

2024



承保福利說明

Centers Plan for Medicare
Advantage Care (HMO)

語言協助服務通知

English	We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-940-9330 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.
Albanian	Ne kemi në dispozicion shërbime përkthimi për t'ju përgjigjur çdo pyetjeje që mund të keni lidhur me shëndetin tuaj apo me planin tuaj të mjekimit. Për të siguruar një përkthyes/e, na telefononi në 1-877-940-9330 (TTY: 711). Dikush që flet shqip mund t'ju ndihmojë. Ky është një shërbim pa pagesë.
Arabic	لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك بشأن خطتنا للصحة أو الأدوية. للحصول على مترجم فوري، اتصل بنا فحسب على الرقم 1-877-940-9330 (لمستخدمي الهاتف النصي: 711). يمكن لشخص يتحدث العربية مساعدتك. هذه خدمة مجانية.
Bengali	আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধ পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। দোভাষী পেতে হলে, আমাদের কেবল 1-877-940-9330 (TTY: 711) -এ কল করে যোগাযোগ করুন। বাংলাভাষী কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। এটি বিনামূল্যে প্রাপ্ত পরিষেবা।
Chinese	我們可提供免費口譯服務，回答您在健康或藥物計劃方面的任何問題。如需翻譯服務，只需致電我們的電話：1-877-940-9330 (TTY: 711)。漢語說英語的工作人員可為您提供幫助。這是一項免費服務。
French	Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pouvez avoir sur notre régime d'assurance-maladie ou d'assurance-médicaments. Pour obtenir un interprète, il suffit de nous appeler au 1-877-940-9330 (TTY: 711). Une personne qui parle français peut vous aider. Il s'agit d'un service gratuit.
French Creole	Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen konsènan plan sante ak medikaman nou an. Pou w jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-877-940-9330 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ka ede w. Sèvis sa a gratis.
German	Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetscherdienst, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Für einen Dolmetscher, rufen Sie uns einfach unter der Rufnummer 1-877-940-9330 (TTY: 711) an. Eine Person, die Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist ein kostenloser Dienst.
Greek	Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσουμε σε τυχόν ερωτήσεις μπορεί να έχετε σχετικά με το πλάνο ιατρικής ή φαρμακευτικής περίθαλψής μας. Για να επικοινωνήσετε με διερμηνέα, απλώς καλέστε μας στο 1-877-940-9330 (TTY: 711). Κάποιος που μιλάει Ελληνικά μπορεί να σας βοηθήσει. Αυτή είναι μια δωρεάν υπηρεσία.
Hindi	हमारे स्वास्थ्य या ड्रग योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं हैं। दुभाषिया की सेवा प्राप्त करने के लिए, हमें 1-877-940-9330 (TTY: 711) पर कॉल करें। हिंदीअंग्रेज़ी जानने वाला कोई व्यक्ति आपकी सहायता कर सकता है। यह निशुल्क सेवा है।
Italian	Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per eventuali domande sul nostro piano di assistenza sanitaria e farmaceutica. Per ricevere il supporto di un interprete, chiamare il numero 1-877-940-9330 (TTY: 711). Sarà disponibile qualcuno che parli italiano. Il servizio è gratuito.
Japanese	弊社の健康および薬品に対するプランについて、お客様がお尋ねになりたいすべてのご質問にお答えするため弊社は無料通訳サービスを用意しております。通訳サービスを受けるには、弊社までお電話ください：1-877-940-9330 (TTY: 711)。日本語が話せる方がお手伝いします。こうしたサービスは無料です。
Korean	귀하의 건강 또는 약품 플랜에 대한 질문에 답변해드리는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사를 구하려면 1-877-940-9330(TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 한국어를 할 줄 아는 사람이 도와줄 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.

Polish	Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który odpowie na wszelkie pytania dotyczące naszego planu zdrowotnego lub planu przyjmowania leków. Aby uzyskać pomoc tłumacza, wystarczy zadzwonić pod numer 1-877-940-9330 (TTY: 711). Pomocy udzieli osoba mówiąca po Polskie. Usługa jest bezpłatna.
Portugese	Contamos com serviços gratuitos de interpretação para sanar suas dúvidas sobre o plano de saúde ou medicamentos. Para conseguir um intérprete, entre em contato conosco pelo 1-877-940-9330 (TTY: 711). Alguém que fala português irá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.
Russian	Мы предоставляем бесплатные услуги переводчика, чтобы ответить на любые ваши вопросы о нашем плане медицинского обслуживания или программе лекарственных препаратов. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по телефону 1-877-940-9330 (TTY: 711). Вам может помочь русскоязычный человек. Это бесплатная услуга.
Spanish	Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para recibir la ayuda de un intérprete, llámenos al 1-877-940-9330 (TTY: 711). Alguien que hable español puede ayudarle. Éste es un servicio gratuito.
Tagalog	Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng pag-interpret upang sagutin ang mga katanungan mo tungkol sa kalusugan o plano sa paggagamot. Para makakuha ng taga-interpret, tawagan kami sa 1-877-940-9330 (TTY: 711). Taong nagsasalita ng tagalog ang makakatulong sa iyo. Ito ay libreng serbisyo.
Urdu	ہمارے ہیلتھ یا ڈرگ پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت ترجمان کی خدمات ہیں۔ ترجمان حاصل کرنے کے لیے، ہمیں 1-877-940-9330 (TTY: 711) پر کال کریں۔ کوئی اردو بولنے والا آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ مفت خدمت ہے۔
Vietnamese	Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời mọi câu hỏi về chương trình bảo hiểm y tế hoặc thuốc của chúng tôi. Để yêu cầu người thông dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-877-940-9330 (TTY: 711). Ai đó nói tiếng Việt có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.
Yiddish	מיר האבן אומזיסטע איבערזעצונג סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט האבן וועגן אייער געזונטהייט אדער דראג פלאן. צו באקומען אן איבערזעצער, רופט אונז ביי 1-877-940-9330 (TTY: 711). איינער וואס רעדט אידיש קען אייך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.

關於無歧視的通告

歧視行為違反法律

Centers Plan for Healthy Living, LLC遵守適用的聯邦民權法律，沒有種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別方面的歧視。Centers Plan for Healthy Living, LLC不以種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別為由排斥任何人士或對他們進行區別對待。

Centers Plan for Healthy Living, LLC提供：

- 針對殘障人士的免費援助和服務，以便和我們有效溝通，例如：
 - 合格的手語翻譯
 - 其他格式的書面資訊（大號字型、音訊、可存取電子格式、其他格式）
- 向主要語言不是英語的人士提供免費語言服務，例如：
 - 合格的翻譯
 - 用其他語言編寫的資訊

如果您需要這些服務，請聯絡會員：1-877-940-9330（聽力障礙電傳使用者請致電711）。

如果您認為Centers Plan for Healthy Living, LLC未能提供這些服務，或以種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別為由實施歧視，您可以向我們的申訴和上訴部門提出申訴：

寄信至： Centers Plan for Healthy Living, LLC
Attn: G&A Department
75 Vanderbilt Avenue, 7th Floor
Staten Island, NY 10304- 2604

電話： 1-877-940-9330（聽力障礙電傳使用者請致電 711）

傳真： 1-347-505-7089

電子郵件： GandA@centersplan.com

您可以親自登門或透過郵件、傳真或電子郵件提出申訴。如果您在提交申訴中需要，會員/參與者服務部可提供幫助，時間為每週7天，早8點至晚8點。

您也可以採用電子方式，透過民權辦公室投訴入口網站

(<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>)向美國衛生與大眾服務部民權辦公室提出投訴，或者透過郵件或電話提出投訴，投訴地址和投訴電話是：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019， 1-800-537-7697 (TTY)

投訴表格可在下列網址獲得：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

2024年1月1日至12月31日

承保福利說明：

您身為Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO)會員享有的
Medicare保健福利和服務及處方藥保險。

本文件詳細介紹了 2024 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期間的 Medicare 醫療保健和處方藥物保險。這是一個重要的法律文件。請妥善保管。

如對本文件存在疑問，請致電 **1-877-940-9330** 聯絡會員服務部獲得更多資訊。（聽力障礙電傳使用者應致電 **711**）。工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點。該電話免費。

Centers Plan for Medicare Advantage Care計劃是由Centers Plan for Healthy Living, LLC提供的。（本參保福利說明中的「我們」或「我們的」指代Centers Plan for Healthy Living。其中的「計劃」或「本計劃」指代Centers Plan for Medicare Advantage Care。）

本文件免費提供西班牙語版本。

福利、保費、自負額以及/或者自付費用/共同保險費可能於 2025 年 1 月 1 日發生變更。

處方一覽表、藥房網絡，以及/或醫生網絡可能隨時變更。如有必要，您將收到通知。我們將至少提前 30 天通知受影響的投保人有關變更。

本文件解釋了您的福利和權利。使用本文件瞭解：

- 您的計劃保費和費用分攤；
- 您的醫療和處方藥福利；
- 如果您對服務或治療不滿意，如何提出投訴；
- 如果您需要進一步的協助，如何聯絡我們；以及
- Medicare 法律要求的其他保護。

H6988-001_CY24EOC_C

目錄

2024年《承保福利說明》

目錄

第 1 章：從成為會員開始.....	5
第 1 部分 簡介.....	6
第 2 部分 您怎樣獲得計劃會員資格？.....	7
第 3 部分 您將獲得的重要會員材料.....	8
第 4 部分 您的 Centers Plan for Medicare Advantage Care 計劃的每月費用.....	10
第 5 部分 有關您的月保費的更多資訊.....	12
第 6 部分 保持最新的計劃會員資格記錄.....	14
第 7 部分 其他保險如何與我們的計劃協調.....	15
第 2 章：重要電話號碼 與資源	17
第 1 部分 Centers Plan for Medicare Advantage Care 計劃聯絡方式（如何聯絡我們，包括怎樣聯絡會員服務部）.....	18
第 2 部分 Medicare（如何直接從聯邦 Medicare 計劃獲得協助和資訊）.....	23
第 3 部分 State Health Insurance Assistance Program（Medicare 問題的免費協助、資訊，以及解答）.....	25
第 4 部分 品質改善組織.....	26
第 5 部分 社會保障部.....	26
第 6 部分 Medicaid	27
第 7 部分 關於協助支付處方藥的計劃資訊.....	28
第 8 部分 怎樣聯絡鐵路職工退休管理委員會.....	30
第 9 部分 您是否享受雇主提供的「團體保險」或其他健康保險？.....	31
第 3 章：使用本計劃 獲得您的醫療服務.....	32
第 1 部分 您作為我們的計劃的會員獲得醫療保健服務所需瞭解的重要事項.....	33
第 2 部分 使用本計劃網絡內的服務提供者獲得醫療服務.....	34
第 3 部分 當您遇到急診、急需護理或遇到災難時，要如何獲得服務.....	38
第 4 部分 如果您直接收到您的服務的所有費用的帳單該怎麼辦？.....	40
第 5 部分 在您參與「臨床調查研究」時，您的醫療服務應怎麼參保？.....	41
第 6 部分 有關獲得「宗教非醫療健康護理機構」護理的規定.....	43
第 7 部分 有關擁有耐用醫療設備的規定.....	44

目錄

第 4 章：《醫療福利表》（承保項目和付費項目）	46
第 1 部分 瞭解您為承保服務支付的自付金額	47
第 2 部分 使用《醫療福利表》查出您享有的承保項目和您將支付的費用	48
第 3 部分 本計劃不承保的福利有哪些？	83
第 5 章：使用本計劃為 D 部分處方藥提供的保險	86
第 1 部分 簡介	87
第 2 部分 在網絡內藥房或透過計劃的郵購服務配處方藥	87
第 3 部分 您的藥品需在計劃的《藥物清單》上	90
第 4 部分 某些藥品的保險存在一定的限制	92
第 5 部分 如果您使用的某一種藥品選用了您不想要的承保方式，該怎麼辦？	93
第 6 部分 如果您的一種藥品的保險出現變更該怎麼辦？	96
第 7 部分 計劃未承保的藥品類型有哪些？	98
第 8 部分 配處方藥	99
第 9 部分 特殊情況下的 D 部分藥品保險	99
第 10 部分 用藥安全和藥物管理計劃	101
第 6 章：您為 D 部分處方藥支付的費用	103
第 1 部分 簡介	104
第 2 部分 您支付多少藥費取決於您在購買藥物時處於哪個「藥物支付階段」	106
第 3 部分 我們向您傳送報告，說明您的藥費支付情況以及您所處的支付階段	107
第 4 部分 在自負額階段，您支付第 3 級、第 4 級和第 5 級藥品的全部費用	108
第 5 部分 在初始保險階段，本計劃將為您的藥費支付其分攤費用，同時，您也將支付您的分攤部分	108
第 6 部分 保障缺口階段的費用	112
第 7 部分 在重病保險階段，該計劃將為您獲得承保的 D 部分藥品支付全額費用。	112
第 8 部分 D 部分疫苗。您支付多少費用取決於您於何處以何種方式購買的這些疫苗	113
第 7 章：要求我們為您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付我們的分攤費用	115
第 1 部分 您應要求我們為您的承保服務或藥物支付我們的分攤費用的情況	116

目錄

第 2 部分	如何要求我們向您進行補償或支付您已收到的帳單.....	118
第 3 部分	我們將考慮您的付款請求，然後予以同意或拒絕.....	118
第 8 章：	<i>您的權利和責任</i>	120
第 1 部分	我們的計劃必須尊重您作為本計劃會員的權利和文化敏感性.....	121
第 2 部分	作為本計劃會員，您要承擔部分責任.....	127
第 9 章：	<i>發生問題 或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法</i>	128
第 1 部分	簡介.....	129
第 2 部分	從何處獲得更多資訊和個人化援助.....	129
第 3 部分	您應採用哪種程序處理您的問題？.....	130
第 4 部分	保險決定和上訴基礎知識指南.....	131
第 5 部分	您的醫療保健：如何要求作出保險決定或進行保險決定上訴.....	133
第 6 部分	您的 D 部分處方藥：如何要求作出保險決定或進行上訴.....	140
第 7 部分	如果您認為醫生太快讓您出院，該怎樣要求我們對較長的住院治療進行承保.....	148
第 8 部分	如果您認為您的保險結束得過早，該怎樣要求我們繼續對特定醫療服務進行承保.....	155
第 9 部分	將您的上訴推進到第 3 級以及更高等級.....	160
第 10 部分	怎樣投訴護理品質、等候時間、客戶服務或其他問題.....	162
第 10 章：	<i>終止您的計劃會員資格</i>	166
第 1 部分	如何終止您的計劃會員資格.....	167
第 2 部分	您的計劃會員資格終止時間？.....	167
第 3 部分	您將如何終止本計劃會員資格？.....	169
第 4 部分	會員資格終止前，您都必須透過本計劃獲得醫療項目、服務和藥品.....	170
第 5 部分	Centers Plan for Medicare Advantage Care 在特定情況下必須終止您的計劃會員資格.....	171
第 11 章：	<i>法律通告</i>	173
第 1 部分	適用法律相關通知.....	174
第 2 部分	關於無歧視的通告.....	174
第 3 部分	有關 Medicare 次要付款人代位追償權的通知.....	174

第 12 章：重要詞彙定義..... 175

第 1 章： 從成為會員開始

第 1 章 從成為會員開始

第 1 部分 簡介

第 1.1 節 您加入 Centers Plan for Medicare Advantage Care (一項 Medicare HMO 計劃)

您將享受 Medicare 保險服務，並選擇透過我們的 Centers Plan for Medicare Advantage Care 獲得 Medicare 醫療服務和處方藥保險。我們必須承保所有 A 部分和 B 部分服務。但是，本計劃中的費用分攤和提供者使用與 Original Medicare 不同。

Centers Plan for Medicare Advantage Care 是由 Medicare 核准並由一家私企營運的一項 Medicare Advantage HMO 計劃（HMO 代表健康維護組織）。

本計劃中的保險已被認證為 **Qualifying Health Coverage (QHC)**，並滿足病患保護與平價醫療法案(ACA)中的個人分攤責任要求。請瀏覽國稅局(IRS)網站：
www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 瞭解更多資訊。

第 1.2 節 《承保福利說明》文件有什麼作用？

本《承保福利說明》文件向您介紹如何獲得醫療護理和處方藥。本文件闡述了您的權利和責任，我們的承保內容，以及您成為計劃會員應繳納的費用，以及如果您對某項決定或治療不滿意，該如何投訴。

詞語「保險」和「承保的服務」即在您成為 Centers Plan for Medicare Advantage Care 會員後，我們向您提供的醫療保健和服務，以及處方藥。

您務必瞭解該計劃的規則，以及該計劃向您提供的服務內容。我們建議您安排一些時間閱覽整本《承保福利說明》文件。

如果您有任何不解或疑慮，或僅僅是存在疑問，請聯絡會員服務部。

第 1.3 節 《承保福利說明》的法律資訊

本《承保福利說明》是我們與您所簽訂合約的一部分，規定了Centers Plan for Medicare Advantage Care為您承保的醫療服務。本合約的其他部分包括您的參保表、承保藥物清單（處方一覽表），以及我們寄給您的關於保險或影響您保險的條件的任何改變通知。這些通知有時稱作「附加條款」或「修改」。

合約有效期為2024年1月1日至2024年12月31日期間您參保Centers Plan for Medicare Advantage Care的月份。

第 1 章 從成為會員開始

在每個日曆年，Medicare都允許我們對提供的計劃作出改變。也就是說，我們可以在2024年12月31日之後，對Centers Plan for Medicare Advantage Care的費用和福利作出改變。我們也可能在2024年12月31日之後在您的服務區域停止提供該計劃。

Medicare（Medicare與Medicaid服務中心）每年都必須審核Centers Plan for Medicare Advantage Care。只要我們選擇繼續提供計劃且Medicare重新審核了該計劃，您就可以繼續每年成為本計劃的會員，享受Medicare保險服務。

第 2 部分 您怎樣獲得計劃會員資格？

第 2.1 節 您的資格條件

只要您滿足以下要求，即可獲得我們的計劃會員資格：

- 您享受 Medicare A 部分和 Medicare B 部分保險
- -- 以及 -- 您在我們的服務地理區域內生活（以下第 2.2 節介紹了我們的服務區域）。被監禁者不被視為居住在地理服務區域內，即使他們實際位於該區域。
- -- 以及 -- 您是美國公民或在美國有合法居住權

第 2.2 節 以下是 Centers Plan for Medicare Advantage Care 的計劃服務區域

Centers Plan for Medicare Advantage Care 僅適用於居住在本計劃服務區域內的個人。要持續成為我們的計劃的會員，您必須繼續住在計劃服務區域內。服務區域如下所示。

我們的服務區域包括紐約州 Bronx、Erie、Kings (Brooklyn)、Nassau、New York (Manhattan)、Niagara、Queens、Richmond (Staten Island)和 Rockland 郡。

如果您計劃搬遷到服務區域之外的地方，您將無法保持本計劃會員資格。請聯絡會員服務部，瞭解我們是否在新的區域有計劃。在您搬出後，您將擁有一個特殊參保期，在該期間內您可以轉而參保 Original Medicare 計劃，或參加您新居住地的 Medicare 保健或藥品計劃。

如果您搬遷或變更郵寄地址，請務必致電社會保障部門。您可在第 2 章第 5 部分找到社會保障部門的電話號碼和聯絡資訊。

第 1 章 從成為會員開始

第 2.3 節 美國公民或合法居住者

Medicare 保健計劃會員必須是美國公民或在美國有合法居住權的人士。如果您在此基礎上不符合會員資格，則 Medicare（Medicare 與 Medicaid 服務中心）將通知 Centers Plan for Medicare Advantage Care。如果您不滿足這一要求，則 Centers Plan for Medicare Advantage Care 必須令您退保。

第 3 部分 您將獲得的重要會員材料

第 3.1 節 您的計劃會員卡

在您是本計劃會員的期間裡，每次您獲得本計劃承保的服務以及在網絡內藥房領取處方藥時都必須使用您的會員卡。如果適用，您也應當向服務提供者出示 Medicaid 卡。以下是會員卡樣本，供您參考：



在您作為我們計劃的會員期間，不得使用您的紅白藍三色 Medicare 卡來獲得承保醫療服務。如果您使用了 Medicare 卡而非 Centers Plan for Medicare Advantage Care 會員卡，您可能必須自行承擔全部醫療服務費用。將您的 Medicare 卡儲存在安全之處。如果您需要住院服務、寧養服務或參加 Medicare 核准的臨床調查研究（也被稱為臨床試驗），可能會要求您出示該卡。

如果您的計劃會員卡破損、遺失或被盜，請立即致電會員服務部，我們會為您寄送一張新卡。

第 1 章 從成為會員開始

第 3.2 節 服務提供者名錄

《服務提供者名錄》列出了我們目前的網絡內服務提供者和長期醫療設備提供者。**網絡內服務提供者**即與我們簽訂協定，接受我們的付款和任何計劃分攤費用作為付款全款的醫生和其他醫療保健專家、醫療團體、耐用醫療設備供應商、醫院和其他醫療保健機構。

您必須使用網絡內服務提供者獲得醫療保健與服務。如果您在未得到適當授權的情況下去別處，則必須支付全款。特例情況僅限網絡不可用時（即在不合理或無法在網絡內獲得服務的情況下）發生的急診、急需服務、服務區外的透析服務，以及 Centers Plan for Medicare Advantage Care 授權使用網絡外服務提供者的情況。

如需最新的提供者和供應商清單，請瀏覽我們的網站 www.centersplan.com/mapd。

如果您沒有拿到《服務提供者名錄》，您可以聯絡會員服務部索取一份（電子版或紙本版）副本。我們將在收到請求後的三個工作日內向您郵寄一份紙本版《服務提供者名錄》。

第 3.3 節 藥房名錄

《藥房名錄》列出了我們的網絡內藥房。**網絡內藥房**是指與我們達成協議，為本計劃會員開出承保的處方藥的所有藥房。您可使用《藥房名錄》來尋找您希望使用的網絡內藥房。請參閱第 5 章第 2.5 節，瞭解何時可以使用計劃網絡外藥房的資訊。

如果您沒有拿到《藥房名錄》，您可以聯絡會員服務部索取一份。您也可以登入我們的網站 www.centersplan.com/mapd，查閱此類資訊。

第 3.4 節 本計劃的《承保藥物清單》（《處方一覽表》）

本計劃提供一份《承保藥物清單》（《處方一覽表》）。我們將其簡稱為「藥物清單」。該清單列出了 Centers Plan for Medicare Advantage Care 中包含的 D 部分下承保的 D 部分處方藥。該清單上的藥品由本計劃組織在醫生和藥劑師的協助下選出。該清單必須滿足 Medicare 指定的要求。Medicare 已核准 Centers Plan for Medicare Advantage Care 《藥物清單》。

該《藥物清單》也將說明您的藥品是否存在限制參保的規定。

我們將為您提供一份《藥物清單》副本。如需獲得有關承保藥品種類的最完整和最新資訊，請瀏覽本計劃的網站(www.centersplan.com/mapd)，或致電會員服務部。

第 4 部分 您的 Centers Plan for Medicare Advantage Care 計劃的每月費用

您的費用包括以下各項：

- 計劃保費（第 4.1 節）
- Medicare B 部分月保費（第 4.2 節）
- D 部分延遲參保罰款（第 4.3 節）
- 與收入相關的每月調整金額（第 4.4 節）

第 4.1 節 計劃保費

您不必為 Centers Plan for Medicare Advantage Care 單獨支付每月計劃保費。

第 4.2 節 Medicare B 部分月保費

很多會員都被要求支付其他 Medicare 保費

您必須繼續支付您的 Medicare 保費，才能繼續成為計劃的會員。這包括您購買 B 部分的保費。也可能包括 A 部分的保費，這會影響沒有資格享受免費 A 部分的會員。

第 4.3 節 D 部分延遲參保罰款

有些會員需要支付 D 部分延遲參保罰款。如果在初始參保期結束後的任意時間您在連續 63 天或以上時間內未參加 D 部分或其他可信的處方藥保險，則 D 部分延遲參保罰款是 D 部分保險必須支付的額外保費。「可信的處方藥保險」是符合 Medicare 最低標準的保險（因其預期至少將平均支付與 Medicare 標準處方藥保險費用一樣多的金額）。您的延遲參保罰款金額將視您未加入 D 部分或其他可信處方藥保險的時間而定。您將需要支付直到參加 D 部分保險前這段時間內的罰款。

您首次參加 Centers Plan for Medicare Advantage Care 後，我們將令您知曉這一罰款金額。如果您不支付您的 D 部分延遲參保罰款，您可能會失去您的處方藥福利。

如果您符合下列情況，則可能不必交罰款：

- 您得到了可為您支付處方藥費用的 Medicare 「Extra Help」計劃。
- 您已經連續少於 63 天無可信的保險。
- 您已透過其他來源（例如前雇主、工會、TRICARE 或退伍軍人事務部）獲得可信的藥品保險。您的承保人或人力資源部門將於每年向您告知您的藥品保險是否為可

第 1 章 從成為會員開始

信的保險。該資訊將以信件的形式或包含在本計劃的時事通訊中寄送給您。請保留好此資訊，因為如果您以後加入 Medicare 藥品計劃時還將需要它。

- 注：任何這樣的通知必須表明，您參加了「可信的」處方藥保險，且該保險預期將支付與 Medicare 標準處方藥計劃一樣多的費用。
- 注：以下保險為不可信的處方藥保險：處方藥折扣卡、義診以及藥品折扣網站。

Medicare 將確定罰款的金額。 以下為其工作原理：

- 如果您在首次符合 D 部分投保資格後，有 63 天或更長時間沒有獲得 D 部分或其他可信的處方藥保險，則本計劃將計算您未獲得保險的完整月數。如果您沒有可信的保險，則每個月的罰金為 1%。例如，如果您 14 個月未參加保險，則罰款將為 14%。
- 然後，Medicare 將根據前一年的情況確定本國 Medicare 藥品計劃的平均每月保費金額。2024 年，該平均保費金額為 \$34.70。
- 要計算您的每月罰款，您可以罰款百分比乘以平均每月保費，然後將結果四捨五入至最接近的 10 美分。在此範例中，應為 14% 乘以 \$34.70，結果為 \$4.858。該結果將四捨五入為 \$4.90。該金額將增加到需要支付 D 部分延遲參保罰款者的月保費中。

關於此月度 D 部分延遲參保罰款，有三個重要方面需要注意：

- 首先，由於平均每月保費可能每年都有變化，因此罰款也可能每年都有變化。
- 其次，您將繼續為參加有 Medicare D 部分藥品福利的計劃之前這段時間支付罰款，即便您已變更計劃。
- 第三，如果您不足 65 歲，並且近期正在接受 Medicare 福利，則您年滿 65 歲後，D 部分延遲參保罰款將重設。年滿 65 歲後，您的 D 部分延遲參保罰款將僅以您在加入 Medicare 長者計劃初始參保期後沒有參保的月數為基礎。

如果您對您的 D 部分延遲參保罰款有異議，您或您的代表可要求進行審核。通常，您必須在接到表明您需要支付延遲參保罰款的第一封信件之日起 **60 天內** 提請審核。然而，如果您在加入本計劃之前支付了罰款，您將不會再有機會申請審核延遲參保罰款。

重要事項： 在您等待延遲參保罰款審核處理的時候，請勿停止支付 D 部分延遲參保罰款。如果您停止支付罰款，則將可能因未支付計劃保費而被退保。

第 1 章 從成為會員開始

第 4.4 節 收入相關月調整額

部分會員需要支付一筆額外費用，即 D 部分與收入相關的每月調整金額（也稱為 IRMAA）。額外費用是使用您 2 年前在 IRS 納稅申報單上報告的修改調整後的總收入計算得出。如果該金額高於一定金額，您將支付標準保費和額外的 IRMAA。有關您根據您收入而定的額外費用金額詳情，請瀏覽：<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>。

如果您必須支付額外款項，社會保障部，而非您的 Medicare 計劃組織，將寄信給您，告知您應支付的具體金額。不論您通常以何種方式支付您的計劃保費，除非您的每月福利不足以支付這筆應付的額外費用，否則，這筆金額將從您的社會保障部、鐵路職工退休管理委員會或人事管理局福利支票中扣除。如果您的福利支票不足以支付該額外費用，您將收到來自 Medicare 的帳單。您必須向政府支付此額外費用。這筆金額不可以您的每月計劃保費來支付。如果您沒有支付該額外費用，則您將被從本計劃中退保並失去處方藥保險。

如果您對需要支付額外費用問題有異議，可要求社會保障部對該決定進行審核。要瞭解有關如何進行此操作的更多資訊，請致電 1-800-772-1213（聽力障礙電傳 1-800-325-0778）聯絡社會保障部門。

第 5 部分 有關您的月保費的更多資訊

第 5.1 節 您可透過幾種方式支付 D 部分延遲參保罰款

您可以透過兩種方式支付罰款。

選擇 1：用支票支付

我們將向您寄送一份初始發票，告知您延遲參保罰款事宜；您的付款應於每月的 30 日前匯到我們的辦事處。我們也將傳送每月發票和催繳單。應將延遲參保罰款款項寄送至：

Centers Plan for Healthy Living
Attn: Finance Department
75 Vanderbilt Avenue, Suite 700
Staten Island, NY 10304

支票抬頭應為：Centers Plan for Healthy Living。支票付款可郵寄或親自送到上述地址。如果您的支票因資金不足而退回，您將被收取**\$30.00**的費用。

第 1 章 從成為會員開始

選擇 2：從每月的社保支票中扣除 D 部分延遲參保罰款

變更 D 部分延遲參保罰款(LEP)的支付方式。如果您決定變更支付 D 部分延遲參保罰款的方式，則新支付方式最多可能需要三個月的時間生效。在我們處理您的新付款方式申請期間，您有責任按時支付您的 D 部分延遲參保罰款。如需變更付款方式，請聯絡會員服務部，告知他們您想變更目前 D 部分 LEP 的支付方式。

您在支付 D 部分延遲參保罰款時遇到困難該怎樣做

您的 D 部分延遲參保罰款應於每月的 30 日前匯到我們的辦事處。如果我們在每月 30 日前沒有收到您的付款，我們會通知您，如果 30 日內沒有收到您的 D 部分延遲參保罰款，您的會員資格將被終止。如果您需要支付 D 部分逾期參保罰金，則您必須支付該罰金才可維持您的處方藥保險。

如果您無法按時支付 D 部分延遲參保罰款，請聯絡會員服務部，瞭解我們是否可以介紹您加入一些可以協助您支付罰款的計劃。

如果我們因您沒有支付 D 部分延遲參保罰款而取消您的會員資格，您將享有 **Original Medicare** 計劃中的保健保險。此外，如果您在年度參保期內參加新保險計劃，您在下一年開始之前都無法獲得 D 部分保險。（如果您在超過 63 天的時間內沒有獲得「可信」處方藥保險，只要您參加 D 部分保險，您就必須支付 D 部分延遲參保罰款。）

在我們終止您的會員資格後，您仍需支付我們您尚未支付的罰款。我們有權向您收取您應當繳納的款項。未來，如果您打算再次參保我們的計劃（或我們提供的其他計劃），您需要先支付所欠的保費，然後才能參保。

如果您認為我們終止您的會員資格屬於錯誤行為，那麼您可以投訴（也被稱為申訴）；如何提交投訴請參閱第 9 章。如果您遇到無法控制的緊急情況，導致您未能在我們的寬限期內支付 D 部分延遲參保罰款，您可以提出投訴。對於投訴，我們將再次審查我們的決定。本手冊第 9 章第 10 部分將說明如何投訴，或者您可致電聯絡我們：1-877-940-9330，工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點。聽力障礙電傳使用者應致電 711。您必須在您會員身份終止日期後不晚於 60 天提出您的請求。

第 5.2 節 我們是否可以變更您當年的每月計劃保費？

不可以。我們也不可在當年變更每月要收取的計劃保費。如果明年的每月計劃保費發生改變，我們將在 9 月通知您，而改變將於下一年的 1 月 1 日開始生效。

但是，在某些情況下，您可以停止支付延遲參保罰款（欠繳罰款），或者需要開始支付延遲參保罰款。如果您獲得當年的「Extra Help」計劃資格或失去當年的「Extra Help」計劃資格，則可能發生這樣的情況。

第 1 章 從成為會員開始

- 如果您目前正在支付 D 部分延遲參保罰款，然後獲得當年的「Extra Help」資格，則您可以停止交付罰款。
- 如果您失去 Extra Help，並持續未參加 D 部分或其他可信的處方藥保險達 63 天或以上，可能就需要支付延遲參保罰款。

您可參閱第 2 章第 7 部分，進一步瞭解「Extra Help」計劃。

第 6 部分 保持最新的計劃會員資格記錄

您的會員資格檔案中記錄了您的參保表資訊，包括您的住址和電話號碼。該記錄顯示了您的具體計劃保險，包括您的初級保健提供者。

計劃網絡內的醫生、醫院、藥劑師和其他服務提供者需要獲得您的正確資訊。此類網絡內的服務提供者將透過您的會員資格記錄瞭解我們為您承保的服務和藥品種類，以及為您分攤的費用金額。正因如此，請您務必向我們提供您的最新資訊。

