難承保階段中的承保範圍的資訊。]

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

當您處於承保缺口階段時，「Medicare 承保缺口折扣計劃」將提供原廠藥製造商折扣。您須為原廠藥支付 35% 的議定價格和部分配藥費。您支付的金額和製造商折扣的金額皆如同已由您支付一般計入您的自付費用，並使您通過承保缺口。

您也將取得副廠藥的部分承保。對於副廠藥，您須支付 44% 以下的費用，而計劃將支付其餘的部分。對於副廠藥，由計劃支付的金額 (56%) 並不計入您的自付費用。只有您支付的金額才被計算在內，並使您通過承保缺口。

您將繼續對原廠藥支付折扣價，以及不超過 44% 的副廠藥費用，直到您的年度自付費用款項達到 Medicare 規定的上限。2018 年的該筆金額為 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*。

Medicare 規定了哪些費用計入及哪些費用*不*計入您的自付費用。當您達到自付費用上限的 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* 時，您將離開承保缺口階段，進入災難承保階段。

#### 第 6.2 節 Medicare 如何計算您的處方藥自付費用

*[Plans with a coverage gap：insert Section 6.2]*

以下是我們在追蹤您藥物的自付費用時，必須遵守的 Medicare 規則。

**這些款項皆包含在您的自付費用中**

當您計算自付費用時，您**可以包含**下列款項（只要是用來支付 D 部分承保藥物且您遵守於本手冊第 3 章說明的藥物承保規則）：

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

**視由誰支付而定：**

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

**進入災難承保階段：**

當您（或代表您支付的人）在日曆年內已支付共計 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* 的自付費用時，您將會從 [*insert as applicable:* 初始承保階段 *OR* 承保缺口階段] 進入災難承保階段。

這些費用不計入您的自付費用中

當您計算自付費用時，您**不可以包含**任何以下類型的處方藥費用：

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

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

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

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

*如何追蹤自付費用的總額？*

* **我們將為您提供幫助。**我們寄給您的 *D 部分福利說明*（D 部分 EOB）報告包含了目前的自付費用金額（本章第 3 節介紹了此報告）。當您在一年內達到共計 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* 的自付費用時，本報告將會告知您已脫離[*insert as applicable:* 初始承保階段 *OR* 承保缺口階段]，並進入了災難承保階段。
* **請確保我們能獲得所需的資訊。**第 3.2 節介紹了您如何協助我們確保您的花費記錄完整且有及時更新。

### 第 7 節 在災難承保階段期間，本計劃將為您支付大部分的藥費

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

當您的自付費用在日曆年內達到 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* 的上限時，您將會符合災難承保階段資格。一旦您進入了災難承保階段，您將會維持在此付款階段，直到該日曆年結束。

在此階段，本計劃將為您支付大部分的藥費。

[*Plans insert appropriate option for your catastrophic cost-sharing：*

*選項 1:*

* **您**就承保藥物**應承擔**的費用將會是共同保險或定額手續費兩者之一，以金額 *larger* 為準：
  + *－ either －* 藥費 5% 的共同保險
* *－ or －* 副廠藥或被視作副廠藥的藥物為 $*[Insert 2018 catastrophic cost-sharing amount for generics/preferred multisource drugs]*，所有其他藥物則為 $*[insert 2018 catastrophic cost-sharing amount for all other drugs]*。
* **我們的計劃將支付其餘的**費用。

*選項 2：*

*[Insert appropriate tiered cost-sharing amounts]*。我們將支付剩餘部分費用。

*[If plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit, insert a description of cost-sharing in the Catastrophic Coverage Stage.]*]

### 第 8 節 附加福利資訊

#### 第 8.1 節 我們的計劃提供附加福利

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

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

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

我們的計劃為數種 D 部分疫苗提供承保。我們的疫苗接種承保包含了兩個部分：

* 承保的第一個部分為**疫苗藥物本身**的費用。疫苗屬於處方藥的一種。
* 承保的第二個部分為**疫苗接種**的費用。（有時將其稱為疫苗的「施打」。）

對於 D 部分疫苗接種您須支付多少費用？

對於 D 部分疫苗接種您須支付的費用，視以下三者而定：

**1.** **疫苗類型**（您接種什麼疫苗）。

* + 某些疫苗被視作 D 部分藥物。您可以在計劃的*承保藥物清單（處方藥一覽表）*上找到這些疫苗。
  + 其他疫苗則被視作醫療福利。這些疫苗由 Original Medicare 進行承保。

**2.** **您在何處取得疫苗藥物。**

**3.** **誰為您接種疫苗。**

您取得 D 部分疫苗接種時須支付的金額將視情況而定。例如：

* 有些時候，當您接種疫苗時，您將須支付疫苗藥物與疫苗接種的全部費用。您可以要求我們計劃償付我們應承擔的費用。
* 在其他時間，當您取得疫苗藥物或接種疫苗時，您僅需支付您的分攤費用。

為了方便說明，以下是三種您可能會用來接種 D 部分疫苗的常用方法。[*Insert if applicable:* 切記，在您福利的 [*insert as applicable:* 自付扣除金階段 *OR* 承保缺口階段 *OR* 自付扣除金和承保缺口階段] 期間，您須負責所有疫苗（包含施打）的相關費用。]

*第 1 種情況：* 您在藥房購買了 D 部分疫苗，接著在網絡內藥房接種。（此選項視您的居住地而定。某些州不允許藥房施打疫苗。）

* 您須向該藥房支付疫苗本身的 [insert as appropriate: 共同保險 OR 定額手續費] 以及疫苗接種的費用。
* 我們的計劃將支付其餘的費用。

*第 2 種情況：* 您在醫生診所取得 D 部分疫苗接種。

* 當您取得該疫苗接種時，您將須支付包含疫苗與施打疫苗的所有費用。
* 接下來，您可以利用本手冊第 5 章（*要求我們支付我們對您的承保藥物應承擔的費用*）所述的程序，要求我們的計劃支付我們應承擔的費用。
* 我們將為您報銷您支付的金額，其中扣除您通常的疫苗（含疫苗施打）[*insert as appropriate:* 共同保險 *OR* 定額手續費]，[*Insert the following only if an out-of-network differential is charged:* 再扣除任何該名醫生收取之金額和我們通常支付之金額的差額。（如果您有接受「額外補助」，我們將向您報銷此差額。）]

*第 3 種情況：* 您在您的藥房購買 D 部分疫苗，接著帶去您醫生的診所接種疫苗。

* 您須向該藥房支付疫苗本身的 [*insert as appropriate:* 共同保險 *OR* 定額手續費]。
* 當您的醫生替您接種疫苗時，您將須支付此項服務的全部費用。接下來，您可以利用本手冊第 5 章所述的程序，要求我們的計劃支付我們應承擔的費用。
* 我們將為您報銷醫生為您施打疫苗的費用，[*Insert the following only if an out-of-network differential is charged:* 再扣除任何該名醫生收取之金額和我們通常支付之金額的差額。（如果您有接受「額外補助」，我們將向您報銷此差額。）]

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

#### 第 9.2 節 在疫苗接種前，您可能會需要致電會員服務部

疫苗接種的承保規則很複雜。我們可隨時提供幫助。我們建議您在打算取得疫苗接種時，先致電會員服務部。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）

* 我們可以告訴您關於我們的計劃如何承保您的疫苗接種，並說明您應承擔的費用。
* 我們可以告訴您如何藉由使用我們網絡內的提供者與藥房來減少您的花費。
* 如果您無法使用網絡內提供者與藥房，我們可以告訴您如何要求我們向您償付我們應承擔的費用。

第 5 章

要求我們支付我們對您的承保藥物應承擔的費用

## 第 5 章. 要求我們支付我們對您的承保藥物應承擔的費用

[第 1 節 要求我們支付我們對您的承保藥物應承擔的費用的情況 88](#_Toc486327009)

[第 1.1 節 如果您已為您的承保藥物支付了我們計劃應承擔的費用，  
您可要求我們償付 88](#_Toc486327010)

[第 2 節 如何要求我們作出償付 89](#_Toc486327011)

[第 2.1 節 向我們發出付款請求的方式及地址 89](#_Toc486327012)

[第 3 節 我們將考慮您的付款請求並作出回覆 90](#_Toc486327013)

[第 3.1 節 我們會核對我們是否應承保有關藥物以及我們應支付的金額 90](#_Toc486327014)

[第 3.2 節 如果我們通知您我們不會支付有關藥物的全部或部分費用，  
您可提出上訴 90](#_Toc486327015)

[第 4 節 其他您應保留收據並寄送副本給我們的情況 90](#_Toc486327016)

[第 4.1 節 在某些情況下，您應寄送收據副本給我們，以便我們追蹤您的藥物自付費用 90](#_Toc486327017)

### 第 1 節 要求我們支付我們對您的承保藥物應承擔的費用的情況

#### 第 1.1 節 如果您已為您的承保藥物支付了我們計劃應承擔的費用，您可要求我們償付

在某些情況下，當您獲得處方藥時，您可能需要立即支付全額費用。在其他情況下，您可能發現您支付的費用超過計劃的承保規則下您預計要支付的費用。無論遇到上述哪種情況，您都可以要求我們計劃對您進行償付（償付通常被稱為給您「報銷」）。

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

**1.** **當您使用網絡外藥房配取處方藥時**

如果您前往網絡外藥房，並試著使用您的會員卡來配取處方藥，該藥房可能無法直接向我們提交償付要求。當發生這種情況時，您將須支付處方藥的全額費用。（我們僅在少數特殊情況下承保網絡外藥房配取的處方藥。詳細說明請見第 3 章第 2.5 節。）

請保留您的收據，並在您要求就我們應承擔的費用向您償付時寄送一份副本給我們。

**2.** **當您因未攜帶計劃會員卡，而支付全額的處方藥費用時**

如果您沒有攜帶計劃會員卡，您可以要求該藥房致電本計劃，或查閱您的參保資訊。然而，如果該藥房無法立即取得所需的參保資訊，您可能需要自行支付處方藥的全額費用。

請保留您的收據，並在您要求就我們應承擔的費用向您償付時寄送一份副本給我們。

**3.** **當您在其他情況下支付處方藥的全額費用**

您可能會因為處方藥由於某些因素未受承保，而需要支付處方藥的全額費用。

* 例如，該藥可能未列於計劃的*承保藥物清單（處方藥一覽表）*上；或者可能有某項您不知道或不認為適用於您的要求或限制。如果您決定您需要立即獲得藥物，您可能需要支付全部藥費。
* 請保留您的收據，並在您要求我們向您償付時寄送一份副本給我們。在某些情況下，我們可能會需要向您的醫生取得更多資訊，以便就我們應承擔的費用向您  
  償付。

**4.** **如果您是以追溯性的方式加入我們的計劃。**

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

如果您是以追溯性方式加入我們的計劃且在參保日期後已就您的藥物支付了自付費用，則您可要求我們償付我們應承擔的費用。您將需要向我們提交書面材料，以便處理報銷。

有關如何要求我們償付費用及提出請求期限的更多資訊，請致電會員服務部。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）

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

所有上述範例均屬於承保範圍裁決的類型。這表示，如果我們拒絕您的付款請求，您可對我們的裁決提出上訴。本手冊第 7 章（*遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴）*）包含有關如何提出上訴的資訊。

### 第 2 節 如何要求我們作出償付

#### 第 2.1 節 向我們發出付款請求的方式及地址

請將付款請求及記錄您已付款項的收據寄送給我們。最好備份您的收據以作記錄。

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

* 您並非必須使用該表格，但使用會有助於我們更快地處理資訊。
* 可從我們的網站 (*[insert URL]*) 下載表格副本或致電會員服務部索取表格。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）]

將您的付款請求及任何收據郵寄至以下地址：

*[Insert address]*

[*If the plan allows enrollees to submit oral payment requests, insert the following language:*

您也可致電我們的計劃請求付款。有關詳細資訊，請查閱第 2 章第 1 節，並查找 *[plans may edit section title as necessary]*「如要求我們就您已獲得的藥物支付我們應承擔的費用，應將請求遞交至何處」一節。]

[*Insert if applicable:* **您必須在**獲得服務、服務項目或藥物之日起 ***[insert timeframe]* 內向我們提交償付申請**。]

如有疑問請聯絡會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。如果您不清楚應支付的費用，我們可提供幫助。如果您要向我們提供更多有關已向我們發出的付款請求的資訊，也可  
來電。

### 第 3 節 我們將考慮您的付款請求並作出回覆

#### 第 3.1 節 我們會核對我們是否應承保有關藥物以及我們應支付的金額

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

* 如果我們決定承保有關藥物，且您遵守了所有獲取藥物的規則，我們將支付我們應承擔的費用。我們會以郵寄方式為您報銷我們需要承擔的費用。（第 3 章說明了您在獲取承保的 D 部分處方藥時需遵守的規則。）我們將在收到您的請求後 30 日內向您付款。
* 如果我們決定*不*承保該藥物，或您*未*遵守任何規則，我們將不會支付我們的分攤費用。相反，我們將向您發出一封函件，解釋我們不寄出您所請求的付款的原因，並說明您有權對該決定提出上訴。

#### 第 3.2 節 如果我們通知您我們不會支付有關藥物的全部或部分費用，您可提出上訴

如果您認為我們在駁回您的付款請求時犯有錯誤或您不同意我們支付的金額，您可提出上訴。如果您提出上訴，即表明您要求我們更改在駁回您的付款請求時所作出的決定。

有關如何提出上訴的詳細資訊，請查閱本手冊第 7 章*（遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴）*）。上訴程序是一項流程複雜、時限明確的正式程序。如果不熟悉上訴程序，請閱讀第 7 章第 4 節，有關內容會對您有所幫助。第 4 節是介紹性章節，說明承保範圍裁決及上訴的程序，並提供「上訴」等術語的定義。在您閱讀完第 4 節後，您可參閱第 7 章第 5.5 節瞭解提出上訴的分步說明。

### 第 4 節 其他您應保留收據並寄送副本給我們的情況

#### 第 4.1 節 在某些情況下，您應寄送收據副本給我們，以便我們追蹤您的藥物自付費用

某些情況下，您應告知我們您為藥物所支付的款項。在這些情況下，您並不是向我們要求付款。而是告知我們您的付款，使我們能夠正確地計算您的自付費用。這可幫您更快取得災難承保階段的資格。

在以下兩種情況中，您應寄送收據副本給我們，以告知我們您為藥物所支付的款項：

**1.** **當您購買藥物的價格低於我們的價格**

*[Plans with neither a coverage gap nor a deductible should delete this section.]*

當您處於 [*insert if applicable:* 自付扣除金階段 *OR* 承保缺口階段 *OR* 自付扣除金階段和承保缺口階段] 時，有時您可以低於我們的價格購買**網絡內藥房**的藥物。

* 例如，藥房可能提供特價藥物。或您可能有超出我們福利之外的折扣卡，可享受較低的價格。
* 除非符合特殊條件，您必須在這些情況下使用網絡內藥房，且您的藥物必須列於我們的藥物清單上。
* 請保留您的收據，並寄送副本給我們，讓我們能夠將您的自付費用計入您的災難承保階段資格。
* **請注意：**如果您處於 [*insert if applicable:* 自付扣除金階段 *OR* 承保缺口階段 *OR* 自付扣除金階段和承保缺口階段]，我們 [*insert as applicable:* 將 *OR* 可能] 不會為這些藥物支付任何分攤費用。但是寄送收據副本可讓我們正確地計算您的自付費用，這可能有助於您更快取得災難承保階段資格。

**2.** **當您透過製藥商患者協助計劃取得藥物**

某些會員加入了計劃福利外的製藥商患者協助計劃。如果您透過製藥商提供的計劃取得任何藥物，您可能要向患者協助計劃支付一筆定額手續費。

* 請保留您的收據，並寄送副本給我們，讓我們能夠將您的自付費用計入您的災難承保階段資格。
* **請注意：**因為您是透過患者協助計劃，而非透過本計劃福利取得藥物，我們將不會為這些藥費支付任何分攤費用。但是寄送收據副本可讓我們正確地計算您的自付費用，這可能有助於您更快取得災難承保階段資格。

由於您無法在上述兩種情況下要求付款，這些情況不被視為承保範圍裁決。因此，您無法在不同意我們的決定時提出上訴。

第 6 章

您的權利與責任

## 第 6 章. 您的權利與責任

[第 1 節 我們的計劃必須尊重您作為會員而享有的權利 94](#_Toc486327027)

[第 1.1 節 *[Plans may edit the section heading and content to reflect the types of alternate format materials available to plan members. Plans may not edit references to language except as noted below.]* 我們必須以適合您的方式提供資訊（以除英語外的語言、盲文、大號字體印刷版或其他可選形式等） 94](#_Toc486327028)

[第 1.2 節 我們必須始終秉承公平與尊重的原則為您服務 94](#_Toc486327029)

[第 1.3 節 我們必須確保您及時獲得承保藥物 95](#_Toc486327030)

[第 1.4 節 我們必須為您的個人健康資訊保密 95](#_Toc486327031)

[第 1.5 節 我們必須向您提供計劃、其藥房網絡以及您的承保藥物的相關資訊 96](#_Toc486327032)

[第 1.6 節 我們必須支援您作出護理決定的權利 97](#_Toc486327033)

[第 1.7 節 您有權投訴和要求我們重新考慮所作出的決定 98](#_Toc486327034)

[第 1.8 節 如果您認為遭受不公平待遇或權利未獲尊重，該如何處理？ 98](#_Toc486327035)

[第 1.9 節 如何獲得有關您權利的詳細資訊 99](#_Toc486327036)

[第 2 節 作為計劃會員，您應履行一些責任 99](#_Toc486327037)

[第 2.1 節 您的責任有哪些？ 99](#_Toc486327038)

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

### 第 1 節 我們的計劃必須尊重您作為會員而享有的權利

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

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

如需我們以適合您的方式提供資訊，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

我們的計劃配有專員及免費的翻譯服務，以回答不說英語的會員提出的問題。*[If applicable, plans may insert information about the availability of written materials in languages other than English.]* 我們也可以盲文、大號字體印刷版或您需要的其他可選形式向您提供資訊。若您因殘障而符合享有 Medicare 的條件，我們需向您提供您可獲得及適合您的計劃福利的相關資訊。如需我們以適合您的方式提供資訊，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

如果您因語言或殘障問題而在獲取計劃提供的資訊方面遇到任何困難，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare（全天候服務），並說明您要提出投訴。聽障和語障人士可致電 1-877-486-2048。

#### 第 1.2 節 我們必須始終秉承公平與尊重的原則為您服務

我們的計劃必須遵守保護您不遭受歧視或不公平待遇的法律。**我們不會**因種族、族群、原國籍、宗教、性別、年齡、身心殘障、健康程度、索賠經歷、病史、基因資訊、可保性證明或在服務區域內的地理位置而**歧視**任何人。

如需關於歧視或不公平待遇的詳細資訊或對此存有疑問，請致電 1-800-368-1019（聽障和語障人士可致電 1-800-537-7697），聯絡衛生與公眾服務部**民權辦公室**，或致電您當地的民權辦公室。

如果您身體殘障，需要護理幫助，請致電會員服務部聯絡我們（電話號碼印在本手冊封底）。若您想針對無障礙通道等問題進行投訴，可聯絡會員服務部。

#### 第 1.3 節 我們必須確保您及時獲得承保藥物

作為計劃的會員，您也有權在無長時間延誤的前提下，向任何我們的網絡內藥房取得處方配藥或重新配藥。如果您認為您在合理時間內未獲得 D 部分藥物，本手冊第 7 章第 7 節將告訴您該如何處理。（如果我們已拒絕承保您的處方藥，且您不同意我們的決定，第 7 章第 4 節會向您說明該如何處理。）

#### 第 1.4 節 我們必須為您的個人健康資訊保密

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

* 您的「個人健康資訊」包括您在加入本計劃時提供給我們的個人資訊，以及您的醫療記錄和其他醫療與健康資訊。
* 保護您隱私的法律賦予您獲得資訊與控制健康資訊如何使用的相關權利。我們會向您發出書面的「隱私條例通知」，其中有相關權利並說明我們如何為您的健康資訊保密。

**我們如何保護您健康資訊的隱私？**

* 我們確保未經授權人士不能查看或更改您的記錄。
* 在多數情形下，如果我們向任何不為您提供護理或不為您支付護理費用的人士提供您的健康資訊，*需事先獲得您的書面許可*。該書面許可可由您親自給予，或由您授予法定權力來替您做決定的人士給予。
* 在某些例外情況下，我們無需事先獲得您的書面許可。這些例外情況是法律所允許或所要求的。
  + 例如，我們需向正在檢查護理品質的政府機構披露健康資訊。
  + 由於您透過 Medicare 加入我們的計劃，我們需向 Medicare 提供您的健康資訊，包括您的 D 部分處方藥資訊。如果 Medicare 出於研究或其他目的公開您的資訊，將根據聯邦法令和法規執行。

您可以檢閱您記錄內的資訊，瞭解其分享給他人的情況

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

若您的健康資訊因任何非常規目的而與他人共用，您有權瞭解共用的方式。

如果對於您的個人健康資訊的保密存有疑問或疑慮，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

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

#### 第 1.5 節 我們必須向您提供計劃、其藥房網絡以及您的承保藥物的相關資訊

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

作為 *[insert 2018 plan name]* 的會員，您有權向我們索取多種資訊。（如上文第 1.1 節所述，您有權獲得我們以適合您的方式提供的資訊。這包括獲得以除英語外的語言，以及大號字體印刷版或其他可選形式提供的資訊。）

如果您需要以下任何類型的資訊，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）：

* **計劃的相關資訊。**例如，包括計劃財務狀況的相關資訊。也有會員提出上訴的次數及計劃表現評級的相關資訊，其中包括計劃會員如何對其評級，以及計劃與其他 Medicare 處方藥計劃的對比情況。
* **關於我們的網絡內藥房的資訊**
  + 例如，您有權向我們索取關於我們網絡內藥房的資訊。
  + 有關本計劃網絡內藥房的清單，請參見 *[insert name of pharmacy directory]。*
  + 有關我們的藥房的詳細資訊，可致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）或瀏覽我們的網站 *[insert URL]*。
* **您的保險及您在使用保險時必須遵循的規則的相關資訊。**
  + 有關 D 部分處方藥保險的細節，請參見本手冊第 3 章與第 4 章，以及計劃的*承保藥物清單（處方藥一覽表）*。這些章節，加上*承保藥物清單（處方藥一覽表）*介紹了承保的藥物，以及說明您必須遵守的規則與對於特定藥物的承保範圍限制。
  + 如果對規則或限制存有疑問，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊  
    封底）。
* **服務或藥品不獲承保的原因及您對此可如何處理的相關資訊。**
  + 若您的 D 部分藥物不獲承保，或如果您的保險在某方面受到限制，您可要求我們提供書面解釋。即使您已經從網絡外藥房處獲得了藥物，您也有權要求作出解釋。
  + 如果您不滿意或不同意我們對為您承保哪些 D 部分藥物所作出的決定，  
    您有權要求我們更改決定。您可以透過提出上訴要求我們更改決定。如果您對我們不向您承保某項服務或藥品存有異議，請參見本手冊第 7 章，瞭解您該如何處理。該章載有當希望我們更改決定時如何提出上訴的詳細資訊。（第 7 章也介紹了如何對護理品質、等待時間及其他事宜提出投訴。）
  + 如果想要求計劃就 D 部分處方藥支付我們應承擔的費用，請參見本手冊第 5 章。

#### 第 1.6 節 我們必須支援您作出護理決定的權利

您有權說明在您無法自行作出醫療決定時的處理方式

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

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

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

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

如果您想使用「預立醫療指示」來進行說明，程序如下：

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

如果您事先知曉即將住院，且曾簽署預立醫療指示，**請將副本帶至醫院**。

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

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

如果未遵從您的指示，該如何處理？

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

#### 第 1.7 節 您有權投訴和要求我們重新考慮所作出的決定

如果對承保服務或護理存有任何問題或疑慮，請查閱本手冊第 7 章，瞭解處理方法。該章節為您詳述了如何處理各類問題和投訴。為解決問題或疑慮而需採取的措施可視情況而定。您可能需要求我們的計劃為您作出承保範圍裁決、向我們提出上訴以更改某項承保範圍裁決，或提出投訴。無論您是要求承保範圍裁決、提出上訴或投訴 － **我們均需公平對待您**。

您有權瞭解其他會員過去向我們計劃所提出的上訴及投訴的概況。如需獲得此資訊，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

#### 第 1.8 節 如果您認為遭受不公平待遇或權利未獲尊重，該如何處理？

如果遭受歧視，請致電民權辦公室

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

是否屬於其他問題？

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

* 您可**致電會員服務部**（電話號碼印在本手冊封底）。
* 可**致電州健康保險援助計劃。**有關該機構的詳細資訊及聯絡方式，請查閱第 2 章第 3 節。
* 或者，可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) **聯絡 Medicare**（全天候服務）。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。

#### 第 1.9 節 如何獲得有關您權利的詳細資訊

您可透過多種途徑瞭解有關您權利的詳細資訊：

* 您可**致電會員服務部**（電話號碼印在本手冊封底）。
* 可**致電州健康保險援助計劃**。有關該機構的詳細資訊及聯絡方式，請查閱第 2 章第 3 節。
* 您可聯絡 **Medicare**。
  + 您可瀏覽 Medicare 網站，閱讀或下載刊物《Your Medicare Rights &   
    Protections》（您的 Medicare 權利與保障）。（刊物載於：<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>。）
  + 或者，可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（全天候服務）。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。

### 第 2 節 作為計劃會員，您應履行一些責任

#### 第 2.1 節 您的責任有哪些？

以下是作為計劃會員所需執行的事項。如存有任何疑問，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。我們將隨時隨地為您提供幫助。