告知我們以下變更：

- 您的姓名、地址或電話號碼的變更
- 您享有的其他健康保險發生變更（例如，您的雇主、您配偶或同居伴侶的雇主、工傷津貼或 Medicaid 的變更）
- 您是否存在任何責任索賠，例如汽車事故索賠
- 您是否已入住療養院
- 您是否在區域外或網絡外的醫院或急診室內獲得醫療服務
- 您的指定責任方（例如護理人員）是否改變
- 您是否參與臨床調查研究（注：您無需告知計劃您打算參與的臨床調查研究，但我們鼓勵您這樣做）

如果此資訊發生了任何變更，請致電會員服務部通知我們。

如果您搬遷或變更郵寄地址，請務必聯絡社會保障部門。您可在第 2 章第 5 部分找到社會保障部門的電話號碼和聯絡資訊。

第 7 部分 其他保險如何與我們的計劃協調

其他保險

Medicare 要求我們收集您享有的其他任何醫療和藥品保險資訊。因為我們必須將您在我們的計劃中享有的福利與您享有的其他任何保險進行協調。這稱為**福利協調**。

我們每年會寄出一封信件給您，信上會列出我們瞭解到的您享有的其他任何醫療或藥品保險。請仔細閱讀這些資訊。如果資訊正確，則無需再做任何事。如果資訊錯誤，或您還享有其他未列出的保險，請致電會員服務部。您可能需要告知您的其他承保人（在您確認他們的身份後）您的計劃會員 ID 號，以便您的帳單可正確按時支付。

在您享有其他保險（例如僱主團體健康保險等）時，我們可依據 Medicare 的相關規定，確定是我們的計劃還是您的其他保險最先支付。最先支付的保險稱作「主要付款人」，其支付的保費可達到其保險上限。第二支付的保險稱作「次要付款人」，其僅支付主要付款人未支付的剩餘費用。次要付款人不會支付所有未承保的費用。如果您享有其他保險，請告訴您的醫生、醫院和藥房。

此類規定適用於僱主或工會團體健康計劃保險：

- 如果您享有退休保險，則 Medicare 先支付。
- 如果您的團體健康計劃保險依照您或您家庭成員目前的受聘狀態而定，那麼，哪個計劃先支付取決於您的年齡、您僱主聘用的員工人數，以及您是否依據年齡、殘疾或患有末期腎病(ESRD)享有 Medicare：
 - 如果您未滿 65 歲且身患殘疾，而您或您的家庭仍在工作，那麼，只要僱主聘用了 100 名或以上的員工，或者多僱主計劃中至少有一位僱主擁有 100 名以上的員工，則您的團體健康計劃將先支付。
 - 如果您超過 65 歲，而您或者您的配偶或同居伴侶仍在工作，那麼，只要僱主聘用了 20 名或以上的員工，或者多僱主計劃中至少有一位僱主擁有 20 名以上的員工，則您的團體醫療保險將先支付。
- 如果您因為 ESRD 享有 Medicare，在您成為 Medicare 會員的頭 30 個月內，您的團體健康計劃將先支付。

這些類型的保險通常先支付與以下各類型相關的服務：

- 無過失保險（包括汽車保險）
- 債務（包括汽車保險）
- 黑肺病福利

第 1 章 從成為會員開始

- 工傷津貼

Medicaid 和 TRICARE 絕不會先支付 Medicare 承保的服務。他們僅在 Medicare、僱主團體健康計劃和/或 Medigap 支付後才付保費。

第 2 章：

重要電話號碼 與資源

第 2 章 重要電話號碼與資源

第 1 部分 **Centers Plan for Medicare Advantage Care 計劃聯絡方式** (如何聯絡我們，包括怎樣聯絡會員服務部)

如何聯絡我們計劃的會員服務部

有關申請、帳單或會員卡的問題，請致電或寫信給 Centers Plan for Medicare Advantage Care 會員服務部。我們將十分樂意為您提供協助。

方法	會員服務部 - 聯絡資訊
電話	1-877-940-9330 致電此號碼不收取任何費用。工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點。 會員服務部也為非英語母語的人士提供免費口譯服務。
聽力障礙電傳	711 致電此號碼不收取任何費用。工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點。
傳真	1-347-505-7095
寫信	Centers Plan for Healthy Living Attn: Member Services 75 Vanderbilt Avenue, Suite 700 Staten Island, NY 10304
網站	www.centersplan.com/mapd

第 2 章 重要電話號碼與資源

如何聯絡我們，獲得有關醫療護理的保險決定或上訴

保險決定是我們對您享有的福利和保險，或我們為您的醫療服務或 D 部分處方藥支付的金額作出的決定。上訴是一種要求我們覆核和變更已作出的保險決定的正式方法。如需進一步瞭解如何獲得有關您的醫療護理或 D 部分處方藥的保險決定或上訴，請參閱第 9 章（發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法）。

方法		醫療保健的保險決定和上訴 - 聯絡資訊	
電話	1-877-940-9330 致電此號碼不收取任何費用。工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點。		
聽力障礙電傳	711 致電此號碼不收取任何費用。工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點。		
傳真	1-347-505-7089（有關醫療服務上訴） 1-718-581-5522（有關醫療服務保險決定）		
寫信	上訴	保險決定	
	Centers Plan for Healthy Living Attn: Grievance & Appeals 75 Vanderbilt Avenue, Suite 700 Staten Island, NY 10304	Centers Plan for Healthy Living Attn: Utilization Management 75 Vanderbilt Avenue, Suite 700 Staten Island, NY 10304	
網站	www.centersplan.com/mapd		

第 2 章 重要電話號碼與資源

方法	有關 D 部分處方藥的保險決定和上訴 - 聯絡資訊
電話	1-800-788-2949 致電此號碼不收取任何費用。每週 7 天， 每天 24 小時，我們隨時接聽您的來電。
聽力障礙電傳	711 致電此號碼不收取任何費用。工作時間為每週 7 天， 早 8 點至晚 8 點。
傳真	1-858-790-6060（有關 D 部分處方藥上訴） 1-858-790-7100（有關 D 部分處方藥保險決定）
寫信	MedImpact Healthcare System, Inc. Scripps Corporate Plaza 10181 Scripps Gateway Ct. San Diego, CA 92131
網站	https://www.medimpact.com/web/login

第 2 章 重要電話號碼與資源

如何聯絡我們，就醫療保健提出投訴

您可對我們或我們的任一網絡內服務提供者或藥房提出投訴，包括對您的護理服務品質提出投訴。這類投訴不會涉及承保範疇或付款糾紛。如需進一步瞭解如何就您的醫療保健提出投訴，請參閱第 9 章（發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法）。

方法	醫療保健的投訴 - 聯絡資訊
電話	1-877-940-9330 致電此號碼不收取任何費用。工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點。
聽力障礙電傳	711 致電此號碼不收取任何費用。工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點。
傳真	1-347-505-7089
寫信	Centers Plan for Healthy Living Attn: Grievance and Appeals 75 Vanderbilt Avenue, Suite 700 Staten Island, NY 10304
MEDICARE 網站	您可直接向 Medicare 提交有關 Centers Plan for Medicare Advantage Care 的投訴。要向 Medicare 線上提交投訴，請瀏覽 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。

第 2 章 重要電話號碼與資源

方法	有關 D 部分處方藥的投訴 - 聯絡資訊
電話	1-800-788-2949 致電此號碼不收取任何費用。每週 7 天， 每天 24 小時，我們隨時接聽您的來電。
聽力障礙電傳	711 致電此號碼不收取任何費用。 每週 7 天，每天 24 小時，我們隨時接聽您的來電
傳真	1-858-790-6060
寫信	MedImpact Healthcare System, Inc. Scripps Corporate Plaza Scripps 10181 Scripps Gateway Ct. San Diego, CA 92131
MEDICARE 網站	您可直接向 Medicare 提交有關 Centers Plan for Medicare Advantage Care 的投訴。要向 Medicare 線上提交投訴，請瀏覽 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。

第 2 章 重要電話號碼與資源**在何處提出申請，要求我們為您獲得的醫療保健或處方藥支付分攤費用**

如果您已經收到帳單或支付了您認為我們應該支付的服務費用（如服務提供者帳單），那麼您可能需要要求我們償付或支付提供者帳單。請參閱第 7 章（*要求我們為您收到的承保醫療服務或藥品帳單支付我們的分攤費用*）。

請注意：如果您寄給我們付款申請，但我拒絕了申請中的部分付款要求，您可對我們的決定提出上訴。請參閱第 9 章（*發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法*），瞭解詳情。

方法	付款申請 - 聯絡資訊	
電話	1-844-274-5227 致電此號碼不收取任何費用。工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點。	
聽力障礙電傳	711 致電此號碼不收取任何費用。工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點。	
傳真	1-347-547-7889（有關醫療償付申請） 1- 858-549-1569（有關處方藥償付申請）	
寫信	醫療償付申請：	處方藥償付申請：
	Centers Plan for Healthy Living Attn: Member Reimbursement 75 Vanderbilt Avenue, 7 th Floor Staten Island, NY 10304	MedImpact Healthcare Systems, Inc. PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108 電子郵件地址： Claims@Medimpact.com
網站	www.centersplan.com/mapd	

第 2 部分**Medicare**

（如何直接從聯邦 Medicare 計劃獲得協助和資訊）

Medicare 是為 65 歲或以上年齡的長者、某些未滿 65 歲但有殘疾的人士，以及患有末期腎病（需要透析或腎移植的永久性腎衰竭）的人士設立的一項聯邦健康保險計劃。

負責管理 Medicare 的聯邦機構為 Medicare 與 Medicaid 服務中心（有時稱作「CMS」）。該機構與 Medicare Advantage 的各組織（包括我們）簽約。

第 2 章 重要電話號碼與資源

方法	Medicare – 聯絡資訊
電話	<p>1-800-MEDICARE，或 1-800-633-4227 致電此號碼不收取任何費用。 該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。</p>
聽力障礙電傳	<p>1-877-486-2048 該號碼需透過特殊的電話裝置致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。 致電此號碼不收取任何費用。</p>
網站	<p>www.medicare.gov 這是 Medicare 的政府官方網站。該網站為您提供有關 Medicare 和目前 Medicare 問題的最新資訊。同時也提供有關醫院、療養院、醫生、家庭保健機構和透析設施的資訊。該網站提供可從電腦直接列印的文件。您也可在網站上找到您所在州的 Medicare 聯絡方式。 該 Medicare 網站也透過以下工具，詳細說明了您的 Medicare 資格和參保選項。</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare Eligibility Tool (Medicare 資格判斷工具)：提供 Medicare 資格狀態資訊。 • Medicare Plan Finder (Medicare 計劃尋找器)：提供您所在地區有關可用 Medicare 處方藥計劃、Medicare 保健計劃和 Medicaap (Medicare 補充保險) 政策的個人資訊。這些工具能夠預估您在不同 Medicare 計劃中應支付的不同自付金額。 <p>您也可使用該網站通知 Medicare 您對 Centers Plan for Medicare Advantage Care 的任何投訴。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 通知 Medicare 您的投訴：您可直接向 Medicare 提交有關 Centers Plan for Medicare Advantage Care 的投訴。要向 Medicare 提交投訴，請瀏覽 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。Medicare 會嚴肅對待您的投訴，並利用這些投訴資訊協助改善 Medicare 計劃的品質。 <p>如果您沒有電腦，您可使用當地圖書館或長者中心的電腦瀏覽該網站。或者，您可致電 Medicare，告訴他們您想要查詢的資訊。他們會在網站上找到這些資訊，並與您一起查看。(您可致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。)</p>

第 3 部分 **State Health Insurance Assistance Program** (Medicare 問題的免費協助、資訊，以及解答)

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 是一項在每個州由經過訓練的諮詢師展開的政府計劃。在紐約，SHIP 被稱為 Health Insurance Information Counseling and Assistance 或 HIICAP。

HIICAP 是一項獨立（與任何保險公司或健康計劃無關）的州計劃，它從聯邦政府獲得資金，為 Medicare 會員提供免費的當地健康保險諮詢服務。

HIICAP 諮詢師能夠幫助您瞭解您享有的 Medicare 權利，就獲得的醫療護理或治療提出投訴，清理您的 Medicare 帳單。HIICAP 諮詢師也可以幫助您解答或解決 Medicare 的問題，還能幫助您瞭解各種 Medicare 計劃選擇，並回答有關更換計劃的問題。

SHIP 的存取方法和其他資源：

- 瀏覽 <https://www.shiphelp.org>（按一下頁面中央的 SHIP 定位器）
- 從清單中選擇您所在的州。透過此操作，您將前往一個顯示您所在州的電話號碼和資源的頁面。

方法	紐約州 Health Insurance Information Counseling and Assistance Program(HIICAP) - 聯絡資訊
電話	1-800-701-0501
聽力障礙電傳	711
寫信	Health Insurance Information Counseling and Assistance Program State of New York Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, NY 12223-1251
網站	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

第 2 章 重要電話號碼與資源

第 4 部分 品質改善組織

各州都設有服務於 Medicaid 受益人的指定品質改善組織。紐約州的品質改善組織稱作 Livanta。

Livanta 有一個由醫生和其他醫療保健專業人士組成的組織，由 Medicare 支付費用，來幫助改善 Medicare 參保人士的護理服務品質。Livanta 是一個獨立組織。它與我們的計劃並不相關。

出現以下任何一種情況時，您應聯絡 Livanta：

- 您對獲得的護理品質提出投訴時。
- 您認為您的住院保險期結束過快時。
- 你認為您的家庭保健、專業護理機構護理或綜合門診復健機構(CORF)服務的保險期結束過快時。

方法	Livanta：紐約州的品質改善組織）- 聯絡方式
電話	1-866-815-5440 致電此號碼不收取任何費用。 工作時間為週一至週五，早 9 點至下午 5 點。
聽力障礙電傳	1-866-868-2289 該號碼需透過特殊的電話裝置致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。
寫信	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction.MD 2070
網站	www.livantaqio.com

第 5 部分 社會保障部

社會保障部負責確定 Medicare 資格和處理 Medicare 參保情況。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及合法永久居民符合 Medicare 計劃的條件。如果您已獲得社會保障支票，則自動參保 Medicare。如果您未獲得社會保障支票，則必須參保 Medicare。要申請 Medicare，您可致電社會保障部，或拜訪您當地的社會保障辦事處。

第 2 章 重要電話號碼與資源

社會保障部也負責確定誰因為符合高收入條件而需要支付 D 部分處方藥保險的額外金額。如果您收到社會保障部的來信，通知您必須支付該額外金額，並對支付的金額有疑問，或如果您的收入因生活改變下降，您可致電社會保障部，要求其覆議支付額外金額的問題。

如果您搬遷或變更郵寄地址，請務必聯絡社會保障部，告知他們這些情況。

方法	社會保障部 - 聯絡資訊
電話	1-800-772-1213 致電此號碼不收取任何費用。 週一至週五，早 8 點至晚 7 點。 您可使用社會保障部的自動電話服務，獲得已記錄的資訊，並完成某些事務，該服務每天 24 小時均開放。
聽力障礙電傳	1-800-325-0778 該號碼需透過特殊的電話裝置致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。 致電此號碼不收取任何費用。 週一至週五，早 8 點至晚 7 點。
網站	www.ssa.gov

第 6 部分 Medicaid

Medicaid 是一個聯邦和州政府聯合展開的計劃，用於幫助一些收入和資源有限的人士支付藥費。一些參保 Medicare 的人也符合參保 Medicaid 的資格。有一些透過 Medicaid 提供的計劃可幫助 Medicare 參保人士支付其 Medicare 費用，例如他們的 Medicare 保費。這些「Medicare 省錢計劃」包括：

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB)**：協助支付 Medicare A 部分和 B 部分保費，以及其他分攤費用（例如，自負額、共同保險和自付費用）。（一些享有 QMB 資格的人也符合享受全部 Medicaid 福利(QMB+)的資格。）
- **Qualifying Individual (QI)**：協助支付 B 部分保費。
- **Qualified Disabled & Working Individuals (QDWI)**：協助支付 A 部分保費。

要瞭解有關 Medicaid 及其計劃的更多資訊，請聯絡紐約州衛生局（社會服務）。

方法	紐約州衛生局（社會服務）- 聯絡方式
電話	1-888-692-6116 致電此號碼不收取任何費用 1-718-557-1399（紐約市） 週一至週五早 8 點至下午 5 點。 如果您有按鍵式電話，我們可為您全天候提供記錄資訊和自動服務，包括週末和節假日。
聽力障礙電傳	711
寫信	Human Resources Administration Medical Assistance Program Correspondence Unit 785 Atlantic Ave, 1 st Floor Brooklyn, NY 11238
網站	www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

第 7 部分 關於協助支付處方藥的計劃資訊

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

Medicare 的「Extra Help」計劃

Medicare 提供「Extra Help」計劃，協助收入和資源有限的人士支付處方藥費用。資源包括您的儲蓄和股票，但不包括您的房產或車輛。如果您符合資格，您將獲得有關任何 Medicare 處方藥計劃的每月保費、年自負額和處方藥自付費用的付款協助。該「Extra Help」計劃也以您的自付金額為限。

如果您自動符合「Extra Help」的資格，Medicare 會給您寄一封信。您無需申請。如果您沒有自動獲得資格，您可以獲得「Extra Help」來支付您的處方藥保費和費用。要確定您是否有資格獲得「Extra Help」，請致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力障礙電傳使用者請致電：1-877-486-2048，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放；
- 社會保障辦事處，電話：1-800-772-1213，週一至週五，早 8 點至晚 7 點。聽力障礙電傳使用者應致電 1-800-325-0778（申請）；或者

第 2 章 重要電話號碼與資源

- 您所在州的 Medicaid 辦事處（申請）（請參閱本章節第 6 部分，瞭解聯絡資訊）。

如果您認為您已符合獲得「Extra Help」的資格，並且如果您在藥房購買處方藥時認為您支付的分攤費用金額不正確，那麼您可透過本計劃中的流程，申請協助您獲得恰當自付費用等級的福利說明，或者，如果您已擁有福利說明，則向我們提供該說明。

- 如果在獲得自付費用等級（類別）的福利說明時需要協助，您可以聯絡會員服務部。Centers Plan for Medicare Advantage Care 將代表您聯絡 CMS，以便查詢您的資格情況。從 CMS 獲得了這些資訊後，我們將聯絡您。
- 在我們收到顯示您自付金額等級的福利說明後，將更新我們的系統，讓您在下一次在藥房購買處方藥時能夠支付正確的自付費用。如果您支付了超額的自付費用，我們將把這部分費用償付給您。我們可透過支票將超出的金額付給您，也可抵消您未來的自付費用。如果藥房沒有收到您的自付費用，並將您的自付費用劃為您的債務，我們可直接支付該費用給藥房。如有州政府代表您付款，我們可向該州政府直接付款。如果您有疑問，請致電會員服務部。

如果您參保 State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP) ?

許多州和美屬維爾京群島為支付處方藥、藥品計劃保費和/或其他藥品費用提供幫助。如果您參保 State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP)，或其他提供 D 部分藥品保險的計劃（不包括「Extra Help」），則您仍可獲得承保品牌藥的 70% 折扣。此外，本計劃將在保障缺口內支付品牌藥 5% 的費用。70% 的折扣和本計劃支付的 5% 費用均適用於參加 SPAP 或其他保險之前的藥品價格。

如果您參保了 AIDS Drug Assistance Program (ADAP)，該怎麼辦？

什麼是 AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ?

AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 協助患有 HIV/AIDS 的 ADAP 合格個體獲得 HIV 救命藥品。同樣在 ADAP 處方一覽表上的 Medicare D 部分處方藥有資格透過 ADAP 取得處方藥分攤費用協助，電話：1-800-542-2437。

注：要符合您所在州執行的 ADAP 資格，個人必須符合特定標準，包括州居住證明和 HIV 狀態證明、州規定的低收入證明以及未參保/不足額參保狀態證明。如果您變更計劃，請通知您當地的 ADAP 參保工作人員，以便您可以繼續獲得幫助。如需瞭解有關合格標準、承保藥品或參保方式的相關資訊，請致電 1-800-542-2437。

State Pharmaceutical Assistance Programs

很多州都設立了 State Pharmaceutical Assistance Program，根據一些計劃參加者的經濟需求、年齡、醫療狀況或殘疾為他們支付處方藥。每個州都對其會員享有的藥品保險有不同的規定。在紐約，State Pharmaceutical Assistance Program 為 Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC)。

第 2 章 重要電話號碼與資源

方法	Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage(EPIC) (紐約州) State Pharmaceutical Assistance Program) - 聯絡資訊
電話	1-800-332-3742 致電此號碼不收取任何費用 週一至週五，早 8 點半至下午 5 點
聽力障礙電傳	1-800-290-9138 該號碼需透過特殊的電話裝置致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。
寫信	EPIC P.O Box 15018 Albany, NY 12212-5018
網站	www.health.ny.gov/health_care/epic/

第 8 部分 怎樣聯絡鐵路職工退休管理委員會

鐵路職工退休管理委員會是獨立的聯邦機構，負責管理全國鐵路職工及其家庭的綜合福利。如果您透過鐵路職工退休管理委員會獲得 Medicare 福利，當您搬遷或變更郵寄地址時通知其變更相關資訊，這一點非常重要。如果您對鐵路職工退休管理委員會對您提供的福利有任何疑問，請聯絡該機構。

第 2 章 重要電話號碼與資源

方法	鐵路職工退休管理委員會 - 聯絡資訊
電話	1-877-772-5772 致電此號碼不收取任何費用。 如果您按「0」鍵，您可以在週一、週二、週四和週五早 9 點至下午 3 點半，以及週三早 9 點至中午 12 點與 RRB 代表通話。 如果您按「1」鍵，您可以全天候瀏覽自動 RRB 熱線和已記錄的資訊，包括週末和節假日。
聽力障礙電傳	1-312-751-4701 該號碼需透過特殊的電話裝置致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。 本電話號碼為 <i>付費</i> 電話。
網站	rrb.gov

第 9 部分 您是否享受僱主提供的「團體保險」或其他健康保險？

如果您（或者您的配偶或同居伴侶）從您（您的配偶或同居伴侶）的僱主或退休人員團體獲得屬於本計劃的福利，您可致電僱主/工會福利管理人員或會員服務部，解答您的疑問。您可詢問有關您（或者您的配偶或同居伴侶）的僱主或退休人員健康福利、保費或參保期的問題。（會員服務部的電話號碼印在本文件封底。）您也可致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227；聽力障礙電傳：1-877-486-2048），詢問有關本計劃內 Medicare 保險服務的問題。

如果您透過您（或者您的配偶或同居伴侶）的僱主或退休人員團體獲得其他處方藥保險，請聯絡該團體的福利管理人員。福利管理人員可協助您確定您目前的處方藥保險是否與我們的計劃搭配。

第 3 章：
使用本計劃
獲得您的醫療服務

第 3 章 使用本計劃獲得您的醫療服務

第 1 部分 您作為我們的計劃的會員獲得醫療保健服務所需瞭解的重要事項

本章說明您使用本計劃獲得醫療服務保險所需瞭解的事項。本章定義了各種術語，說明了您需遵循的規定，以便您能夠獲得本計劃提供的治療、服務、設備、處方藥和其他醫療護理。

如需詳細瞭解我們的計劃提供的醫療保健，以及您獲得此類保健服務需支付的費用，請參閱下一章的福利表（第 4 章，*醫療福利表（承保項目和付費項目）*）。

第 1.1 節 什麼是「網絡內服務提供者」和「承保服務」？

- 「服務提供者」即由州政府頒發許可的醫生和其他醫療保健專家，可提供醫療服務和護理。該術語「服務提供者」也包括醫院和其他醫療保健設施。
- 「網絡內的服務提供者」即與我們簽訂協定，接受我們的付款和您的分攤費用作為付款全款的醫生和其他醫療保健專家、醫療團體、醫院和其他醫療保健機構。我們已安排這些服務提供者為我們的計劃會員提供我們承保的服務。我們網絡內的服務提供者直接向我們開具帳單，獲得為您提供的服務的報酬。在您請網絡內服務提供者提供服務時，只需支付這些服務的分攤費用。
- 「承保服務」包括我們的計劃承保的所有醫療保健、醫護服務、用品、設備，以及處方藥。您的醫療保健承保服務已在第 4 章的《福利表》中列出。您的處方藥承保服務將在第 5 章討論。

第 1.2 節 獲得計劃承保的醫療服務的基本規定

作為 Medicare 的一項保健計劃，Centers Plan for Medicare Advantage Care 必須承保 Original Medicare 計劃承保的所有服務，也必須遵守 Original Medicare 計劃的保險規定。

Centers Plan for Medicare Advantage Care 一般會承保您的醫療服務，只要：

- 您獲得的護理包括在本計劃的《醫療福利表》內（該表可在本文件第 4 章找到）。
- 您獲得的護理是醫療必需護理。「醫療必要性」即提供的服務、用品、設備或藥品是預防、診斷或治療您的疾病所必需的，且符合醫療實踐的可接受標準。
- 我們將為您提供一名網絡內的初級保健提供者(PCP)，該 PCP 負責為您提供護理並監管您的護理情況。作為我們的計劃會員，您必須選擇網絡內的 PCP（有關該部分的更多資訊，請參閱本章的第 2.1 節）。
 - 在大多數情況下，您的網絡內 PCP 必須提前核准您的申請，然後您才能使用計劃網絡內的其他服務提供者，例如專科醫生、醫院、專業護理機構或家庭保健機構。這也稱作「轉診」。有關轉診的更多資訊，請參見本章的第 2.3 節。

第 3 章 使用本計劃獲得您的醫療服務

- 急診治療或急需的服務並非需要 PCP 的轉診。還有其他一些護理類型是您不必提前獲得 PCP 核准就可以獲得的（有關更多資訊，請參閱本章的第 2.2 節）。
- **您必須從網絡內服務提供者處獲得護理服務**（有關詳細資訊，請參閱本章的第 2 部分）。在大多數情況下，您從網絡外服務提供者（不屬於我們的計劃網絡內的服務提供者）處獲得的護理不會享受保險。這意味著您必須向服務提供者全額支付所提供服務的費用。*同時也存在三種特例：*
 - 本計劃承保您從網絡外服務提供者處獲得的緊急護理或緊急需要的服務。有關該部分的更多資訊，以及緊急或緊急需要的服務的定義，請參閱本章的第 3 部分。
 - 如果您需要 Medicare 要求本計劃承保的醫療護理，但我們網絡中沒有專家提供這種護理，您可以從網絡外服務提供者處獲得這種護理，費用與您通常在網絡內支付的費用相同。在向網絡外的服務提供者尋求護理之前，應獲得計劃的授權。在此情況下，您所支付的費用將與從網絡內提供者處獲得護理時支付的費用相同。有關如何獲得網絡外醫生診療授權的資訊，請參閱本章第 2.4 節。
 - 計劃承保在您臨時位於計劃的服務區域範圍外，或者當此服務的提供者暫時不可用或難以接觸，從 Medicare 認證的透析機構獲得的腎透析服務。您為計劃支付的透析分攤費用不得超過 Original Medicare 的分攤費用。如果您在計劃服務區域外，並從計劃網絡外的提供者處獲得透析服務，則您的分攤費用不得超過您在網絡內支付的分攤費用。但是，如果您通常的網絡內透析提供者暫時無法提供服務，而您選擇在服務區域內從計劃網絡外服務提供者處獲得服務，則透析分攤費用可能會更高。

第 2 部分 使用本計劃網絡內的服務提供者獲得醫療服務

第 2.1 節 您必須選擇一名初級保健提供者(PCP)來提供和監管您的醫療服務

什麼是 PCP，以及 PCP 對您來說意味著什麼？

- **什麼是 PCP？**

在您成為 Centers Plan for Medicare Advantage Care 會員之後，您必須選擇一位計劃服務提供者作為您的初級保健提供者(PCP)。您的 PCP 是一位符合州政府規定且受過訓練的醫師，可為您提供基礎醫療服務。如我們以下所解釋的，您將從 PCP 處獲得常規或基礎醫療服務。
- **什麼類型的服務提供者可擔任 PCP 角色？**

有幾種類型的醫師可擔任 PCP 的角色。例如，這些醫師包括同意以初級保健醫師的角色服務於我們的會員的內科醫師、家庭醫師和婦科醫師。

第 3 章 使用本計劃獲得您的醫療服務

- **PCP 在您的計劃中扮演什麼角色？**

您的初級保健醫師將為您提供大多數常規和預防性保健服務。您的 PCP 還協助協調您需要的附加保健和服務，例如專家會診、實驗室化驗和診斷測試。「協調」您的服務，包括與其他計劃服務提供者協商您的護理及其進展情況。在某些情況下，您的 PCP 需要就特定類型的承保服務或用品獲得我們的提前審核（提前核准）。

- **PCP 在協調承保服務中擔任什麼角色？**

初級保健醫師還將維持您的完整醫療記錄，其中包含您的醫療和外科記錄、現有和過去的問題、您從其他保健提供者處獲得的藥品和服務記錄。由於您的 PCP 將提供並協調您的醫療保健，因此您應該將過去的所有醫療記錄都寄送到您的 PCP 的辦公室。

- **PCP 在決定或獲得事先授權(PA)方面起什麼作用？**

對於各種服務，您的 PCP 可能需要獲得計劃授權。其中包括但不限於：非加盟（即網絡外）提供者或機構提供的服務、可選住院和專業護理機構直接住院。

您怎樣選擇 PCP？

作為 Centers Plan for Medicare Advantage Care 成員，您必須具有 PCP。當您參保 Centers Plan for Medicare Advantage Care 時，您必須選擇一個 PCP 並將您 PCP 的名稱寫在參保表上。如果您沒有選擇 PCP，我們將為您選擇一個離您住所較近的 PCP。如果需要 Centers Plan for Medicare Advantage Care 的協助，請致電本手冊背面所列的電話號碼，與我們的會員服務部聯絡。

更換您的 PCP

您可以因任何理由、在任何時間更換您的 PCP。此外，您的 PCP 也可能離開我們計劃的服務提供者網絡，您也會需要尋找新的 PCP。要更換您的 PCP，請致電會員服務部。當您致電時，務必告知會員服務部您是否正在專科醫師處看診或正在接受需要 PCP 事先授權或核准的其他承保服務（例如家庭保健服務和耐用醫療設備）。當您變更 PCP 時，會員服務部將協助確保您能夠繼續接受專科保健和其他服務。他們也會進行核查，以確保您想更換的 PCP 在我們的網絡內且接收新病患。在您選擇新 PCP 後，會員服務部將變更您的會員資格檔案，以顯示您的新 PCP 姓名，並通知您新 PCP 的更換何時生效（PCP 的變更通常在您打電話提出請求的當天生效）。

第 2.2 節	哪些醫療保健服務您無需獲得 PCP 的轉診即可獲得？
----------------	-----------------------------------

您無需提前獲得審核即可從您的 PCP 處獲得下列服務。

- 常規女性健康護理，包括乳房檢查、乳腺癌篩查（乳房 X 光篩查）、巴氏早期癌症探查和骨盆檢查（只要您從網絡內服務提供者獲得此類服務）。

第 3 章 使用本計劃獲得您的醫療服務

- 流感疫苗接種、新型冠狀病毒疫苗接種、乙型肝炎、肺炎疫苗接種（只要您從網絡內服務提供者獲得此類服務）。
- 網絡內服務提供者或網絡外服務提供者提供的緊急服務
- 緊急需要的服務是非急診服務的承保服務，在網絡內服務提供者暫時不可用或難以接觸，或者投保人不在服務區域時提供。例如，您在週末期間需要立即護理。服務必須是立即需要且具有醫療必要性。
- 在您臨時位於計劃的服務區域範圍外時，從Medicare認證的透析機構獲得的腎透析服務。如果可能，請在離開服務區域之前致電會員服務部，以便我們可以安排您在離開期間接受維持透析。

第 2.3 節 如何從專科醫師和其他網絡內服務提供者處獲得服務

專科醫師是為特定疾病或身體部位提供醫療保健服務的醫生。有很多種專科醫師。以下是幾個範例：

- 為癌症病患護理的腫瘤學家。
- 治療心臟疾病病患的心臟病專科醫生。
- 治療患有某些骨骼、關節和肌肉疾病的病患的骨科醫生。

PCP 在為會員推薦專科醫師和其他服務提供者中擔任什麼角色（如果有）？

- 您的 PCP 是建議您何時到專科醫師處就診的最佳人選。雖然您可以到計劃加盟（即網絡內）專科醫師處就診，但您的 PCP 將提供他/她的意見並作為保健需求協調的一部分為您提供諮詢。大多數情況下，您的 PCP 必須提前核准您的申請，然後您才能使用計劃網絡內的其他服務提供者。這也稱作「轉診」。如果您從計劃的專科醫師那裡獲得服務，您將仍必須支付您的分攤費用。
- 對於各種服務，您的 PCP 或專科醫師可能需要獲得該計劃的事先授權（提前核准）。其中包括但不限於：非加盟（即網絡外）提供者或機構提供的服務、可選住院和專業護理機構直接住院。

事先授權的流程是什麼？

某些服務可能需要事先授權（請參見第 4 章，瞭解哪些服務需要事先授權）。可從計劃獲得授權。您或您的提供者（包括非簽約提供者）可在提供服務前詢問計劃是否承保該服務。您或您的提供者可以要求以書面形式作出此決定。這一流程叫做提前裁決。如果我們說明我們不會承保您的服務，您或您的提供者有權就我們不承保您的護理的決定提起上

第 3 章 使用本計劃獲得您的醫療服務

訴。第 9 章（發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法）更詳細地說明了在您希望我們提供保險決定或您希望就我們作出的決定提出上訴時的處理方法。