* **熟悉您的承保藥物及您獲得此類承保藥物所必須遵守的規則。**閱讀本承保範圍說明書，瞭解為您承保的藥物，以及獲得承保藥物所需遵守的規則。
  + 第 3 章與第 4 章詳細介紹了您的 D 部分處方藥保險。
* **如果除我們的計劃外，您還有任何其他處方藥保險，您需將此情況告知我們。**請致電會員服務部通知我們（電話號碼印在本手冊封底）。
  + 我們需遵從 Medicare 制定的規則，確保您在獲得我們計劃所提供的承保藥物時，可使用您當時享有的所有保險。由於這涉及將您透過我們計劃獲得的藥物福利與您可享有的任何其他藥物福利相協調，因此稱為**「福利協調」**。我們將幫助您協調各項福利。（有關福利協調的詳細資訊，請查閱第 1 章第 10 節。）
* **將您加入我們計劃的情況告知您的醫生及藥房。**獲取您的 D 部分處方藥時，務請出示您的計劃會員卡。
* **透過向您的醫生及其他提供者提供資訊、詢問問題和跟進您的護理情況，幫助其為您提供服務。**
  + 與您的醫生及其他健康提供者合作，使其可為您提供最佳護理，且您應儘量瞭解您的健康狀況，並在您的醫生及其他健康提供者需要瞭解您及您的健康情況時，向他們提供相關資訊。遵從您與醫生議定的治療方案及指示。
  + 確保您的醫生瞭解您所使用的藥品，包括非處方藥、維生素和補品。
  + 如您有任何疑問，請務必提出。您的醫生及其他醫療服務提供者會以您能理解的方式向您作出解釋。如果您提出某問題後，不能理解其回答，應再次詢問。
* **支付應付的費用。**作為計劃會員，您承擔以下費用：
  + [*Insert if applicable:* 要繼續成為我們計劃的會員，您必須支付計劃保費。]
  + 對於大部分由計劃承保的藥物，您在獲取藥物時必須支付應承擔的費用。這將屬於 [*insert as appropriate:* 定額手續費（固定金額）*OR* 共同保險（總費用的百分比）]。第 4 章介紹了您就 D 部分處方藥所須支付的費用。
  + 如果您獲取任何並非由我們計劃或您可能加入的其他保險所承保的藥物，則必須支付全部費用。
    - 如果您不同意我們拒絕承保某項藥物的決定，則可提出上訴。有關如何提出上訴的詳細資訊，請參見本手冊第 7 章。

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

* + 如果您需要支付逾期參保罰金，則您必須支付該罰金才可維持本計劃的會員資格。
  + 如果您因您的年收入而須支付額外的 D 部分金額，您必須直接向政府支付該筆額外的金額，才可維持本計劃的會員資格。
* **通知我們搬遷的消息。**如要搬遷，請務必立即通知我們。請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。
  + **如果您*搬離了*我們計劃的服務區，則您無法繼續作為我們計劃的會員。**（有關我們的服務區域，請參見第 1 章。）我們可幫助您確認您將前往的地點是否處於我們的服務區域之外。如果您將離開我們的服務區域，您將有一段特殊參保期，您可以在這段時間內加入您新區域內提供的任何 Medicare 計劃。我們可以告訴您我們是否在您的新區域中有提供計劃。
  + **如果您前往的地點*處於*我們的服務區域之內**，仍需通知我們您的搬遷情況，以便我們更新您的會員記錄及獲得您的聯絡資訊。
  + 如果您搬遷，同請務必通知社會保障局（或鐵路職工退休委員會）。這些組織的電話號碼及聯絡資訊列於第 2 章。
* **如存有問題或疑慮，請致電會員服務部尋求幫助。**我們也歡迎您提出任何改進我們計劃的建議。
  + 會員服務部的電話號碼和服務時間印在本手冊封底。
  + 有關我們聯絡方式（包括郵寄地址）的詳細資訊，請參見第 2 章。

第 7 章

遇到問題或想投訴時該如何處理  
（承保範圍裁決、上訴、投訴）

## 第 7 章. 遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴）

[背景 105](#_Toc486263278)

[第 1 節 簡介 105](#_Toc486263279)

[第 1.1 節 遇到問題或疑慮該如何處理 105](#_Toc486263280)

[第 1.2 節 關於法律術語 105](#_Toc486263281)

[第 2 節 您可向與我們無關的政府機構求助 106](#_Toc486263282)

[第 2.1 節 從何處獲取詳細資訊和個性化協助 106](#_Toc486263283)

[第 3 節 如需解決問題，應採取何種程序？ 106](#_Toc486263284)

[第 3.1 節 是否應採取承保範圍裁決和上訴程序？或採取投訴程序？ 106](#_Toc486263285)

[承保範圍裁決和上訴 107](#_Toc486263286)

[第 4 節 承保範圍裁決和上訴基準指引 107](#_Toc486263287)

[第 4.1 節 要求承保範圍裁決和提出上訴：總體情況介紹 107](#_Toc486263288)

[第 4.2 節 欲要求承保範圍裁決或提出上訴時，該如何尋求幫助 108](#_Toc486263289)

[第 5 節 您的 D 部分處方藥：如何要求承保範圍裁決或提出上訴 109](#_Toc486263290)

[第 5.1 節 本節描述了在對於獲取 D 部分藥物存有疑問或希望我們償付   
D 部分藥物時，您該如何處理 109](#_Toc486263291)

[第 5.2 節 什麼是「例外處理」？ 110](#_Toc486263292)

[第 5.3 節 請求例外處理須知 112](#_Toc486263293)

[第 5.4 節 步驟說明：如何要求承保範圍裁決（包含例外處理） 113](#_Toc486263294)

[第 5.5 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴（如何要求審核我們的計劃作出的承保範圍裁決） 116](#_Toc486263295)

[第 5.6 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴 118](#_Toc486263296)

[第 6 節 將您的上訴升級至第 3 級及以上 120](#_Toc486263297)

[第 6.1 節 D 部分藥物的第 3、4 及 5 級上訴 120](#_Toc486263298)

[提出投訴 121](#_Toc486263299)

[第 7 節 如何就護理品質、等待時間、顧客服務或其他事宜提出投訴 121](#_Toc486263300)

[第 7.1 節 投訴程序處理哪些類型的問題？ 121](#_Toc486263301)

[第 7.2 節 「提出投訴」的正式名稱為「提出申訴」 122](#_Toc486263302)

[第 7.3 節 步驟說明：提出投訴 122](#_Toc486263303)

[第 7.4 節 您也可向品質改進機構提出護理品質方面的投訴 123](#_Toc486263304)

[第 7.5 節 您亦可將您的投訴告知 Medicare 124](#_Toc486263305)

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

背景

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 節 遇到問題或疑慮該如何處理

本章列述了處理問題及疑慮的兩種程序：

* 就某些問題而言，您需採用**承保範圍裁決和上訴程序**。
* 就其他問題而言，您需採用**提出投訴的程序**。

這兩種程序已獲 Medicare 批准。為保證公平並即時處理您的問題，每一程序配有一套規則、手續及截止期限，您與我們均須遵守。

您採用何種程序？這取決於您遇到的問題類型。第 3 節內的指引有助於您確定應採用的正確程序。

#### 第 1.2 節 關於法律術語

本章中所列的某些規則、程序及各類截止期限存在若干技術性法律術語。許多術語對於大多數人而言較為陌生且難以理解。

為使文字通俗易懂，本章在闡述法律規則及程序時採用更通俗的辭彙取代若干法律術語。例如，本章通常使用「提出投訴」而非「提出申訴」，使用「承保範圍裁決」而非「承保範圍判決」以及使用「獨立審核機構」而非「獨立審核實體」。本章中也儘量減少了縮寫詞的使用。

然而，瞭解描述您所處情形的正確法律術語可能對您有所幫助，甚至至關重要。處理問題和針對所處情形尋求適當的幫助或資訊時，瞭解應使用的正確法律術語將有助於您更清晰和準確地表達。為幫助您瞭解應使用的術語，我們在提供處理特殊情形的詳細資訊時會對法律術語加以闡述。

### 第 2 節 您可向與我們無關的政府機構求助

#### 第 2.1 節 從何處獲取詳細資訊和個性化協助

有時，您可能會弄不清如何開始或完成問題處理程序。在您感覺不適或身體疲乏時，尤為如此。而在其他時候您可能不知道下一步該怎麼辦。

向獨立政府機構求助

我們可隨時向您提供協助。但在某些情況下，您也可能希望獲得某位與我們無關人士的幫助或指引。您可隨時聯絡您的**州健康保險援助計劃 (SHIP)**。該政府計劃在各州均設有若干名訓練有素的顧問。該計劃與我們的計劃、任何保險公司或保健計劃均無關。該計劃的顧問可幫助您瞭解您在處理問題時應採取的程序。他們也能回覆您提出的問題、給予您更多資訊並提供有關處理方法的指引。

SHIP 顧問的服務是免費的。*[Plans providing SHIP contact information in an exhibit may revise the following sentence to direct members to it.]* 電話號碼列於本手冊的第 2 章第 3 節。

您也可從 Medicare 獲得幫助和資訊

有關處理問題的更多資訊和幫助，也可聯絡 Medicare。您可透過兩種方式直接從 Medicare 獲取資訊：

* 您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（全天候服務）。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。
* 您可瀏覽 Medicare 網站 ([https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/))。

### 第 3 節 如需解決問題，應採取何種程序？

#### 第 3.1 節 是否應採取承保範圍裁決和上訴程序？或採取投訴程序？

如有問題或疑慮，您只需細閱本章中適用於您所處情形的部分。下述指引將對您有所  
幫助。

如要確定本章的哪部分內容將會有助於您解決問題或疑慮，請**參見以下內容**

您的問題或疑慮是否與您的福利或保險有關？

（這包括有關特定醫療護理或處方藥是否獲承保、承保的方式等問題，以及與醫療護理或處方藥付款有關的問題。）

**是的。**我的問題與福利或保險有關。

請查閱本章的下一節，**第 4 節「承保範圍裁決和上訴基準指引」。**

**不是。**我的問題與福利或承保範圍無關。

向前跳至本章末尾的**第 7 節**：**「如何就護理品質、等待時間、顧客服務或其他事宜提出投訴？」**。

承保範圍裁決和上訴

### 第 4 節 承保範圍裁決和上訴基準指引

#### 第 4.1 節 要求承保範圍裁決和提出上訴：總體情況介紹

承保範圍裁決和上訴的程序處理與您的處方藥福利及保險有關的問題，包括與付款有關的問題。您可利用該程序處理諸如某種藥物是否獲承保以及承保方式等事宜。

要求承保範圍裁決

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

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

提出上訴

如果我們作出一項承保範圍裁決，而您對此並不滿意，可就該決定「上訴」。上訴是指要求我們審核並更改我們已作出的承保範圍裁決的正式方式。

您首次對裁決提出的上訴稱為第 1 級上訴。在這一級上訴時，我們將審核已作出的承保範圍裁決，以核查我們是否恰當遵循所有規則行事。您的上訴不是由作出原始不利裁決的審核員處理。我們完成審核後，將告訴您我們的決定。在某些情況下，您可以申請加急或「快速承保範圍裁決」或對承保範圍裁決快速上訴，我們將在後文討論這些情況。

如果我們完全或部分拒絕您的第 1 級上訴，您可繼續申請第 2 級上訴。第 2 級上訴由與我們的計劃無關的獨立機構處理。如果仍不滿第 2 級上訴作出的裁決，還可繼續提出其他級別的上訴。

#### 第 4.2 節 欲要求承保範圍裁決或提出上訴時，該如何尋求幫助

是否需要幫助？以下是一些您在決定要求任何類別的承保範圍裁決或對決定提出上訴時，可能希望採取的途徑：

* 您**可致電會員服務部聯絡我們**（電話號碼印在本手冊封底）。
* **如要向與我們的計劃無關的獨立機構尋求免費幫助**，請聯絡您的州健康保險援助計劃（請參見本章第 2 節）。
* **您的醫生或其他處方醫師可代表您提出請求。**對於 D 部分處方藥，您的醫生或其他處方醫師可代表您要求承保範圍裁決或第 1 或 2 級上訴。要在第 2 級後要求任何上訴，您的醫生或其他處方醫師必須獲委任為您的代表。
* **您可要求某人士代表您行事。**如果您願意，可指定任何其他人士作為您的「代表」代您要求承保範圍裁決或提出上訴。
  + 您可能已根據州法律合法授權某人士，使其擔任您的代表。
  + 如果您希望您的朋友、親屬、醫生或其他處方醫師，或其他人士擔任您的代表，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）並索取「代表委任」表格。（此表格也可在 Medicare 網站 <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> [*plans may also insert:* 或我們的網站 *[insert website or link to form]*] 上獲取。）此表格可給予該人士許可，代您行事。表格必須經您和您希望代您行事的人士簽署。您必須向我們提交一份經簽署的表格。
* **您也有權聘請律師代您行事。**您可聯絡您的私人律師，或透過當地律師協會或其他轉介服務獲取律師姓名。如果您符合條件，某些團體也會為您提供免費法律服務。但**您並非必須聘請律師**才能要求任何類別的承保範圍裁決或針對某項決定提出上訴。

### 第 5 節 您的 D 部分處方藥：如何要求承保範圍裁決或提出上訴

"" **您是否已閱讀本章第 4 節（*承保範圍裁決和上訴「基準」指引*）？如果尚未閱讀，請在開始本節之前先閱讀該節內容。**

#### 第 5.1 節 本節描述了在對於獲取 D 部分藥物存有疑問或希望我們償付 D 部分藥物時，您該如何處理

作為我們計劃會員，您的福利包含多種處方藥的承保。請參考我們計劃的*承保藥物清單（處方藥一覽表）*。該藥必須用於醫學上認可的適應症才可承保。（「醫學上認可的適應症」表示一種由美國食品藥物管理局批准，或由某些參考書籍支持的藥物使用方式。有關醫學上認可的適應症的詳細資訊，請參見第 3 章第 3 節。）

* **本節僅和您的 D 部分藥物有關。**為使文字通俗易懂，我們在本節下文中提述為「藥物」，而非每次贅述「承保門診處方藥」或「D 部分藥物」。
* 有關我們對於 D 部分藥物、*承保藥物清單（處方藥一覽表）*、承保範圍的規則與限制，以及費用資訊的定義，請參見第 3 章*（使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保）*與第4章*（對於 D 部分處方藥您須支付的費用）。*

D 部分承保範圍裁決與上訴

承保範圍裁決是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您的藥物支付的金額所作出的決定，詳見本章第 4 節。

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

以下是您要求我們對於您 D 部分藥物作出承保範圍裁決的範例：

* 您要求我們作出例外，包含：
  + 要求我們承保不在計劃*承保藥物清單（處方藥一覽表）*上的 D 部分藥物
  + 要求我們豁免藥物的計劃承保範圍限制（例如您可以取得的藥物數量限制）
  + *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions：omit this bullet.]*要求對於較高分攤費用等級的承保藥物支付較低的分攤費用金額。
* 您向我們詢問某種藥物是否有為您承保，以及您是否符合任何適用的承保規則。（例如，當您的藥物列於計劃的*承保藥物清單（處方藥一覽表）*上，但我們要求您在我們為您承保前，先取得我們的批准。）
  + *請注意：*如果您的藥房告知您，您的處方無法按上方指示配藥，您將會收到一份書面通知，說明如何聯絡我們要求進行承保範圍裁決。
* 您要求我們支付您已購買的處方藥。這是一項對於付款之承保範圍裁決的要求。

如果您不同意我們作出的承保範圍裁決，可對此提出上訴。

本節介紹如何要求承保範圍裁決，以及如何提出上訴請求。請利用下表來協助您決定符合您情形的部分為何：

您處於以下哪種情形？

| **您所處的情形：** | **您可處理的方式：** |
| --- | --- |
| 您是否需要未包含在我們藥物清單上的藥物，或需要我們豁免承保藥物的規則或 限制？ | 您要求我們作出例外處理。（這是一種承保範圍裁決的類型。）  請參見本章**第 5.2 節**。 |
| 您是否想要我們承保我們藥物清單上的藥物，並且您認為對於您需要的藥物，您滿足所有的計劃規則或限制（例如事先取得批准）？ | 您可要求我們為您作出承保範圍裁決。  向前跳至本章**第 5.4 節**。 |
| 您是否想要求我們償付您已取得並付款的藥物？ | 您可要求我們作出償付。（這是一種承保範圍裁決的類型。）  向前跳至本章**第 5.4 節**。 |
| 我們是否已告知您，我們將不會依照您想要的承保或支付方式來承保或支付某種 藥物？ | 您可提出上訴。（這就意味著您要求我們重新考慮。）  向前跳至本章**第 5.5 節**。 |

#### 第 5.2 節 什麼是「例外處理」？

如果某種藥物的承保方式並不是您所想要的，您可以要求我們作出「例外處理」。這是一種承保範圍裁決的類型。和其他類型的承保範圍裁決類似，如果我們駁回您的例外處理申請，您可以對我們的決定提出上訴。

當您申請例外處理時，您的醫生或其他處方醫師將需就為何您需要批准例外處理說明醫療理由。接著，我們將會考慮您的申請。以下為您或您的醫生或其他處方醫師可以要求我們作出的 [*insert as applicable:* 兩種 *OR* 三種] 例外處理範例：

1. **為您承保不在計劃*承保藥物清單（處方藥一覽表）*上的 D 部分藥物**（我們簡稱為「藥物清單」。）

| **法律術語** |
| --- |
| 要求承保未包含在藥物清單上的藥物有時稱為要求**「處方藥一覽表例外」**。 |

* 如果我們同意作出例外處理，並承保未包含在藥物清單的藥物，您將需要支付適用於 [*insert as appropriate:* 我們所有藥物 *OR [insert exceptions tier]* 藥物 *OR [insert exceptions tier]* 原廠藥或 *[insert exceptions tier]* 副廠藥] 的分攤費用*。*您無法就該藥物您應支付的定額手續費或共同保險申請例外處理。

1. **為承保藥物移除承保範圍的限制**。某些我們*承保藥物清單（處方藥一覽表）*上的藥物具有額外的規則或限制（如需關更多資訊，請查閱第 3 章）。

| **法律術語** |
| --- |
| 要求免除針對某些藥物承保的限制有時稱為要求**「處方藥一覽表例外處理」**。 |

* 某些藥物承保範圍的額外規則與限制包括：
  + *[Omit if plan does not use generic substitution] 需要使用副廠藥*而非原廠藥。
  + *[Omit if plan does not use prior authorization]* 在我們同意為您承保該藥物前，*事先取得計劃的批准*。（此步驟有時稱為「事先授權」。）
  + *[Omit if plan does not use step therapy] 在同意承保您請求的藥物前*，我們會要求您先嘗試一種不同的藥物。（此步驟有時稱為「階段療法」。）
  + *[Omit if plan does not use quantity limits] 數量限制。*對於某些藥物，您可以取得的數量將受到限制。
* *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions：omit this bullet]* 如果我們同意作出例外處理並為您豁免限制，您可以就該藥物您應支付的定額手續費或共同保險申請例外處理。

1. *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions：omit this section.]* **將藥物的承保範圍更改至較低的分攤費用等級。**我們藥物清單上的每種藥物皆屬於 *[insert number of tiers]* 種分攤費用等級中的一種。通常，分攤費用的等級編號越低，您需要支付的藥物分攤費用就越少。

| **法律術語** |
| --- |
| 要求對承保的非首選藥物支付較低的金額有時稱為要求**「等級例外處理」**。 |

* [*If the Plan designated one of its tiers as a “high-cost/unique drug tier” and is exempting that tier from the exceptions process, include the following language:* 對於任何屬於*[insert tier number and name of tier designated as the high-cost/unique drug tier]*的藥物，您無法要求我們更改分攤費用等級。]

#### 第 5.3 節 請求例外處理須知

**您的醫生必須告訴我們醫療理由**

您的醫生或其他處方醫師必須向我們提供一份聲明，其中說明申請例外處理的醫療理由。對於快速決定，當您要求例外處理時，請附上此則來自您醫生或其他處方醫師的醫療  
資訊。

通常，我們的藥物清單對於特定病症的治療皆包含了一種以上的藥物。這些不同的藥物稱為「替代」藥物。如果某種替代藥物和您所要求的藥物具有相同的效果，並且不會造成更多的副作用或其他健康上的問題，我們通常將*不會*批准您的例外處理要求。*[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions：omit this statement]* 如果您向我們要求等級例外處理，我們一般*不會*批准您的例外請求，除非較低分攤費用等級的所有替代藥物均無法對您產生相同的效果。

**我們可批准或拒絕您的請求**

* 如果我們批准了您的例外處理要求，我們的批准通常至計劃年度結束前皆為有效。只要您的醫生繼續為您開立該藥物，並且該藥物對於治療您的病症仍然安全與有效，上述有效期限即成立。
* 如果我們拒絕您的例外處理要求，您可透過提出上訴要求審核我們的決定。下文第 5.5 節將介紹如果我們拒絕您的例外處理要求您如何提出上訴。

下一節將介紹如何要求承保範圍裁決（包括例外處理）。

#### 第 5.4 節 步驟說明：如何要求承保範圍裁決（包含例外處理）

第 1 步：您要求我們對於您需要的藥物或付款作出承保範圍裁決。如果您的健康狀況需要快速回覆，您必須要求我們作出「快速承保範圍裁決」。如果您要求我們償付您已購買的藥物，您無法要求快速承保範圍裁決。

如何操作

* **申請您想要的承保範圍裁決的類型。**首先，致電、寄函或傳真給我們提出申請。您、您的代表或醫生（或其他處方醫師）均可提出此請求。我們的網站亦提供了承保範圍裁決程序。有關詳細資訊，請查閱第 2 章第 1 節，並查找*「[plans may edit section title as necessary] 要求就您的 D 部分處方藥作出承保範圍裁決時，如何聯絡我們」*一節。或者，如果您要求我們償付藥物，請查閱*「[plans may edit section title as necessary] 如要我們就您已獲得的藥物支付我們應承擔的費用，應將請求遞交至何處」*一節。
* **您或您的醫生或代表您行事的人士**可以要求承保範圍裁決。本章第 4 節介紹了如何向他人發出書面許可，讓其擔任您的代表。您還可讓律師代表您行事。
* **如果您想要求我們報銷您的藥費**，請先閱讀本手冊第 5 章：*要求我們支付我們對您的承保藥物應承擔的費用。*第 5 章描述了您可能需要求我們給予報銷的一些情況。其中也介紹了應如何向我們寄送要求我們就您已支付的藥物，償付我們應承擔費用的書面材料。
* **如果您請求例外處理，請提供「支持聲明」。**您的醫生或其他處方醫師必須提供我們要求藥物例外處理的醫療理由。（我們稱之為「支持聲明」。）您的醫生或其他處方醫師可以傳真或郵寄該聲明給我們。或者，您的醫生或其他處方醫師可以透過電話告知我們，並隨後傳真或郵寄書面聲明（如果必需）。有關例外處理要求的詳細資訊，請參見第 5.2 節與 5.3 節。
* **我們必須接受任何的書面申請**，包括使用 CMS 承保範圍裁決申請表範本 [*insert if applicable:* 或我們計劃的表格]（前述 [*insert if applicable:* 一份 *OR* 多份表格] 可在我們的網站獲取）提交的申請。
* *[Plans that allow enrollees to submit coverage determination requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]*

如果您的健康狀況需要，可要求我們作出「快速承保範圍裁決」

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

* 除非我們同意採用「快速」截止期限，否則，我們均會採用「標準」截止期限，對您作出決定。標準承保範圍裁決指我們將在收到您醫生的聲明後 72 小時內給您答覆。快速承保範圍裁決指我們將在收到您醫生的聲明後 24 小時內作出答覆。
* **要獲得快速承保範圍裁決，您必須滿足兩項要求︰**
  + *只有*在請求與*您尚未接受的藥物*有關的情況下，才可取得快速承保範圍裁決。（如果您要求我們償付您已購買藥物費用，則不能取得快速承保範圍  
    裁決。）
  + *只有當*採用標準截止期限會*嚴重損害您的健康或傷害您的行動能力時*，方可取得快速承保範圍裁決。
* **如果您的醫生或其他處方醫生告知我們您的健康狀況需要「快速承保範圍裁決」，我們即同意對您作出快速承保範圍裁決。**
* 如果您自行要求快速承保範圍裁決（未獲得醫生或其他處方醫師支援），我們將判斷您的健康狀況是否需要我們對您作出快速承保範圍裁決。
  + 如果我們認為您的醫療狀況不符合快速承保範圍裁決的要求，我們將發函拒絕（我們將採用標準截止期限）。
  + 此信函將告知您，如果您的醫生或其他處方醫師要求快速承保範圍裁決，  
    我們將自動作出快速承保範圍裁決。
  + 此信函也會告知您如何就我們未按您的請求作出快速承保範圍裁決，而作出標準承保範圍裁決的事提出投訴。其中介紹如何提出「快速」投訴（表示我們會在收到投訴的 24 小時內對您的投訴給予答覆）。（投訴程序與承保範圍裁決和上訴程序有所不同。有關提出投訴程序的詳細資訊，請參見本章第 7 節。）

第 2 步：我們將考慮您的要求，並給予答覆。

「快速」承保範圍裁決的截止期限

* 如果我們採用快速截止期限，則必須在接到您的上訴後 **24 小時內**給您答覆。
  + 通常，這代表在我們收到您要求後的 24 小時內。如果您要求例外處理，我們會在收到支持您要求的醫生聲明後 24 小時內給予答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出答覆。
  + 如果我們未能遵守此截止期限，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立外部機構進行審核。本節隨後將介紹此審核機構，並介紹上訴程序第 2 級的情況。
* **如果我們批准您的部分或全部請求**，必須在收到您的請求或醫生支持您的請求之聲明後的 24 小時內，提供我們已同意提供的保險。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及如何提出上訴。

對於您尚未取得之藥物的「標準」承保範圍裁決截止期限

* 如果我們採用標準截止期限，則必須在 **72 小時內**給您答覆。
  + 通常，這代表在我們收到您要求後的 72 小時內。如果您要求例外處理，我們會在收到支持您要求的醫生聲明後 72 小時內給予答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出答覆。
  + 如果我們未能遵守此截止期限，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立機構進行審核。本節隨後將介紹此審核機構，並介紹上訴程序第 2 級的情況。
* **如果我們批准您的部分或全部請求 –**
  + 如果我們批准您的承保請求，我們必須在收到您的請求或支持您請求的醫生聲明後的 **72 小時內**，**提供我們已同意提供的保險**。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及如何提出上訴。