如果您沒有提前裁決，也可以從網絡內服務提供者處獲得授權，該提供者會將投保人轉介至計劃網絡外的專科醫師處接受服務；前提是服務並非如第 4 章所述明確排除在計劃承保範圍之外。

如果專科醫師或其他網絡內服務提供者離開我們的計劃怎麼辦？

我們可能對您當年保險計劃中涉及的醫院、醫生和專科醫師（服務提供者）作出改變。如果您的醫生或專科醫師退出您的計劃，那麼您將享有如下權利和保護：

- 儘管我們的服務提供者網絡可能在當年出現改變，Medicare 要求我們保證您能夠順利接觸到合格的醫生和專科醫師。
- 如果您的服務提供者將撤出我們的計劃，我們將通知您，使您有足夠的時間選擇新的服務提供者。
 - 如果您的初級保健提供者或行為健康服務提供者要撤出我們的計劃，且您在過去三年內曾到該初級保健提供者或行為健康服務提供者處就診，則我們將通知您。
 - 如果分配給您的其他服務提供者要撤出我們的計劃，且您目前正在接受該服務提供者的治療，或您曾在過去三個月內接受該服務提供者的治療，則我們將通知您。
- 我們將協助您選擇新的合格網絡內服務提供者，以便您可以繼續接受保健。
- 如果您目前正在該服務提供者處接受某項醫療服務或治療，您有權提出申請，我們將配合您的需要，確保您正在接受的醫療必要服務或治療不會中斷。
- 我們將為您提供有關不同參保期的資訊和您可以變更計劃的其他選擇。
- 如果網絡內服務提供者或福利不可用或不足以滿足您的醫療需求，我們將以網絡內費用分攤費率在服務提供者網絡外為您提供具有醫療必要性的承保福利。在這種情況下，需要事先授權。
- 如果您發現您的醫生或專科醫師將離開您的計劃，請聯絡我們，讓我們協助您找到新的服務提供者來照顧您的健康。
- 若您認為我們未能提供一名合格的服務提供者以取代您之前的服務提供者或者您的治療未被適當地處理，那麼您有權向 QIO 提出護理品質投訴，或向計劃提出護理品質投訴，也可以同時向兩者提出投訴。請參見第 9 章。

第 2.4 節 如何從網絡外提供者處獲得保健

一般來說，您必須從網絡內服務提供者處獲得治療。但該計劃將承保您從網絡外服務提供者處獲得的急救或緊急需要的護理；這不需要事先授權。

如果您需要獲得 Medicare 規定我們的計劃承保的醫療服務，而我們網絡內的服務提供者無法提供此項服務，則您可從網絡外服務提供者處獲得服務。其中包括在您臨時位於計劃的服務區域範圍外時，從計劃外的 Medicare 認證透析機構獲得的腎透析服務。

您必須在獲得此類護理之前聯絡我們以獲得授權。請聯絡會員服務部，獲得任何必需的事先授權。如果該計劃授權網絡外服務，對於這些網絡外服務，您的分攤費用將與您從網絡內服務提供者處獲得這些服務的分攤費用相同。

第 3 部分 當您遇到急診、急需護理或遇到災難時，要如何獲得服務

第 3.1 節 如果您遇到緊急醫療情況時獲得護理服務

什麼是「醫療急診」，以及在出現這樣的情況時應怎麼做？

「醫療急診」是您或其他任何掌握一般醫療衛生知識的外行人士認為您出現需要立即就醫來避免死亡（如果您是孕婦，則為流產）、損失肢體或肢體功能或者身體機能喪失或嚴重受損的醫療徵兆。醫療徵兆可以是疾病、受傷、劇烈疼痛或迅速惡化的疾病情況。

如果您有醫療急診需要：

- **請儘快獲得協助。**致電 911 獲得協助，或前往最近的急診診室或醫院。如有需要，呼叫救護車。您不必先獲得 PCP 的核准或轉診。您不需要使用網絡內醫生。無論何時需要，無論您在全球任何位置，您都可從任何持有恰當執照的服務提供者處獲得承保的急診醫療保健服務，即使服務提供者未參加我們的網絡。
- **在盡可能快的情況下，確保通知我們的計劃組織有關您的急診情況。**我們需要跟進您的急診護理。您或者其他應透過電話告知我們您的急診情況，通常在 48 小時以內。請聯絡會員服務部 1-877-940-9330，工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點。聽力障礙電傳使用者請致電 711。

在醫療急診情況下哪些可以被承保？

我們的計劃包括在特殊情況下提供的救護車服務，特殊情況指救護車是唯一不危及您健康並將您送往急診室的方法。我們還承保緊急情況下的醫療服務。

向您提供緊急護理的醫生將確定您何時情況穩定，可結束醫療急診護理。

第 3 章 使用本計劃獲得您的醫療服務

在醫療急診護理結束後，您將獲得後續護理，以確保您的身體狀況可繼續保持穩定。在您的醫生聯絡我們並制訂額外護理計劃之前，您的醫生將繼續為您治療。您的後續護理將由我們的計劃承保。

如果您的緊急護理由網絡外的服務提供者提供，在您的疾病情況和條件許可的情況下，我們將立即嘗試安排網絡內的服務提供者接手您的護理。

如果不屬於醫療急診情況？

有時很難判斷您是否出現醫療急診情況。例如，您可能因認為您的健康處於嚴重危險狀態而進行緊急護理，但醫生認為這不是醫療急診情況。如果在急診過後發現這並不是緊急情況，只要您有理由相信當時您的健康處於嚴重危險狀態，我們也將承保您的護理。

但是，在醫生聲明這不屬於緊急情況後，我們只在您透過以下兩種方式獲得額外護理時承保您的額外護理費用：

- 您請網絡內的服務提供者提供額外護理。
- -或者- 您獲得的額外護理被認為是「緊急需要的服務」，且您遵循了獲得此緊急護理的規定（有關詳細資訊，請參閱下面的第 3.2 節）。

第 3.2 節 在您急需護理時獲得護理服務

什麼是「緊急需要的服務」？

緊急需要的服務是指需要立即接受醫療護理的非緊急情況，但鑒於您的情況，從網絡內服務提供者處獲得這些服務是不可能或不合理的。計劃必須承保網絡外提供的緊急需要的服務。急需護理的服務範例：i) 週末出現嚴重的喉嚨痛，或者 ii) 當您暫時位於服務區域之外時，一種已知的病情出現了難以預見的發作。

您應始終嘗試從網絡內服務提供者處獲得緊急需要的服務。但是，如果服務提供者臨時不可用或不可獲得，並且等待網絡內服務提供者可用時再從他們那裡獲得護理是不合理的，我們將承保您從網絡外服務提供者處獲得的緊急需要的服務。當您由於不可預見的疾病、受傷或情況需要治療協助，但您的健康並不處於嚴重危險狀態而且您不在服務地區時，您接受的服務被稱為「緊急需要的護理」。我們承保美國及其領土內的「緊急需要的護理（緊急護理）」。如果您在服務地區外（但仍在美國境內）需要護理，您的保險將被限制為緊急醫療、緊急需要的護理、腎透析或我們的計劃事先核准的服務。

如果您在未獲得事先授權的情況下從非計劃（網絡外）服務提供者處獲得非急診護理，您必須支付全部費用，除非該服務為緊急服務且我們的網絡不可用，或服務為區域外透析服

第 3 章 使用本計劃獲得您的醫療服務

務。如果網絡外服務提供者向您寄送您認為我們應該支付的帳單，您應該將帳單寄送給我們，由我們處理並決定責任。

為了獲得緊急需要的服務，請聯絡您的 PCP 或者去離您最近的緊急護理中心。

在以下情況下，我們的計劃承保美國境外的全球急診服務：

- 根據這項福利，Centers Plan for Medicare Advantage Care 會員可在暫時位於美國及其領土外時享受全球急診承保。您離開我們服務區的時間不能超過六(6)個月。
- 該承保僅限於該服務在美國被列為急診服務的情況，且該福利的上限為每年全球範圍內\$25,000。
- 全球急診護理服務每次自付費用為\$90。如果您入院，則無需支付該自付費用。請注意，如果您在美國境外獲得護理，我們的計劃不會承保緊急需要的護理。

更多詳情，請參閱本手冊第 4 章中的福利表，或聯絡會員服務部

第 3.3 節 在災難中獲得護理

如果您州的州長、美國衛生與公眾服務部部長或美國總統宣佈您所在地區發生災難或緊急狀況，您仍有權從您的計劃中獲得護理。

請瀏覽以下網站：www.centersplan.com，瞭解有關如何在災難期間獲得所需服務的資訊。

如果在災難期間您無法使用網絡內提供者，您的計劃將允許您從網絡外服務提供者處獲得護理，並可享受網絡內的分攤費用。如果您在災難期間無法使用網絡內藥房，您可以在網絡外藥房領取您的處方藥。請參閱第 5 章第 2.5 節瞭解詳情。

第 4 部分 如果您直接收到您的服務的所有費用的帳單該怎麼辦？

第 4.1 節 您可要求我們為您的承保服務支付我們的分攤費用

如果您支付的金額超過您承保服務的計劃分攤費用，或者如果您收到您承保醫療服務所有費用的帳單，請參閱第 7 章（要求我們為您所收到的承保醫療服務或藥品帳單支付我們的分攤費用），瞭解如何操作的資訊。

第 3 章 使用本計劃獲得您的醫療服務

第 4.2 節 如果我們的計劃未承保服務，您必須支付所有費用

Centers Plan for Medicare Advantage Care 承保本文件第 4 章《醫療福利表》中列出的所有醫療必要服務。如果您接受了本計劃不承保的服務，或在網絡外獲得的未經授權的服務，則您有責任支付全部服務費用。

對於有福利限制的承保服務，您在用完該類型承保服務的相關福利後，還應支付您獲得的任何服務的全額費用。對於計劃承保的所有服務，在您已達到福利上限後您為這些福利支付的自付金額將計入您\$8,850的年度最高自付金額。如果您想要瞭解已使用了多少福利額度，可致電會員服務部。

第 5 部分 在您參與「臨床調查研究」時，您的醫療服務應怎麼承保？

第 5.1 節 什麼是臨床研究？

「臨床調查研究」（也稱作「臨床試驗」）是醫生和科學家測試新醫療護理類型的方式，例如測試新抗癌藥品的療效如何。Medicare 核准了某些臨床調查研究。Medicare 核准的臨床調查研究通常要求志願者參與研究。

Medicare 核准研究並且您表示有興趣參與後，負責進行此項研究的人會聯絡您，向您詳細說明研究，並瞭解您是否滿足展開這項研究的科學家設定的要求。只要您符合研究要求，且完全瞭解並接受您參與此項研究會涉及的事項，即可參與此項研究。

如果您參與 Medicare 核准的研究，Original Medicare 將支付您參與此項研究時獲得的承保服務的大部分費用。如果您告訴我們您正在參加合格的臨床試驗，則您只負責該試驗中服務的網絡內費用分攤。如果您支付了更多費用，例如，如果您已經支付了 Original Medicare 分攤費用金額，我們將償付您支付的費用與網絡內分攤費用之間的差額。但是，您需要提供文件，向我們說明您支付了多少費用。在您參與臨床調查研究時，您可續保我們的計劃，並繼續透過我們的計劃獲得其餘的護理（與研究無關的護理）。

如果您希望參與 Medicare 核准的任何臨床調查研究，您不必向我們告知，也不必獲得我們或您 PCP 的核准。在您參與臨床調查研究的過程中，向您提供護理的服務提供者不一定是我們計劃的網絡內服務提供者。請注意，這不包括我們計劃負責的福利，例如作為臨床試驗或登記研究的一部分以評估益處的福利。這些福利包括國家承保決定(NCD)和實驗性裝置試驗(IDE)中規定的某些福利，並可能受事先授權和其他計劃規則的限制。

第 3 章 使用本計劃獲得您的醫療服務

儘管您參與 Original Medicare 為 Medicare Advantage 參保人承保的臨床調查研究不需獲得我們計劃的許可，但我們建議您在選擇參加符合 Medicare 資質的臨床試驗時提前通知我們。

如果您參與 Medicare 未核准的研究，您將負責支付您參與該研究所需支付的所有費用。

第 5.2 節 當您參與臨床研究時，誰會為此付費？

您一旦參與 Medicare 核准的臨床調查研究，Original Medicare 將承保在參加研究時收到的常規項目和服務，包括：

- 即使您不參加研究，Medicare 也會支付的住院住房費和寄宿費。
- 手術或其他醫療程序（如屬於調查研究內容）。
- 對新治療產生的副作用和併發症的治療。

在 Medicare 支付了這些服務的分攤費用後，本計劃將支付 Original Medicare 的分攤費用與您作為本計劃會員的網絡內分攤費用之間的差額。也就是說，您為參與研究時獲得的服務所支付的金額與您從我們的計劃獲得服務時所支付的金額相同。但是，您需要提交文件，說明您支付了多少分攤費用。請參閱第 7 章，瞭解有關提交付款申請的詳情。

以下是分攤費用操作方式的範例：假設您在參與調查研究時，參與了一項費用達為 \$100 的實驗室化驗。我們還假設您參保 Original Medicare 計劃後，為這次化驗所需支付的分攤費用為 \$20，而依照您參保我們的計劃的福利，這次化驗的分攤費用是 \$10。在此情況下，Original Medicare 將為這次化驗支付 \$80，您將支付 Original Medicare 要求的自付費用 \$20。然後，您將通知您的計劃，您已獲得合格的臨床試驗服務，並向計劃提交文件（如提供者帳單）。然後，計劃將直接支付給您 \$10。因此，您的淨付款為 \$10，與您根據本計劃福利支付的金額相同。請注意，為了從您的計劃收到付款，您必須向您的計劃提交文件，例如提供者帳單。

在您參與臨床調查研究時，Medicare 和我們的計劃都不會支付以下任何項目：

- 一般來說，Medicare 不會支付研究正在測試的新項目或服務，除非 Medicare 在您未參加研究時也會承保這些項目或服務。
- 僅用於收集資料而不是您的直接醫療護理的項目或服務。例如，如果您的疾病情況通常只需進行一次 CT 掃描，Medicare 不會支付您因參與研究而每月進行一次的 CT 掃描。

第 3 章 使用本計劃獲得您的醫療服務

您希望瞭解更多內容嗎？

如您希望瞭解有關加入臨床調查研究的更多資訊，請閱讀或下載 Medicare 網站上的出版物《Medicare 和臨床調查研究》。（您也可透過以下網址獲得該出版物：www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf。）您也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。

第 6 部分 有關獲得「宗教非醫療健康護理機構」護理的規定

第 6.1 節 什麼是宗教非醫療保健機構？

宗教非醫療健康護理機構是提供對一般會在醫院或專業護理機構進行治療的狀況的護理的機構。如果在醫院或專業護理機構獲得護理與會員的宗教信仰相衝突，我們將轉而提供在宗教非醫療健康護理機構的護理保險。該福利僅為 A 部分住院服務（非醫療健康保健服務）提供。

第 6.2 節 從宗教非醫療健康保健機構獲得護理

要獲得宗教非醫療健康保健機構的護理，您必須簽署一份法律文件，說明您明確反對獲得「非預期」的醫療服務。

- **非預期**醫療服務或治療為*志願*提供且聯邦、州立或當地法律*未要求*的任何醫療護理或治療。
- **預期**醫療服務即*非志願*或由聯邦、州立或當地法律*要求*的任何醫療護理或治療。

如要我們的計劃承保，您從宗教非醫療健康保健機構獲得的護理必須符合以下條件：

- 提供護理的機構必須經過 Medicare 認證。
- 您獲得的我們的計劃所提供的服務保險限制為護理的*非宗教*範疇。
- 如果您從此機構獲得的服務是您在普通設施中獲得的服務，則以下條件適用：
 - 您的疾病情況必須達到獲得住院護理或專業護理機構護理的承保服務的要求。
 - -以及- 您在被設施收診或您的住院尚未參保之前，需提前獲得本計劃的核准。

Medicare 住院承保限制條件適用。更多詳情，請參閱本手冊第 4 章中的福利表，或聯絡會員服務部。

第 7 部分 有關擁有耐用醫療設備的規定

第 7.1 節 您參保我們的計劃並支付一定數量的費用後，是否可擁有耐用醫療設備？

耐用醫療設備(DME)包括提供者要求在家中使用的氧氣設備和用品、輪椅、助行器、電動床墊系統、拐杖、糖尿病用品、語音生成裝置、靜脈輸液泵、霧化器和醫院病床等物品。某些物品（例如假體）將始終由會員擁有。在本節中，我們將討論您必須租用的其他類型 DME。

在 Original Medicare 中，租用某些類型的 DME 的人在為該設備支付 13 個月的自付費用後即可擁有該設備。但是，作為 Centers Plan for Medicare Advantage Care 的會員，您通常不會獲得租用的 DME 項目的所有權，不管您在成為本計劃會員期間支付了多少自付費用，即使您在加入本計劃之前在 Original Medicare 下最高連續 12 次支付了 DME 項目的費用。在某些受限的情況下，我們會向您轉讓 DME 項目的所有權。請致電會員服務部來瞭解更多資訊。

如果您切換到 Original Medicare，您為耐用醫療設備進行的支付會怎樣？

如果您在我們的計劃中未獲得 DME 項目的所有權，則在您切換到 Original Medicare 後，您需要重新連續支付 13 次費用才能擁有該設備。參加計劃時支付的款項不計算在內。

例 1：您在 Original Medicare 中為該項目連續支付了 12 次或更少的費用，然後加入了本計劃。您在 Original Medicare 中支付的款項不計算在內。

例 2：您在 Original Medicare 中為該項目連續支付了 12 次或更少的費用，然後加入了本計劃。您參與了本計劃，但在參與計劃期間未獲得所有權。然後，您再恢復 Original Medicare。一旦您恢復 Original Medicare，您必須連續支付 13 筆新款項才能擁有該項目。所有先前的付款（無論是本計劃還是 Original Medicare）均不計算在內。

第 7.2 節 氧氣設備、用品和維護規定

您有權獲得哪些氧氣福利？

如果您符合 Medicare 氧氣設備承保資格，Centers Plan for Medicare Advantage Care 將承保：

- 氧氣設備租賃
- 氧和氧氣輸送

第 3 章 使用本計劃獲得您的醫療服務

- 用於輸送氧和氧氣的導管和相關的氧氣附件
- 氧氣設備的維護和維修

如果您離開 Centers Plan for Medicare Advantage Care，或者不再需要將氧氣設備用於治療用途，那麼必須將氧氣設備歸還。

如果您從您的計劃退保，並恢復為 **Original Medicare** 會怎樣？

Original Medicare 要求氧氣供應商為您提供五年服務。在最初的 36 個月裡，您租用設備。剩餘的 24 個月由供應商提供設備和維護（您仍需支付氧氣的自付費用）。五年後，您可以選擇留在同一家公司，也可以選擇其他公司。此時，五年週期再次開始，即使您仍在同一家公司，也需要您支付前 36 個月的自付費用。如果您加入或退出本計劃，五年週期將重新開始。

第 4 章：
《醫療福利表》
(承保項目和
付費項目)

第 1 部分 瞭解您為承保服務支付的自付金額

本章包括《醫療福利表》，表上列出您作為 Centers Plan for Medicare Advantage Care 會員獲得的承保服務，以及您為每一種承保服務應支付的費用。在本章的稍後部分，您會找到我們的計劃未承保的醫療服務資訊。這些部分還闡述了對某些服務的限制。

第 1.1 節 您可能要為承保服務支付的自付金額類型

要瞭解本章中我們為您提供的支付資訊，您需要先瞭解您可能要為承保藥品支付的自付金額類型。

- 「**自付費用**」是您每次獲得某些醫療服務時支付的固定金額的費用。您在獲得醫療服務時支付自付費用。（第 2 部分中的醫療福利表更為詳細地闡述了自付費用資訊。）
- 「**共同保險**」是您支付的某些醫療服務總費用的百分比。您在獲得醫療服務時支付共同保險。（第 2 部分中的醫療福利表更為詳細地闡述了共同保險資訊。）

大多數符合 Medicaid 或 Qualified Medicare Beneficiary (QMB) 計劃資格的人永遠不需要支付自負額、自付費用或共同保險。如果適用，請確保向您的服務提供者出示 Medicaid 或 QMB 資格證明。

第 1.2 節 您參保醫療服務時將支付的最高金額是？

由於您參保 Medicare Advantage Plan，因此您每年為我們的計劃承保的網絡內醫療服務支付的自付金額存在限額。該限制稱作醫療服務的「最高自付金額」(MOOP)。2024 日曆年，該金額為\$7,550。

您為承保的網絡內服務支付的自付費用和共同保險金額將計入該最高自付金額中。您為 D 部分處方藥費用支付的金額不計入最高自付金額。如果您達到\$7,550 的最高自付金額，您在當年的餘下時間內不必再為網絡內承保的服務支付任何自付金額。但是，您必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費（除非您的 B 部分保費已由 Medicaid 或其他第三方支付）。

第 1.3 節 我們的計劃不允許服務提供者向您開具「差額帳單」

作為 Centers Plan for Medicare Advantage Care 的會員，我們為您提供的一項重要保護是：您在獲得我們計劃承保的服務時，只需支付您的分攤費用。服務提供者不得新增額外的單獨費用，即「**開具差額帳單**」。即使我們付給服務提供者的費用少於其所收取的服務費用，並且，即使出現爭議，我們並未向服務提供者支付某些費用，該保護措施也同樣適用。

第 4 章 《醫療福利表》（承保項目和付費項目）

以下為該保護措施的原理：

- 如果您的分攤費用為自付費用（設定的美元金額，例如\$15.00），那麼您只需支付網絡內服務提供者提供的任何承保服務的金額。
- 如果您的分攤費用為共同保險（總費用的一定百分比），那麼您支付的金額絕不會超過該百分比。但是，您支付的費用具體取決於您看診的服務提供者類型：
 - 如果您從網絡內服務提供者獲得承保服務，您支付的費用為共同保險百分比乘以計劃的償付額（根據服務提供者與我們計劃之間簽訂的合約而定）。
 - 如果您從參與 Medicare 的網絡外服務提供者獲得承保服務，您支付的費用為共同保險百分比乘以 Medicare 為參與的服務提供者支付的付款額。（請記住，本計劃僅在某些情況下承保網絡外服務提供者的服務，例如在獲得轉診或急診服務或緊急需要的服務時。）
 - 如果您從未參與 Medicare 的網絡外服務提供者獲得承保服務，您支付的費用為共同保險百分比乘以 Medicare 為非參與的服務提供者支付的付款額。（請記住，本計劃僅在某些情況下承保網絡外服務提供者的服務，例如獲得轉診、急診或者在服務區域外獲得緊急服務。）
- 如果您認為一個服務提供者對您開具差額帳單，請致電會員服務部。

第 2 部分 使用《醫療福利表》查出您享有的承保項目和您將支付的費用

第 2.1 節 作為本計劃會員，您享有的醫療福利和要承擔的費用

以下頁面上的醫療福利表列出了 Centers Plan for Medicare Advantage Care 承保的服務，以及您為每項服務應支付的自付金額。D 部分處方藥保險參見第 5 章。《醫療福利表》上列出的服務僅在滿足以下保險要求時享有保險：

- 您的 Medicare 承保服務必須根據 Medicare 制訂的保險指導方針來提供。
- 您的服務（包括醫療護理、服務、用品、設備和 B 部分處方藥）必須具有醫療必要性。「醫療必要性」即提供的服務、用品或藥品是預防、診斷或治療您的疾病所必需的，且符合醫療實踐的可接受標準。
- 您從網絡內服務提供者獲得護理。在大多數情況下，您從網絡外服務提供者處獲得的護理將不受承保，除非是緊急護理或急症護理，或者您的計劃或網絡內服務提供者已為您轉診。這意味著您必須向服務提供者全額支付所提供服務的費用。
- 我們將為您提供一名初級保健提供者(PCP)，該 PCP 負責提供和監管您的護理情況。大多數情況下，您的 PCP 必須提前核准您的申請，然後您才能使用計劃網絡內的其他服務提供者。這也稱作「轉診」。

第 4 章 《醫療福利表》（承保項目和付費項目）

- 《醫療福利表》上列出的一些服務僅在您的醫生或其他網絡內服務提供者提前獲得我們的核准（有時稱作「事先授權」）時享有保險。需要事前核准的承保服務在《醫療福利表》內將以加粗註腳標識。

有關我們的保險的其他重要須知事項：

- 如同各 Medicare 健康計劃，我們涵蓋所有 Original Medicare 計劃涵蓋的服務。其中的某些服務，您可能在我們的計劃中較 Original Medicare 計劃支付更多。對於其他服務，您支付的費用減少。（如您想瞭解更多關於 Original Medicare 的保險和費用，請參閱您的《Medicare 與您 2024》手冊。請在 www.medicare.gov 線上瀏覽，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 申領一份手冊，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。）
- 有關所有 Original Medicare 計劃免費承保的預防性服務，我們也會為您免費承保這些服務。但是，在您接受預防性服務時，如果您在看診期間獲得對現有的疾病情況的治療或檢測，您需要為現有疾病情況獲得的護理支付自付費用。
- 如果 Medicare 在 2024 年期間為任何新服務增加保險，Medicare 或我們的計劃將承保這些服務。

對患有慢性病的參保人的重要福利資訊

- 如果您被診斷患有以下慢性疾病，並適當參與我們的護理管理計劃，那麼您可能符合資格獲得慢性病特殊補充(SSBCI)福利中的血壓監測儀。
 - 自體免疫疾病
 - 心血管機能紊亂
 - 慢性心衰
 - 慢性腎病
 - 慢性肺病
 - 糖尿病
 - 末期腎病(ESRD)
 - 神經系統疾病
 - 中風

欲瞭解更多資訊，請參閱下方《醫療福利表》中的「針對慢性病病患的特殊補充福利」一行。


請注意：本文件提及的血壓監測儀福利是慢性病特殊補充福利(SSBCI)，並非所有會員都符合資格。

- 請與我們聯絡，以瞭解您有資格享受的具體福利。



您將在福利表的預防性服務附近看到這個蘋果圖示。

醫療福利表

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
 腹主動脈瘤篩檢 承保具患病風險人士每年一次的超音波篩查。本計劃僅在您有某些風險因素並得到您的醫師、醫師助理、護理醫師或臨床護理專家的轉診後承保您的這次篩查。	符合此預防性篩檢資格的會員無需支付共同保險、自付費用或自負額。
針灸（治療慢性腰部疼痛） 承保的服務包括： 在以下情況下，Medicare 受益人可在 90 天內享受最多 12 次就診承保：	Medicare 承保的每次針灸服務的共同保險為 20%

為您承保的服務

您在獲得服務時必須支付的費用

在本福利中，慢性腰部疼痛的定義為：

- 持續 12 週或更長時間；
- 非特異性，即無法找到確切的系統性原因（即與轉移性、炎症性、感染性疾病等無關）；
- 與手術無關；以及
- 與懷孕無關。

將為表現出症狀改善的病患承保額外八個療程。每年針灸治療不超過 20 次。

會員症狀如果未改善或出現退化，則必須停止治療。

醫療服務提供者要求：

醫師（根據《社會保障法》（本法）第 1861(r)(1)條的定義）可根據州相關規定提供針灸治療。

醫師助理(PA)、執業護士(NP)/臨床護理專家(CNS)（根據本法第 1861(aa)(5)條的定義）以及輔助人員如符合適用的所有州要求並具備以下條件，則可以提供針灸治療：

- 在由針灸和東方醫學認證委員會(ACAOM)認可的學校取得針灸或東方醫學碩士或博士學位；以及
- 持有目前完整有效和無限制許可，可以在美國的州、領土或自治政體（即波多黎各）或哥倫比亞特區實施針灸治療。

輔助人員必須在 42 CFR §§ 410.26 和 410.27 法規要求的醫師、PA 或 NP/CNS 的相應等級的監督下提供針灸治療。

第 13-20 次訪診需要授權。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>救護車服務</p> <p>承保的救護車服務（無論是否急診情況）包括：抵達可提供護理的最近恰當機構的固定翼飛機、旋翼機和地面救護車服務，這些服務僅在會員的疾病情況不允許採用任何其他交通方式時提供，或在本計劃授權的前提下提供。如果申請在非急診情況下使用承保救護車服務，則應提供文件證明會員的疾病情況不允許採用任何其他交通方式，其使用救護車運輸方式具有醫療必要性。</p> <p style="text-align: center;">非急診救護車服務需要授權</p>	<p>Medicare 承保的地面和空中救護服務：每次\$200 自付費用</p> <p>如果您在 24 小時內入院，將免除您的自付費用。</p> <p>請注意：24 小時內自付費用不超過\$200。</p>
<p> 每年保健就診</p> <p>如果您享有 B 部分保險超過 12 個月，您可獲得一次每年保健就診機會，以根據您目前的健康和風險因素制訂或更新個性化的預防性計劃。每 12 個月承保一次該就診。</p> <p>注：在您的「歡迎來到 Medicare」預防性診療的 12 個月內，不能進行首次每年保健就診。但是，在您享有 B 部分保險 12 個月後，您無需參加「歡迎來到 Medicare」預防性診療，即可享有每年保健就診的保險。</p>	<p>每年保健就診沒有共同保險、自付費用或自負額。</p>
<p> 骨密度測量</p> <p>對於合格個人（一般來說，這指存在損失骨密度風險或骨質疏鬆風險的人士），以下服務每 24 個月承保一次，或在醫療必需的情況下承保頻率會更頻繁：測量骨密度、檢測骨質疏鬆或確定骨品質的程序，包括醫生解釋檢測結果。</p>	<p>Medicare 承保的骨密度測量無共同保險、自付費用或自負額。</p>
<p> 乳腺癌檢查（乳房 X 光檢查）</p> <p>承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 為年齡在 35 歲至 39 歲之間的婦女承保一次基準線乳房 X 光檢查• 每 12 個月為年齡在 40 歲以上的女士承保一次乳腺癌篩查• 臨床胸部檢查，每 24 個月一次	<p>承保的乳房 X 光篩查無共同保險、自付費用或自負額。</p>

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>心臟復健服務</p> <p>心臟復健服務的綜合計劃包括：為符合某些條件且有醫囑的會員承保的鍛煉、教育和諮詢服務。該計劃也承保加護心臟功能復健服務計劃，這些計劃一般情況下比心臟復健計劃更激烈或強度更大。</p> <p style="text-align: center;">需要核准</p>	<p>對於 Medicare 承保的心臟功能復健服務，自付費用為 \$20</p>
<p> 心血管疾病風險降低就診（心血管疾病療法）</p> <p>我們每年承保一次您的初級保健醫師就診，以協助您降低心血管疾病的患病風險。在這次就診期間，您的醫師可討論阿司匹林的使用（如適用），檢查您的血壓，以及為您提供一些小貼士，確保您能獲得健康的飲食。</p>	<p>心血管疾病強化行為治療預防性福利無共同保險、自付費用或自負額。</p>
<p> 心血管疾病檢查</p> <p>每 5 年（60 個月）進行一次血液測試，以檢測心血管疾病（或與心血管疾病風險上升相關的異常情況）。</p>	<p>每 5 年承保一次的心血管疾病檢查無共同保險、自付費用或自負額。</p>
<p> 宮頸癌和陰道癌篩查</p> <p>承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">對於所有女士：每 24 個月承保一次巴氏早期癌症探查試驗和盆骨檢查如果您患宮頸癌或陰道癌的風險較高，或處於生育年齡，並且在過去 3 年內子宮頸塗片檢查結果不正常：每 12 個月進行一次子宮頸塗片檢查	<p>Medicare 承保的預防性 Pap 檢測與骨盆檢查無共同保險、自付費用或自負額。</p>
<p>脊椎指壓療法服務</p> <p>承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">我們僅承保脊椎的手按摩服務，以矯正半脫位 <p style="text-align: center;">需要轉診 需要核准</p>	<p>對於 Medicare 承保的脊椎指壓療法服務，自付費用為 \$15</p>

為您承保的服務

您在獲得服務時必須支付的費用

結直腸癌篩查

承保以下篩查：

- 結腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制，對於非高危病患，每 120 個月（10 年）承保一次；對於非結直腸癌高危病患，在接受過可屈性乙狀結腸鏡檢查後，每 48 個月承保一次；對於高危病患，在接受過結腸鏡檢查或鉭灌腸檢查後，每 24 個月承保一次。
- 45 歲及以上病患可接受可屈性乙狀結腸鏡檢查。對於非高危病患，在接受過結腸鏡檢查後，每 120 個月一次。對於高危病患，在最後一次接受可屈性乙狀結腸鏡檢查或鉭灌腸檢查後，每 48 個月一次。
- 45 歲及以上病患可接受便隱血篩查檢測。每 12 個月一次。
- 45 至 85 歲且不符合高危標準的病患可接受多靶點糞便 DNA 檢測。每 3 年一次。
- 45 至 85 歲且不符合高危標準的病患可接受生物標誌物血液檢測。每 3 年一次。
- 對於高危病患，可以在最後一次接受鉭灌腸檢查或結腸鏡檢查後的 24 個月後接受鉭灌腸檢查代替結腸鏡檢查。
- 對於 45 歲及以上的非高危病患，可以接受鉭灌腸檢查以代替可屈性乙狀結腸鏡檢查。在最後一次接受鉭灌腸檢查或可屈性乙狀結腸鏡檢查後至少 48 個月一次。