對於您已購買藥物的「標準」承保範圍裁決截止期限

* 我們必須在收到您的請求後 **14 個日曆日內**給您答覆。
  + 如果我們未能遵守此截止期限，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立機構進行審核。本節隨後將介紹此審核機構，並介紹上訴程序第 2 級的情況。
* **如果我們批准您的部分或全部請求**，必須在收到您請求後的 14 個日曆日內向您  
  付款。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及如何提出上訴。

第 3 步：如果我們拒絕您的承保範圍請求，由您決定是否提出上訴。

* 如果我們拒絕，您有權提出上訴。提出上訴表示要求我們重新考慮（並可能更改）我們已作的決定。

#### 第 5.5 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴 （如何要求審核我們的計劃作出的承保範圍裁決）

| **法律術語** |
| --- |
| 就 D 部分藥物承保範圍裁決對計劃提出上訴稱為計劃**「重新裁決」**。 |

第 1 步：您聯絡我們並提出第 1 級上訴。如果您的健康狀況需要快速回覆，您必須要求「快速上訴」。

如何操作

* **要開始上訴，您（或者您的代表、您的醫生或其他處方醫師）必須聯絡我們。**
  + 有關適用於任何上訴相關目的的電話、傳真、郵件或網站聯絡詳細資訊，請查閱第 2 章第 1 節，並查找*「[plans may edit section title as necessary]當您就 D 部分處方藥進行上訴時，如何聯絡我們」*一節。
* **如果您要求標準上訴，請以書面形式提出上訴。**[*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* 您也可撥打第 2 章第 1 節 *[plans may edit section title as necessary]*（*當您就 D 部分處方藥提出上訴時，如何聯絡我們的計劃*）中所示的電話號碼聯絡我們要求上訴。]
* **如果您要求快速上訴，可透過書面形式或撥打第 2 章第 1 節** *[plans may edit section title as necessary]*（當您對 D 部分處方藥進行上訴時，如何聯絡我們的計劃）中所示的電話號碼，提出上訴。
* **我們必須接受任何的書面申請**，包括使用 CMS 承保範圍裁決申請表範本（可在我們的網站獲取）提交的申請。
* *[Plans that allow enrollees to submit appeal requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]*
* 您必須在自我們向您發出書面通知，**對您的承保範圍裁決請求作出答覆之日起 60 個日曆日內**提出上訴請求。如果您錯過此截止期限，並能提供充分理由，我們可給予您更多時間提出上訴。錯過截止期限的充分理由可能包括：您患有使您無法聯絡我們的重病或我們向您提供的有關上訴請求截止期限的資訊是錯誤或不完整的。
* **您可索取一份有關您上訴的資訊，並添加更多資訊。**
  + 您有權向我們索取一份有關您上訴的資料。[*If a fee is charged, insert:* 對於複製和寄送此材料，我們可向您收取費用。]
  + 如果您願意，您與您的醫生或其他處方醫師可向我們提供其他資訊，支援您的上訴。

如果您的健康狀況需要快速回覆，您可要求「快速上訴」

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

* 如果您就我們計劃對您尚未接受的藥物作出的決定提出上訴，您和您的醫生或其他處方醫師將需決定您是否需要「快速上訴」。
* 獲得「快速上訴」的要求與獲得本章第 5.4 節中的「快速承保範圍裁決」的要求及程序相同。

第 2 步：我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

* 在審核您的上訴時，我們會謹慎考慮有關您的保險請求的全部資訊。我們將核實拒絕您的請求時是否遵守所有規則。我們可能會聯絡您或您的醫生或其他處方醫師以瞭解詳細資訊。

「快速」上訴的截止期限

* 如果我們採用快速截止期限，則必須**在接到您的上訴後 72 小時內**給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們會儘快給予答覆。
  + 如果我們在 72 小時內未給您答覆，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立機構進行審核。（本節隨後將介紹此審核機構，並介紹上訴程序第 2 級的情況。）
* **如果我們批准您的部分或全部請求**，必須在收到您上訴後的 72 小時內，提供我們已同意提供的保險。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及如何對我們的決定提出上訴。

「標準」上訴的截止期限

* 如果我們採用標準截止期限，則必須在接到您的上訴後 **7 個日曆日內**給您答覆。如果您尚未獲得藥物且您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。如果您認為您的健康狀況需要快速回覆，您必須要求「快速上訴」。
  + 如果我們未能在 7 個日曆日內給您答覆，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。本節隨後將介紹此審核機構，並介紹上訴程序第 2 級的情況。
* **如果我們批准您的部分或全部請求 －**
  + 如果我們批准承保請求，我們必須視您的健康需要儘快**提供**我們已同意提供的**保險**，**但不晚於在我們收到您上訴後的 7 個日曆日**。
  + 如果我們批准償付您已購買之藥物的請求，我們需要在收到您上訴請求後的 **30 個日曆日內向您付款**。
* **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及如何對我們的決定提出上訴。

第 3 步：如果我們拒絕您的上訴，您可決定是否繼續上訴程序，並提出*另*一個上訴。

* 如果我們拒絕您的上訴，您接下來將可選擇接受此決定，或是繼續提出另一個  
  上訴。
* 如果您決定上訴，即表明您進入第 2 級上訴程序（請參見下文）。

#### 第 5.6 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴

如果我們拒絕您的上訴，您接下來將可選擇接受此決定，或是繼續提出另一個上訴。若您決定進行第 2 級上訴，**獨立審核機構**將審核我們在拒絕您的第一次上訴時作出的決定。該機構將決定是否應更改我們作出的裁決。

| **法律術語** |
| --- |
| 「獨立審核機構」的正式名稱為**「獨立審核實體」**。有時將其稱為**「IRE」**。 |

第 1 步：要提出第 2 級上訴，您（或者您的代表、您的醫生或其他處方醫師）必須聯絡獨立審核機構，要求審核您的個案。

* 如果我們拒絕您的第 1 級上訴，我們寄給您的書面通知將包含**如何向獨立審核機構提出第 2 級上訴的指示**。這些指示將說明可以提出此第 2 級上訴的人士、您須遵守的截止期限，以及如何聯絡審核機構。
* 當您提出上訴至獨立審核機構時，我們會將所持有的您的上訴資訊發送至此機構。該資料稱為您的「個案文件」。**您有權向我們索取一份個案文件副本**。[*If a fee is charged, insert:* 對於複製和寄送此材料，我們可向您收取費用。]
* 您有權向獨立審核機構提供其他資訊，支援您的上訴。

第 2 步：獨立審核機構對您的上訴進行審核，並給您答覆。

* **獨立審核機構是 Medicare 聘請的一個外部獨立機構**。該機構與我們無關，且並非政府機構。該機構為 Medicare 選擇的一家公司，負責審核我們就您的 D 部分福利作出的決定。
* 獨立審核機構的審核員將仔細查閱上訴的所有相關資訊。該機構將以書面形式告知您他們的決定，並說明原因。

第 2 級「快速上訴」的截止期限

* 如果您的健康狀況需要快速回覆，您必須對獨立審核機構要求「快速上訴」。
* 若審核機構同意您的「快速上訴」，則審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **72 小時內**給您答覆。
* **如果獨立審核機構批准您的部分或全部請求**，我們必須在收到審核機構的決定後 **24 小時內**提供由該審核機構批准的藥物承保。

第 2 級「標準上訴」的截止期限

* 如果您提出第 2 級標準上訴，審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **7 個日曆日內**給您答覆。
* **如果獨立審核機構同意您部分或全部的請求 －**
* 如果獨立審核機構批准了您的承保請求，我們必須在收到審核機構的決定後 **72 小時內提供**由該審核機構批准的**藥物承保**。
* 如果獨立審核機構批准償付您已購買之藥物的請求，我們需要在收到審核機構決定後的 **30 個日曆日內向您付款**。

如果審核機構拒絕您的上訴會如何？

如果該機構拒絕您的上訴，即表示他們與我們意見一致，不批准您的請求。（這稱為「支持裁決」，也稱為「駁回上訴」。）

如果獨立審核機構「支持裁決」，您有權提出第 3 級上訴。然而，要再次提出第 3 級上訴，您請求的藥物保險的價值必須達到某最低金額。如果您請求的藥物保險的價值過低，您不能再次提出上訴，且第 2 級的決定即為最終決定。您從獨立審核機構獲得的通知將告知您，請求的保險價值是否滿足繼續上訴程序的要求。

第 3 步：如果您請求的保險價值符合要求，請選擇是否希望進一步上訴。

* 上訴程序中，第 2 級後仍有三個級別（共五個上訴級別）。
* 如果第 2 級上訴遭到駁回，且您符合繼續上訴的要求，則必須決定是否希望繼續第 3 級，提出第三次上訴。如果您決定提出第三次上訴，有關如何處理的詳細資訊，請查閱第二次上訴後收到的書面通知。
* 第 3 級上訴由行政法官處理。本章第 6 節將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細  
  資訊。

### 第 6 節 將您的上訴升級至第 3 級及以上

#### 第 6.1 節 D 部分藥物的第 3、4 及 5 級上訴

本節適用於已提出第 1 級上訴及第 2 級上訴，但均遭到駁回的情況。

如果您上訴的藥物價值達至一定的金額，則可繼續提出其他級別的上訴。如果金額低於此金額，則不能進一步上訴。您收到的第 2 級上訴回覆函件將提供聯絡人及如何要求第 3 級上訴方面的資訊。

大多數上訴情況下，後三級上訴的程序大致相同。以下為負責審核各級上訴的人士。

**第 3 級上訴** **為聯邦政府效力的法官**將審核您的上訴並給予答覆。該法官稱為「行政法官」。

* **如果批准，則上訴程序結束**。您在上訴中所要求的事項已被批准。我們必須在收到該決定後的 **72 小時內（快速上訴為 24 小時）批准或提供**行政法官所批准的**藥物承保，或不晚於 30 個日曆日**進行付款。
* **如果行政法官拒絕您的上訴，上訴程序*可能會*也*可能不會*結束。**
  + 如果您決定接受駁回您上訴的決定，上訴程序則告結束。
  + 如果您不願接受決定，則可繼續下一級審核程序。如果行政法官拒絕您的上訴，您接到的通知將說明如決定繼續上訴則應如何處理。

**第 4 級上訴** **上訴委員會**將審核您的上訴並給予答覆。上訴委員會效力於聯邦政府。

* **如果批准，則上訴程序結束**。您在上訴中所要求的事項已被批准。我們必須在收到該決定後的 **72 小時內（快速上訴為 24 小時）批准或提供**上訴委員會所批准的**藥物承保，或不晚於 30 個日曆日進行付款**。
* **如果遭到拒絕，上訴程序*可能會*也*可能不會*結束。**
  + 如果您決定接受駁回您上訴的決定，上訴程序則告結束。
  + 如果您不願接受決定，或可繼續下一級審核程序。如果上訴委員會拒絕您的上訴或拒絕您的上訴審查請求，您收到的通知將說明相關規則是否允許您繼續上訴至第 5 級。如果規則允許您繼續上訴，書面通知也會提供聯絡人及如選擇繼續上訴該如何處理的資訊。

**第 5 級上訴** 一位**聯邦地方法院**的法官將審核您的上訴。

* 這是上訴程序的最後一步。

提出投訴

### 第 7 節 如何就護理品質、等待時間、顧客服務或其他事宜提出投訴

"" **如果您對福利、保險或付款的相關決定存有疑問，本節並*不適用*。相反，您需採取承保範圍裁決和上訴程序。請參見本章第 4 節。**

#### 第 7.1 節 投訴程序處理哪些類型的問題？

本節將介紹如何利用該程序提出投訴。投訴程序*僅*適用於若干類型的問題。這包括護理品質、等待時間及您獲得的顧客服務的相關問題。以下為投訴程序所處理的各種問題範例。

如果您有這類問題，請「提出投訴」。

| 投訴 | 範例 |
| --- | --- |
| **您的醫療護理品質** | * 您是否對所獲醫療護理品質感到不滿意？ |
| **尊重您的隱私** | * 您是否認為有人未尊重您的隱私，或個人共用資訊未獲得保密？ |
| **未受到尊重、顧客服務不佳或其他不良行為？** | * 是否有人對您無禮或不尊重？ * 您是否不滿意我們會員服務部對待您的方式？ * 您是否覺得自己被迫退出計劃？ |
| **等待時間** | * 我們的藥劑師曾經讓您等太久？或者計劃的會員服務部或其他職員曾讓您等太久？   + 例如在電話中或取處方時曾經等候太久。 |
| **清潔度** | * 您是否對藥房的清潔度或條件感到不滿？ |
| **我們為您提供的 資訊** | * 您是否認為我們未按規定提供通知？ * 您是否認為我們提供的書面資訊難以理解？ |
| **及時性** （這類投訴都與我們是否*及時*作出承保範圍裁決及處理上訴有關） | 本章第 4-6 節介紹了有關要求承保範圍裁決和提出上訴的程序。 如果您要求我們作出決定或希望提出上訴，請利用這些章節的程序，而不要使用投訴程序。  但是，如果您已要求我們作出承保範圍裁決或已提出上訴，同時，您認為我們未迅速回應您的要求，您也可就我們的緩慢行動提出投訴。範例如下：   * 如果您已經要求我們為您提供「快速承保範圍裁決」或「快速上訴」，而我們對您說無法做到時，您可提出投訴。 * 如果您認為我們無法在截止期限之前對您作出承保範圍裁決， 或無法回應您提出的上訴，此時您可提出投訴。 * 如果我們作出的承保範圍裁決經過審核，確定我們必須為您承擔或報銷某些藥物費用，則這些行動都應有期限規定。如果您認為我們未遵守此類截止期限，可提出投訴。 * 如果我們未準時讓您知道我們的決定，我們需將您的個案轉交獨立審核機構。如果我們無法在要求的截止期限內做到，您可提出投訴。 |