結直腸癌篩查檢測包括在 Medicare 承保的非侵入性結直腸癌糞便篩查檢測得到陽性結果進行後續結腸鏡檢查。

Medicare 承保的結直腸癌篩查無共同保險、自付費用或自負額，不包括適用於共同保險的鉭灌腸檢查。如果您的醫生在結腸鏡檢查或可屈性乙狀結腸鏡檢查中發現並切除了息肉或其他組織，篩查檢查將變成診斷檢查。

為您承保的服務

您在獲得服務時必須支付的費用

牙科服務

一般來說，預防性的牙科服務（例如潔牙、常規牙科檢查和牙科 X 光檢查）均不由 Original Medicare 計劃承保。不過，Medicare 目前僅在有限情況下支付牙科服務費用，尤其是當該服務屬於受益人基礎疾病具體治療中不可分割的一部分時。範例包括骨折或受傷後的頷骨重建、為頷骨癌放射治療所做的拔牙準備，或者腎移植前的口腔檢查。此外，我們還承保：

無需為牙科服務支付共同保險、自付費用或自負額

預防性牙科服務

- （每六個月一次）口腔檢查
- （每六個月一次）牙齒清潔（預防）
- （每六個月一次）氟化物處理
- （每六個月一次）牙科 X 光檢查

綜合牙科

- 根管樁（每顆牙每 60 個月一次）
- 補牙（每 36 個月一次）
- 假牙修復（每 12 個月一次）
- 牙髓病治療，例如牙根管（每顆牙一生一次）
- 拔牙（每顆牙一生一次）
- 補牙（每顆牙每 24 個月一次）
- 牙齦切除術（每半頷每 36 個月一次）
- 咬合保護，例如夜用護板（每 12 個月一次）
- 牙周維持術（每六個月一次）
- 義齒修復服務（每 36 個月一副牙弓）
- 刮牙術（每半頷每六個月一次）

計劃每年承保最高不超過 \$2,000 的綜合性牙科服務

抑鬱症篩查

我們每年承保一次抑鬱症篩查。該篩查必須由可提供後續治療和/或轉診服務的初級保健診所完成。

年度抑鬱症篩查就診無共同保險、自付費用或自負額。

為您承保的服務

您在獲得服務時必須支付的費用

糖尿病篩查

如果您存在以下任何風險因素：高血壓（高血壓病）、膽固醇和甘油三酯水準異常歷史（血脂異常）、肥胖症或高血糖歷史（血糖），我們將成本此篩查（包括空腹血糖測試）。如果您滿足其他要求，例如超重和家族糖尿病史，我們也可承保這些測試。

根據這些測試的結果，您可獲得每 12 個月進行最多兩次的糖尿病篩查資格。

Medicare 承保的糖尿病篩查無共同保險、自付費用或自負額。

糖尿病自我處理訓練、糖尿病服務和用品

對於已患糖尿病的所有人士（胰島素和非胰島素使用者）承保的服務包括：

- 用於監測血糖的用品：血糖監控儀、血糖試紙、柳葉刀設備和柳葉刀，以及檢測試紙和監控儀準確度的血糖控制解決方案。
- 對於患有嚴重糖尿病足的糖尿病病患：每個日曆年提供一雙治療型自訂鞋（包括此類鞋配套的專用鞋墊），以及額外兩雙鞋墊，或者一雙深窩鞋和三雙鞋墊（不包括此類鞋配套的非自訂可拆除鞋墊）。保險包括配件。
- 糖尿病自我處理訓練在某些條件下享受保險。

對於 Medicare 承保的糖尿病用品、Medicare 承保的治療鞋或鞋墊以及糖尿病自我管理訓練，沒有共同保險、自付費用或自負額。

糖尿病用品和服務僅限由指定製造商 Abbott Diabetes Care 提供。

對非 D 部分糖尿病用品的數量限制：

- 如果您使用胰島素，我們承保每 30 天最多 150 份試紙和 150 支刺血針。
- 如果您不使用胰島素，我們承保每 90 天最多 100 份試紙和 100 支刺血針。

對於糖尿病自我處理訓練，需要獲得事前授權

為您承保的服務

您在獲得服務時必須支付的費用

耐用醫療設備(DME)與相關用品

(有關「耐用醫療設備」的定義，請參閱本文件第 12 章，以及第 3 章第 7 部分。)

承保的用品包括，但不限於：輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、提供者訂購的在家使用的醫院病床、靜脈輸液泵、語音生成裝置、氧氣設備、霧化器及助行器。

我們承保 Original Medicare 計劃承保的所有醫療必需的耐用醫療設備。如果我們安排在您所在區域的供應商沒有提供某個特定品牌或製造商的產品，您可詢問他們是否可以為您專門下訂單。如需最新的供應商清單，請瀏覽我們的網站 www.centersplan.com/mapd。

需要核准

Medicare 承保的 DME 和用品：20% 共同保險

您的 Medicare 氧氣設備的分攤費用是每月 20%。

您的分攤費用在自您參保的 36 個月內不會改變。

如果您在參保 Centers Plan for Medicare Advantage Care 之前已經支付了 36 個月的氧氣設備租賃費用保險，您在 Centers Plan for Medicare Advantage Care 下的分攤費用為 20%。

急診護理

急診治療指符合以下條件的服務：

- 由具備提供急診服務的服務提供者提供的服務，以及
- 評估或穩定醫療急診狀況所必須的服務。

醫療急診是您或其他任何掌握一般醫療衛生知識的外行人士認為您出現需要立即就醫，以免造成死亡（如果您是孕婦，胎死腹中）、肢體或肢體功能的喪失。醫療徵兆可以是疾病、受傷、劇烈疼痛或迅速惡化的疾病情況。

對於網絡外提供的必需的急診服務，其分攤費用與網絡內提供的此類服務相同。

本計劃還承保最高\$25,000的全球急診護理服務；請參閱下方的「全球急診護理」部分以獲得更多資訊。

每次急診室診療自付費用為\$90

如果您在 24 小時內入院，將免除您的自付費用

如果您在網絡外醫院接受了急診治療且在緊急情況穩定後需進行住院治療，為了您的治療能被承保，您必須返回網絡內醫院繼續治療，或者您必須在本計劃核准的網絡外醫院接受住院治療服務，且您的費用為您在網絡內醫院支付的分攤費用。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p> 健康教育計劃</p> <p>這些計劃重點關注高血壓、膽固醇、哮喘和特殊飲食等健康狀況。計劃旨在改善會員的健康並豐富其生活方式，包括體重管理、健身和壓力管理。</p> <p>承保服務：</p> <ul style="list-style-type: none">• 健康教育	<p>對於健康教育服務，自付費用為\$0</p>
<p>聽力服務</p> <p>由您的服務提供者完成、以確定您是否需要醫療服務的診斷性聽力檢查和平衡評估在由醫師、聽覺治療師或其他合格的服務提供者完成時，我們將為其承保（作為門診護理）。</p> <p>我們承保：</p> <ul style="list-style-type: none">• 每年一次的常規聽力檢查• 助聽器調試/評估（每 3 年一次）• 助聽器，每 3 年最多承保每耳\$1,000	<p>對於 Medicare 承保的聽力服務，自付費用為每次 \$30</p> <p>常規聽力檢查、助聽器調試/評估和助聽器無自付費用</p>
<p> HIV 篩查</p> <p>對於要求進行 HIV 篩查測試的人士，或 HIV 感染風險增加的人士，我們承保：</p> <ul style="list-style-type: none">• 每 12 個月一次篩查 <p>對於已懷孕的女士，我們承保：</p> <ul style="list-style-type: none">• 在孕期階段多達三次的篩查	<p>符合 Medicare 承保的預防性 HIV 篩檢資格的會員無需支付共同保險、自付費用或自負額。</p>

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>家庭保健機構護理</p> <p>在接受家庭保健服務之前，醫生必須證明您需要家庭保健服務，並將下醫囑，要求家庭保健服務必須由家庭保健機構提供。您必須符合被限制在家的情況，即離開家要花費大力氣。</p> <p>承保的服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none">• 兼職或間歇性專業護理和家庭保健輔助服務（要按照家庭保健福利承保，您的專業護理和家庭保健輔助服務時間總數必須少於每天 8 小時，每週 35 小時）• 物理、職業和言語治療• 醫療和社會服務• 醫療設備和用品。 <p style="text-align: center;">需要核准</p>	<p>Medicare 承保的家庭保健服務自付費用為\$0</p>
<p>上門輸液治療</p> <p>上門輸液治療涉及在家中為個人靜脈或皮下注射藥物或生物製劑。進行上門輸液治療所需的元件包括藥物（例如，抗病毒藥物、免疫球蛋白）、器材（例如，泵）和用品（例如，導管和輸液管）。</p> <p>承保的服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none">• 根據護理計劃提供的專業服務，包括護理服務• 病患訓練和教育不包括在耐用醫療設備福利下• 遠端監視• 針對由具備資質的上門輸液治療供應商提供的上門輸液治療和上門輸液藥品提供的監視服務 <p style="text-align: center;">需要核准</p>	<p>每次承保服務的共同保險為 20%</p>

為您承保的服務

您在獲得服務時必須支付的費用

臨終關懷護理

當您的醫生和安寧照護醫務主任已給了您臨終預後，證明您患了絕症，並且按病情正常發展，您有 6 個月或更短的存活期時，您有資格獲得安寧照護福利。您可在 Medicare 註冊的寧養服務計劃處獲得護理。您的計劃有義務協助您在計劃的服務區域找到 Medicare 認證的寧養服務計劃，包括 MA 組織擁有、控制或有經濟利益的計劃。您的寧養醫生可以是網絡內的服務提供者，也可以是網絡外的服務提供者。

承保的服務包括：

- 控制症狀和緩解疼痛的藥品
- 短期喘息護理
- 家庭護理

當您入住寧養機構時，您有權繼續參加您的計劃；如果您選擇繼續參加計劃，則必須繼續支付計劃保費。

對於寧養服務和由 Medicare A 部分或 B 部分承保且與您的臨終預後相關的服務：Original Medicare 計劃（非本計劃）將向寧養服務提供者支付您的寧養服務，以及與您的臨終預後相關的 A 部分和 B 部分服務。在您參加寧養計劃期間，您的寧養服務提供者將向 Original Medicare 計劃開具帳單，以支付 Original Medicare 計劃支付的服務。您將收到 Original Medicare 費用分攤帳單。

對於由 Medicare A 部分或 B 部分承保但與您的臨終預後不相關的服務：如果您需要由 Medicare A 部分或 B 部分承保且與您的臨終預後不相關的非急診、非緊急需要的服務，您為這些服務所需支付的費用取決於您是否使用本計劃網絡內的服務提供者以及是否遵循計劃規則（例如是否需要獲得事先授權）。

- 如果您透過網絡內服務提供者獲得承保的服務並遵循獲得服務所要求的計劃規則，您僅可支付網絡內服務的計劃分攤費用金額
- 如果您透過網絡外服務提供者獲得承保的服務，您支付按服務收費 Medicare 計劃(Original Medicare)的分攤費用。

在您參加 Medicare 註冊的寧養服務計劃時，與您的臨終關懷相關的寧養服務和您的 A 部分及 B 部分服務將由 Original Medicare 計劃支付，而非 Centers Plan for Medicare Advantage Care。

為您承保的服務

您在獲得服務時必須支付的費用

臨終關懷服務（續）

對於由 Centers Plan for Medicare Advantage Care 承保但不由 Medicare A 部分或 B 部分承保的服務：Centers Plan for Medicare Advantage Care 將繼續承保未由 A 部分或 B 部分承保的計劃承保服務，無論這些服務是否與您的臨終預後相關。您支付這些服務的計劃分攤費用。

對於可由計劃 D 部分福利承保的藥品：如果這些藥品與您的臨終寧養狀況無關，您需要支付分攤費用。如果藥物與您的臨終安寧病症有關，則您支付 Original Medicare 分攤費用。藥品不可能同時被寧養和本計劃承保。有關詳細資訊，請參閱第 5 章第 9.4 節（如果您參加 Medicare 註冊的寧養服務計劃該怎麼辦）。

注：如果您需要非寧養護理（與您的臨終預後不相關的護理），您應聯絡我們安排這些服務。

對於未選擇寧養福利的臨終狀態人士，我們的計劃承保寧養諮詢服務（僅承保一次）。

對於未選擇寧養福利的臨終狀態人士，一次寧養諮詢服務的自付費用為\$0。

免疫接種

承保的 Medicare B 部分服務包括：

- 肺炎疫苗
- 流感疫苗，每個秋季和冬季的流感高發季節接種一次，以及在有醫療必要性的情況下額外接種流感疫苗
- 乙型肝炎疫苗，如果您存在患上異性肝炎的中等或高等風險
- 新型冠狀病毒疫苗
- 其他疫苗（有高危感染率或 B 類藥品承保範圍）

我們也根據我們的 D 部分處方藥福利承保某些疫苗。

肺炎、流感、乙肝疫苗和新型冠狀病毒疫苗無共同保險、自付費用或自負額。

為您承保的服務

您在獲得服務時必須支付的費用

住院護理

包括急性病住院、住院復健、長期護理醫院和其他類型的住院服務。住院護理從您遵從醫囑正式入院當日開始。在您出院之前的一天為您的最後一天住院日。

承保的服務包括但不限於：

- 雙人病房（或單人病房，如果存在醫療必需情況）
- 膳食，包括特殊飲食
- 常規護理服務
- 特別護理室費用（例如，強化治療或冠心病監護室）
- 藥品和藥物
- 實驗室檢查
- X 光及其他放射性檢查服務
- 必要的手術和醫療用品
- 裝置使用，例如輪椅
- 手術和康復室費用
- 物理、職業和言語語言治療
- 住院濫用藥品服務

每個福利期的自付費用是：

- 第 1 天至第 6 天，每天 \$305
- 第 7 天至第 90 天，每天 \$0
- 終生額外天數每天 \$0
- 超過終生額外天數，您需要支付所有費用

福利期從您住進醫院或專業護理機構的當日開始計算。福利期將在您未在連續 60 天內得到任何住院護理服務（或 SNF 專業護理服務）後終止。

如果您在福利期結束後再次住進醫院或專業護理機構，那麼一個新的福利期就開始了。福利期的次數沒有限制。

為您承保的服務

您在獲得服務時必須支付的費用

住院護理（續）

- 在某些情況下，我們還承保以下種類的移植服務：角膜、腎-胰腺、心臟、肝、肺、心/肺、骨髓、幹細胞，和小腸/多器官聯合移植。如果您需要進行移植手術，我們將安排 Medicare 核准的移植中心對您的病例進行審核，以決定您是否可成為移植候選人。移植服務提供者可以是當地人士，也可以位於服務區外。如果我們以社區護理模式之外的方式提供網絡內移植服務，您可以選擇在當地進行移植，只要當地移植提供者願意接受 Original Medicare 價格。如果 Centers Plan for Medicare Advantage Care 在您所在社區移植護理模式覆蓋區域以外的地點提供移植服務，且您選擇在該位置獲得移植服務，則我們將您和您的一位陪同人士安排或支付相應的住宿和交付費用。
- 血液 - 包括儲存和管理。全血和袋裝紅細胞的承保從您需要的第一品脫血液開始
- 醫師服務

注：要獲得住院服務，您的服務提供者必須寫下醫囑，要求您正式成為住院病患。即使您在醫院過夜，您仍被看作門診病患。如果您不確定您是屬於住院病患還是門診病患，您應詢問醫院員工。

您也可以在一份名為《您是醫院住院病患還是門診病患？如果您享有 Medicare 計劃——去詢問吧！》的 Medicare 情況說明書上瞭解更多情況。您可瀏覽網頁

<https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf> 或致電 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227)獲得該情況說明書。聽力障礙電傳使用者請致電 1-877-486-2048。每週 7 天，每天 24 小時，您可隨時致電這些號碼。

計劃承保 90 天的住院時間。

計劃承保 60 天「終生額外天數」。這是我們涵蓋的「額外」時間。如果您住院超過 90 天，你可使用這些額外時間。但您一旦使用額外的 60 天時間，您的承保住院時間將被限制在 90 天。如果您在緊急狀況穩定後從網絡外的醫院獲得住院護理授權，您要支付的費用是您在網絡內醫院需支付的分攤費用。

需要核准

為您承保的服務

您在獲得服務時必須支付的費用

精神病院住院病患服務

承保的服務包括需要住院治療的心理健康護理服務。

我們的計劃為精神病醫院的服務設定了 190 天的生命存續期限限制。該限制不適用於普通醫院精神病科提供的住院服務。

需要核准

每個福利期的自付費用是：

- 第 1 天至第 5 天，每天 \$305
- 第 6 天至第 90 天，每天 \$0
- 終生額外天數每天 \$0
- 超過終生額外天數，您需要支付所有費用

福利期從您住進醫院或專業護理機構的當日開始計算。福利期將在您未在連續 60 天內得到任何住院護理服務（或 SNF 專業護理服務）後終止。

如果您在福利期結束後再次住進醫院或專業護理機構，那麼一個新的福利期就開始了。福利期的次數沒有限制。

為您承保的服務

您在獲得服務時必須支付的費用

住院：在非承保住院期間，在醫院或 SNF 接受的承保服務

如果您的住院福利已用完，或者如果住院服務不合理或非必需服務，我們將不會承保您住院期間的花費。但是，在某些情況下，我們將承保您在醫院或專業護理機構(SNF)獲得的某些服務。承保的服務包括但不限於：

- 醫師服務
- 診斷化驗（例如實驗室化驗）
- X 光、雷射治療和同位素療法，包括技術員材料和服務
- 外科敷料
- 用於降低骨折和脫位風險的夾板、石膏和其他器材
- 用於取代全部或部分身體內部器官（包括連續組織）、或取代永久不工作或機能失常的身體內部器官的全部或部分功能的義肢和矯正器材（非牙科器材），包括取代或修復此類器材
- 腿、手臂、背部和頸部支具；疝氣帶、義肢（腿和手臂）和義眼，包括因破裂、磨損、遺失或病患身體狀況改變而必需的調整、維修和更換
- 物理治療、語言治療和職業治療

需要核准

每次初級保健醫師服務自付費用為\$0

專科服務自付費用為\$20

Medicare 承保的診斷程序、化驗和實驗室服務自付費用為\$0

Medicare 承保的診斷和治療性放射服務的共同保險為 20%

Medicare 承保的假體裝置的共同保險為 20%

每次 Medicare 承保的物理、職業或言語治療就診的自付費用為\$20

醫學營養治療

本福利是根據醫囑為糖尿病、腎臟（腎）疾病（但未進行透析）、或進行腎移植之後的病患提供的服務。

在您參保 Medicare（包括我們的計劃、任何其他 Medicare Advantage 計劃或 Original Medicare）後接受醫學營養治療服務的第一年內，我們將承保 3 小時的一對一諮詢服務，並在之後的每一年承保 2 小時的同類服務。如果您的身體狀況、治療或診斷結果發生變化，您可以遵照醫囑增加治療小時數。如果在下一個日曆年內您仍需要治療，醫生必須作出有關此類服務的醫囑，並且每年更新其醫囑。

符合 Medicare 承保的醫學營養治療服務資格的會員無需支付共同保險、自付費用或自負額。

為您承保的服務

您在獲得服務時必須支付的費用

Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)

將為所有 Medicare 保健計劃下符合條件的 Medicare 受益人承保 MDPP 服務。

MDPP 是一項結構化健康行為改變干預計劃，其提供長期飲食改變、增加的身體活動以及問題解決策略方面的實踐訓練，旨在克服保持減肥和健康生活方式所面臨的挑戰。

無須為 MDPP 福利支付共同保險、自付費用或自負額。

Medicare B 部分的處方藥

這些藥品由 Original Medicare 計劃 B 部分承保。我們的計劃會員透過參保我們的計劃獲得這些藥品的保險服務。承保的藥品包括：

- 一般不由病患自行給藥、在您接受就診、醫院門診或移動手術中心服務時透過注射或輸液形式給藥的藥品
- 透過耐用醫療設備（例如具有醫療必要性的胰島素泵）提供的胰島素
- 您透過本計劃授權的耐用醫療設備（例如噴霧器）使用的其他藥品

Medicare 承保的 B 部分處方藥，0% 至 20% 的共同保險。

對於本計劃承保的一個月用量的每種 B 部分胰島素產品，您支付的金額將不超過 \$35。

為您承保的服務

您在獲得服務時必須支付的費用

Medicare B 部分處方藥（續）

- 您透過注射為自己提供的凝血因數（如您患有血友病）
- 免疫抑制藥品，如果您在移植器官期間參保了 Medicare A 部分
- 抗骨質疏鬆注射用藥品，如果您受限在家、經醫生檢核因停經後骨質疏鬆症造成骨折，無法自己給藥
- 抗原
- 某些口服抗癌藥品和抗嘔吐藥品
- 某些家庭透析使用的藥品，包括肝素、醫療必需情況下使用的肝素解毒藥，局部麻醉劑、紅血球生成刺激素（例如 Epoetin Alfa）
- 靜脈注射免疫球蛋白，用於原發性免疫缺陷疾病的家庭治療

我們也根據我們的 B 部分和 D 部分處方藥福利承保某些疫苗。

第 5 章闡述了 D 部分處方藥福利，包括您要使處方藥享受保險時必須遵守的規定。第 6 章闡述了您參加我們的計劃必須為 D 部分處方藥支付的費用。

需要核准

促進持續減肥的肥胖篩查和治療

如果您的體重指數達到 30 或以上，我們將為您承保強化諮詢，協助您減重。如果您在初級保健診所獲得該諮詢服務，則該服務將屬於承保服務，且可在初級保健診所內與您的綜合預防計劃進行協調。請與您的初級保健醫師或從業人員交流，以獲得更多資訊。

預防性肥胖篩查和治療無共同保險、自付費用或自負額。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>類鴉片治療計劃服務</p> <p>患有阿片類物質使用障礙(OUD)的計劃會員可以透過類鴉片治療計劃(OTP)獲得治療 OUD 的服務承保，包括以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none">• 經過美國食品與藥品管理局(FDA)核准的阿片類激動劑和拮抗劑藥物輔助治療(MAT)藥品。• MAT 藥物的配藥和管理（如果適用）• 物質使用諮詢• 個人和團體治療• 毒性測試• 攝入活動• 定期評估 <p style="text-align: center;">需要核准</p>	<p>Medicare 承保的類鴉片治療服務自付費用為\$0</p>
<p>門診診斷化驗以及治療用服務與用品</p> <p>承保的服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none">• X 光• 放射（雷射和同位素）治療，包括技術員材料和用品• 外科器械，如敷料等• 用於降低骨折和脫位風險的夾板、石膏和其他器材• 實驗室化驗• 血液 - 包括儲存和管理。全血和袋裝紅細胞的承保從您需要的第一品脫血液開始。• 其他門診診斷化驗 <p style="text-align: center;">需要核准</p>	<p>Medicare 承保的 X 光服務自付費用為\$0</p> <p>Medicare 承保的診斷性放射服務的共同保險為 20%</p> <p>Medicare 承保的治療性放射服務的共同保險為 20%</p> <p>Medicare 承保的實驗室服務自付費用為\$0</p> <p>Medicare 承保的診斷測試自付費用為\$0</p>

為您承保的服務

您在獲得服務時必須支付的費用

門診醫院觀察

觀察服務即用以決定病患是否需要入院或出院的醫院門診服務。

承保的門診醫院觀察服務必須符合 Medicare 標準，並被認為具有合理性和必要性。觀察服務僅在由醫師或州特許法和醫院職工規章制度授權的其他個人開具的醫囑提供，以接收病患入院或開具醫囑進行門診檢查時才可承保。

注：除非服務提供者開出書面醫囑，要求您作為住院病患入院，否則您將作為門診病患，支付醫院門診服務的分攤費用。即使您在醫院過夜，您仍被看作門診病患。如果您不確定您是否是門診病患，請諮詢醫院工作人員。

您也可以在一份名為《您是醫院住院病患還是門診病患？如果您享有 Medicare 計劃——去詢問吧！》的 Medicare 情況說明書上瞭解更多情況。您可瀏覽網頁

<https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf> 或致電 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227) 獲得該情況說明書。聽力障礙電傳使用者請致電

1-877-486-2048。每週 7 天，每天 24 小時，您可隨時致電這些號碼。

Medicare 承保的門診病患醫院觀察服務的共同保險為 20%

需要核准

為您承保的服務

您在獲得服務時必須支付的費用

醫院門診服務

我們承保您在醫院門診部為診斷或治療某種疾病或受傷而獲得的醫療必需服務。

Medicare 承保的門診病患醫院觀察服務的共同保險為 20%

承保的服務包括但不限於：

- 急診或門診的臨床服務，如觀察服務或門診手術
- 醫院開出的實驗室和診斷化驗
- 心理健康護理，包括門診住院混合計劃護理，只要醫生證明住院治療需要此類護理
- 醫院開出的 X 光和其他放射治療服務
- 醫療用品，例如夾板和石膏
- 某些您不能自我給藥的藥品和生物製品

注：除非服務提供者開出書面醫囑，要求您作為住院病患入院，否則您將作為門診病患，支付醫院門診服務的分攤費用。即使您在醫院過夜，您仍被看作門診病患。如果您不確定您是否是門診病患，請諮詢醫院工作人員。

您也可以在一份名為《您是醫院住院病患還是門診病患？如果您享有 Medicare 計劃——去詢問吧！》的 Medicare 情況說明書上瞭解更多情況。您可瀏覽網頁

<https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf> 或致電 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227)獲得該情況說明書。聽力障礙電傳使用者請致電

1-877-486-2048。每週 7 天，每天 24 小時，您可隨時致電這些號碼。

需要核准

門診心理健康護理

承保的服務包括：

由州政府頒發執照的精神病醫師或醫生、臨床心理學醫生、臨床社會工作者、臨床護理專家、持照專業顧問 (LPC)、婚姻和家庭治療師 (LMFT)、從業護士 (NP)、醫師助理 (PA) 或其他 Medicare 核准合格的心理健康護理專業人士依據適用的州法律提供的心理健康服務。

每次 Medicare 承保的個人或集體就診 \$20 的自付費用

個人/小組精神科服務需要轉診。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>門診復健服務</p> <p>承保的服務包括：物理治療、職業治療和言語語言治療。門診復健服務由不同的門診部門提供，例如醫院門診部、獨立治療師診所和綜合門診復健機構(CORF)。</p> <p style="text-align: center;">需要核准</p>	<p>每次 Medicare 承保的物理、言語或職業治療就診的自付費用為\$20。</p>
<p>門診藥品濫用服務</p> <p>為藥品或酒精依賴治療提供的非居民流動服務，不使用藥品治療。服務包括密集門診服務（持續幾天的全天候護理）以及傳統諮詢（每天一小時或多個小時，通常每週一次或兩週一次）</p> <p style="text-align: center;">需要核准</p>	<p>Medicare 承保的個人或小組治療會診，每次自付費用為\$30</p>
<p>門診手術，包括醫院門診機構和移動手術中心提供的服務</p> <p>注：如果您要在醫院機構進行手術，您應與您的服務提供者進行檢核，確定您將作為住院病患還是門診病患入院。除非服務提供者開出書面醫囑，要求您作為住院病患入院，否則您將作為門診病患，支付醫院門診服務的分攤費用。即使您在醫院過夜，您仍被看作門診病患。</p> <p style="text-align: center;">需要核准</p>	<p>Medicare 承保的移動手術中心診療，每次自付費用為\$250</p> <p>Medicare 承保的門診病患醫院服務的共同保險為20%</p>
<p>非處方(OTC)項目</p> <p>您每個季度可使用計劃提供的OTC借記卡購買最多\$100的特定OTC項目。</p> <p>未使用的餘額不可累計至下季度。</p> <p>請瀏覽www.mybenefitscenter.com檢視我們的承保項目清單。</p>	<p>每次牙科服務 OTC 項目</p>

為您承保的服務

您在獲得服務時必須支付的費用

門診混合住院服務與門診加護服務

「門診混合住院」是作為醫院門診服務或由社區精神保健中心提供的積極心理治療的結構化計劃，強度比在醫生或治療師診所接受的護理強度要高，是住院治療的一種替代方法。

「門診加護服務」是一項在醫院門診、社區心理健康服務中心、聯邦合格衛生中心或農村保健診所提供的積極行為（心理）健康治療的結構化計劃，通常比您在醫生或治療師診所獲得的護理強度更高，但比住院治療的強度更低。

Medicare 承保的門診混合住院服務與門診加護服務的自付費用為每天\$55

需要核准

為您承保的服務

您在獲得服務時必須支付的費用

醫師/從業人員服務，包括醫生診所就診

承保的服務包括：

- 醫療必需的醫療護理或手術服務，在醫師診所、認證的移動手術中心、醫院門診部或任何其他地點完成
每次初級保健醫師診療自付費用為\$0
- 專科醫師提供的諮詢、診斷和治療服務
每次專科診療自付費用為\$20
- 由您的專科醫師執行的聽力和平衡問題基本檢查（如果您的醫生下醫囑，查看您是否需要醫療服務
- 家庭透析會員在醫院或重要入院醫院內的腎透析中心、腎透析機構或會員家中的每月末期腎病相關就診遠端醫療服務
- 中風症狀診斷、評估或治療遠端醫療服務（不論您身在何地）
- 為患有藥物使用障礙或同時出現精神健康障礙的會員提供的遠端醫療服務（不論身在何地）
- 在以下情況下，為精神疾病的診斷、評估和治療提供遠端醫療服務：
 - 您在首次遠端診療前 6 個月內進行過面診
 - 在接受這些遠端醫療服務期間，您每 12 個月進行一次面診
 - 對於某些情況，上述情況可作特例處理
- 由農村健康診所和聯邦認可健康中心提供的心理健康就診遠端醫療服務
- **在以下情況下**，與醫生進行 5-10 分鐘的簡短虛擬方式（如透過電話或視訊聊天）溝通：
 - 您不是新病患，以及
 - 虛擬溝通與前 7 天內的診室就診無關，以及
 - 虛擬溝通後在未來 24 小時內或最近時間內無需進行診室就診或赴約就診
- **在以下情況下**，對您傳送給醫生的視訊和/或影像進行的評估，包括醫生的解釋和 24 小時內的隨訪：
 - 您不是新病患，以及
 - 評估與前 7 天內的診室就診無關，以及
 - 評估後在未來 24 小時內或最近時間內無需進行診室就診或赴約就診
- 您的醫生透過電話、網絡或電子健康記錄評估與其他醫生進行的會診
- 在手術前由其他服務提供者進行的參診服務

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<ul style="list-style-type: none">非常規牙科護理（承保的服務限制於對下頷或相關結構進行的手術、下頷或面部骨骼骨折固定、為準備執行腫瘤癌症的下頷放射治療進行的牙拔除術，或是在醫師提供的承保服務）	
<p>足病診療</p> <p>承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">對足部受傷和疾病（例如錘狀趾或足跟骨刺）進行的診斷和醫療或手術治療對患有某些影響下肢的疾病狀況的會員的常規足部護理 <p style="text-align: center;">需要轉診 需要核准</p>	<p>Medicare 承保的足部治療就診自付費用為\$20</p>
<p> 前列腺癌篩查檢查</p> <p>對於年齡在 50 歲及以上的男士，承保的服務包括以下項目（每 12 個月承保一次）：</p> <ul style="list-style-type: none">直腸指檢查前列腺特異抗原(PSA)檢測	<p>年度 PSA 檢測無共同保險、自付費用或自負額。</p>
<p>假體裝置及相關材料</p> <p>取代所有或部分身體器官或功能的器材（非牙科器材）。其中包括但不限於：與結腸造口護理相關的結腸瘻袋和用品、心臟起搏器、支架、矯形鞋、義肢和乳房假體（包括乳房切除術後的手術胸衣）。包括某些與修復器材相關的用品，以及對修復器材的修理和/或更換。此外，包括某些白內障切除或白內障手術之後的保險服務——請在本部分稍後段落的「視力保健」內容瞭解更多資訊。</p> <p style="text-align: center;">需要核准</p>	<p>Medicare 承保的修復器材和相關用品共同保險為 20%</p>

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>肺部復健服務</p> <p>肺臟功能復健綜合計劃為患有中度至極重度慢性阻塞性肺病(COPD)且獲得治療慢性呼吸疾病的醫生開出的肺臟功能復健醫囑的會員承保。</p> <p style="text-align: center;">需要核准</p>	<p>對於 Medicare 承保的肺部復健服務，自付費用為每次\$15</p>
<p> 減少酒精濫用的篩查和諮詢</p> <p>我們為濫用酒精但不依賴酒精的 Medicare 參保成人（包括懷孕女士）承保一次酒精濫用篩查。</p> <p>如果您的酒精濫用篩查結果為陽性，您可獲得每年多達 4 次的面對面諮詢簡短講座（如果您在諮詢期間具備行為能力且意識清醒），講座由初級保健診所中的合格初級保健醫生或從業人士提供。</p>	<p>Medicare 承保的減少酒精濫用的篩查和諮詢預防性福利無共同保險、自付費用或自負額。</p>
<p> 採用低劑量電腦斷層掃描的肺癌篩查(LDCT)</p> <p>對於符合資格的個人，每 12 個月承保一次 LDCT。</p> <p>符合條件的會員為：在 50-77 歲之間無肺癌跡象或症狀，但煙齡至少 20 年且每天至少吸一包煙，並且目前吸煙或在過去 15 年內戒煙。他們在肺癌篩檢諮詢和共同作出決策就診期間因符合 Medicare 對該等就診的標準而獲得由醫生或合資格的非醫生執業者提供的 LDCT 醫囑。</p> <p><i>對於首次 LDCT 篩查之後的 LDCT 肺癌篩查：</i>會員必須收到進行 LDCT 肺癌篩查的書面指令，此指令並由醫師或合格的非醫師從業者在任何適當的訪診過程中提供。如果醫師或合格的非醫師從業者選擇對於後續 LDCT 肺癌篩查提供肺癌篩查諮詢和共同決策訪診，那麼此訪診必須符合 Medicare 此類訪診的標準。</p>	<p>Medicare 承保的諮詢和共同決策訪診或 LDCT 無共同保險、自付費用或自負額。</p>

為您承保的服務

您在獲得服務時必須支付的費用

性傳播感染(STI)篩查以及旨在預防 STI 的諮詢

我們承保衣原體病、淋病、梅毒和乙型肝炎的性傳播感染 (STI) 篩查。在初級保健提供者下醫囑執行這些篩查檢查時，我們為 STI 患病風險增加的懷孕婦女和某些人群承保這些篩查。我們每 12 個月承保這些檢查一次，或在孕期內承保一定的次數。

我們每年也為 STI 患病風險增加的性行為活躍成人每年承保多達 2 次單獨的 20-30 分鐘、面對面高密度行為諮詢講座。僅在這些諮詢講座由初級保健提供者提供，且在初級保健環境（例如醫生診所）中進行，我們將這些諮詢講座作為預防服務進行承保。

不需要為 Medicare 承保的篩檢 STI 和有關 STI 預防福利的諮詢支付共同保險、自付費用或自付額。

治療腎病的服務

承保的服務包括：

- 旨在教導腎臟護理和協助會員瞭解其護理決定的腎病教育服務。對於醫生轉診的四期慢性腎病病患會員，我們每個生命存續期承保多達六次腎病教育服務講座
- 門診透析治療（如第 3 章所述，包括臨時離開服務區時的透析治療，或者當此服務的提供者暫時不可用或難以接觸時）
- 住院透析治療（如果您被醫療收診為要進行特殊護理的住院病患）
- 自我透析訓練（包括對您和協助您進行家庭透析治療的任何人的訓練）
- 家庭透析設備和用品
- 某些家庭支援服務（例如，必要時由經過訓練的透析工作人員訪診，檢查您的家庭透析情況，協助處理緊急情況，以及檢查您的透析設備和水源）

根據您的 Medicare B 部分藥品福利，我們承保某些用於透析的藥品。有關 B 部分藥品的保險資訊，請瀏覽

「*Medicare B 部分處方藥*」部分。

需要核准

Medicare 承保的腎病教育服務自付費用為 \$0

Medicare 承保的透析服務的共同保險為 20%

為您承保的服務

您在獲得服務時必須支付的費用

專業護理機構(SNF)護理

（有關「專業護理機構」的定義，請參閱本文件第 12 章。專業護理機構有時稱作「SNF」。）

計劃所承保 SNF 內期限最多為 100 天。不要求先住院。

承保的服務包括但不限於：

- 雙人病房（或單人病房，如果存在醫療必需情況）
- 膳食，包括特殊飲食
- 專業康復服務
- 物理、職業和言語治療
- 根據您的護理計劃向您給藥的藥品（其中包括自然存在於體內的成分，包括血液凝血因數）。
- 血液 - 包括儲存和管理。全血和袋裝紅細胞的承保從您需要的第一品脫血液開始。
- 一般由 SNF 提供的醫療和手術用品
- 一般由 SNF 提供的實驗室化驗項目
- 一般由 SNF 提供的 X 光和其他放射治療服務
- 一般由 SNF 提供的裝置的使用，例如輪椅
- 醫師/從業人員服務

一般來說，您將從網絡內的機構獲得您的 SNF 護理。但是，在下列一些特定情況下，您能夠支付網絡內的分攤費用，但使用不由網絡內服務提供者提供的機構，只要該機構接受我們的計劃提供的付款金額。

- 您在入院前生活的療養院或連續性照護退休社區（只要這些機構提供專業療養設施護理）
- 您離開醫院時，您的配偶或同居伴侶生活的 SNF

需要核准

每個福利期的自付費用是：

- 第 1 天至第 20 天，每天 \$0
- 第 21–100 天，每天 \$160

福利期從您住進醫院或專業護理機構的當日開始計算。福利期將在您未在連續 60 天內得到醫院護理服務（或 SNF 專業護理服務）後終止。

如果您在福利期結束後再次住進醫院或專業護理機構，那麼一個新的福利期就開始了。

福利期的次數沒有限制

為您承保的服務

您在獲得服務時必須支付的費用

 戒煙和停止使用煙草（戒煙或停止使用煙草的諮詢）

如果您使用煙草，但沒有處於吸煙相關疾病的跡象或症狀：我們在為期 12 個月的一個週期內承保兩次諮詢戒斷嘗試，作為免費提供給您的預防性服務。每次諮詢最多包括四次面對面診療。

如果您使用煙草，且已診斷出患有吸煙相關疾病或正在服用可能被煙草影響的藥品：我們承保戒煙諮詢服務。我們在為期 12 個月的一個週期內承保兩次諮詢戒斷嘗試，但您需要支付相應的分攤費用。每次諮詢最多包括四次面對面診療。

Medicare 承保的戒煙和停止使用煙草預防性福利無共同保險、自付費用或自負額。

為您承保的服務

您在獲得服務時必須支付的費用

慢性病特殊補充福利(SSBCI)：血壓儀

經診斷患有以下一種或多種疾病的會員，根據SSBCI，可能有資格獲得一台血壓儀，以幫助控制疾病（每年一台，是否享受該福利取決於醫療必要性）：

- 自體免疫疾病
- 心血管機能紊亂
- 慢性心衰
- 慢性腎病
- 慢性肺病
- 糖尿病
- 末期腎病(ESRD)
- 神經系統疾病
- 中風

持續參與我們的護理管理計劃

對於確保有效的護理協調至關重要，特別是對於這些慢性疾病。如果您已被確診患有上述一種或多種疾病，請與您的保健管理員討論這項福利。

請注意：本文件提及的血壓監測儀福利是慢性病特殊補充福利(SSBCI)，並非所有會員都符合資格。

請致電您的保健管理員1-877-940-9330（聽力障礙電傳使用者請致電 711）瞭解更多資訊。

對於符合條件的會員，無需為血壓監測儀支付共同保險、自付費用或自負額。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>指導性鍛煉療法(SET)</p> <p>患有外周動脈疾病(PAD)和透過負責 PAD 治療的醫生接受 PAD 轉診服務的會員可享受 SET 保險。</p> <p>如果符合 SET 計劃要求，病患最多可接受 12 週的 36 個療程。</p> <p>SET 計劃必須：</p> <ul style="list-style-type: none">• 每個療程持續 30-60 分鐘，療程內容包括為出現跛行的病患提供的 PAD 治療性運動訓練計劃• 在醫院的門診部或醫生辦公室內進行• 由符合資格的必要輔助人員執行以確保治療利大於弊，同時這些人員需接受過 PAD 鍛煉療法的訓練• 在醫生、醫生助理或護理醫師/臨床護理專家的直接監督下執行，這些人員必須接受過基礎和高級生命保障技術訓練 <p>如果醫療保健服務提供者認為存在醫療必要性，還可延長 SET 治療週期，在 12 個週 36 個療程的基礎之上額外增加 36 個療程。</p> <p style="text-align: center;">需要核准</p>	<p>Medicare 承保的 SET 治療每次自付費用為\$0</p>
<p>就醫交通（常規）</p> <p>我們每三(3)個月承保 6 次搭乘巴士、地鐵、車輛或醫療交通工具前往計劃核准的健康相關地點的單向常規交通行程。</p> <p style="text-align: center;">需要核准</p>	<p>授權常規交通無需自付費用。</p>

為您承保的服務

您在獲得服務時必須支付的費用

緊急需要的服務

急需服務用來治療一種非急診、不可預見的醫學疾病、受傷或者需要立即接受醫療護理的病症，但考慮到您的情況，不可能或無法透過合理方式從網絡內服務提供者處接受這些服務。如果考慮到您的情況，無法透過合理方式來立即獲得網絡內服務提供者提供的醫療護理服務，那麼您的計劃將對網絡外服務提供者提供的緊急需要的服務進行承保。服務必須是立即需要且具有醫療必要性。在以下情況下，計劃必須承保的網絡外緊急需要的服務範例包括：您暫時不在本計劃服務區域內，並且因意外情況而緊急需要具有醫療必要性的服務，但不屬於醫療急診；或者，考慮到您的情況，無法透過合理方式從網絡內服務提供者處立即獲得醫療服務。對於網絡外提供的必需且急需的服務，其分攤費用與網絡內提供的此類服務相同。

僅承保美國及其領土以內地區的緊急需要的服務。

Medicare 承保的緊急需要服務自付費用為\$30

如果因相同病情在 24 小時內入院，將免除您的自付費用

為您承保的服務

您在獲得服務時必須支付的費用

視力保健

承保的服務包括：

- 為診斷和治療眼部疾病和受傷的門診醫師服務，包括治療與年齡相關的黃斑變性。Original Medicare 不承保為使用眼鏡或隱形眼鏡而進行的常規眼部檢查（眼部屈光度測定）
- 對於青光眼高危人群，我們將承保每年一次的青光眼篩檢費用。青光眼高危人士包括：具有青光眼家族遺傳史的人士、糖尿病病患、年齡在 50 歲及以上的非洲裔美國人和 65 歲以上的西班牙裔美國人
- 對於糖尿病病患，我們每年承保一次糖尿病視網膜病變篩查
- 每次白內障手術之後承保一副眼鏡或隱性眼鏡，包括人工晶狀體的植入（如果您單獨進行了兩次白內障手術，您不可在第一次手術後保留保險福利，以便第二次手術後享受購買兩副眼鏡的福利。）
- 每年一次常規眼科檢查
- 眼鏡承保金額最高為每年\$200，包括：
 - 每年最多一副眼鏡（鏡片和鏡架）；或
 - 隱形眼鏡

對於 Medicare 承保的視力服務，自付費用為每次\$30

常規眼科檢查的自付費用為\$0

眼鏡的自付費用為\$0

「歡迎來到 Medicare」預防性診療

本計劃承保一次「歡迎來到 Medicare」預防性診療。這次診療包括對您健康狀況進行一次審查，以及對您需要的預防性服務展開教育和諮詢會（包括一些篩查和注射項目），並在必要時轉診至其他醫療護理。

重要事項：我們僅在您參保 Medicare B 部分的頭 12 個月內承保一次「歡迎來到 Medicare」預防性診療服務。在您完成預約後，請通知您的醫生診所，您所希望的「歡迎來到 Medicare」預防性診療到訪時間。

「歡迎來到 Medicare」預防性診療沒有共同保險、自付費用或自負額。

第 4 章 《醫療福利表》（承保項目和付費項目）

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
全球急診服務保險 計劃每年承保最高\$25,000的全球急診護理服務。	每次全球急診服務診療自付費用為\$90。 如果因相同病情在24小時內再次入院，將免除您的自付費用。

第 3 部分 本計劃不承保的福利有哪些？

第 3.1 節 我們不承保的福利（除外事項）

本部分向您介紹 Medicare 保險中「不包含」的服務，因此該計劃不承保這些服務。

下表說明了在任何條件下均不承保的或僅在特定條件下承保的服務和項目。

如果您的服務屬於除外（不承保的）類型，則必須自行支付這些費用，下列特定條件除外。即使您在急診機構獲得這些除外服務，這些服務仍無法享有保險，我們的計劃不會支付這些服務的費用。唯一的特例是，如果服務被提出上訴並作出決定：在上訴時基於您的特殊情況，它被認為是一項我們應支付或承保的醫療服務。（有關對我們作出的不承保醫療服務的決定提出上訴的資訊，請參閱本文件第9章第5.3節。）

Medicare 不承保的服務	在任何條件下均不承保	僅在特定條件下承保
針灸治療		<ul style="list-style-type: none"> 適用於某些情況下的慢性腰痛病患。
整容手術或程序		<ul style="list-style-type: none"> 在為了修復意外受傷或改善畸形身體部位的情況下承保。 乳房切除術之後的所有乳房再造階段均享有保險，以及對不受影響的乳房承保，以達到產生對稱外觀的效果。

第 4 章 《醫療福利表》（承保項目和付費項目）

Medicare 不承保的服務	在任何條件下均不承保	僅在特定條件下承保
<p>監護護理</p> <p>看護是不要求專業醫療或醫務助理人員持續關注的個人護理，例如幫助您完成日常起居活動的護理，即洗澡或穿衣等。</p>	在任何條件下均不承保	
<p>實驗性的醫療及手術程序、設備和藥物。</p> <p>實驗性的程序和項目是 Original Medicare 認為醫學界一般不接受的程序和項目。</p>		<ul style="list-style-type: none"> 可能由 Original Medicare 計劃、在 Medicare 核准的臨床調查研究或我們的計劃承保。 <p>（請參閱第 3 章第 5 節，瞭解有關臨床調查研究的更多資訊。）</p>
您的直系親屬或家庭成員索取的護理費用。	在任何條件下均不承保	
您家中的全職康復護理。	在任何條件下均不承保	
上門送餐服務	在任何條件下均不承保	
主婦服務，包括基本的家庭助理，即簡單的家務或備餐等服務。	在任何條件下均不承保	
理療服務（使用天然或替代療法）。	在任何條件下均不承保	
非常規牙科護理。		<ul style="list-style-type: none"> 為治療疾病或受傷情況的牙科護理可作為住院或門診護理服務進行承保。
矯形鞋或足部支撐裝置		<ul style="list-style-type: none"> 此類鞋屬於腿固定器的一部分且腿固定器包含了此類鞋的費用。糖尿病足病患專用的矯形鞋或治療鞋。
您在醫院或專業護理機構的病房內的個人物品，例如電話或電視。	在任何條件下均不承保	
醫院內的單人病房		<ul style="list-style-type: none"> 僅在醫療上有必要時承保。
反向絕育程序和/或非處方避孕用品。	在任何條件下均不承保	

第 4 章 《醫療福利表》（承保項目和付費項目）

Medicare 不承保的服務	在任何條件下均不承保	僅在特定條件下承保
常規脊椎按摩護理		<ul style="list-style-type: none"> 承保用手按摩脊椎以矯正半脫位。
放射狀角膜切開術、雷射眼角膜手術和其他弱視服務。		
常規足部護理		<ul style="list-style-type: none"> 根據 Medicare 指導原則提供的一些有限承保，例如，如果您患有糖尿病。
根據 Original Medicare 標準被認為屬於任何不合理和非必需的服務。	在任何條件下均不承保	

第 5 章：

使用本計劃為 D 部分處方藥提供的保險

第 1 部分 簡介

本章說明了有關如何使用您的 D 部分藥品保險的規定。有關 Medicare B 部分藥品福利和寧養藥品福利，請參閱第 4 章。

第 1.1 節 計劃 D 部分藥品保險的基本規定

只要您遵循以下基本規定，計劃一般會承保您的藥品：

- 您必須有一位服務提供者（醫生、牙醫或其他處方醫生）為您開具在適用的州法律下有效的處方。
- 您的處方醫生不得在 Medicare 的除外或排除清單上。
- 一般情況下，您必須使用網絡內的藥房開處方。（請參閱第 2 部分，*在網絡內藥房或透過計劃的郵購服務開處方。*）
- 您的藥品必須在計劃的承保藥物清單（處方一覽表）上（我們簡稱為《藥物清單》）。（請參閱第 3 部分，*您的藥品須在計劃的《藥物清單》上。*）
- 您的藥品必須用於醫學公認病症。「醫學公認病症」是由美國食品藥物管理局核准或受特定參考資訊支援的用藥。（請參閱第 3 部分，瞭解有關醫學公認病症的更多資訊。）

第 2 部分 在網絡內藥房或透過計劃的郵購服務配處方藥

第 2.1 節 使用網絡藥房

大多數情況下，僅從我們的網絡內藥房中開出的處方藥納入保險範圍。（請參閱第 2.5 節，瞭解有關我們將於何時承保網絡外藥房開出的處方藥的資訊。）

網絡內藥房是與本計劃簽約以提供您的承保處方藥的藥房。術語「承保藥物」即本計劃的《藥物清單》上的所有 D 部分處方藥。

第 2.2 節 網絡藥房

您怎樣找到您所在地區的網絡內藥房？

要尋找網絡內藥房，您可查看您的《藥房名錄》，瀏覽我們的網站 (www.centersplan.com/mapd) 和/或致電會員服務部。

您可去我們網絡內藥房中的任意一家配藥。

第 5 章 使用本計劃為 D 部分處方藥提供的保險

如果您一直使用的藥房撤出網絡該怎麼辦？

如果您一直使用的藥房撤出計劃的網絡，您需要在網絡內尋找一家新藥房。要在您所在地區找到另外一家網絡內藥房，您可以透過會員服務部獲得協助，也可使用《藥房名錄》。您也可以登入我們的網站 www.centersplan.com/mapd，查閱相關資訊。

如果您需要特殊藥品藥房？

有些處方需在專門藥房內配藥。專門藥房包括：

- 提供家庭輸液治療藥品的藥房。
- 為長期護理(LTC)機構內的住戶提供藥品的藥房。一般來說，LTC 設施（例如療養院）會設立自己的藥房。如果您在 LTC 機構內獲得 D 部分福利存在困難，請聯絡會員服務部。
- 為印第安保健服務/部落/城區印第安保健計劃服務的藥房（波多黎各未設立）。除發生緊急情況，僅美國原住民或阿拉斯加原住民有使用網絡內此類藥房的權利。
- 提供 FDA 限制向一些地區提供、或要求特殊處理、服務提供者協助或藥品使用指導的藥品的藥房。（注意：這種情況很少發生。）

要找到專門藥房，您可查看您的《藥房名錄》或致電會員服務部。

第 2.3 節 使用本計劃的郵購服務

對於某些類型的藥品，您可使用本計劃的網絡郵購服務。一般來說，透過郵購提供的藥品是您定期服用，用於治療慢性或長期疾病情況的藥品。無法透過計劃的郵購服務取得的藥品在我們的《藥物清單》上以「NM」字樣標示。

我們計劃提供的郵購服務要求您訂購 **90 天的用藥量**。

欲獲得透過郵件配送處方的訂購表格和資訊，請致電我們的郵購藥房 MedImpact Direct：1-855-873-8739（聽力障礙電傳使用者請致電 711）或瀏覽我們的網站：www.medimpact.com。代表的工作時間為週一至週五早 8 點至晚 8 點，週六早 9 點至下午 5 點。一般情況下，郵購的藥房訂單會在 14 天內送達。如果在接收郵購藥品時出現延遲，請藥房服務台：1-888-807-5717（聽力障礙電傳使用者請致電：711），申請從當地的藥房獲得一次性補償藥量。

藥房從您的醫生處直接收到的新處方箋。

在收到您的健康護理提供者處方箋後，藥房將與您聯絡以瞭解您是希望立刻還是稍

第 5 章 使用本計劃為 D 部分處方藥提供的保險

後配藥。每次藥房聯絡您時，您都必須作出回應，讓他們知道是否要發貨、延遲或停止新處方。

郵購處方續配藥。如需續配藥，請在您現有處方藥品用完前提前 14 天與您的藥房聯絡，以便確保您的下一訂單的及時送達。

第 2.4 節 您如何才能獲得長期藥品供應？

在您長期使用藥品時，您的分攤費用可能會降低。本計劃提供兩種幫助您獲得《藥物清單》上長期供應的「維持性」藥品（也稱為「延期供應」）計劃的方式。（維持性藥品是您定期使用，用於治療慢性或長期疾病情況的藥品。）

1. 我們網絡內的一些零售藥房可為您長期提供維持性藥品。《藥房名錄》中說明瞭我們網絡內有哪些藥房可長期為您提供維持性藥品。您也可以致電會員服務部獲得更多資訊。
2. 您也可以透過我們的郵購計劃獲得維持性藥品。請參閱第 2.3 節瞭解詳情。

第 2.5 節 您何時能夠使用本計劃網絡外的藥房？

在某些情況下，您的處方藥可享受保險

一般來說，我們僅在您無法使用網絡內藥房的情況下承保您從網絡外藥房開出的處方藥。為了協助您，我們在服務區外也設有聯網藥房，您作為我們的計劃會員，可在這些藥房內開處方藥。請首先聯絡會員服務部，瞭解您附近是否有網絡內藥房。您很有可能必須支付您在網絡外藥房為藥品所付費用與在網絡內藥房我們將承保的費用之間的差價。

以下是我們會承保網絡外藥房開出的處方藥的情況：

- 如果因為在您合理的車程距離內沒有提供 24 小時服務的網絡內藥房，導致您無法即時獲得承保藥品，或
- 如果您想要從可用的網絡內零售藥房處獲得沒有定期存貨的承保處方藥（包括高價藥品和罕用藥品。）

如出現上述情況，請首先聯絡會員服務部，瞭解您附近是否有網絡內藥房。（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）您可能必須支付您在網絡外藥房為藥品所付費用與在網絡內藥房我們將承保的費用之間的差價。

第 5 章 使用本計劃為 D 部分處方藥提供的保險

您怎樣請求計劃給予償付？

如果您必須使用網絡外的藥房，在您開處方藥時，一般需要支付全額費用（而不是平常支付的分攤費用）。您可要求我們給您償付我們應付的分攤費用。（第7章第2部分說明瞭怎樣請求計劃償付藥費。）

第 3 部分 您的藥品需在計劃的《藥物清單》上

第 3.1 節 《藥物清單》說明有哪些 D 部分藥品享受保險

本計劃提供一份《承保藥物清單》（《處方一覽表》）。在本《承保福利說明》中，我們將其簡稱為《藥物清單》。

該清單上的藥品由本計劃組織在醫生和藥劑師的協助下選出。該清單符合 Medicare 的要求，並已獲得 Medicare 的核准。

《藥物清單》上列出的藥物僅是 Medicare D 部分的承保藥物。

一般情況下，我們會承保計劃《藥物清單》上的藥品，只要您遵循本章說明的其他保險規定，並使用針對醫學公認病症的藥品。「醫學公認病症」用藥是屬於以下任一種情況的用藥：

- 食品與藥品管理局已確認該藥品符合其處方規定的診斷或治療用途。
- -- 或 -- 受特定參考書支援，例如美國醫院藥典藥品資訊服務和 DRUGDEX 資訊系統。

《藥物清單》中包括品牌藥、學名藥和生物仿製劑。

品牌藥是以藥品製造商擁有的商標名稱銷售的處方藥。比一般藥（例如，基於蛋白質的藥品）更複雜的品牌藥稱為生物製品。在《藥物清單》上，我們所說的「藥品」是指一種藥物或一種生物製劑。

學名藥是與品牌藥具有相同活性成分的處方藥。由於生物製劑比一般藥物更為複雜，不能完全複製，因此其替代形式被稱為生物仿製劑。一般而言，學名藥和生物仿製劑與品牌藥或生物製劑的功效一致，但價格更低。我們為多種品牌藥提供了可替代的學名藥。某些生物製劑可以採用生物仿製劑作為替代。

第 5 章 使用本計劃為 D 部分處方藥提供的保險

哪些藥物不在《藥物清單》上？

本計劃不承保全部處方藥。

- 在某些情況下，法律不允許 Medicare 計劃承保某些類型的藥品（有關詳細資訊，請參與本章第 7.1 節）。
- 在另外一些情況中，我們決定不承保《藥物清單》上的某種特定藥品。某些情況下，您可以獲得不在《藥物清單》上的藥物。更多資訊，請參閱第 9 章。

第 3.2 節 《藥物清單》上有五(5)大藥品的「分攤費用層級」

本計劃《藥物清單》中的每一種藥都處於這(5)大分攤費用層級中的某一級。通常，分攤費用級數越高，您的藥品價格也就越高。

- 第 1 級：偏好學名藥（最低一級的分攤費用）
- 第 2 級：學名藥
- 第 3 級：首選品牌藥
- 第 4 級：非偏好品牌藥
- 第 5 級：專用藥品（最高一級的分攤費用）

要尋找您的藥品位於分攤費用的哪一個層級，請查閱本計劃的《藥物清單》。

您為每個分攤費用等級支付的金額如第 6 章（您為 D 部分處方藥支付的費用）所示。

第 3.3 節 您如何知道專用藥品是否在《藥物清單》上？

您可透過四種方式進行尋找：

1. 查看我們以電子方式提供的最新《藥物清單》。
2. 瀏覽計劃網站(www.centersplan.com/mapd)。該網站上的《藥物清單》即時更新。
3. 致電會員服務部，瞭解計劃《藥物清單》上是否有某種特定要求配，或索取一份《藥物清單》。
4. 使用計劃的「即時福利工具」：www.medimpact.com，或致電會員服務部：1-877-391-1099。透過該工具，您可以在《藥物清單》上搜尋藥物，查看您預計需要支付的費用，以及《藥物清單》上是否存在可以治療相同疾病的替代藥品。

第 5 章 使用本計劃為 D 部分處方藥提供的保險**第 4 部分 某些藥品的保險存在一定的限制****第 4.1 節 為何有些藥品會有限制？**

對於某些處方藥，一些特殊的規定會限制計劃承保的方式和時間。一個由醫生和藥劑師組成的團隊制訂了這些規則，以鼓勵您和您的提供者以最有效的方式使用藥品。要確定上述限制是否適用於您正在使用或想要使用的藥，請查看《藥物清單》。當安全、低花費的藥品與高花費的藥品藥效相同時，根據計劃的規定，我們將鼓勵您和您的服務提供者使用低花費的藥品。

請注意，有時一種藥品可能會在我們的《藥物清單》上重複出現。這是因為相同的藥品可能因您的醫療保健服務提供者處方的藥品的藥效、藥量或劑型而異，並且不同的限制或費用分攤可能適用於該藥品的不同版本（例如，10 毫克和 100 毫克；每天一次和兩次；藥片和液體）。

第 4.2 節 哪種類型的限制？

以下部分進一步闡述了我們對特定藥品運用的限制類型。

如果您的藥品存在限制，這通常意味著您或您的服務提供者必須採取額外的措施，才能使我們承保該藥品。聯絡會員服務部，瞭解您或您的服務提供者應採取哪些措施，使該藥品享受保險。如果您希望我們為您免除限制，您應使用保險決定流程，要求我們為您提供特例許可權。我們有權利同意或拒絕為您免除限制。（參見第 9 章）

在學名藥或可替代生物仿製劑可用時，限制使用品牌藥或原始生物製劑

一般情況下，學名藥或可替代生物仿製劑與品牌藥或原始生物製劑的功效一致，但價格更低。大多數情況下，當可獲得與品牌藥或原始生物製劑功效相同的學名藥或可替代生物仿製劑時，我們網絡內藥房將為您提供學名藥或可替代生物仿製劑，而非品牌藥或原始生物製劑。但是，如果您的服務提供者已告知我們學名藥或可替代生物仿製劑無法為您提供治療的醫學理由，或者已在您的品牌藥或原始生物製劑處方上寫明「不可替代」，或者已告知我們學名藥或可替代生物仿製劑及治療相同病症的其他承保藥品對您無效果的醫學理由，我們將承保品牌藥或原始生物製劑。（您的品牌藥或原始生物製劑的分攤費用可能會高於學名藥或可替代生物仿製劑的分攤費用。）

提前獲得計劃核准

對於某些藥品，您或您的服務提供者需要先獲得計劃核准，然後我們才會同意為您承保藥品。這稱為**事先授權**。這是為了確保用藥安全，並幫助指導某些藥品的正確使用。如果您未獲得核准，計劃可能不會承保您的藥品。

第 5 章 使用本計劃為 D 部分處方藥提供的保險

首先嘗試不同的藥品

這項要求鼓勵您在計劃承保另一種藥品之前，嘗試花費更低但通常同樣有效的藥品。例如，如果藥品 A 和藥品 B 可治療相同的疾病情況，計劃可能會要求您先試用藥品 A。如果藥品 A 對您來說沒有效果，計劃隨後會承保藥品 B。首先嘗試不同藥品的要求稱作「分步療法」。

數量限制

對於某些藥品，我們可能會限制您每次開處方藥時可獲得的藥量。例如，如果某種藥品公認的安全用量為一天一片，我們可將您的處方藥承保量限制為不超過一天一片。

第 5 部分 如果您使用的某一種藥品選用了您不想要的承保方式，該怎麼辦？

第 5.1 節	如果您使用的藥品選用了您不想要的承保方式，您可以採用以下措施
----------------	---------------------------------------

在某些情況下，您正在使用的處方藥或您和您的提供者認為您應該服用的藥品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：

- 該藥品可能完全不能享有保險。或者，該藥品的學名版本享有保險，但您要服用的品牌版本不享有保險。
- 該藥品享有保險，但對該藥品有額外的保險規定或限制，如第 4 部分所述。
- 如果藥品享有保險，但該藥品的分攤費用等級使您支付的分攤費用高於預期。
- 如果您使用的藥品選用了您不想要的承保方式，您可以採用以下措施。如果您的藥品未列入《藥物清單》，或者您的藥品受限，請瀏覽第 5.2 節瞭解處理辦法。
- 如果您的藥品的分攤費用等級使您支付的分攤費用高於預期，請瀏覽第 5.3 節瞭解處理辦法。

第 5.2 節	如果您的藥品未列入藥物清單，或藥品受到某種限制，該怎麼辦？
----------------	--------------------------------------

如果您的藥物未列入《藥物清單》或受限，可參考這些選項：

- 您可能會獲得臨時藥品供給。
- 您可以轉而使用其他藥品。
- 您可以申請特例處理，要求計劃承保該藥品或免除對該藥品的限制。

第 5 章 使用本計劃為 D 部分處方藥提供的保險

您可能會獲得臨時供給

在某些情況下，計劃必須提供您已在服用的藥品的臨時供給。這種臨時供給使您有時間與您的提供者討論承保範圍的變更並決定如何處理。

要符合臨時供給的資格，您一直使用的藥物必須不再位於計劃的《藥物清單》上，或者目前受到某種限制。

- 如果您是**新會員**，在您成為計劃會員的頭 **90 天**，我們將承保藥品的臨時供給。
- 如果您**去年參加計劃**，在日曆年的頭 **90 天**，我們將承保藥品的臨時供給。
- 此臨時供給的最長期限為 **30 天**。若您的處方箋上註明的天數較少，我們將准許多種配藥途徑提供至多 **30 天** 的用量。處方必須由網絡內藥房開出。（請注意，長期護理藥房可以減少每次的供藥量，以避免浪費。）
- 對於**參保計劃超過 31 天、入住長期護理機構且立即需要用藥的會員**：

我們將承保一次為期 **31 天** 的特殊藥品緊急供應，或者，如果您的處方上寫明的供給期限更短，則供給也更短。這是對上述臨時供給的補充。

如果下列一個護理等級變更情況適用於您，您可能**有資格獲得您目前正在服用的藥品的過渡用量**：

- 如果您從醫院或其他機構轉到長期護理機構
- 如果您離開長期護理機構回家
- 如果您從專業護理機構出院。

以上所列的護理等級變更只是您可能**有資格**

獲得過渡用量的一些原因，有關更多資訊，請致電藥房服務台：

1-888-807-5717（聽力障礙電傳使用者應致電 711），辦公時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點。

有關臨時供給的問題，請致電會員服務部。

在您使用臨時藥品供給的期間，您應與服務提供者溝通，決定在您的臨時藥品供給用完後可採取的措施。您有兩種選擇：

1) 您可以轉而使用其他藥物

與您的服務提供者討論計劃內是否有其他的藥品也能夠為您提供相同的療效。您可以致電會員服務部，索取處理相同疾病情況的承保藥物清單。該清單可協助您的服務提供者找到可能對您有用的承保藥品。

第 5 章 使用本計劃為 D 部分處方藥提供的保險

2) 您可申請特例處理

您和您的服務提供者可要求計劃作出特例處理，使藥品以您希望的方式享有保險。如果您的服務提供者聲明您的疾病情況符合讓我們進行特例處理的正當理由，您的服務提供者可協助您申請特例處理。例如，您可要求計劃承保該藥品，即使該藥品未列入《藥物清單》。或者，您可以要求本計劃破例，不受限制地承保該藥品。

如果您目前是會員，並且您正在服用的藥品明年將從處方一覽表上剔除或受到某種程度的限制，明年之前我們會告訴您任何變化。您可在下一年之前申請特例，我們將在收到您的申請（或您的處方醫生開出的支援性聲明）之後的 72 小時之內答覆您。如果我們核准了您的申請，我們將在此變更生效前授權此保險。

如果您和您的服務提供者希望申請特例處理，請參閱第 9 章第 6.4 節，瞭解具體做法。該章節說明了 Medicare 制訂的相關程序和截止日期，確保您的申請處理流程能夠及時、公正。

第 5.3 節	如果您的藥物處於您認為過高的分攤費用等級，您可以做什麼？
----------------	-------------------------------------

如果您的藥品處於您認為過高的分攤費用等級，您可按照以下辦法進行處理：

您可以轉而使用其他藥品

如果您的藥品處於您認為過高的分攤費用等級，請與您的服務提供者溝通。也許有其他位於較低分攤費用等級的藥品也能夠為您提供相同的療效。致電會員服務部，索取處理相同疾病情況的承保藥物清單。該清單可協助您的服務提供者找到可能對您有用的承保藥品。

您可申請特例處理

您和您的服務提供者可要求計劃為該藥品的分攤費用等級進行特例處理，因此您支付的費用會降低。如果您的服務提供者聲明您的疾病情況符合讓我們進行特例處理的正當理由，您的服務提供者可協助您申請特例處理。