#### 第 7.2 節 「提出投訴」的正式名稱為「提出申訴」

| **法律術語** |
| --- |
| * 本節所謂的**「投訴」**也稱為**「申訴」**。 * **「提出投訴」**也稱為**「提出申訴」**。   **「採用投訴程序」**也稱為**「採用提出申訴的程序」。** |

#### 第 7.3 節 步驟說明：提出投訴

第 1 步：請立即致電或寫信聯絡我們。

* **一般情況下，請先致電會員服務部。**如需採取任何行動，會員服務部將會告知您。*[Insert phone number, TTY, and days and hours of operation.]*
* **如果不願致電（或已致電，但並不滿意），可書面列明投訴事項後寄送給我們。**如果您進行書面投訴，我們也會以書面形式回覆您的投訴。
* *[Insert description of the procedures (including time frames) and instructions about what members need to do if they want to use the process for making a complaint. Describe expedited grievance time frames for grievances about decisions to not conduct expedited organization/coverage determinations or reconsiderations/redeterminations.]*
* **不論是致電或寫信，都應立即聯絡會員服務部。**您必須在出現希望投訴的問題後 60 個日曆日內提出投訴。
* **如果您因我們拒絕您「快速承保範圍裁決」或「快速上訴」的請求而提出投訴，我們將自動將其定為「快速」投訴。**如果提出「快速」投訴，即表示我們會在 **24 小時內給予答覆**。

| **法律術語** |
| --- |
| 本節所謂的**「快速投訴」**也稱為**「加急申訴」**。 |

第 2 步：我們將調查您的投訴並給予答覆。

* **如有可能，我們將立即答覆您。**如果您致電提出投訴，我們可能會在接聽來電的當時立即給予答覆。如果您的健康狀況需要快速回覆，我們會盡快答覆。
* **大多數投訴在 30 個日曆日內答覆。**如果我們需要更多資訊，且出於您的最佳利益考慮或您要求延長時間，我們可延遲 14 個日曆日（共 44 個日曆日）答覆您的投訴。如果我們決定延長時間，將書面通知您。
* **如果我們不認同**您的部分或全部投訴，或不負責您所投訴的問題，則會向您說明。我們的回覆包括給予相關答覆的理由。不論是否認同投訴，均必須回覆。

#### 第 7.4 節 您也可向品質改進機構提出護理品質方面的投訴

您可透過以上各步程序，就您所獲護理的品質向我們提出投訴。

當您對*護理品質*提出投訴時，也有兩種選擇：

* **您可向品質改進機構提出投訴**。如果您願意，可直接向該機構對您所獲護理的品質提出投訴（*不*向我們投訴）。
  + 品質改進機構是一個由聯邦政府資助的執業醫生及其他醫療護理專家團體，以核查和改進提供給 Medicare 患者的護理。
  + 如需查找您所在州的品質改進機構的名稱、地址和電話號碼，請查閱本手冊第 2 章第 4 節。如果您向該機構提出投訴，我們將與他們一同解決您的  
    投訴。
* **您也可同時向二者提出投訴**。如果您願意，您可向我們和品質改進機構對您所獲護理的品質提出投訴。

#### 第 7.5 節 您亦可將您的投訴告知 Medicare

您可直接向 Medicare 提出有關 *[insert 2018 plan name]* 的投訴。若要向 Medicare 提交投訴，請瀏覽 <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>。Medicare 會認真對待您的投訴，並且會運用這些資訊協助改進 Medicare 計劃的品質。

如果您有任何其他反饋或顧慮，或感到計劃不能解決您的問題，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障或語障人士可致電 1-877-486-2048。

第 8 章

終止計劃會員資格

## 第 8 章. 終止計劃會員資格

[第 1 節 簡介 127](#_Toc486327119)

[第 1.1 節 本章主要介紹計劃會員資格終止的情況 127](#_Toc486327120)

[第 2 節 您何時能終止計劃會員資格？ 127](#_Toc486327121)

[第 2.1 節 通常，您可在年度參保期期間終止您的會員資格 127](#_Toc486327122)

[第 2.2 節 在某些情況下，您可在特殊參保期期間終止您的會員資格 128](#_Toc486327123)

[第 2.3 節 如何獲得有關何時可終止會員資格的更多資訊？ 130](#_Toc486327124)

[第 3 節 如何終止計劃會員資格？ 130](#_Toc486327125)

[第 3.1 節 您通常可透過參加另一項計劃終止會員資格 130](#_Toc486327126)

[第 4 節 會員資格終止前，您必須繼續透過我們的計劃獲取藥物 132](#_Toc486327127)

[第 4.1 節 會員資格終止前，您一直是我們計劃的會員 132](#_Toc486327128)

[第 5 節 在特定情況下，*[Insert 2018 plan name]* 必須終止您的計劃會員資格 132](#_Toc486327129)

[第 5.1 節 我們何時必須終止您的計劃會員資格？ 132](#_Toc486327130)

[第 5.2節 我們不能因任何與您的健康有關的原因要求您退出計劃 133](#_Toc486327131)

[第 5.3 節 如果我們終止您的計劃會員資格，您有權提出投訴 133](#_Toc486327132)

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 節 本章主要介紹計劃會員資格終止的情況

終止在 *[insert 2018 plan name]* 享有的會員資格可為**自願性**（您自己的選擇）或**非自願性**（並非您自己的選擇）：

* 您*可自願*退出我們的計劃。
  + 一年之中僅在若干時期或在特定情況下，您才可自願終止計劃會員資格。第 2 節將介紹您*何時*可終止計劃會員資格。
  + 自願終止會員的程序會因您選擇的新保險類型而有所不同。第 3 節將介紹在各種情況下*如何*終止會員資格。
* 您未選擇退出，但我們需終止您的會員資格的情況較少。第 5 節將介紹我們必須終止您會員資格的情況。

如將要退出我們的計劃，您必須繼續透過我們的計劃獲取 D 部分處方藥，直至會員資格終止。

### 第 2 節 您何時能終止計劃會員資格？

您僅可在一年的特定時期內終止您的計劃會員資格，這一時期稱為參保期。在年度參保期，所有會員均有機會退出計劃。在某些情況下，您可能還符合在一年內的其他時間退出計劃的資格。

#### 第 2.1 節 通常，您可在年度參保期期間終止您的會員資格

您可在**年度參保期**（也稱為「年度協調選擇期」）終止會員資格。在此期間，您應審查您的健康和藥物保險，並決定來年的保險。

* **年度參保期是什麼時候？**10 月 15 日至 12 月 7 日。
* **在年度參保期期間，您可以轉到哪些類型的計劃？**您可選擇繼續使用當前的保險或變更來年的保險。如果您決定更改為新計劃，可選擇以下任何類型的計劃：
  + 另一項 Medicare 處方藥計劃。
  + *不附帶*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。
    - 如果您取得 Medicare 的「額外補助」來協助支付您的**處方藥**費用：如果您未參加單獨的 Medicare 處方藥計劃，則 Medicare 可能會將您加入一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保。
  + *－ 或 －* Medicare 保健計劃。Medicare 保健計劃是由與 Medicare 簽有合約的私營公司提供的計劃，為您提供所有 Medicare A 部分（醫院）和 B 部分（醫療）福利。某些 Medicare 保健計劃還包括 D 部分處方藥保險。
    - 如果您加入大部分 Medicare 保健計劃，當您的新計劃的保險開始時，您將會從 *[insert 2018 plan name]* 退保。但是，如果您選擇不含 D 部分藥物保險的 Private Fee-for-Service Plan、Medicare Medical Savings Account Plan 或 Medicare Cost Plan，您可以加入該計劃並保留 *[insert 2018 plan name]* 作為您的藥物保險。如果您不想繼續留在我們的計劃，您可以選擇加入其他 Medicare 處方藥計劃或退出 Medicare 處方藥保險。

**註：**如果您退出 Medicare 處方藥保險，且未參與任何有信譽度的處方藥保險，則當您之後加入 Medicare 處方藥計劃時，可能需要支付「逾期參保罰金」。（「有信譽度的」保險是指預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 標準處方藥保險的處方藥保險）。[*insert if applicable:* 如需逾期參保罰金的詳細資訊，請參見第 1 章第 5 節。]

* **您的會員資格何時終止？**當您的新計劃的保險在 1 月 1 日開始時，您的會員資格將終止。

#### 第 2.2 節 在某些情況下，您可在特殊參保期期間終止您的會員資格

在某些情況下，*[insert 2018 plan name]* 會員可能有權在年內的其他時間終止其會員資格。這一時期稱為**特殊參保期**。

* **誰符合特殊參保期的資格？**如果以下任何情況適用於您，則您可以在特殊參保期期間終止您的會員資格。以下僅為範例，如需完整清單請聯絡本計劃、致電 Medicare 或瀏覽其網站 ([https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/))：
  + 如果您搬離您的計劃的服務區域。
  + *[Revise bullet to use state-specific name, if applicable]* 如果您享有 Medicaid。
  + 如果您符合「額外補助」的資格以支付您的 Medicare 處方藥。
  + 如果我們違反與您簽署的合約。
  + 如果您在養老院或長期護理 (LTC) 醫院等機構接受護理。
  + [*Plans in* *states with PACE, insert:* 如果您參與老人綜合護理計劃 (PACE)。[*National or multi-state plans when there is variability in the availability of PACE insert:* PACE 並非在所有州均有提供。如果您想知道 PACE 是否在您所在的州提供，請聯絡會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。]]
* **特殊參保期是什麼時候？**這一參保期因您的情況而異。
* **您可採取哪些措施？**如要瞭解您是否符合特殊參保期的資格，請隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare。聽障和語障人士可致電 1-877-486-2048。如果您因為特殊情況而可以終止您的會員資格，您可選擇同時變更您的 Medicare 健康保險和處方藥保險。這表示您可以選擇以下任意類型的計劃：
  + 另一項 Medicare 處方藥計劃。
  + *不附帶*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。
    - **如果您取得 Medicare 的「額外補助」來協助支付您的處方藥費用：**如果您轉至 Original Medicare 且未參加單獨的 Medicare 處方藥計劃，則 Medicare 可能會將您加入一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保。
  + *－ 或 －* Medicare 保健計劃。Medicare 保健計劃是由與 Medicare 簽有合約的私營公司提供的計劃，為您提供所有 Medicare A 部分（醫院）和 B 部分（醫療）福利。某些 Medicare 保健計劃還包括 D 部分處方藥保險。
    - 如果您加入大部分 Medicare 保健計劃，當您的新計劃的保險開始時，您將會自動從 *[insert 2018 plan name]* 退保。但是，如果您選擇不含 D 部分藥物保險的 Private Fee-for-Service Plan、Medicare Medical Savings Account Plan 或 Medicare Cost Plan，您可以加入該計劃並保留 *[insert 2018 plan name]* 作為您的藥物保險。如果您不想繼續留在我們的計劃，您可以選擇加入其他 Medicare 處方藥計劃或退出 Medicare 處方藥保險。

**註：**如果您退出 Medicare 處方藥保險，且連續 63 天或更長時間未參與任何有信譽度的處方藥保險，則當您之後加入 Medicare 藥物計劃時，可能需要支付 D 部分逾期參保罰金。（「有信譽度的」保險是指預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 標準處方藥保險的處方藥保險）。[*insert if applicable:* 如需逾期參保罰金的詳細資訊，請參見第 1 章第 5 節]。

* **您的會員資格何時終止？**您的會員資格通常將在我們收到您更改計劃的請求後下個月第一天終止。

#### 第 2.3 節 如何獲得有關何時可終止會員資格的更多資訊？

如果您存有任何疑問或希望詳細瞭解何時可終止會員資格：

* 您可**致電會員服務部**（電話號碼印在本手冊封底）。
* 您可在*「****2018 年 Medicare 與您」***手冊中查閱資訊。
  + Medicare 的每位會員每年秋季均會收到一份「*Medicare 與您*」手冊。Medicare 的新會員會在首次註冊後一個月內收到。
  + 您也可從 Medicare 網站 ([https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/)) 下載一份手冊。或者，可致電 Medicare 的下列號碼，預定一份印刷手冊。
* 您可隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare**。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。

### 第 3 節 如何終止計劃會員資格？

#### 第 3.1 節 您通常可透過參加另一項計劃終止會員資格

通常，要終止您的計劃會員資格，只需在參保期參加另一項 Medicare 計劃（請參見本章第 2 節瞭解參保期）。但是，在兩種情況下您將需以不同方式終止您的會員資格。