如果您和您的服務提供者希望申請特例處理，請參閱第 9 章第 6.4 節，瞭解具體做法。該章節說明了 Medicare 制訂的相關程序和截止日期，確保您的申請處理流程能夠及時、公正。

第 5 級專用藥品不符合這一特例類型的資格。我們不會降低本級藥品的分攤費用金額。

第 6 部分 如果您的一種藥品的保險出現變更該怎麼辦？

第 6.1 節 《藥物清單》可在參保當年進行變更

藥品保險中的大多數變更在每年年初（1 月 1 日）開始。但是，在參保當年，計劃也可能會對《藥物清單》進行一些變更。例如，計劃可能：

- 在《藥物清單》上增加或刪除藥品。
- 將藥品移至更高或更低的分攤費用等級
- 增加或移除藥品承保限制。
- 用學名藥取代品牌藥。
- 使用可替代生物仿製劑取代原始生物製劑。

我們必須遵照 Medicare 的要求，才能對計劃的《藥物清單》進行變更。

第 6.2 節 如果您正在服用的藥品的保險發生變更會怎樣？

藥品保險變更相關資訊

在發生《藥物清單》的變更時，我們將在網站上發佈相關變更的資訊。我們將定期更新網上的《藥物清單》。在下文中我們將指出，您正在服用的藥品發生變更時您將收到直接通知的時間。

在目前計劃年度內對您有影響的藥品保險變更

- 新學名藥品替代《藥物清單》上的品牌藥（或者，我們變更分攤費用等級或對品牌藥增加新的限制或同時執行這兩項操作）
 - 如果我們可以用一種最新獲得核准的學名藥替代品牌藥，那麼可能會立即將該品牌藥從我們的《藥物清單》上刪除。學名藥將位於相同或較低費用分攤層級，且具有相同或更少限制。在增加新學名藥時，我們可能會決定將品牌藥保留在我們的《藥物清單》中，但會立即將其移至較高費用分攤層級或增加新的限制，或同時執行這兩項操作。
 - 我們可能不會在執行變更之前通知您，即使您目前正在服用品牌藥。如果您在我們執行變更時正在服用品牌藥，我們將向您提供有關具體變更的資訊。其中包括有關您提出特例申請，要求我們承保品牌藥的資訊。在我們進行變更之前，您可能不會收到通知。

第 5 章 使用本計劃為 D 部分處方藥提供的保險

- 您或您的處方醫生可以要求我們進行特例處理並繼續為您承保品牌藥。瞭解如何要求特例處理，請參閱第 9 章。
- **《藥物清單》上已從市場中召回的不安全藥物和其他藥物**
 - 有時，一種藥品可能被認為是不安全的，或由於其他原因而從市場上召回。如果出現這種情況，我們可以立即將該藥物從《藥物清單》上刪除。如果您正在服用該藥品，我們將立即通知您。
 - 您的處方開具醫生也會得知此類變化，並能夠與您一同找出適於您情況的其他藥品。
- **對《藥物清單》上藥物的其他變更**
 - 在已對您服用的藥品產生影響的當年，我們還可執行其他的變更。例如，我們可能會新增一種非新上市的學名藥來替代《藥物清單》上的品牌藥，或者變更費用分攤層級，或對品牌藥增加新的限制，或同時執行這兩項操作。此外，我們還可能根據 FDA 提供的警告或 Medicare 確認的新臨床指導原則進行變更。
 - 我們必須至少提前 30 天通知您此變更，或者在通知您變更的同時為您提供 30 天在網絡內藥房增配藥物的期限。
 - 收到變更通知後，您應與您的處方醫生合作，更換我們承保的其他藥品，或滿足您正在服用的藥品的任何新限制。
 - 您或您的處方醫生可以要求我們特例對待並繼續為您承保藥品。瞭解如何要求特例處理，請參閱第 9 章。

在計劃參保年度內，《藥物清單》的變更不會對您產生影響

我們可能會對《藥物清單》作出未在上文提及的變更。在這些情況下，如果您在變更時正在服用藥品，則變更不適用於您；但是，如果您繼續使用同一計劃，則這些變更可能會從下一個計劃年度的 1 月 1 日開始影響您。

一般而言，在目前計劃年度不會影響您的變更包括：

- 我們將您的藥品移至更高的分攤費用等級。
- 我們對您的用藥有新的限制。
- 我們將您的藥物從《藥物清單》上刪除。

如果您正在服用的藥品出現任何此類變更（除市場召回，學名藥取代品牌藥，或者其他上述章節提到的變更），那麼在下一年 1 月 1 日之前，此類變更不會影響您的用藥或您支付的分攤費用金額。在該日期之前，您支付的費用一般不會增加，對您的用藥一般也不會有新的限制。

第 5 章 使用本計劃為 D 部分處方藥提供的保險

在目前計劃年度，我們不會直接告訴您這些類型的變更。您需要查看下一個計劃年度的《藥物清單》（在開放參保期公佈），瞭解您正在使用的藥物是否出現了任何變更，它們會在下一個計劃年度對您產生影響。

第 7 部分 計劃未承保的藥品類型有哪些？

第 7.1 節 我們不承保的藥品類型

本部分闡述「排除在保險外」的處方藥類型。也就是說，Medicare 不會支付這些處方藥的費用。

如果您的藥品屬於不承保的類型，則必須自行支付這些費用。在您提出上訴後，如果經發現所申請的藥品不屬於 D 部分的排除範圍，我們將支付或承保該藥品。（有關對決定提出上訴的資訊，請參閱第 9 章。）

以下是對 Medicare 藥品計劃 D 部分不承保藥品的三大通用規定：

- 我們計劃的 D 部分藥品保險不能承保 Medicare A 部分或 B 部分會承保的藥品。
- 本計劃不承保從美國或其領地以外區域購買的藥品。
- 我們的計劃一般不能承保藥品的標示外使用。「標示外使用」是除藥品標籤上所示的、美國食品藥物管理局核准的用法以外的藥品使用。
- 「標示外使用」的保險僅在其用法受到特定參考書支援（例如美國醫院藥典藥品資訊服務和 DRUGDEX 資訊系統）時才被許可。

此外，根據法律規定，Medicare 藥品計劃不承保以下藥品類別：

- 非處方藥（也稱作非處方藥品）
- 用來提高生殖能力的藥品
- 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥品
- 用來美容或增發的藥品
- 處方類維生素和礦物質產品，產前維生素和氟化物製劑除外
- 用於治療性功能或勃起功能障礙的藥品
- 用來治療厭食症、減肥或增肥的藥品
- 根據銷售條件，製造商要求相關測試或監控服務從製造商處單獨購買的門診藥品

如果您享受「Extra Help」以支付您的處方藥費用，則「Extra Help」計劃將不會支付那些通常不予承保的藥物費用。但是，如果您有 Medicaid 藥品保險，那麼您所在州的

第 5 章 使用本計劃為 D 部分處方藥提供的保險

Medicaid 計劃可承保一些 Medicare 藥品計劃一般不承保的處方藥。請聯絡您所在州的 Medicaid 計劃，確定您可享有哪些藥品保險。（您可以在第 2 章第 6 部分中找到 Medicaid 的電話號碼和聯絡資訊。）

第 8 部分 配處方藥

第 8.1 節 提供您的會員資訊

要配藥，請在您選擇的網絡藥房提供您的計劃會員資訊，這些資訊可以在您的會員卡上找到。網絡內藥房將自動向本計劃收取我們應承擔的藥品費用。您在取處方藥時，需要向藥房支付您承擔的分攤費用。

第 8.2 節 如果您手頭沒有會員資訊該怎麼做？

如果您在開處方藥時沒有隨身攜帶計劃會員資訊，您或者藥房可以致電本計劃獲得必要資訊，或者您可要求藥房查詢計劃參保資訊。

如果藥房無法獲得必要資訊，您在取藥時可能必須支付處方藥的全額費用。（您隨後可要求我們給您償付我們應付的分攤費用。請參閱第 7 章第 2 部分，瞭解有關要求計劃償付的資訊。）

第 9 部分 特殊情況下的 D 部分藥品保險

第 9.1 節 如果您在計劃承保的醫院或專業護理機構住院該怎麼做？

如果您在計劃承保的醫院或專業護理機構住院時，我們一般會承保您住院期間的處方藥費用。在您從醫院或專業護理機構出院後，只要藥品符合我們的所有保險規定（具體見本章），我們會為您的處方藥承保。

第 9.2 節 如果您入住長期護理(LTC)設施該怎麼做？

一般來說，長期護理設施（例如療養院）會設立自己的藥房，或使用為其所有住戶提供藥品的藥房。如果您入住長期護理機構(LTC)，您可透過該機構的藥房或者該機構使用的藥房獲得您的處方藥，只要該藥房加入了我們的網絡。

請查看您的《藥房名錄》，瞭解您的 LTC 設施的藥房或其使用的藥房是否加入了我們的網絡。如果否，或者您需要更多資訊或協助，請聯絡會員服務部。如果您在 LTC 設施內，我們必須確保您能夠透過我們的 LTC 藥房網絡定期獲得 D 部分福利。

第 5 章 使用本計劃為 D 部分處方藥提供的保險

如果您住在一個長期護理(LTC)機構中，需要的藥物不在我們的《藥物清單》上，或者在某方面受到限制，那該怎麼辦？

關於臨時或應急供給，請參閱第 5.2 節。

第 9.3 節 如果您也享有僱主或退休人員團體計劃的藥品保險該怎麼做？

如果您目前透過您（或者您的配偶或同居伴侶）的僱主或退休人員團體獲得其他處方藥保險，請聯絡該團體的福利管理人員。他或她可協助您確定您目前的處方藥保險是否與我們的計劃搭配。

一般而言，如果您有員工或退休人員團體保險，那麼我們為您提供的藥品保險等級將低於您的團體保險。這意味著您的團體保險會先支付。

有關「可信保險」的特殊通知：

每年您的僱主或退休人員團體應向您發出一份通知，告知您下一個日曆年的處方藥保險是否「可信」。

如果團體計劃的保險是「可信」的，即意味著計劃擁有預期可支付的藥品保險，從平均情況來看，支付的金額至少與Medicare的標準處方藥保險金額相同。

保留有關可信保險的通知，因為您以後可能需要用到它。如果您參保了包含D部分藥品保險的Medicare計劃，您需要這些通知來證明您享有可信保險。如果您沒有收到可信保險通知，您可從您僱主或退休人員計劃的福利管理員、僱主或工會處索取通知副本。

第 9.4 節 如果您參加了 Medicare 認證的寧養計劃該怎麼做？

寧養和本計劃不能同時承保同一種藥品。如果您參保Medicare安寧計劃，並要求使用您的安寧計劃未承保的某些藥物（如止吐藥、瀉藥、止痛藥或抗焦慮藥），但因為這些藥品與您的晚期病症無關，我們的計劃必須收到處方醫生或您的安寧計劃服務提供者說明該藥品與晚期病症無關的通知，才能為藥品承保。為防止延遲收到這些本應由本計劃承保的藥品，請要求您的寧養服務提供者或處方醫生在您的處方配藥前提供通知。

如果您取消了您的寧養計劃選項，或從寧養計劃撤出，本計劃應如本文件所述承保您的藥品。為避免您的Medicare寧養計劃福利終止時藥房出現任何延誤，請向藥房出具證明文件，驗證您取消或撤出寧養計劃。

第 10 部分 用藥安全和藥物管理計劃

第 10.1 節 協助會員安全用藥的項目

我們為我們的會員展開藥品使用評估，協助確保會員獲得安全和恰當的治療。

在您每次開處方時，我們都會進行一次評估。我們也會定期審核我們的記錄。在評估期間，我們會調查以下可能出現的問題：

- 可能存在的用藥錯誤
- 由於您正在服用另一種藥品來治療相同疾病而可能不需要的藥品
- 因您的年齡或性別造成的用藥不安全或不當
- 某些如果同時服用會對您造成傷害的藥品組合
- 藥品處方中含有某些會導致您過敏的成分
- 您正在服用的藥品可能出現的用藥量（劑量）錯誤
- 不安全劑量的阿片類止痛藥

如果我們發現您的用藥過程中可能存在問題，我們會與您的服務提供者一同解決這些問題。

第 10.2 節 幫助會員安全使用阿片類藥物的 Drug Management Program (DMP)

我們有一項計劃，幫助確保會員安全使用處方阿片類藥品和其他經常濫用的藥物。該計劃稱為 Drug Management Program (DMP)。如果您使用的阿片類藥品來自數字醫生或數家藥房，或如果您近期使用阿片類藥品過量，我們將與您的醫生溝通，確保您的阿片類藥品使用恰當且具備醫療必要性。與您的醫生合作，如果我們認為您使用處方阿片類或苯二氮類藥品不安全，我們可限制您取得此類藥品的方式。如果我們讓您加入我們的 DMP 中，那麼限制為：

- 要求您從一家藥房獲得您的所有阿片類或苯二氮類藥品的處方藥
- 要求您從一位醫生處獲得您的所有阿片類或苯二氮類藥物的處方藥
- 限制我們為您承保的阿片類或苯二氮類藥物的用量

如果我們計劃限制您獲得這些藥品的方式或數量，我們將提前給您傳送信件。這封信會告訴您，我們是否會針對您限制此類藥品的承保，或規定您只能從特定醫生或特定藥房處獲得此類處方藥。您將有機會告訴我們您的偏好醫生或藥房，以及其他您認為我們需要瞭解的重要資訊。在您抽時間回覆後，如果我們決定限制您享受的上述藥物承保，我們將再向

第 5 章 使用本計劃為 D 部分處方藥提供的保險

您傳送一封信，以確認限制。如果您認為我們出錯，或您不同意我們的裁定或限制，您和您的處方醫生有權提起上訴。如果您上訴，我們將審核您的個案並向您提供我們的新決定。如果我們繼續否決您的藥物使用限制相關申請，我們將自動將您的案件傳送至計劃外的獨立審查方。有關如何提起上訴的資訊，請參閱第9章。

如果您存在某些醫療狀況，例如，癌症或鐮狀細胞疾病，您正在接受寧養服務、姑息或臨終關懷，或居住在長期護理機構，則我們不會將您置於我們的DMP中。

第 10.3 節 幫助會員管理其藥物的 Medication Therapy Management (MTM) 計劃

我們設立了一個可幫助會員滿足複雜健康需求的計劃。計劃稱作 Medication Therapy Management (MTM)計劃。該計劃為自願性質，免費參加。一個藥房和醫生團隊制訂了該計劃，幫助確保會員從他們使用的藥物中獲得最大福利。

因不同疾病使用藥品且藥費高昂或幫助其安全使用阿片類藥品的 DMP 的某些會員也許可以透過 MTM 計劃獲得服務。如果您有資格參與該計劃，藥劑師或其他保健專業人員將對您的所有藥物進行全面的評估。審查期間，您可說明您服用的藥物、您支付的費用或您遇到的關於您處方藥和非處方藥的問題。您將獲得一份書面摘要，其中有建議的待辦事項清單，包括您應採取的步驟，以從您的藥物中獲得最佳效果。您還將獲得一份藥物清單，其中包括您正在服用的所有藥物、服用量以及服用時間和原因。此外，MTM 計劃會員還將收到關於如何安全處置受管制處方藥的資訊。

最好和您的醫生談談您的建議待辦事項和藥物清單。在您就診時或在與醫生、藥劑師和其他醫療保健服務提供者交流時，帶上摘要。此外，請隨時更新並隨身帶著藥物清單（例如，和您的身份證放在一起），以免您去醫院或急診室。

如果我們有符合您需求的計劃，我們將自動讓您參保該計劃，並將相關資訊傳送給您。如果您決定不參保，請通知我們，我們會把您撤出。如果您對本計劃有任何疑問，請聯絡會員服務部。

第 6 章：

您為 D 部分處方藥支付的費用

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用

您現在得到藥費支付協助了嗎？

如果您現在已加入了幫您支付藥費的計劃，則此《承保福利說明》中有關 D 部分處方藥的部分資訊可能並不適用於您。我們給您寄送了稱作「獲得處方藥付款 Extra Help 者承保福利說明附加條款」（也稱作「低收入輔助水準附加條款」或「低收入補助(LIS)附加條款」）的單獨附加頁，透過該附加頁告知您有關處方藥保險的資訊。如果您沒有此附加頁，則請致電會員服務部並申領《LIS 附加條款》。

第 1 部分 簡介

第 1.1 節 請將本章與其他描述藥物保險的材料一起使用

本章重點關注您為 D 部分處方藥支付的費用。為保持簡潔，我們在本章中使用「藥品」來代指 D 部分處方藥。如第 5 章中描述的，並不是所有藥品都屬於 D 部分藥品——有些藥品處在 A 部分或 B 部分 Medicare 承保範圍內，其他藥品則可能根據法律而被排除在 Medicare 承保範圍外。

要瞭解支付資訊，您需要先瞭解以下內容：哪些藥品是在承保範圍內的、您要在哪裡開處方，以及您在購買承保藥品時應遵循什麼規則。第 5 章第 1-4 部分介紹了這些規定。在您使用本計劃的「即時福利工具」來尋找藥品承保資訊時（請參閱第 3 章第 3.3 節），該價格為「即時」價格，即您在該工具中看到的價格反映了該時刻您預計需要支付的自付金額估算。您還可以致電會員服務部，獲得「即時福利工具」提供的這一資訊。

第 1.2 節 您可能要為承保藥物支付的自付金額類型

D 部分藥品的自付金額有不同類型。您購買藥品所支付的金額稱為「費用分攤」，您將被要求支付以下三種類型的費用。

- 「自負額」，即為在我們的計劃開始支付分攤費用前，您支付的藥費。
- 「自付費用」，即您每次配處方藥時支付的一筆固定金額。
- 「共同保險」，即您每次配處方藥時支付的總費用的一個百分比。

第 1.3 節 Medicare 如何計算您的自付金額

Medicare 已制訂規則，規定哪些可計入您的自付金額，哪些則不能計入其中。以下為記錄您的自付金額時必須遵守的規則。

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用

這些付費將包含在您的自付金額之內。

您的自付金額包括下列付費（只要是為 D 部分承保藥物支付的費用，並且您遵守了第 5 章所述的藥物保險規則）：

- 當您處在以下任意藥品支付階段時所支付的藥費金額：
 - 自負額階段。
 - 初始保險階段
 - 保障缺口階段
- 加入本計劃前，您在本日曆年內作為其他 Medicare 處方藥計劃會員所支付的任意費用。

重要的是誰是支付方：

- 如果您自己支付了這部分費用，則其將包含在您的自付金額內。
- 如果**某些其他個人或組織**代您支付了這部分費用，則其**也將包含在您的自付金額中**。其中包括由您的朋友或親戚、大部分慈善機構、AIDS Drug Assistance Program、獲得 Medicare 資格認證的 State Pharmaceutical Assistance Program 或者印第安醫療保健服務支付的藥費。由 Medicare 「Extra Help」計劃支付的費用也將包含在內。
- Medicare Coverage Gap Discount Program 所支付的部分費用也包含在您的自付金額中。其中還包括製藥商為您的品牌藥所支付的金額。但是，本計劃為您的學名藥所支付的金額並不包含在內。

進入重病保險階段：

您（或代表您的藥費支付方）在該日曆年內的自付金額費用總額達到\$8,000 後，將從保障缺口階段進入重病保險階段。

這些付費將**不**包含在您的自付金額中。

您的自付金額**不**包括任何此類付款：

- 您在美國及其屬地之外購買的藥品。
- 本計劃不予承保的藥品。
- 您從不符合本計劃網絡外保險要求的網絡外藥房購買的藥品。
- 非 D 部分藥品，其中包括：由 A 部分或 B 部分承保的處方藥，以及 Medicare 承保範圍之外的其他藥品。
- 您購買 Medicare 處方藥計劃通常不承保的處方藥所支付的費用。

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用

- 您在保障缺口階段時，本計劃為您的品牌或普通藥品支付的費用。
- 由包括僱主保健計劃在內的集團保健計劃為您支付的藥費。
- 由某些保險計劃和政府資助的保健計劃（例如：TRICARE 以及退伍軍人事務部）為您支付的藥費。
- 具有法律義務支付處方藥費用的第三方（例如工人補償金）為您藥品支付的款項。

如果有諸如以上所列的任何其他組織為您支付了部分或全部的藥費自付金額，則您應透過致電會員服務部告知本計劃。

您如何記錄您的自付金額總額？

- **我們將為您提供協助。**您收到的《D 部分福利說明(EOB)》報告中包含您目前的自付金額。當該金額達到\$8,000 時，這份報告將告知您，您已離開初始保險階段，並已進入重病保險階段。
- **請確保我們擁有所需要的相關資訊。**第 3.2 節描述了您能做些什麼來協助確保我們對於您支付情況的記錄具有完整性以及時效性。

第 2 部分 您支付多少藥費取決於您在購買藥物時處於哪個「藥物支付階段」

第 2.1 節	什麼是針對 Centers Plan for Medicare Advantage Care 會員的藥品支付階段？
---------	--

根據 Centers Plan for Medicare Advantage Care，您的處方藥品保險分為四個「藥品支付階段」。您支付的金額取決於您在配藥或續藥時所處的階段。每個階段的詳細資訊見本章第 4-7 部分。階段分為：

第 1 階段：年度自負額階段

第 2 階段：初始保險階段

第 3 階段：保障缺口階段

第 4 階段：重病保險階段

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用**第 3 部分 我們向您傳送報告，說明您的藥費支付情況以及您所處的支付階段****第 3.1 節 我們將向您傳送名為《D 部分福利說明》（「D 部分 EOB」）的月報**

我們的計劃將記錄您的處方藥費，以及您在藥房開處方藥或再次開處方拿藥時支付的費用。這樣，我們就能夠在您從一個藥費支付階段進入下一個階段時通知您。具體來說，我們將記錄兩類費用：

- 我們記錄您所支付的金額。這就是「**自付金額費用**」。
- 我們記錄您的「**藥費總額**」。這就是您以自付方式支付或他人代表您支付的金額，加上本計劃為您支付的金額。

如果您在之前一個月透過計劃配了一次或多次處方藥，那麼我們將向您寄送一份《D 部分 EOB》。D 部分 EOB 包含：

- **該月資訊**。該報告將向您提供您在前一月份所開處方藥的繳費詳細資訊。其將顯示藥費總額、計劃支付金額，以及您和代表您的他人支付的金額。
- **自 1 月 1 日起的當年總額**。這稱為「年初至今」資訊。其將顯示自年初起的藥費總額以及為您支付的藥費總額。
- **藥品價格資訊**。此資訊將顯示總藥價，以及相同數量的每個處方申領自首次配藥的價格上漲資訊。
- **可用的低成本替代處方藥品**。這將包括關於每個處方申領費用分攤較低的其他可用藥品的資訊。

第 3.2 節 協助我們記錄您最新的藥費支付相關資訊

為記錄您的藥品費用以及您購買藥品支付的費用，我們使用我們從藥房獲得的相關記錄。以下為您可如何協助我們保持資訊的準確性與時效性：

- **每次配藥時，請出示您的會員卡**。這有助於我們確保我們瞭解您正在調配的處方藥以及您支付的費用。
- **請確保我們擁有所需要的相關資訊**。有時您可能需要支付處方藥的全部費用。在這種情況下，我們未能自動獲得記錄您的自付金額所需的資訊。為了協助我們記錄您的自付金額，請向我們提供您的收據副本。以下是您應何時向我們提供藥品收據副本的範例：

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用

- 當您在網絡藥房以特惠價格或使用打折卡（並非我們計劃的福利）購買承保範圍內藥品時。
 - 當您為製藥商病患輔助計劃內的藥品提供自付費用時。
 - 您於任何時候在網絡外藥房購買承保藥品，或在特殊情況下以全價購買承保藥品時。
 - 如果您被要求支付承保藥品費用，則您可要求本計劃支付我們的分攤費用。有關如何進行此操作的說明，請參見第 7 章第 2 部分。
- **請向我們寄送其他人為您購藥的相關付款資訊。** 由某些其他個人或組織支付的費用也將算在您的自付金額之內。例如，由 State Pharmaceutical Assistance Program、AIDS drug assistance program (ADAP)、印第安醫療保健服務，以及大部分慈善機構支付的費用都將計入您的自付金額之內。應保留這些付款記錄，並將其寄送給我們，以便我們能夠記錄您的費用情況。
 - **請核對我們寄送給您的書面報告。** 您收到 D 部分 EOB 後，請仔細查看，以確保資訊準確完整。如果您認為有任何遺漏或有任何問題，請致電會員服務部。請務必保留這些報告。

第 4 部分 在自負額階段，您支付第 3 級、第 4 級和第 5 級藥品的全部費用

自負額階段為您藥品保險的第一個支付階段。您將每年為第 3 級、第 4 級和第 5 級藥品支付 \$395 的自負額。達到本計劃的自負額前，**您必須全額支付您的第 3 級、第 4 級和第 5 級藥品費用。** 自負額不適用於承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗，包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗。對於所有其他藥品，您無需支付任何自負額。由於本計劃已將網絡內藥房的大部分藥物協商至較低價格，因此「**全額費用**」往往低於藥物的正常全價。

一旦您為第 3 級、第 4 級和第 5 級藥品支付了 \$395 的藥費，您就可以離開自負額階段並進入初始保險階段。

第 5 部分 在初始保險階段，本計劃將為您的藥費支付其分攤費用，同時，您也將支付您的分攤部分

<h4>第 5.1 節 您支付多少藥費取決於您購買的藥物和開處方的地點</h4>

在初始保險階段，本計劃將為您的承保處方藥支付其分攤費用，同時，您也將支付您的分攤部分（您的自付費用或共同保險額）。根據藥品和開處方地點的不同，您的分攤費用也將各不相同。

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用

本計劃有五(5)個分攤費用層級

本計劃《藥物清單》中的每一種藥都處於這五(5)大分攤費用層級中的某一級。通常，分攤費用級數越高，您的藥品價格也就越高

- 第 1 級 - 偏好學名藥（最低一級的分攤費用）
- 第 2 級 - 學名藥
- 第 3 級 - 偏好品牌藥
- 第 4 級 - 非偏好品牌藥
- 第 5 級 - 專業級（最高一級的分攤費用）

要尋找您的藥品位於分攤費用的哪一個層級，請查閱本計劃的《藥物清單》。

藥房的選擇

您支付多少藥費取決於您是否從以下地點購買藥品：

- 網絡內零售藥房。
- 非本計劃網絡內的藥房。我們僅在有限的情況下承保網絡外藥房開出的處方藥。有關我們將於何時承保網絡外藥房開出的處方藥的資訊，請參見第 5 章第 2.5 節。
- 本計劃的網絡內藥房。

有關這些藥房選擇以及處方開立的更多資訊，請參見第 5 章的內容以及本計劃的《藥房名錄》。

第 5.2 節	某種藥品一個月用量的費用表
----------------	----------------------

在初始保險階段，您的承保藥品分攤費用將為自付費用或共同保險方式。

如下表所示，自付費用或共同保險金額的多少取決於分攤費用級。

有時藥費比您的自付費用低。在這種情況下，您只需支付較低的藥費，而非自付費用。

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用

您購買一個月用量的 D 部分承保處方藥時所支付的分攤費用：

層級	標準零售分攤費用（網絡內） （最多 30 天用量）	郵購分攤費用 （最多 90 天用量）	長期護理 (LTC) 分攤費用 （最多 31 天用量）	網絡外分攤費用 （僅限特定情況下承保；詳情請參見第 5 章。） （最多 30 天用量）
分攤費用第 1 級 （偏好學名藥）	自付費用為 \$0	自付費用為 \$0	自付費用為 \$0	自付費用為 \$0
分攤費用第 2 級 （學名藥）	\$15 自付費用	\$37.50 自付費用	\$15 自付費用	\$15 自付費用
分攤費用第 3 級 （首選品牌藥）	\$47 自付費用	\$117.50 自付費用	\$47 自付費用	\$47 自付費用
分攤費用第 4 級 （非偏好品牌藥）	\$100 自付費用	\$250 自付費用	\$100 自付費用	\$100 自付費用
分攤費用第 5 級 （專用藥品）	25% 共同保險	不適用	25% 共同保險	25% 共同保險

無論是屬於哪個費用分攤層級，對於我們計劃所承保的一個月用量的每種胰島素產品，您支付的金額將不超過 \$35，即使您沒有支付自負額。請參閱本章第 9 部分以獲得關於 D 部分疫苗和 D 部分疫苗費用分攤的更多資訊。

第 5.3 節 如果您的醫生所開的處方藥不足一個月用量，則您將不需支付整個月用量的費用

通常，您為處方藥支付的金額包括整個月的藥量。有時，您或您的醫生可能希望您的藥品供應量少於一個月（例如，當您首次嘗試某種藥品）。如果能幫您更好地規劃不同處方的補給日期，您也可以要求您的醫生開立及您的藥劑師配發少於一個月用量的藥品。

如果您收到的某些藥品不足一個月用量，您將不需要購買整個月份用量的藥品。

- 如果您有責任支付共同保險，則您將支付藥費總額的百分比。由於共同保險是以藥品的總費用為基礎，因此您的費用會因藥品的總費用較低而降低。

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用

- 如果您需要支付藥品的自付費用，則您只需按接受藥物的天數支付，而非整個月。我們將計算您每天要支付的藥費金額（「每日費用分攤率」）並將其乘以您得到的藥品的使用天數。

第 5.4 節 某種藥品長期（長達 90 天）用量的費用表

對於某些藥品，您可以獲得長期供應（也稱為「延期供應」）。長期供應最長為 90 天。

下表顯示您購買長期用量藥品時支付的費用。

- 有時藥費比您的自付費用低。在這種情況下，您只需支付較低的藥費，而非自付費用。

您購買長期用量的 D 部分承保處方藥時所支付的分攤費用：

層級	標準零售分攤費用 (網絡-內) (最多 90 天用量)	郵購分攤費用 (最多 90 天用量)
分攤費用第 1 級 (首選學名藥)	自付費用為\$0	自付費用為\$0
分攤費用第 2 級 (學名藥：)	\$45 自付費用	\$37.50 自付費用
分攤費用第 3 級 (首選品牌藥)	\$141 自付費用	\$117.50 自付費用
分攤費用第 4 級 (非偏好品牌藥)	\$300 自付費用	\$250 自付費用
分攤費用第 5 級 (專用藥品)	不適用(NA)	不適用(NA)

無論是屬於哪個費用分攤層級，對於我們計劃所承保最多兩個月用量的每種胰島素產品，您支付的金額將不超過\$70；三個月用量的產品，金額不超過\$105，即使您沒有支付自負額。

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用

第 5.5 節 在您當年的總藥費金額達到\$5,030 前，您都將停留在初始保險階段

直到您開出的處方藥費總金額達到初始保險階段\$5,030 的上限之前，您都將停留在初始保險階段。

您收到的 D 部分 EOB 將協助您記錄您自己、本計劃以及任何第三方在該年度為您支付的費用。很多人在一年之內都達不到\$5,030 的上限。

如果您達到了此上限，我們將會通知您。如果您的確達到了這一上限，您將離開初始保險階段，進入保障缺口階段。請參見第 1.3 節，瞭解 Medicare 將如何計算您的自付金額

第 6 部分 保障缺口階段的費用

進入保障缺口階段後，Medicare 保障缺口折扣計劃將向您提供品牌藥製藥商折扣價。您將支付品牌藥協商價格的 25%，以及品牌藥的部分藥事服務費。您已支付的金額以及製藥商為您優惠的折扣金額（如同您已支付了這部分費用一樣）都將計入您的自付金額，協助您渡過保障缺口階段。

您還將得到學名藥的部分保險。您的學名藥支付比例將不高於 25%，同時本計劃將支付其餘部分的費用。僅您支付的金額有效，並協助您透過保障缺口階段。

直到您的年度自付金額金額達到 Medicare 所設定的最高金額前，您都將繼續支付這些費用。您達到\$8,000 的金額後，將離開「保障缺口階段」，繼續進入「重病保險階段」。

Medicare 已制訂規則，規定哪些可計入您的自付金額，哪些則不能計入其中（第 1.3 節）。

甜甜圈孔階段的共同保險要求不適用於 D 部分承保的胰島素產品和大多數 D 部分成人疫苗，包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗。

無論是屬於哪個費用分攤層級，對於我們計劃所承保的一個月用量的每種胰島素產品，您支付的金額將不超過\$35。

請參閱本章第 9 部分以獲得關於 D 部分疫苗和 D 部分疫苗費用分攤的更多資訊。

第 7 部分 在重病保險階段，該計劃將為您獲得承保的 D 部分藥品支付全額費用。

您在該日曆年度的自付金額達到\$8,000 上限後，即符合重病保險階段資格。一旦進入重病保險階段，直到該日曆年末前，您都將停留在這一階段。

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用

在此支付階段，該計劃將為您的已承保D部分藥品支付全額費用。您不必支付。

第 8 部分 D 部分疫苗。您支付多少費用取決於您於何處以何種方式購買的這些疫苗

關於您需支付的疫苗費用的重要資訊——有些疫苗被視為醫療福利。其他疫苗被視為D部分藥品。您可在本計劃的《藥物清單》中找到這些疫苗。我們的計劃免費承保大部分成人D部分疫苗，即使您沒有支付自負額。請參閱您的計劃《藥物清單》或聯絡會員服務部，瞭解關於特定疫苗的承保以及費用分攤詳情。