* 如果您希望從我們的計劃轉至*不附帶* Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare，您必須要求退出我們的計劃。
* 但是，如果您加入不附帶處方藥保險的 Private Fee-for-Service Plan、Medicare Medical Savings Account Plan 或 Medicare Cost Plan，加入新計劃不會使您在我們計劃中的會員資格終止。在這種情況下，您可以加入該計劃並保留 *[insert 2018 plan name]* 作為您的藥物保險。如果您不想繼續留在我們的計劃，您可以選擇加入其他 Medicare 處方藥計劃或要求退出我們計劃。

如果您屬於以上兩種情況中的一種，並且想退出我們的計劃，有兩種方式可以要求退出：

* 您可向我們發出書面請求。如果您需要如何請求的詳細資訊，請聯絡會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。
* *－ 或 －* 您可隨時致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。

**註：**如果您退出 Medicare 處方藥保險，且未參與任何有信譽度的處方藥保險，則當您之後加入 Medicare 藥物計劃時，可能需要支付 D 部分逾期參保罰金。（「有信譽度的」保險是指預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 標準處方藥保險的處方藥保險）。  
如需逾期參保罰金的詳細資訊，請參見第 1 章第 5 節。

下表將介紹如何終止計劃會員資格。

| 如果您希望從我們的計劃轉至： | 您應該： |
| --- | --- |
| * 另一項 Medicare 處方藥 計劃。 | * 在 10 月 15 日至 12 月 7 日期間加入新的 Medicare 處方藥計劃。   您的新計劃保險開始時，您將自動退出 *[insert 2018 plan name]*。 |
| * Medicare 保健計劃。 | * 在 12 月 7 日之前加入 Medicare 保健計劃。對於大部分 Medicare 保健計劃，當您的新計劃的保險開始時，您將會自動從 *[insert 2018 plan name]* 退保。   但是，如果您選擇不附帶 D 部分藥物保險的 Private Fee-For-Service Plan、Medicare Medical Savings Account Plan 或 Medicare Cost Plan，您可以加入該項新計劃並保留 *[insert 2018 plan name]* 作為您的藥物保險。如果您想要退出我們的計劃，您*必須*加入其他 Medicare 處方藥計劃*或*要求退出計劃。如要退出，您必須向我們寄送書面申請（如需更多關於如何退出的資訊，請聯絡會員服務部，電話號碼印在本手冊封底）或隨時致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（聽障和語障人士可致電 1-877-486-2048）。 |
| * *不附帶*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。   **註：**如果您退出 Medicare 處方藥計劃，且未參與任何「有信譽度的」處方藥保險，則當您之後加入 Medicare 處方藥計劃時，可能需要支付「逾期參保罰金」。如需逾期參保罰金的詳細資訊，請參見第 1 章第 5 節。 | * **向我們寄送書面退保請求。**如果您需要如何請求的詳細資訊，請聯絡會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。 * 您可隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare**，要求退保。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。 |

### 第 4 節 會員資格終止前，您必須繼續透過我們的計劃獲取藥物

#### 第 4.1 節 會員資格終止前，您一直是我們計劃的會員

如果您退出 *[insert 2018 plan name]*，可能需要等待一段時間會員資格才能終止，新的 Medicare 才能生效。（請參見第 2 節，瞭解新保險開始的時間。）在此期間，您必須繼續透過我們的計劃獲取處方藥。

* **您應繼續使用我們的網絡內藥房來配取處方藥，直到您在我們計劃的會員資格終止。**通常，您的處方藥只有在網絡內藥房 [*insert if applicable:* 包含透過郵購藥房服務] 配取時才有承保。

### 第 5 節 在特定情況下，*[Insert 2018 plan name]* 必須終止您的計劃會員資格

#### 第 5.1 節 我們何時必須終止您的計劃會員資格？

***[Insert 2018 plan name]* 如發生以下任何情況，必須終止您的計劃會員資格：**

* 如果您不再擁有 Medicare A 部分或 B 部分保險（或兩者）。
* 如果您離開我們的服務區域。
* 如果您離開我們的服務區域超過 12 個月。
  + 如果您遷移或進行長途旅行，需致電會員服務部，確定遷移或旅行目的地是否在我們的計劃區域內。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）
* 您被捕入獄。
* 您不是美國公民或在美國非法居留。
* 如果您在關於擁有其他處方藥保險方面說謊或是隱瞞資訊。
* *[Omit if not applicable]* 您在參加我們的計劃時故意提供錯誤資訊，而該資訊影響您參加計劃的資格。（除非事先獲得 Medicare 許可，否則我們不能因此讓您退出  
  計劃。）
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* 您的行為持續干擾及阻礙我們為您與計劃的其他會員提供護理。（除非事先獲得 Medicare 許可，否則我們不能因此讓您退出計劃。）
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* 您讓其他人使用您的會員卡獲得處方藥。（除非事先獲得 Medicare 許可，否則我們不能因此讓您退出計劃。）
  + 如果我們因此終止您的會員資格，Medicare 可能會讓監察長調查您的  
    個案。
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable. Plans with different disenrollment policies for dual eligible members and/or members with LIS who do not pay plan premiums must edit these bullets as necessary to reflect their policies. Plans with different disenrollment policies must be very clear as to which population is excluded from the policy to disenroll for failure to pay plan premiums.]* 如果您未支付計劃保費達 *[insert length of grace period, which cannot be less than 2 calendar months]。*
  + 終止您的會員資格之前，我們必須以書面形式通知您，您有 *[insert length of grace period, which cannot be less than 2 calendar months]* 的寬限期來支付計劃保費。
* 如果您因為收入的關係而需要支付額外的 D 部分金額，但您並未支付該金額，則 Medicare 會將您自我們的計劃退保，且您將喪失處方藥保險。

如何獲得詳細資訊？

如果您存有任何疑問或希望詳細瞭解我們何時可終止您的會員資格：

* 您可致電**會員服務部**瞭解詳細資訊（電話號碼印在本手冊封底）。

#### 第 5.2節 我們不能因任何與您的健康有關的原因要求您退出計劃

*[Insert 2018 plan name]* 不能因您健康的任何相關原因要求您退出計劃。

如果發生此情況，該怎麼辦？

如果您認為被要求退出我們的計劃是出於健康相關原因，應致電 1-800-MEDICARE   
(1-800-633-4227)聯絡 Medicare。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。您可以隨時撥打這個電話。

#### 第 5.3 節 如果我們終止您的計劃會員資格，您有權提出投訴

如果我們終止您的計劃會員資格，必須書面告知您終止會員資格的原因。我們也必須說明如何對我們終止您會員資格的決定提出申訴或投訴。您也可查閱第 7 章第 7 節瞭解如何提出投訴。

第 9 章

法律通知

## 第 9 章. 法律通知

[第 1 節 有關管轄法律的通知 136](#_Toc486327152)

[第 2 節 有關非歧視的通知 136](#_Toc486327153)

[第 3 節 有關以 Medicare 作為次要付費者的代位求償權通知 136](#_Toc486327154)

*[****Note：****You may include other legal notices, such as a notice of member non-liability, a notice about third-party liability or a nondiscrimination notice under Section 1557 of the Affordable Care Act. These notices may only be added if they conform to Medicare laws and regulations.]*

### 第 1 節 有關管轄法律的通知

許多法律均適用於本*「承保範圍說明書」*，且由於法律規定，可能存在若干其他適用條文。即便相關法律並未納入本文件或未在本文件中說明，這也會影響您的權利和責任。適用於本文件的主要法律是《社會保障法》第十八條以及 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 根據《社會保障法》制定的法規。此外，其他聯邦法律可能適用，且在特定情況下，也可能包括您所居住州的法律。

### 第 2 節 有關非歧視的通知

*[Plans may add language describing additional categories covered under state human rights laws.]* 我們不會因種族、族群、原國籍、膚色、宗教、性別、性別認同、年齡、精神或身體殘疾、健康狀況、索賠經歷、病史、基因資訊、不穩定證明或地理位置而歧視任何人。所有提供 Medicare 處方藥計劃的機構，如我們的計劃，必須遵守有關反對歧視的聯邦法律，包括 1964 年《民權法》第六條、1973 年《康復法》、1975 年《年齡歧視法》、《美國殘疾人法》、《平價醫療法案》第 1557 條、適用於聯邦資助機構的所有其他法律及因任何其他原因適用的任何其他法律與規則。

### 第 3 節 有關以 Medicare 作為次要付費者的代位求償權通知

我們有權利和責任為那些並非以 Medicare 作為主要付費者的 Medicare 承保處方藥收款。根據 CMS 法規 42 CFR 的第 422.108 和 423.462 節，*[insert 2018 plan name]*，作為一個 Medicare 處方藥計劃主辦機構，將行使部長依據 42 CFR 第 411 部分子部分 B 至 D 中的 CMS 法規所行使的相同追償權，而且本節中設立的法規取代任何州法律。

*[****Note：****You may include other legal notices, such as a notice of member non-liability, a notice about third-party liability or a nondiscrimination notice under Section 1557 of the Affordable Care Act. These notices may only be added if they conform to Medicare laws and regulations.]*

第 10 章

重要辭彙的定義

## 第 10 章. 重要辭彙的定義

*[Plans should insert definitions as appropriate to the plan type described in the EOC. You may insert definitions not included in this model and exclude model definitions not applicable to your plan, or to your contractual obligations with CMS or enrolled Medicare beneficiaries.]*

*[If allowable revisions to terminology (e.g., changing “Member Services” to “Customer Service”) affect glossary terms, plans should re-label the term and alphabetize it within the glossary.]*

**上訴** － 上訴指您在對拒絕處方藥承保請求，或為您已獲得的藥物付費的決定存有異議時，採取的措施。例如，如果我們拒絕為您認為應能獲得的藥物支付費用，您可要求上訴。第 7 章介紹了上訴，包括提出上訴所涉及的程序。

**年度參保期 －** 每年秋季允許會員變更其保健或藥物計劃或轉至 Original Medicare 的固定時間。年度參保期為 10 月 15 日至 12 月 7 日。

**原廠藥** － 由原先研發該藥物的製藥公司所製造和銷售的處方藥。原廠藥和其副廠藥具有相同活性成份的配方。然而，副廠藥是由其他藥物製造商製造和銷售，通常僅在原廠藥的專利過期後才有提供。

**災難承保階段** － 在承保年度期間內，您或其他符合資格代表您行事的人士就承保藥物支付 $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* 後，您可支付較低藥物定額手續費或共同保險的 D 部分藥物福利階段。

**Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS)** － 管理 Medicare 的聯邦機構。第 2 章介紹了如何聯絡 CMS。

**共同保險** － [*insert if applicable:* 在您支付任何自付扣除金後]，可能需要您就處方藥支付應承擔費用的金額。共同保險通常是一個百分比（例如 20%）。

**投訴 －**「提出投訴」的正式名稱為「提出申訴」。投訴程序*僅*適用於若干類型的問題。這包括護理品質、等待時間及您獲得的顧客服務的相關問題。有關「申訴」的詳情，亦請參見此定義列表。

**共同保險** － 可能需要您就處方藥支付應承擔費用的金額。定額手續費是一個固定金額，而非百分比。例如，您可能要為處方藥支付 $10 或 $20。

**分攤費用** － 分攤費用指會員獲得藥物時須支付的費用。[*Insert if plan has a premium:*（這是除本計劃月繳保費之外的費用。）] 分攤費用包括以下三種付款的任意組合：(1) 計劃在承保藥物前徵收的自付扣除金；(2) 計劃要求在獲得特定藥物時支付的任何固定「定額手續費」；或 (3) 計劃要求在獲得特定藥物時支付的任何「共同保險」，即藥物總費用的百分比。當醫生為您開的某種處方藥少於一個月的份量，並且您需要支付定額手續費時，可能適用「每日分攤費用」。

*[Delete if plan does not use tiers]* **分攤費用等級** － 承保藥物清單上的每種藥物皆屬於 *[insert number of tiers]* 種分攤費用等級中的一種。通常，分攤費用的等級越高，您藥物的費用就越高。

**承保範圍裁決 －** 關於為您開立之處方藥是否由計劃承保的決定，以及您須就該處方藥支付之金額（若有）的決定。通常，如果您攜帶處方至藥房，而該藥房告知您該處方不由您的計劃承保，這並不是承保範圍裁決。您需要致電或寫信給您的計劃，才可要求對於承保範圍作出正式的決定。保險裁決在本手冊中稱為「承保範圍裁決」。第 7 章介紹了如何要求我們作出承保範圍決定。

**承保藥物** － 我們的計劃承保的所有處方藥的總稱。

**有信譽度的處方藥保險** － 預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 標準處方藥保險的處方藥保險（例如僱主或團體提供）。符合 Medicare 資格時擁有此類保險的人士，如果決定稍後參加 Medicare 處方藥保險，一般可保留該保險，而無需支付罰金。

**每日分攤費用** － 當醫生為您開的某種處方藥少於一個月的份量，並且您需要支付定額手續費時，可能適用「每日分攤費用」。每日分攤費用是指定額手續費除以一個月份量的天數所得到的費用。舉例如下：如果某種藥物一個月份量的定額手續費為 $30，您的計劃中一個月份量為 30 天的份量，那麼您的「每日分攤費用」為每日 $1。這意味著您配藥時需要為每日的供藥支付 $1。

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

**退出**或**退保** － 終止計劃會員資格的程序。退保可為自願（自己選擇）或非自願（並非自己選擇）。

**配藥費** － 每次調配承保藥物時收取的費用，用來支付配藥的成本。配藥費所涵蓋的成本，包含諸如藥劑師準備與包裝處方藥的時間等成本。

**緊急情況 －** 緊急醫療情況是您或任何其他具備健康和醫學常識的謹慎外行人認為您出現急需醫療看護以防失去生命、肢體缺損或肢體功能喪失的醫療症狀。醫療症狀可以是疾病、損傷、劇痛或快速惡化的病情。

**承保範圍說明書 (EOC) 及披露資訊** － 本文件連同您的參保表及任何其他附件*、*附則或所選的其他可選保險，這些內容均用於介紹您的保險、我們的責任、您的權利及您作為計劃會員的責任。

**例外處理** － 一種承保範圍裁決的類型，當其受到批准後，將可允許您取得您計劃贊助人的處方藥一覽表之外的藥物（處方藥一覽表例外），或是以更低的分攤費用等級取得非首選藥物（等級例外）。如果計劃贊助人要求您在取得您所要求的藥物前先嘗試另一種藥物，或者當計劃限制了您所要求之藥物的數量或劑量時（處方藥一覽表例外處理），您也可以請求例外處理。

**額外補助** － 一項 Medicare 計劃，專門幫助收入及資源有限的人士，支付 Medicare 處方藥計劃費用（如保費、自付扣除金和共同保險）。

**副廠藥** － 一種由食品和藥物管理局 (FDA) 批准的處方藥，具有和原廠藥相同的活性成份。通常，「副廠」藥和原廠藥的藥效相同，並且費用較低。

**申訴** - 您對我們或我們網絡內的藥房提出的一種投訴，包括有關護理品質的投訴。該類型的投訴不涉及承保或付款爭議。

**按收入每月調整保費 (IRMAA) －** 若您的收入超出特定限值，除了您的計劃保費之外，您還將支付按收入每月調整保費。例如，收入高於 $*[insert amount]* 的個人和收入高於 $*[insert amount]* 的夫婦必須支付更高的 Medicare B 部分（醫療保險）和 Medicare 處方藥保險保費金額。此額外支付的金額稱為按收入每月調整保費。受影響的 Medicare 受保人員不超過 5%，所以大部分人無需支付更高的保費。

**初始承保範圍限制** － 初始承保階段的最大承保範圍限制。

**初始承保階段** － 這是一個在您本年的 [*insert as applicable:* 總藥費（包括您已支付的金額和計劃為您支付的金額）*OR* 自付費用] 達到 [*insert as applicable: [insert 2018 initial coverage limit] OR [insert 2018 out-of-pocket threshold]*] 前的階段*。*

**首次參保期 －** 您第一次有資格參加 Medicare 的時間，在此期間內，您可登記加入 Medicare A 部分和 B 部分。例如，如果您年滿 65 歲時有資格參加 Medicare，您的首次參保期為 7 個月，從您年滿 65 歲當月的前 3 個月開始計算（包括您年滿 65 歲的當月），  
直至年滿 65 歲當月的後 3 個月。

**承保藥物清單（處方藥一覽表或「藥物清單」）** － 一份計劃承保之處方藥的清單。此清單上的藥物皆由計劃在醫生和藥劑師的協助下選定。該清單同時包含原廠藥與副廠藥。

**低收入補貼 (LIS)** － 請參見「額外補助」。

**Medicaid（或醫療補助）**－ 一項聯邦與州的聯合計劃，旨在幫助某些收入及資源有限的人士支付醫療費用。Medicaid 計劃因州而異，但如果您同時符合 Medicare 和 Medicaid 資格，便可獲承保大多數醫療保健費用。有關如何聯絡您所在州的 Medicaid 的資訊，請參見第 2 章第 6 節。

**醫學上認可的適應症** － 一種由美國食品藥物管理局批准，或由某些參考書籍支持的藥物使用方式。有關醫學上認可的適應症的詳細資訊，請參見第 3 章第 3 節。

**Medicare** － 適用於 65 歲或以上人士、部分 65 歲以下特定殘障人士及患有末期腎病的人士（一般指患有永久性腎衰竭，須進行透析或腎臟移植的人士）的聯邦健康保險計劃。享有 Medicare 的人士可透過 Original Medicare [*insert only if there is a cost plan in your service area：*Medicare Cost Plan、] [*insert only if there is a PACE plan in your state：*一個 PACE 計劃、] 或 Medicare Advantage 計劃獲得其 Medicare 健康保險。

**Medicare Advantage (MA) 計劃** － 有時稱為 Medicare C 部分，由一間與 Medicare 簽約的私營公司提供的計劃，為您提供所有 Medicare A 部分和 B 部分福利。Medicare Advantage 計劃可為 HMO、PPO、私人按服務收費 (PFFS) 計劃或 Medicare 醫療儲蓄帳戶 (MSA) 計劃。如果您已加入 Medicare Advantage 計劃，Medicare 服務會透過該計劃而獲承保，且在 Original Medicare 下無需支付費用。在大多數情況下，Medicare Advantage 計劃也提供 Medicare D 部分（處方藥保險）。這些計劃也稱為**附帶處方藥保險的 Medicare Advantage 計劃**。擁有 Medicare A 部分和 B 部分的人士均可參與其所在地區提供的任何 Medicare 保健計劃，患有晚期腎病的人士除外（除非有特定例外情況）。

[*Insert cost plan definition only if you are a Medicare Cost Plan or there is one in your service area：***Medicare 成本計劃** － Medicare 成本計劃是一項由健康維護組織 (HMO) 或競爭醫療計劃 (CMP) 根據法案第 1876(h) 條下的費用報銷合約運營的計劃。]

**Medicare 承保缺口折扣計劃** － 一項為大多數承保之 D 部分原廠藥提供折扣的計劃，適用於達到承保缺口階段且尚未接受「額外補助」的 D 部分參保人。折扣根據聯邦政府和某些藥物製造商之間的協議決定。因此，大多數（但非全部）的原廠藥皆有折扣。

**Medicare 承保服務 －** Medicare A 部分和 B 部分承保的服務。

**Medicare 保健計劃** － Medicare 保健計劃是由與 Medicare 簽約的私營公司提供的，為參與計劃的人士提供 Medicare 保健計劃 A 部分和 B 部分福利。此術語包括所有 Medicare Advantage 計劃、Medicare 成本計劃、演示/試點計劃和老人綜合護理計劃 (PACE)。

**Medicare 處方藥保險（Medicare D 部分）**－ 幫助支付門診處方藥、疫苗、生物製劑及 Medicare A 部分或 B 部分不承保的部分用品費用的保險。

**「Medigap」（Medicare 補充保險）政策** － 由私營保險公司銷售，用於填補 Original Medicare「缺口」的 Medicare 補充保險。Medigap 政策僅適用於 Original Medicare。（Medicare Advantage 計劃並非 Medigap 政策。）

**會員（我們計劃的會員或「計劃會員」） －** 享有 Medicare、有資格獲得承保服務、已參加我們的計劃且其參保經 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 確認的人士。

**會員服務部 －** 我們計劃內部的一個部門，負責解答有關會員資格、福利、申訴及上訴的問題。請參見第 2 章瞭解如何聯絡會員服務部。

**網絡內藥房** － 網絡內藥房是一間能夠讓我們計劃的會員取得其處方藥福利的藥房。我們將其稱為「網絡內藥房」，是因為這些藥房和我們的計劃簽有合約。在大多數情況下，您的處方藥僅在我們的網絡內藥房配取時才獲承保。

**Original Medicare（「傳統 Medicare」或「按服務收費的 Medicare」）** － Original Medicare 由政府提供，並非 Medicare Advantage 計劃及處方藥計劃等私人健康保險計劃。在 Original Medicare 下，可透過向醫生、醫院及其他醫療服務提供者支付國會指定的費用，獲承保 Medicare 服務。您可去接受 Medicare 的任何醫生、醫院或其他醫療保健提供者處就診。您必須支付自付扣除金。Medicare 支付應承擔的 Medicare 批准費用，而您支付您應承擔的費用。Original Medicare 分為兩部分：A 部分（住院保險）和 B 部分（醫療保險），在全美均有提供。

**網絡外藥房** － 未和我們計劃簽約來協調或提供承保藥物給我們計劃會員的藥房。正如本「承保範圍說明書」所解釋的，大多數您從網絡外藥房取得的藥物並未由我們計劃承保，除非符合某些條件。

**自付費用** － 請參見上文「分攤費用」定義。會員支付所獲得藥物一部分費用的分攤費用要求也稱為會員「自付」費用要求。

[*Insert PACE plan definition only if there is a PACE plan in your state：***PACE 計劃** － PACE（老人綜合護理計劃）計劃包括為身體虛弱人士提供的醫療、社會和長期護理 (LTC) 服務，幫助人們在獲得所需的高品質護理的同時，盡可能長久地在其社區內獨立生活（而非住入療養院）。加入 PACE 計劃的人士可透過計劃獲得 Medicare 和 Medicaid 福利。[*National or multi-state plans when there is variability in the availability of PACE insert:* PACE 並非在所有州均有提供。如果您想知道 PACE 是否在您所在的州提供，請聯絡會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。]]

**C 部分 － 請參見「Medicare Advantage (MA) 計劃」。**

**D 部分** － 自願性 Medicare 處方藥福利計劃。（為方便提述，我們將該處方藥福利計劃稱為 D 部分。）

**D 部分藥物** － 可由 D 部分承保的藥物。我們不一定會提供所有 D 部分藥物。（特定的承保藥物清單，請參見您的處方藥一覽表。）某些類別的藥物由國會特別排除在 D 部分承保藥物之外。

[*Include this definition only if Part D plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in addition to those offering standard cost-sharing*：

**首選分攤費用** *－* 首選分攤費用指在某些網絡內藥房，某些承保 D 部分藥物較低的分攤  
費用。]

**D 部分逾期參保罰金** － 當您連續 63 天或更長時間未參與任何有信譽度的保險（預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 標準處方藥保險的保險）時，將會追加到您 Medicare 藥物保險之月繳保費的一筆金額。只要您擁有 Medicare 藥物保險計劃，您就需要支付這筆較高的金額。也存在一些例外。例如：如果您接受 Medicare 的處方藥計劃費用「額外補助」，則逾期參保罰金規則將不適用於您。如果您領取「額外補助」，則您不用繳納逾期參保罰金。

**保費** － 定期支付給 Medicare、保險公司或醫療護理計劃用於健康或處方藥保險的費用。

**事先授權** － 獲得某些藥物（無論是否在處方藥一覽表內）的事先批准。*[Plans may delete applicable sentences if it does not require prior authorization for any drugs.]* 只有在您的醫生或其他網絡內提供者取得我們的「事先授權」時，某些藥物才能獲得承保。處方藥一覽表中標有需獲得事先授權的承保服務。

**品質改進機構 (QIO)** － 是一個由聯邦政府資助的執業醫生及其他醫療護理專家團隊，  
以核查和改進提供給 Medicare 患者的護理。有關您所在州品質改進機構的聯絡資訊，  
請參見第 2 章第 4 節。

**數量限制** － 一種管理工具，目的是出於品質、安全或利用之原因限制指定藥物的使用。限制可能是我們每處方或指定期間內承保的藥物數量。

**服務區域** － 處方藥計劃接受會員（如果計劃根據居住地點限制會員資格）的地理區域。如果您永久搬離計劃的服務區域，計劃可能會將您除名。

**特殊參保期** － 允許會員變更其健康或藥物計劃或轉回 Original Medicare 的固定時間。  
您可能符合特殊參保期的資格的情形包括：如果您搬離服務區，如果您領取「額外補助」以支付您的處方藥費，如果您住進護理機構或如果我們違反與您簽署的合約。

[*Include this definition only if Part D plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in addition to those offering standard cost-sharing*：

**標準分攤費用** *－* 標準分攤費用是網絡內藥房提供的首選分攤費用之外的另一種分攤費用*.*]

**階段治療** － 一個應用工具，要求您在我們承保您的醫師最初開立的處方藥之前，先嘗試使用其他藥物來治療。

**社安補助金 (SSI)** **－** 社會保障局向收入與資源有限的殘障人士、盲人或 65 歲及以上的老人補助的月度福利。SSI 福利不同於社會保障福利。

*[This is the back cover for the EOC. Plans may add a logo and/or photographs, as long as these elements do not make it difficult for members to find and read the plan contact information.]*

*[Insert 2018 plan name]* 會員服務部

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

*[Insert state-specific SHIP name]* [*If the SHIP’s name does not include the name of the state, add：*(*[insert state name]* SHIP)]

*[Insert state-specific SHIP name]* 是一個由聯邦政府出資為 Medicare 受保人提供本地免費健康保險諮詢的州計劃。

*[Plans with multi-state EOCs revise heading and sentence above to use “State Health Insurance Assistance Program,” omit table, and reference exhibit or EOC section with SHIP information.]*

| 方法 | 聯絡資訊 |
| --- | --- |
| **致電** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **聽障/語障專線** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number：*此號碼需使用專用電話設備撥打，且僅適用於聽障或語障人士。] |
| **寫信** | *[Insert address]* |
| **網站** | *[Insert URL]* |