針對 D 部分疫苗的保險有兩部分：

- 第一部分保險為**疫苗本身**的費用。
- 第二部分則針對**為您提供疫苗**的費用。（有時候，這又稱為疫苗的「接種」。）

您的 D 部分疫苗費用取決於三個方面：

1. **免疫接種諮詢委員會(ACIP)是否建議成人接種該疫苗。**
 - 大多數成人 D 部分疫苗都是根據 ACIP 建議提供的，您無需支付費用。
2. **您接種疫苗的地點。**
 - 疫苗本身可由藥房分發或由醫生診所提供。
3. **誰為您提供疫苗。**
 - 藥劑師或其他服務提供者可以在藥房為您接種疫苗。此外，服務提供者也可以在醫生診所為您接種疫苗。

您在接種 D 部分疫苗時支付的費用根據相關情況以及您所處的「藥品支付階段」而定。

- 有時，當您接種疫苗時，您必須支付疫苗本身的全部費用和提供者為您提供疫苗的費用。您可要求本計劃向您返還我們的分攤費用。對於大多數成人 D 部分疫苗，這意味著您將獲得全額償付。
- 在其他情況下，當您接種疫苗時，您只需支付 D 部分福利中您應承擔的費用。對於大多數成人 D 部分疫苗，您無需支付費用。

以下是您可能獲得 D 部分疫苗的三種方法範例。

情形 1： 您可以在網絡內藥房接種 D 部分疫苗。（您是否做出此種選擇取決於您的居住地點。某些州不允許藥房提供某些疫苗。）

- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您無需支付費用。

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用

- 對於其他 D 部分疫苗，您將向藥房支付疫苗本身的自付費用，其中包括為您接種疫苗的費用。
- 我們的計劃將支付這些費用的其餘部分。

情形 2： 您可以在您醫生的診所接種 D 部分疫苗。

- 您在接種疫苗時，將需要支付包括疫苗本身和疫苗接種服務費（給服務提供者）在內的全部費用。
- 然後，您可以使用第 7 章中所述的程序，要求本計劃支付我們應承擔的費用。
- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您將獲得全額償付。對於其他 D 部分疫苗，您獲得的償付金額為您支付的總金額減去您為疫苗支付的自付費用（包括接種服務費）。

情形 3： 您在網絡內藥房購買了 D 部分疫苗本身，然後將其帶至您醫生的診所，並在那裡接受了疫苗接種。

- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您無需支付疫苗本身的費用。
- 對於其他 D 部分疫苗，您將向藥房支付疫苗本身的自付費用。
- 您的醫生為您接種疫苗後，您可能需要為此服務支付全額費用。
- 然後，您可以使用第 7 章中所述的程序，要求本計劃支付我們應承擔的費用。
- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您將獲得全額償付。
- 對於其他 D 部分疫苗，您獲得的償付金額為您支付的總金額減去您為疫苗種服支付共同保險。

第 7 章：

要求我們為您收到的承保醫療服務或
藥物帳單支付我們的分攤費用

第 7 章 要求我們為您收到的承保醫療服務或藥品帳單支付我們的分攤費用**第 1 部分 您應要求我們為您的承保服務或藥物支付我們的分攤費用的情況**

有時候，您得到醫療護理或處方藥後，可能需要支付全額費用。其他情況下，您可能發現您支付的金額比預期根據本計劃保險規則需要支付的金額多。在這種情況下，您可以要求本計劃對您進行補償（對您進行補償往往又稱為對您「償付」）。無論何時，只要您為本計劃承保的醫療服務或藥品支付的金額多於自己的分攤費用，都有權要求本計劃對您進行補償。您可能必須滿足最後期限才能得到償付。請參閱本章第2部分。

還有些時候，您可能收到來自服務提供者的帳單，要求您支付已得到的醫療護理的全額費用或者可能超出本文件規定您要承擔的分攤費用。首先嘗試與服務提供者解決帳單問題。如果無法解決，您應將此帳單寄送給我們，而不是自行付帳。我們將查看該帳單，然後判斷這些服務是否在承保範圍內。如果我們判定服務應該在承保範圍之內，我們將直接向服務提供者付款。如果我們決定不支付，我們將通知服務提供者。您支付的費用決不能超過計劃允許的分攤費用。如果該服務提供者已簽約，您仍有權接受治療。

以下為您可能需要要求本計劃對您進行補償或支付您已收到的帳單的情況範例：

1. 當您得到非本計劃網絡內服務提供者提供的急救或緊急醫療保健後

在服務區域外，您可接受任意服務提供者（不論該服務提供者是否為我們網絡的一部分）提供的急診服務或緊急需要的服務。在這種情況下，

- 您只負責支付您應承擔的急診或緊急需要的服務的費用。法律要求急診服務提供者提供急診護理。如果您在接受護理時自己支付了全部費用，則應要求我們向您償付我們的分攤費用部分。請將帳單以及您所有的付款單據寄送給我們。
- 您可能從提供者處收到帳單，要求您支付。而您認為這不該由您來支付。請將該帳單以及您所有的付款單據寄送給我們。
 - 如果您欠了服務提供者任何費用，我們將直接支付給服務提供者。
 - 如果您已經的費用多於您的服務分攤費用，我們將確定欠您多少錢，並將我們的分攤費用返還給您。

2. 當您認為您不應該支付網絡內服務提供者向您寄送的帳單時

網絡內服務提供者應始終直接將帳單開給本計劃，並僅要求您支付您的分攤費用。但是，有時候他們也會發生錯誤，因而要求您支付的金額多於您的分攤費用。

- 您得到承保服務後，僅需支付您的分攤費用即可。我們不允許服務提供者添加額外的單獨費用（所謂的「開具差額帳單」）。即使我們付給服務提供者的費用少於其所收取的服務費用，並且，即使出現爭議，我們並未向服務提供者支付某些費用，該保護措施（即，您的支付金額絕對不需要多於您的分攤費用）也同樣適用。

第 7 章 要求我們為您收到的承保醫療服務或藥品帳單支付我們的分攤費用

- 無論何時，只要您認為您從網絡內服務提供者處收到的帳單金額高於您應支付的金額，則請將此帳單寄送給我們。我們將直接聯絡服務提供者，並解決該帳單問題。
- 如果您已向某網絡內服務提供者支付了帳單金額，但是您認為自己付了太多，則請將此帳單連同您所有的付款單據寄送給我們，並要求我們向您返還您已支付的金額與本計劃應為您支付的金額之間的差額。

3. 如果您在可追溯日期加入本計劃

有時候，個人加入計劃的歷史是可以追溯的。（這指的是過去某天為其加入本計劃的第一天。該加入日期甚至可能是去年的某個日期。）

如果您在可追溯日期加入本計劃，並在加入日期後為任意承保服務或藥品支付了自付金額，則您可要求我們將我們的分攤費用返還給您。您將需要向我們提交收據和帳單等相關文書，以便我們處理償付問題。

4. 當您使用網絡外藥房以為處方配藥時

如果您光顧網絡外的藥房，則該藥房可能無法直接要求我們給予補償。發生這種情況時，您將需要支付您的處方的全額費用。

當您要求我們向您返還我們的分攤費用時，請保留您的憑據並將副本寄送給我們。請記住，我們只在有限的情況下承保網絡外藥房。有關這種情況的規定，請參閱第 5 章第 2.5 節。

5. 當您由於沒有隨身帶著您的計劃會員卡而需要支付處方的全額費用時

如果您沒有隨身帶著您的計劃會員卡，則可要求藥房致電本計劃或尋找您的計劃加入資訊。但是，如果藥房無法立刻找到他們所需要的加入資訊，則您可能需要自行支付該處方的全額費用。

當您要求我們向您返還我們的分攤費用時，請保留您的憑據並將副本寄送給我們。

6. 當您在其他情況下支付處方的全額費用時

您可能發現藥品因某種原因不在承保範圍之內，因此需要支付該處方的全額費用。

- 例如：藥物可能不在本計劃的《藥物清單》內；或者，其可能有您所不瞭解或認為不適用於您的要求或限制。如果您決定立即購買該藥品，則您可能需要支付該藥品的全額費用。
- 當您要求我們對您進行補償時，請保留您的憑據並將副本寄送給我們。在某些情況下，我們可能需要從您的醫生處獲得更多資訊，以便向您返還我們的分攤費用。

以上所有範例均為保險決定的類型。這意味著，如果我們拒絕了您的支付請求，您可對我們的決定進行上訴。本文件第 9 章介紹如何提出上訴。

第 7 章 要求我們為您收到的承保醫療服務或藥品帳單支付我們的分攤費用

第 2 部分 如何要求我們向您進行補償或支付您已收到的帳單

您可以向我們寄送書面申請，要求我們為您償付。如果您傳送書面請求，請同時傳送您的帳單和您已支付的任何款項的文件。您最好將您的帳單複印一份留存起來。您必須在得到服務、項目或藥品後的**12個月內**向我們提交您的請求。

確保您向我們提供做決定所需的一切資訊，您可完成申請表填寫以提出支付要求。

- 您不必使用此表格，但這將協助我們更快速地處理這些資訊。
- 您可以從我們網站(www.centersplan.com/mapd)上下載此表格的副本，或者聯絡會員服務部索取表格副本。

請將您的付款請求連同所有的帳單或憑據郵寄到以下地址：

處方藥品：	住院和門診服務：
MedImpact 10181 Scripps Gateway Ct. San Diego, CA 92131	Centers Plan for Healthy Living, LLC Attn: Member Reimbursement 75 Vanderbilt Avenue, Suite 700 Staten Island, NY 10304

第 3 部分 我們將考慮您的付款請求，然後予以同意或拒絕**第 3.1 節 我們將核查我們是否應承保該服務或藥物，以及我們應支付多少費用**

收到您的付款請求後，我們將告知您是否需要提供更多資訊。否則，我們將考慮您的請求，然後作出保險決定。

- 如果我們判定該醫療護理或藥品在承保範圍內，同時您已遵守了所有規則，我們將支付我們的分攤費用。如果您已支付了該服務或藥品的費用，我們將為您償付我們的分攤費用，並將其寄送給您。如果您尚未支付該服務或藥品的費用，我們將把付款直接寄送給服務提供者。
- 如果我們判定該醫療保健或藥品不在承保範圍內，或者您未能遵守所有的規則，我們將不支付我們的分攤費用。我們將向您傳送信件，說明我們沒有寄送付款的原因，以及您對判定結果進行上訴的權利。

第 7 章 要求我們為您收到的承保醫療服務或藥品帳單支付我們的分攤費用

第 3.2 節	如果我們告訴您我們將不支付醫療保健或藥物的全部或部分費用，您可以進行上訴
----------------	---

如果您認為我們在拒絕您的付款請求時或者我們向您支付的金額出現了錯誤，您都可以進行上訴。如果您進行上訴，也就意味著您在我們拒絕您的付款請求後，要求我們變更已作出的決定。上訴流程為有具體流程和重要截止日期的正式流程。有關如何提出上訴的詳情，請參閱本文件第 9 章。

第 8 章：

您的權利和責任

第 8 章 您的權利和責任**第 1 部分 我們的計劃必須尊重您作為本計劃會員的權利和文化敏感性****第 1.1 節 我們必須向您提供適合您並符合您的文化敏感性的資訊（英文之外的語言版本、盲文、大號印刷體或其他格式等）**

您的計劃必須確保以理解文化的方式並面向所有參保人（包括英語水準有限、閱讀能力有限、患有聽力障礙或具有不同文化和種族背景的人群）提供所有的服務，包括臨床和非臨床服務。計劃滿足上述無障礙要求的範例包括但不限於提供翻譯服務、口譯服務、電傳打字機或聽力障礙電傳（文字電話或電傳打字機電話）連接。

本計劃可提供免費的語言翻譯服務，能夠回答母語並非英語的會員提出的問題。我們還能夠以盲文、大號字型印刷版或您需要的其他可選形式免費向您提供資訊。我們需採用您可獲得及適合您的形式向您提供計劃福利的相關資訊。要以合適方式獲得資訊，請致電會員服務部。

本計劃必須向女性參保人提供在網絡內就女性常規和預防性保健服務直接獲得女性保健專科醫師提供的服務的選項。

如果計劃網絡中某一專科的醫生無法提供服務，則計劃有責任尋找網絡外專科醫生為您提供必要的護理。在這種情況下，您只需要支付網絡內的分攤費用。如果您遇到了計劃網絡內沒有專科醫師可提供您需要的承保服務的情況，請致電計劃，諮詢怎樣以網絡內分攤費用獲得此服務。

如果您在以便於您使用且適合您的格式獲得計劃資訊、看女性健康專科醫師或找網絡內專科醫師方面遇到任何困難，請致電 1-877-940-9330，向申訴與上訴部提出申訴。您也可以透過致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴或直接向民權辦公室提出投訴：1-800-368-1019 或聽力障礙電傳 1-800-537-7697。

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to: provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

第 8 章 您的權利和責任

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialists or finding a network specialist, please call to file a grievance with the Grievance and Appeals Department at 1-877-940-9330. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

第 1.2 節	我們必須確保您能及時獲得承保範圍內的服務和藥品
----------------	--------------------------------

您有權選擇本計劃網絡內的初級保健提供者(PCP)提供並安排您的承保服務。您也有權在無轉診的情況下去看女性保健專家（例如婦科醫生）。

您有權在合理的時限內得到本計劃網絡內服務提供者的預約和承保服務。其中包括在您需要護理時得到專科醫生提供的及時服務。您還有權在無長時延誤的情況下在任意網絡內藥房開立處方或再次開立處方。

若您認為您未在合理時間內獲得醫療護理或 D 部分藥品，第 9 章將告訴您要做什麼。

第 8 章 您的權利和責任**第 1.3 節 我們必須保護您個人健康資訊的隱私**

聯邦和州法律保護您的醫療記錄和個人健康資訊隱私。依照這些法律的要求，我們也保護您的個人健康資訊。

- 您的「個人健康資訊」包括：您加入本計劃時提交給我們的個人資訊，以及您的醫療記錄和其他醫療及健康資訊。
- 您擁有與您的資訊相關的權利，並有權控制您的健康資訊的使用方式。我們將向您發出名為《**隱私條例通知**》的書面通知，其中將向您闡述這些權利並說明我們將如何保護您的健康資訊隱私。

我們該如何保護您的健康資訊隱私？

- 我們將確保未授權人員不能看到或變更您的記錄。
- 以下情況除外，如果我們打算將您的健康資訊交給任何並非向您提供護理或為您支付護理費用的人員，*都需要首先獲得您或由您授予法律權力能夠為您做出決策的人的書面許可。*
- 某些特殊情況下，我們無需首先獲得您的書面許可。這些例外情況是法律允許或要求的。
 - 我們需要向檢查護理品質的政府機構公開健康資訊。
 - 由於您是透過 Medicare 的本計劃會員，我們需將您的健康資訊（包括有關您 D 部分處方藥的資訊）提交給 Medicare。如果 Medicare 將您的資訊用於研究或其他用途，則應根據聯邦法令與法規進行操作；通常，這要求不共享含有您的唯一標識的資訊。

您可從記錄中查看該資訊，並瞭解該資訊是如何與他人分享的

您有權查看由本計劃保留的醫療記錄，並獲得記錄的副本。我們可向您收取複印費。您也有權要求我們對您的醫療記錄進行增補或修正。如果您要求我們這麼做，我們將與您的保健服務提供者合作，決定是否應作出這種變更。

您有權瞭解您的健康資訊是如何基於任何非常規原因與其他人共用的。

如果您對您的個人健康資訊隱私有任何疑問或顧慮，請致電會員服務部。

第 1.4 節 我們必須將與本計劃、網絡內的服務提供者以及承保服務相關的資訊提交給您

作為 Centers Plan for Medicare Advantage Care 的會員，您有權從我處獲得幾種資訊。

第 8 章 您的權利和責任

如果你需要下列任何內容，請致電會員服務部：

- **有關本計劃的資訊。**其中包括諸如有關本計劃財務狀況的資訊。
- **網絡內服務提供者和藥房的資訊。**您有權獲得有關網絡內服務提供者和藥房資質以及我們向網絡內服務提供者進行支付的方式的相關資訊。
- **有關您的保險以及您使用保險時必須遵守的規則的資訊。**第 3 章和第 4 章提供了有關醫療服務的資訊。第 5 章和第 6 章提供有關 D 部分處方藥保險的資訊。
- **有關不承保原因以及您該如何處理的資訊。**第 9 章提供了有關要求書面解釋醫療服務或 D 部分藥品不獲承保的原因，或您的承保範圍是否受到限制的資訊。第 9 章還提供了有關要求我們變更決定（也稱為上訴）的資訊。

第 1.5 節 我們必須支援您作出的護理相關決定的權利

您有權瞭解您的治療選項並參與決定您的保健問題

您有權透過為您提供服務的醫生及其他醫療保健服務提供者瞭解與該服務有關的所有資訊。您的服務提供者必須以您可以理解的方式向您說明您的醫療狀況和治療選項。

您還有權全面參與決定您的保健相關問題。為協助您與醫生共同制訂最適宜於您的治療決定，您的權利包括如下方面：

- **瞭解您所有的選項。**您有權瞭解針對您的狀況所推薦的所有治療選項（不論其費用多少或是否由本計劃承保）。其還包括瞭解本計劃為協助會員進行藥品治療管理和安全用藥而提供的計劃。
- **瞭解風險。**您有權瞭解與您的護理相關的所有風險。您必須提前瞭解任何醫療保健或治療是否為研究性實驗的一部分。您始終可選擇拒絕任何實驗性治療。
- **說「不」的權利。**您有權拒絕任何建議治療。其中包括離開醫院或其他醫療機構的權利（即使您的醫生建議您不要離開）。您還有權停止服用藥品。當然，如果您拒絕治療或停止服藥，您將對因此而產生的身體狀況承擔全部責任。

如果您無法自行作出醫療決定，則您有權提供該怎麼做的指示

有時候，人們可能會由於事故或重病而無法自行作出保健決定。如果遇到這種情況，您有權表達希望事情該怎樣處理。這也就是說，*如果您想*，就可以：

- 填寫書面表格，在您無法自己作出決定時，**授予某人為您作出醫療決定的法定權力。**
- **給予您的醫生書面指示**，表明您在自己無法作出決定後希望他們怎樣處理您的醫療保健服務。

第 8 章 您的權利和責任

在這些情況下，您可以提前用來提供指示的法律文件稱為《**預先指示**》。預先指示種類繁多，名稱各異。名為《**生前遺囑**》及《**醫療保健委託書**》的文件就是預先指示的範例。

如果您希望使用《**預先指示**》提供您的指示，則以下為具體做法：

- **獲得表格**。您可從律師、社工或部分辦公用品商店中獲得預先指示表格。有時候，您可從給予人們 Medicare 相關資訊的組織獲得預先指示表格。您也可聯絡會員服務部，索取表格。
- **填表並簽字**。不論您從哪兒獲得該表格，都請記住，該表格為法律文件。您應考慮請律師協助您製備該表格。
- **將副本交給恰當的人**。您應考慮將表格的副本交給您的醫生以及您在表格中指明無法作出決定時可為您作出決定的人員。您可能想將表格副本交給您的好友或家庭成員。在家中保留一份副本。

如果您提前預知自己將要住院，並已簽署了預先指示，**請隨身帶一份副本入院**。

- 醫院將詢問您是否已簽署預先指示表以及您是否將其隨身攜帶。
- 如果您未簽署預先指示表，醫院有可用的表格，並將詢問您是否希望簽署一份。

請記住，是否希望簽署預先指示表是由您自己決定的（包括您在醫院時是否希望簽署該表）。根據法律規定，沒有人可以根據您是否已簽署預先指示拒絕為您提供護理服務或對您有所歧視。

如果他人未遵守您的指示，該怎麼辦？

如果您已簽署了預先指示，並認為醫生或醫院未遵照指示中的內容行事，您可向紐約州衛生局投訴：

寄信：	New York State Department of Health Office of Professional Medical Conduct Riverview Center 150 Broadway Suite 355 Albany, New York 12204-2719
致電：	<ul style="list-style-type: none"> ● 1-800-663-6114 投訴/諮詢（週一至週五，早 9 點至下午 5 點） ● 1-518-402-0836 - 主號
電子郵件地址：	opmc@health.ny.gov
線上	www.health.ny.gov/professionals/doctors/conduct

第 8 章 您的權利和責任**第 1.6 節 您有權進行投訴並要求我們重新考慮已作出的決定**

如果您有任何問題、疑慮或投訴，需要申請保險或提出上訴，請參閱本文件第 9 章。無論您做什麼——要求作出保險決定、上訴或投訴——我們都必須對您公平以待。

第 1.7 節 如果您認為自己受到了不公正待遇或者您的權利受到了損害，您該如何做？

如果是涉及歧視的問題，請致電民權辦公室

如果您認為您受到了不公平的對待，或者由於種族、殘障、宗教、性別、健康、民族、信條（信仰）、年齡、性傾向或原國籍問題而致使您的權利沒有受到尊重，您應致電美國衛生與公眾服務部的民權辦公室（1-800-368-1019 或聽力障礙電傳 1-800-537-7697），或者致電您當地的民權辦公室。

還有其他問題嗎？

如果您認為自己受到了不公平的對待，或者您的權利沒有受到尊重，*並且*，這與歧視無關，您都可以獲得協助處理您所遇到的問題：

- 您可致電會員服務部。
- 您可致電 SHIP。有關詳細資訊，請參閱第 2 章第 3 部分。
- 或者，您也可以致電 Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放（聽力障礙電傳：1-877-486-2048）。

第 1.8 節 如何獲得有關您的權利的更多資訊

您可從多處獲得有關您權利的更多資訊：

- 您可致電會員服務部。
- 您可致電 SHIP。有關詳細資訊，請參閱第 2 章第 3 部分。
- 您可聯絡 Medicare。
 - 您可瀏覽 Medicare 網站，閱讀或下載出版物《Medicare 權利和保護》。（您也可透過以下網址獲得該出版物：www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf。）
 - 或者，您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放（聽力障礙電傳：1-877-486-2048）。

第 8 章 您的權利和責任

第 2 部分 作為本計劃會員，您要承擔部分責任

作為本計劃會員需要履行的職責已列出如下。如有任何疑問，請致電會員服務部。

- **熟悉您的承保服務以及您為獲得承保服務而必須遵守的規則。** 使用此《承保福利說明》，瞭解哪些是為您承保的服務，以及您為獲得您的承保服務而必須遵守的規則。
 - 第 3 章和第 4 章闡述了有關您的醫療服務的詳細資訊。
 - 第 5 章和第 6 章闡述了有關您的 D 部分處方藥保險的詳細資訊。
- **如果除了本計劃之外，您還有其他健康保險或處方藥保險，則您必須告知我們。** 第 1 章介紹如何協調這些福利。
- **告訴您的醫生和其他保健服務提供者您已參見本計劃。** 每當獲得醫療保健或購買 D 部分處方藥時，請出示您的計劃會員卡。
- **向您的醫生和其他服務提供者提供資訊、提出問題並堅持接受護理治療，協助他們為您提供協助。**
 - 為了幫助您獲得最佳護理，請將您的健康問題告知您的醫生和其他健康服務提供者。堅持遵守您和您的醫生都認同了的治療方案和指導。
 - 確保您的醫生瞭解您正在服用的所有藥品（包括非處方藥、維生素和膳食補充劑）。
 - 如果您有任何問題，一定要提出來，並確保您能理解對方的解答。
- **為他人著想。** 我們希望所有會員都能尊重其他病患的權利。我們也希望您在行事時能夠有助於您醫生的辦公室、醫院和其他辦公室的順利營運。
- **支付欠款。** 作為計劃會員，您應負責支付以下費用：
 - 您必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費，才能繼續成為計劃的會員。
 - 對於本計劃承保的大部分醫療服務或藥品，您必須在購買這些服務或藥品時支付您的分攤費用。
 - 如果您被要求支付延遲參保罰款，則您必須支付該罰款，才能令您的處方藥保持在承保範圍之內。
 - 如果您因年收入而需要支付 D 部分額外費用，則您必須繼續將此額外費用直接支付給政府，以維持您的本計劃會員資格。
- **如果您在我們的服務區域內搬遷，我們需要知道，** 以便能夠更新您的會員資格記錄並瞭解您的聯絡方式。
- **如果您要搬遷到本計劃服務區域之外的地方，** 您將無法保持本計劃會員資格。
- **如果您要搬遷，** 還請務必告訴社會保障部（或鐵路職工退休管理委員會）。

第 9 章：
發生問題
或投訴時（保險決定、上訴、投訴）
的處理方法

第 1 部分 簡介

第 1.1 節 若有疑問或顧慮，您該怎麼做

本章闡述了處理問題與疑慮的兩種程序：

- 針對某些問題，您需要使用**保險決定和上訴程序**。
- 針對其他問題，您需要使用**投訴程序**；也被稱為申訴。

這兩種程序均已獲得 Medicare 的認可。每一流程均有一套我們必須遵循的規則、程序和時限。

第 3 部分中的指南將協助您辨別要採用的正確程序以及您需要採取的行動。

第 1.2 節 有關法律術語的情況如何？

本章中闡述了部分規則、程序以及截止日期類型的法律術語。其中很多術語對於大部分人來說都較為陌生並難於理解。為了方便起見，本章：

- 用更簡單的詞來代替某些法律術語。例如：本章通常稱「進行投訴」，而非「提起申訴」；使用「保險決定」而非「組織裁定」、「保險裁定」或「風險裁定」；使用「獨立審查組織」而非「獨立審查實體」。
- 本章中還儘量少使用縮略語。

但是，如果您知道正確法律術語的縮略語可能會有幫助——並且有時還非常重要。瞭解該使用哪些術語將幫助您以更準確的方式進行交流，並針對您所處的情況獲得正確協助或資訊。為協助您瞭解應使用哪些術語，我們在提供具體情況類型的處理細節時，將法律術語也包含其中。

第 2 部分 從何處獲得更多資訊和個人化援助

我們始終竭誠為您服務。即使您對我們對待您的方式有不滿，我們也有義務尊重您的投訴權利。因此，您可以隨時向客戶服務部尋求協助。但是，某些情況下，您可能還希望從與我們沒有聯絡的人員處獲得協助或指導。下面是兩個可以協助您的實體。

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

每個州都有一個政府計劃，有訓練有素的顧問。該計劃與我們或任何保險公司或健康計劃均沒有聯絡。該計劃中的法律顧問可協助您瞭解您應使用哪個程序處理正面臨的問題。他們還能夠回答您的問題、為您提供更多資訊，並就該怎麼做提供指導意見。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

SHIP 法律顧問所提供的服務為免費服務。您可以在本文件的第 2 章第 3 部分中找到電話號碼和網站 URL。

Medicare

您也可以聯絡 Medicare 獲得幫助。聯絡 Medicare：

- 您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。
- 您也可瀏覽 Medicare 網站(www.medicare.gov)。

第 3 部分 您應採用哪種程序處理您的問題？

如果您有問題或疑問，則您僅需閱讀本章中適宜於您的情況的部分即可。以下指南將對您有所協助。

您的問題或疑慮是否與您的福利或保險有關？

其中包括與醫療保健（醫療項目、服務和/或 B 部分處方藥）是否被承保及其承保方式相關的問題，以及涉及醫療保健或處方藥付款的問題。

是。

繼續進入本章的下一個部分，第 4 部分“保險決定和上訴基礎知識指南”。

否。

請參見本章末尾的第 10 部分：「怎樣投訴護理品質、等候時間、客戶服務或其他問題」。

保險決定和上訴

第 4 部分 保險決定和上訴基礎知識指南

第 4.1 節 要求作出保險決定並進行上訴：概況

保險決定和上訴處理與您的福利以及醫療服務與處方藥保險（福利、項目和 B 部分處方藥，包括付款）相關的問題。為保持簡潔，我們通常將醫療項目、服務和 Medicare B 部分處方藥統稱為「醫療保健」。您使用保險決定和上訴流程來解決諸如某項服務或藥品是否被承保及其承保方式等問題。

在接受福利前詢問保險決定

保險決定是我們對您享有的福利和保險，或我們為您的醫療保健支付的金額作出的決定。例如，如果您計劃網絡內的醫生將您轉診至一個網絡外專科醫師，那麼這是一個有利的保險決定。除非您的網絡內醫生可以證明您收到了該專科醫師的標準拒絕通知，或者《承保福利說明》清楚表明在任何情況下都不承保該轉診服務。您或您的醫生還可以聯絡我們，要求我們在您的醫生不確定我們是否將承保某項特殊醫療服務或拒絕提供您認為您需要的醫療保健時作出保險決定。換言之，如果您希望在接受到某項醫療保健前瞭解其是否在承保範圍之內，就可以要求我們為您作出保險決定。在有限的情況下，保險決定請求將被駁回，這意味著我們不會審核該請求。請求會被駁回的範例有：請求不完整，代表您提出請求的人員沒有獲得合法授權，或者您要求撤回請求。如果我們駁回了保險決定請求，我們將傳送通知，解釋為什麼該請求被駁回，以及如何要求對該駁回進行覆核。

我們在確定為您承保的內容以及我們應支付的金額時，就是在為您作出保險決定了。某些情況下，我們可能判定某種醫療保健不在承保範圍之內，或者 Medicare 不再為您對其進行承保了。如果您對該保險決定有異議，可進行上訴。

上訴

如果我們作出保險決定，不管時間是在接受福利前還是在接受福利後，並且您感到不滿意，您可以對決定提出「上訴」。上訴是一種要求我們覆核和變更已作出的保險決定的正式方法。在某些情況下（我們將在稍後討論），您可以申請「加快」保險決定，或者對保險決定進行「快速上訴」。您的上訴將由作出原始決定者之外的不同審核員進行處理。

當您首次對某一決定提起上訴時，這稱為第 1 級上訴。在該上訴中，我們將對我們作出的保險決定進行審核，以檢查我們是否恰當地遵循了規則。完成覆核後，我們將向您提供我們的決定。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

在有限的情況下，第 1 級上訴請求將被駁回，這意味著我們不會審核該請求。請求會被駁回的範例有：請求不完整，代表您提出請求的人員沒有獲得合法授權，或者您要求撤回請求。如果我們駁回了第 1 級上訴請求，我們將傳送通知，解釋為什麼該請求被駁回，以及如何要求對該駁回進行審核。

如果我們完全或部分拒絕了您針對醫療保健提出的第 1 級上訴，您的上訴將自動進入第 2 級上訴，並由與我們無關的獨立審查組織進行處理。

- 您無需採取任何行動即可開始第 2 級上訴。根據 Medicare 規則的要求，如果我們並不完全同意您的第 1 級醫療保健上訴，我們會自動將您的上訴傳送至第 2 級上訴。
- 閱讀本章第 6.4 節以獲得第 2 級上訴的更多資訊。
- 對於 D 部分藥物上訴，如果我們完全或部分拒絕了您的上訴，您需要申請第 2 級上訴。本章第 7 部分進一步討論了 D 部分上訴。

如果您對第 2 級上訴作出的決定仍不滿意，則您可繼續進行其他層級的上訴（本章第 9 部分解釋了第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴程序）。

第 4.2 節 您在要求作出保險決定或進行上訴時，應如何獲得幫助

以下是您決定要求作出任何類型的保險決定或對某決定進行上訴時可使用的資源：

- 您可致電會員服務部聯絡我們。
- 您可從所在州的 State Health Insurance Assistance Program 獲得免費幫助。
- 您的醫生可為您提出請求。如果您的醫生協助您進行第 2 級之後的上訴，則需要指定他們為您的代表。請致電會員服務部，索取《代表委任》表。（您也可從 Medicare 的網站 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我們的網站 www.centersplan.com/mapd 下載該表格。）
 - 對於醫療護理或 B 部分處方藥問題，您的醫生可代表您要求作出保險決定或進行第 1 級上訴。如果您的上訴在第 1 級被拒，則其將自動轉入第 2 級。
 - 對於 D 部分處方藥問題，您的醫生或其他處方醫生可代表您要求作出保險決定或者提起第 1 級上訴。如果您的第 1 級上訴被駁回，您的醫生或處方醫生可以申請第 2 級上訴。
- 您可以請其他人作為您的代表。如果您希望，則可請其他人作為您的「代表」，要求作出保險決定或進行上訴。
 - 如果您希望您的朋友、親戚或他人作為您的代表，請致電會員服務部並索取《代表委任》表。（您也可從 Medicare 的網站

www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我們的網站 www.centersplan.com/mapd 下載該表格。）該表格准許此人作為您的代表。表格上必須有您和您希望令其作為您代表的人士的簽名。您必須向我們提交一份已簽署的表格。

- 雖然沒有此表，我們也能受理上訴請求，但是，我們在收到此表前無法開始或完成覆核。如果我們在收到上訴請求 44 個日曆日內未收到該表（我們針對您的上訴作出決定的截止日期），您的上訴將被駁回。如果發生這種情況，我們將向您寄送書面通知，說明您的權利——要求獨立審核組織審核我們駁回您的上訴的決定。
- **您還有權聘請律師。** 您可以聯絡您自己的律師，或從當地律師協會或其他轉介服務處獲得律師的姓名。如果您符合資格，還可從某些團體獲得免費的法律服務。但是，**您不需要聘請律師**以要求作出任何形式的保險決定或對某項決定進行上訴。

第 4.3 節 本章中的哪一部分給出了針對您的狀況的細節？

涉及保險決定和上訴的情況共有四種。由於每種情況都有不同的規則和截止日期，因此，我們在單獨的部分中提供了各種情況的詳情：

- 本章的**第 5 部分**：「您的醫療保健：如何要求作出保險決定或進行上訴」
- 本章的**第 6 部分**：「您的 D 部分處方藥：如何要求作出保險決定或進行上訴」
- 本章的**第 7 部分**：「如果您認為醫生太快讓您出院，該怎樣要求我們對較長的住院治療進行承保」
- 本章的**第 8 部分**：「如果您認為您的保險結束得過早，該怎樣要求我們繼續對特定醫療服務進行承保（*僅適用於以下服務：家庭保健、專業護理機構護理以及綜合門診復健機構(CORF)服務*）」

若您不確定您該應用哪一小節，請致電聯絡會員服務部。您還可以從政府組織獲得協助或資訊，如所在州的 SHIP。

第 5 部分 您的醫療保健：如何要求作出保險決定或進行保險決定上訴

第 5.1 節 本節闡述了當您在獲得醫療保健保險時遇到困難或者當您希望我們向您返還您護理費用中我們的分攤部分時該怎麼做

本節內容涉及您的醫療保健福利。本文件第 4 章對這些福利進行了描述：醫療福利表（*承保項目和付費項目*）。在某些情況下，不同的規則適用於 B 部分處方藥請求。在這些情況下，我們將解釋 B 部分處方藥的規則與醫療項目和服務的規則有何不同。

本節闡述了您處在以下任意五種情況之一時可以採取的做法：

1. 您未能獲得您想要的特定醫療保健服務，同時，您認為該保健服務是在本計劃承保範圍之內的。**要求作出保險決定。第 5.2 節。**
2. 本計劃不認可您的醫生或其他醫療服務提供者希望為您提供的醫療保健服務，但您認為該項保健服務是在本計劃承保範圍之內的。**要求作出保險決定。第 5.2 節。**
3. 您得到了您認為在本計劃承保範圍之內的醫療保健，但是，我們已表明我們將不支付此保健費用。**進行上訴。第 5.3 節。**
4. 您得到並已支付了您認為在本計劃承保範圍之內的醫療保健，並希望本計劃為您償付該保健費用。**將帳單寄送給我們。第 5.5 節。**
5. 您得知某種您一直在接受且我們之前也已認可了的醫療保健保險將降低保額或停止承保，您認為降低或停止該保健的保險費用將有害於您的健康。**進行上訴。第 5.3 節。**

注：如果將要被停止的保險是針對住院治療、家庭保健、專業護理機構護理或綜合門診復健機構(CORF)服務，則您需要閱讀本章第 7 部分和第 8 部分。特殊規則適用於這些類型的護理。

第 5.2 節 步驟：如何要求我們作出保險決定

法律術語

保險決定涉及您的醫療保健時，將被稱為「**組織裁定**」。

「快速保險決定」又名「**加急裁定**」。

步驟 1：決定您需要「標準保險決定」還是「快速保險決定」。

「標準保險決定」通常在 14 日內作出，對於 B 部分藥物，則在 72 小時內作出。醫療服務的「快速保險決定」通常在 72 小時內作出，而對於 B 部分藥物，則在 24 小時內作出。為了獲得快速保險決定，您必須滿足兩個要求：

- 您只能要求對您尚未接受的醫療項目和/或服務進行承保（不能要求承保已接受的醫療項目和/或服務）。
- 僅當標準時限將嚴重危及您的健康，損害您的功能能力之時，您方可獲得快速保險決定。

- 如果您的醫生告訴我們，您因健康問題需要我們作出「快速保險決定」，我們將自動同意為您作出快速保險決定。
- 如果您在沒有醫生支援的情況下，自行要求獲得快速保險決定，我們將自行確定您的健康是否需要我們為您作出快速保險決定。如果我們不核准快速保險決定，我們將向您傳送一封信：
 - 解釋我們將使用標準截止日期。
 - 解釋如果您的醫生要求快速保險決定，那麼我們將自動為您作出快速保險決定。
 - 解釋如果我們為您作出標準保險決定而非您所要求的快速保險決定，您該如何提出「快速投訴」。

步驟 2：要求本計劃作出保險決定或快速保險決定。

- 由向本計劃致電、寫信或傳真的方式向我們提出授權或為您希望獲得的醫療保健提供保險的請求。您、您的醫生或您的代表都可以這樣做。第 2 章有聯絡資訊。

步驟 3：我們考慮您的醫療保健保險請求，並為您作出答覆。

對於標準保險決定，我們使用標準截止日期。

這意味著我們將在收到您關於醫療項目或服務的請求後 **14 個日曆日**內給您答覆。若您請求 **Medicare B 部分處方藥**，我們將在收到請求後 **72 小時**內給您答覆。

- 但是，如果您需要更多時間，或者如果我們需要更多或許有益於您的資訊，我們可**最多再用 14 天**的時間（如果您提出關於醫療項目或服務的請求）。如果我們要多花幾天時間，我們將書面告知您。如果您提出關於 **Medicare B 部分處方藥**的請求，則我們不能延長決定時間。
- 如果您認為我們不應該延長決定時間，您可進行「快速投訴」。我們將在做出決定後儘快答覆您的投訴。（投訴程序不同於要求作出保險決定和上訴的程序。有關投訴的資訊，請參閱本章第 10 部分。）

對於快速保險決定，我們使用加急期限

快速保險決定意味著如果您提出關於醫療項目或服務的請求，我們將在 **72 個小時**內給您答覆。若您請求 **Medicare B 部分處方藥**，我們將在 **24 小時**內向您作出答覆。

- 但是，如果您需要更多時間，或者如果我們需要更多有益於您的資訊，我們**最多可能延長 14 天**的時間。如果我們要多花幾天時間，我們將書面告知您。如果您提出關於 **Medicare B 部分處方藥**的請求，則我們不能延長決定時間。
- 如果您認為我們不應該延長決定時間，您可進行「快速投訴」。（有關投訴的資訊，請參閱本章第 10 部分。）我們作出決定後就會立即向您致電。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」，我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因。

步驟 4：如果我們拒絕您的醫療護理保險請求，則您可上訴。

- 如果我們拒絕，您有權透過上訴要求我們重新考慮該決定。這意味著再次嘗試獲得您想要的醫療護理保險。如果您上訴，則表示您將進入第 1 級上訴程序。

第 5.3 節**步驟：如何進行第 1 級上訴****法律術語**

針對本計劃醫療保健保險決定進行的上訴叫作計劃「**重新審議**」。

「快速上訴」又稱為「**加急覆議**」。

步驟 1：決定您需要「標準上訴」還是「快速上訴」。

「標準上訴」通常在 30 天內作出，對於 B 部分藥物，則在 7 天內作出。「快速上訴」通常在 72 小時內作出答覆。

- 如果您正在對我們針對您尚未得到的保健保險作出的決定提出上訴，您和/或您的醫生將需要決定您是否需要「快速上訴」。如果您的醫生告訴我們您因健康問題需要進行「快速上訴」，我們將為您進行快速上訴。
- 獲得「快速上訴」的要求與本章第 5.2 節所述的「快速保險決定」要求相同。

步驟 2：向本計劃提出上訴或快速上訴

- 如果您要求進行標準上訴，則請提交標準書面上訴。您可致電我們以要求上訴。第 2 章有聯絡資訊。
- 若您要求快速上訴，您可提出書面上訴或致電我們。第 2 章有聯絡資訊。
- 您必須在我們向您傳送書面通知（告訴您我們對保險決定作出的答覆）之日 **60 個日曆日內提出上訴請求**。如果您錯過了此截止日期並有充分的錯失理由，請在您提出上訴時說明延遲上訴的理由。我們將給您更多時間進行上訴。充分理由範例包括：因重病無法聯絡我們，或我們向您提供了錯誤或不完整的上訴截止日期相關資訊。
- 您可以索取有關您的醫療決定的資訊的副本。您和您的醫生可以新增更多資訊以支援您的上訴。

步驟 3：我們將考慮您的上訴並向您提供我們的答覆。

- 本計劃審核您的上訴時，我們將仔細檢查所有資訊。我們將核查我們在拒絕您的請求時是否遵守了所有的規則。
- 如果需要，我們將收集更多資訊，可能會聯絡您或您的醫生。

「快速上訴」時限

- 對於快速上訴，我們必須在**收到您的上訴後 72 小時內**提供答覆。如果您的健康狀況需要我們這麼做，我們將更早提供我們的決定。
 - 但是，如果您需要更多時間，或者如果我們需要更多或許有益於您的資訊，我們可**最多再用 14 個日曆日**的時間（如果您提出關於醫療項目或服務的請求）。如果我們要多花幾天時間，我們將書面告知您。如果您提出關於 Medicare B 部分處方藥的請求，則我們不能延長時間。
 - 如果我們未能在 72 小時內（或者如果我們延期了，則在延長期限末）給您答覆，我們將按照要求將您的請求自動送入第 2 級上訴程序，在這一階段，將由獨立審核組織對其進行審核。第 5.4 節說明第 2 級上訴程序。
- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」，就必須在接到您的上訴後 72 小時內授權或提供我們已同意提供的保險。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將以書面形式向您傳送我們的決定，並自動將您的上訴轉交給獨立審核組織進行第 2 級上訴。獨立審核組織收到您的上訴後，將以書面形式通知您。

「標準上訴」時限

- 對於標準上訴，我們必須在**收到您的上訴後 30 個日曆日內**提供答覆。若您請求您尚未得到的 Medicare B 部分處方藥，我們就將在接到您的上訴後 **7 個日曆日內**為您作出答覆。如果您的健康狀況需要我們這麼做，我們將更早提供我們的決定。
 - 但是，如果您需要更多時間，或者如果我們需要更多或許有益於您的資訊，我們可**最多再用 14 個日曆日**的時間（如果您提出關於醫療項目或服務的請求）。如果我們要多花幾天時間，我們將書面告知您。如果您提出關於 Medicare B 部分處方藥的請求，則我們不能延長決定時間。
 - 如果您認為我們不應該延長決定時間，您可進行「快速投訴」。您提交快速投訴後，我們將在 24 小時內針對您的投訴提供答覆。（有關投訴的資訊，請參閱本章第 10 部分。）
 - 如果我們未能在截止日期前（或延長期限結束前）給您答覆，我們會將您的請求傳送給第 2 級上訴，由獨立審核組織進行審核。第 5.4 節說明第 2 級上訴程序。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

- 如果我們同意您的部分或全部請求，就必須在 30 個日曆日（如果您提出關於醫療項目或服務的請求）或 7 個日曆日內（如果您提出關於 Medicare B 部分處方藥的請求）授權或提供保險。
- 如果本計劃拒絕您所提出的部分或全部上訴，我們將自動將您的上訴提交給獨立審核組織，進行第 2 級上訴。

第 5.4 節 步驟：第 2 級上訴是如何進行的**法律術語**

該獨立審查組織的正式名稱為「獨立審查實體」。有時又稱「IRE」。

獨立審核組織是由 Medicare 雇用的獨立組織。該組織與我們沒有聯絡，且並非政府機構。該組織決定我們所做的決定是否正確或者是否應該變更。Medicare 負責對其工作進行監督。

步驟 1：獨立審核組織將對您的上訴進行審核。

- 我們將把您的相關上訴資訊寄送給該組織。該資訊又稱「個案卷宗」。您有權向我們索取您的個案卷宗副本。
- 您有權向獨立審核組織提供額外資訊以支援您的上訴。
- 獨立審核組織的審核員將仔細查看與您的上訴相關的所有資訊。

如果您在第 1 級過程中進行了「快速上訴」，則您在第 2 級過程中也將提起「快速上訴」

- 對於「快速上訴」，審查組織必須在收到您的上訴後 72 小時內對您的第 2 級上訴作出答覆。
- 但是，如果您提出關於醫療項目或服務的請求，以及獨立審核組織需要收集更多或許有益於您的資訊，則其可最多再用 14 個日曆日的時間。如果您提出關於 Medicare B 部分處方藥的請求，則獨立審核組織不能延長決定時間。

如果您在第 1 級過程中進行了「標準上訴」，則您在第 2 級過程中也將提起「標準上訴」

- 對於「標準上訴」，如果您提出關於醫療項目或服務的請求，審查組織必須在收到您的上訴後 30 個日曆日內對您的第 2 級上訴作出答覆。如果您提出關於 Medicare B 部分處方藥的請求，則審核組織必須在接到您的上訴請求後 7 個日曆日內對您的第 2 級上訴作出答覆。
- 但是，如果您提出關於醫療項目或服務的請求，以及獨立審核組織需要收集更多或許有益於您的資訊，則其可最多再用 14 個日曆日的時間。如果您提出關於 Medicare B 部分處方藥的請求，則獨立審核組織不能延長決定時間。

步驟 2：獨立審核組織將對您作出答覆。

獨立審核組織將以書面形式告訴您其決定，並解釋其理由。

- 如果該審核組織同意了醫療項目或服務的部分或全部請求，我們就必須在收到審核組織就標準請求作出的決定後 72 小時內授權醫療護理保險或在 14 個日曆日內提供服務。對於加急請求，我們從收到審核組織的決定之日起有 72 小時的時間。
- 如果該審核組織同意了您的部分或全部 Medicare B 部分處方藥請求，我們就必須在收到審核組織作出的決定後的 72 小時內授權或提供發生爭議的 B 部分處方藥（對於標準請求）。對於加急請求，我們從收到審核組織的決定之日起有 24 小時的時間。
- 如果該組織拒絕了您的部分或全部請求，就意味著他們認同我們關於不應核准您的醫療保健保險請求（或您的部分請求）的決定。（這被稱為「維持決定」或「駁回上訴」。）在這種情況下，獨立審核組織會向您傳送一封信：
 - 解釋其決定。
 - 通知您，如果醫療護理保險的金額達到特定的最低金額，您有權提出第 3 級上訴。您從獨立審核組織收到的書面通知將告訴您繼續上訴程序必須達到的金額。
 - 告訴您如何提出第 3 級上訴。

步驟 3：如果您的個案符合要求，您可選擇是否希望繼續進行上訴。

- 第 2 級上訴之後還有三個上訴程序（共有五個上訴等級）。如果您想提出第 3 級上訴，有關如何進行的詳細資訊，請參閱您在第 2 級上訴後收到的書面通知。
- 第 3 級上訴交由行政法官或代理審判員。本章第 9 部分說明第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴程序。

第 5.5 節	如果您要求我們支付您已收到的醫療保健帳單中我們的分攤費用會怎樣？
----------------	---

第 7 章中闡述了您需要我們對您從某服務提供者處收到的帳單進行償付或支付的情況。本章亦將介紹了如何向我們傳送要求我們支付的文書。

要求償付即要求我們作出保險決定

如果您向我們傳送要求償付的文書，則表示您在要求作出保險決定。為作出此決定，我們將核查您支付的醫療保健是否為承保範圍內的服務。我們還將核查您是否遵守了使用醫療護理保險的所有規則。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

- **如果我們同意您的請求：**如果醫療護理在承保範圍之內，並且您也遵守了所有的規則，我們將在收到您的請求後 60 個日曆日內支付費用中我們的分攤部分。如果您尚未支付醫療保健的費用，我們將直接把費用支付給醫療服務提供者。
- **如果我們拒絕您的請求：**如果醫療保健服務不在承保範圍內，或者您未遵守所有的規則，我們將不支付費用。相反，我們將向您寄送信件，說明我們將不支付醫療保健費用以及拒絕支付的原因。

如果您不同意我們拒絕您的這一決定，**您可進行上訴**。如果您進行上訴，也就意味著您在我們拒絕您的付款請求後，要求我們變更已作出的保險決定。

如欲提出此項上訴，請遵循第 5.3 節所述的上訴程序。有關償付的上訴，請注意：

- 我們必須在收到您的上訴後 60 個日曆日內提供我們的答覆。如果您要求我們償付您已得到並支付的醫療保健服務，則您將不能要求進行快速上訴。
- 如果獨立審核組織決定我們應該付款，那麼我們必須在 30 個日曆日內向您或服務提供者付款。如果在第 2 級以後的任意上訴階段，針對我們上訴的答覆為「是」，我們就必須在 60 個日曆日內向您或服務提供者支付您所要求的費用。

第 6 部分 您的 D 部分處方藥：如何要求作出保險決定或進行上訴

第 6.1 節	本節闡述了當您在獲得 D 部分處方藥時遇到困難或者當您希望我們為您償付您的 D 部分處方藥時該怎麼做
----------------	---

您的福利包括多種處方藥保險。要被承保，就必須針對醫學公認的病症用藥。（有關醫學公認病症的更多資訊，請參見第 5 章。）有關 D 部分藥品、規則、限制和費用的詳細資訊，請參見第 5 章和第 6 章。**本節僅與您的 D 部分藥品相關**。為簡潔起見，我們在本節其餘部分統稱「藥品」，而非每次都重複表述「承保門診處方藥」或「D 部分藥品」。我們還使用《藥物清單》這個詞，而不是《承保藥物清單》或者《處方一覽表》。

- 如果您不知道某種藥品是否在承保範圍內，或者您是否符合規定，您可以向我們諮詢。有些藥品需要您獲得我們的核准，然後我們才會承保。
- 如果藥房告訴您，您的處方無法以書面形式開立，藥房將向您傳送一份書面通知，說明如何聯絡我們並要求我們作出保險決定。

D 部分保險決定和上訴

法律術語

有關您 D 部分藥品的初始保險決定稱作「保險決定」。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

保險決定是我們對您享有的福利和保險，或我們為您的藥品支付金額作出的決定。本節向您介紹在以下情況下您該如何操作：

- 要求我們對不在本計劃**承保藥物清單**上的**D**部分藥品進行承保。**尋求特例處理。第 6.2 節**
- 要求免除本計劃對某藥品保險的限制（例如對您可獲得的藥品數量的限制）。**尋求特例處理。第 6.2 節**
- 對於承保的較高分攤費用級的藥品要求支付較低分攤費用金額。**尋求特例處理。第 6.2 節**
- 要求獲得藥品的預先核准。**要求作出保險決定。第 6.4 節**
- 要求支付您已購買的處方藥。**要求我們對您進行償付。第 6.4 節**

如果您對我們已作出的保險決定有異議，則可對我們的決定提起上訴。

本節闡述了要求我們作出保險決定以及提請上訴的方式。

第 6.2 節 什麼是特例？**法律術語**

要求得到不在《藥物清單》上的藥品的保險，有時也稱要求獲得《處方一覽表》特例」。

要求免除某種藥品保險的限制，有時也稱要求獲得《處方一覽表》特例。

要求為承保非偏好藥品支付較低的價格，有時候也稱要求獲得**層級劃分特例**。

如果某種藥品並非以您所希望的方式承保，則您可要求我們提供「特例」。特例是保險決定的一種。

為了讓我們考慮您的特例請求，您的醫生或其他處方醫生將需要解釋您需要我們核准此特例的醫療理由。以下為您或您的醫生或其他處方醫生可以要求我們提供的特例的三個範例：

1. **為您承保不在我們的《藥物清單》中的 D 部分藥物**。如果我們同意為不在《藥物清單》上的藥品進行承保，您將需要支付適用於第 4 級藥品的分攤費用金額。您不能要求我們對我們要求您支付的藥費分攤費用提供特例。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

2. 取消承保藥品的限制。第 5 章介紹了適用於《藥物清單》上某些藥品的額外規則或限制。如果我們同意提供特例並為您免除限制，您可以要求我們對我們要求您支付的藥品自付費用或共同保險金額提供特例。
3. **將某種藥品的保險變更至較低的分攤費用級。**本計劃《藥物清單》中的每一種藥都處於這五(5)大分攤費用層級中的某一級。通常，分攤費用級數越低，您將支付的分攤藥費也就越少。
 - 如果我們的《藥物清單》上包括可治療您醫療疾病且處於低於您服用藥品的分攤費用等級的替代藥品，您可要求我們以適用於該替代藥品等級分攤費用金額對您的藥品進行承保。
 - 如果您服用的藥品是生物製劑，您可要求我們以較低分攤費用的金額對其進行承保。這將是包含治療您的疾病的生物製品替代品的最低等級。
 - 如果您服用的藥品是品牌藥，您可要求我們以適用於包含可治療您疾病的品牌替代藥品的最低分攤費用等級的金額對其進行承保。
 - 如果您服用的藥品是普通藥品，您可要求我們以適用於包含可治療您疾病的品牌或普通替代藥品的最低分攤費用等級的金額對其進行承保。
 - 您不能要求我們變更任何 5 級（專業藥品級）藥品的分攤費用等級。
 - 如果我們核准您的層級劃分特例請求，且存在超過一個較低的分攤費用等級有您無法服用的替代藥品，您一般可支付最低費用。

第 6.3 節 要求特例時應瞭解的重要事項

您的醫生必須向我們告知醫療理由。

您的醫生或其他處方醫生必須向我們提交說明，解釋要求獲得特例的醫療理由。為令我們更快地作出決定，請在要求得到特例時，將您的醫生或其他處方醫生提供的醫療資訊包含其中。

通常情況下，我們的《藥物清單》包括一種以上用以治療您特定病情的藥品。這些可供選擇的不同藥品被稱為「替代」藥品。如果某種替代性藥品與您所要求的藥品有著相同的效用，並不會產生副作用或導致其他健康問題，我們一般將不會核准您的特例請求。如果您向我們要求等級特例處理，我們一般不會批准您的特例請求，除非較低分攤費用等級的所有替代藥品均無法對您產生相同的效果，或者可能對您有副作用或任何損害。

我們可以同意或拒絕您的請求

- 如果我們核准了您的特例請求，我們的核准有效期通常為本計劃的年末。只要您的醫生繼續為您開出該藥品，並且此藥品在治療您的症狀時仍安全有效，這就是真的。

- 如果我們拒絕了您的請求，您可以透過上訴要求我們覆核。

第 6.4 節 步驟：如何要求我們作出保險決定（包括特例）

法律術語

「快速保險決定」又名「加急保險裁定」。

步驟 1：決定您需要「標準保險決定」還是「快速保險決定」。

「標準保險決定」——在我們收到您醫生說明後的 **72 小時**內作出答覆。「快速保險決定」——在我們收到您醫生說明後的 **24 小時**內作出答覆。

如果您因健康問題需要，可要求我們為您作出「快速保險決定」。要獲得快速保險決定，您必須滿足兩個要求：

- 您必須申請尚未收到的藥品。（您不能要求快速保險決定償付您已購買的藥品。）
- 使用標準截止日期將嚴重危及您的健康，損害您的功能能力。
- 如果您的醫生或其他處方醫生告訴我們，您因健康問題需要我們作出「快速保險決定」，我們將自動為您作出快速保險決定。
- 如果您在沒有醫生或處方醫生支援的情況下，自行要求獲得快速保險決定，我們將自行確定您的健康是否需要我們為您作出快速保險決定。如果我們不核准快速保險決定，我們將向您傳送一封信：
 - 解釋我們將使用標準截止日期。
 - 解釋如果您的醫生或處方醫生要求我們做出快速保險決定，我們將自動為您做出快速保險決定。
 - 向您告知如果我們為您作出標準保險決定而非您所要求的快速保險決定，您該如何提出「快速投訴」。我們將在收到投訴後 24 小時內答覆您。

步驟 2：申請「標準保險決定」或「快速保險決定」。

由向本計劃致電、寫信或傳真的方式向我們提出授權或為您希望獲得的醫療保健提供保險的請求。您也可透過我們的網站獲得保險決定程序。我們必須接受所有的書面請求，其中包括以《CMS 範本保險裁定申請書》形式提交的請求（可從我們的網站上下載）。第 2 章有聯絡資訊。為了幫助我們處理您的請求，請務必附上您的姓名、聯絡資訊以及確定正在上訴的被拒理賠的資訊。

您、您的醫生（或其他處方醫生）或您的代表都可以這樣做。您也可以聘請律師作為您的代表。本章的第 4 部分闡述了您可如何向他人授予書面許可令其作為您的代表。

- 如果您正在申請獲得特例，則請提供「支援性聲明」，這是特例的醫學原因。您的醫生或其他處方醫生可向我們傳真或郵寄該說明。或者，您的醫生或其他處方醫生可透過電話告訴我們，並且，如有需要，可傳真或郵寄書面說明進行追蹤。

步驟 3：我們將考慮您的請求並向您提供我們的答覆。

「快速保險決定」時限

- 我們通常必須在收到您的請求後 **24 小時內** 給您答覆。
 - 對於特例，我們將在收到您的醫生的支援性聲明後 24 小時內給您答覆。如果您的健康狀況需要我們這麼做，我們將更早提供我們的決定。
 - 如果未能滿足此截止日期，我們將按照要求將您的請求送至上訴程序的第 2 級；在這一階段，將由獨立審核組織對其進行審核。
- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」，就必須在接到您的請求或您醫生的說明（用以支援您的請求）後 24 小時內提供我們已同意提供的保險。
- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」，我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因。我們還將告訴您該如何上訴。

有關對您尚未獲得的藥物的「標準承保決定」的時限

- 我們通常必須在收到您的請求後 **72 小時內** 給您答覆。
 - 對於特例，我們將在收到您的醫生的支援性聲明後 72 小時內給您答覆。如果您的健康狀況需要我們這麼做，我們將更早提供我們的決定。
 - 如果未能滿足此截止日期，我們將按照要求將您的請求送至上訴流程的第 2 級；在這一階段，將由獨立審查組織對其進行覆核。
- 如果我們同意您的部分或全部請求，就必須在接到您的請求或您醫生的說明（用以支援您的請求）後 **72 小時內** 提供我們已同意提供的保險。
- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」，我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因。我們還將告訴您該如何上訴。

有關已購買藥品付款的「標準承保決定」時限

- 我們必須在收到您的請求後 **14 個日曆日內** 提供我們的答覆。
 - 如果未能滿足此截止日期，我們將按照要求將您的請求送至上訴程序的第 2 級；在這一階段，將由獨立審核組織對其進行審核。
- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」，也必須在接到您的請求後 14 個日曆日內為您進行支付。
- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」，我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因。我們還將告訴您該如何上訴。

步驟 4：如果我們拒絕您的保險請求，您可以提出上訴。

- 如果我們拒絕，您有權透過上訴要求我們重新考慮該決定。這意味著再次嘗試獲得您想要的藥品保險。如果您提出上訴，則表示您將進入第 1 級上訴流程。

第 6.5 節 **步驟：如何進行第 1 級上訴**

法律術語

針對本計劃 D 部分藥品保險決定進行的上訴叫作計劃「**重新裁定**」。

「快速上訴」又稱為「**加急覆議**」。

步驟 1：決定您需要「標準上訴」還是「快速上訴」。

「標準上訴」通常在 7 天內作出答覆。「快速上訴」通常在 72 小時內作出答覆。若您的健康狀況有此需要，請要求「快速上訴」。

- 如果您正在對我們針對您尚未得到的藥品作出的決定提出上訴，您和您的醫生或其他開藥者將需要決定您是否需要「快速上訴」。
- 獲得「快速上訴」的要求與本章第 6.4 節所述的「快速保險決定」要求相同。

步驟 2：您、您的代表、醫生或其他處方醫生必須聯絡我們，進行第 1 級上訴。如果您的健康問題需要快速回應，則您必須要求進行「快速上訴」。

- 對於標準上訴，請提交書面請求或致電我們。第 2 章有聯絡資訊。
- 對於快速上訴，請以書面形式提交上訴，或致電 1-877-940-9330 與我們聯絡。第 2 章有聯絡資訊。
- 我們必須接受所有的書面請求，其中包括以《CMS 範本保險裁定申請書》形式提交的請求（可從我們的網站上下載）。請務必附上您的姓名、聯絡資訊和有關您理賠的資訊，以協助我們處理您的請求。
- 您必須在我們向您傳送書面通知（告訴您我們對保險決定作出的答覆）之日 **60 個日曆日內**提出上訴請求。如果您錯過了此截止日期並有充分的錯失理由，請在您提出上訴時說明延遲上訴的理由。我們將給您更多時間進行上訴。充分理由範例包括：因重病無法聯絡我們，或我們向您提供了錯誤或不完整的上訴截止日期相關資訊。
- 您可在上訴中索取資訊副本，並增加更多資訊。您和您的醫生可以新增更多資訊以支援您的上訴。

步驟 3：我們將考慮您的上訴並向您提供我們的答覆。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

- 我們覆核您的上訴後，我們將再次仔細檢查有關您的保險請求的所有資訊。我們將核對我們在拒絕您的請求時是否遵守了所有的規則。我們將聯絡您或您的醫生或其他處方醫生，以獲得更多資訊。

「快速上訴」時限

- 對於快速上訴，我們必須在**收到您的上訴後 72 小時內**提供答覆。如果您的健康狀況需要我們這麼做，我們將更早提供我們的決定。
 - 如果我們未能在 72 小時內給您答覆，我們就按照要求將您的請求送至上訴程序的第 2 級；在這一階段，將有獨立審核組織對其進行審核。第 6.6 節說明第 2 級上訴程序。
- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」，就必須在接到您的上訴後 72 小時內提供我們已同意提供的保險。
- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」，我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因，並告訴您該如何對我們的決定提起上訴。

針對您尚未得到的藥品的「標準」上訴截止日期

- 對於標準上訴，我們必須在**收到您的上訴後 7 個日曆日內**提供答覆。如果您尚未得到該藥品且您的健康狀況需要我們這樣做，我們將更早為您作出決定。
 - 如果未能在 7 個日曆日內為您作出決定，我們將按照要求將您的請求送至上訴程序的第 2 級；在這一階段，將有獨立審核組織對其進行審核。第 6.6 節說明第 2 級上訴程序。
- 如果我們同意您的部分或全部請求，我們必須根據您的健康狀況儘快提供保險，但不得遲於我們收到您的上訴後的**7 個日曆日**。
- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」，我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因，並告訴您該如何對我們的決定提起上訴。

有關已購買藥品付款的「標準上訴」截止日期

- 我們必須在收到您的請求後**14 個日曆日內**提供我們的答覆。
 - 如果未能滿足此截止日期，我們將按照要求將您的請求送至上訴程序的第 2 級；在這一階段，將由獨立審核組織對其進行審核。
- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」，也必須在接到您的請求後**30 個日曆日內**為您進行支付。
- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」，我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因。我們還將告訴您該如何上訴。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

步驟 4：如果我們拒絕了您的上訴，則您可決定是否希望繼續執行上訴程序並提起另一輪上訴。

- 如果您決定繼續提起另一輪上訴，則表示您的上訴將進入第 2 級上訴程序。

第 6.6 節 步驟：如何進行第 2 級上訴**法律術語**

該獨立審查組織的正式名稱為「**獨立審查實體**」。有時又稱「**IRE**」。

獨立審核組織是由 Medicare 雇用的獨立組織。該組織與我們沒有聯絡，且並非政府機構。該組織決定我們所做的決定是否正確或者是否應該變更。Medicare 負責對其工作進行監督。

步驟 1：您（或您的代表、或您的醫生、或其他處方醫生）必須聯絡獨立審核組織並要求對您的個案進行審核。

- 如果我們拒絕了您的第 1 級上訴，我們寄送給您的書面通知中將包括如何向獨立審核組織**提起第 2 級上訴**的說明。這些說明將闡述誰能夠進行第 2 級上訴、您必須遵守的截止日期，以及如何聯絡該審核組織。但是，如果我們沒有在適用的時間範圍內完成審核，或者根據我們的藥物管理計劃，對一個「**處於危險中**」的裁定作出了不利決定，那麼我們將自動將您的索賠提交給獨立審核實體(IRE)。
- 我們將把您的相關上訴資訊寄送給該組織。該資訊又稱「**個案卷宗**」。您有權向我們索取您的個案卷宗副本。
- 您有權向獨立審核組織提供額外資訊以支援您的上訴。

步驟 2：獨立審核組織將對您的上訴進行審核。

獨立審核組織的審核員將仔細查看與您的上訴相關的所有資訊。

「快速上訴」的截止日期

- 如果您因健康問題而有需要，則可要求該獨立審查組織進行「快速上訴」。
- 如果該組織同意為您進行「快速上訴」，則其必須在接到您的上訴請求後 72 小時內對您的第 2 級上訴作出答覆。

「標準上訴」的截止日期

- 對於標準上訴，如果是關於您尚未收到的藥品，則審核組織必須在接到您的上訴請求後 **7 個日曆日**內對您的第 2 級上訴作出答覆。如果您申請我們向您償付您已購買的藥品費用，審核組織必須在接到您的第 2 級上訴後的 **14 個日曆日**內答覆您。

步驟 3：獨立審核組織將對您作出答覆。

對於「快速上訴」：

- 如果獨立審核組織同意您的部分或全部請求，我們就必須在收到審核組織作出的決定後 24 小時內提供由該審核組織核准的藥品保險。

對於「標準上訴」：

- 如果獨立審核組織同意您的部分或全部保險請求，我們就必須在收到審核組織作出的決定後 72 小時內提供由該審核組織核准的藥品保險。
- 如果獨立審核組織同意您已購買藥品的部分或全部償付請求，我們就必須在接到審核組織作出的決定後 30 個日曆日內向您寄送該費用。

如果該審核組織拒絕了您的上訴會怎樣？

如果該組織拒絕了您的部分或全部請求，這意味著他們同意我們不核准您的請求（或您的部分請求）的決定。（這被稱為「維持決定」。亦稱為「駁回上訴」）。在這種情況下，獨立審核組織會向您傳送一封信：

- 解釋其決定。
- 通知您，如果您申請的藥品保險的金額達到特定的最低金額，您有權提出第 3 級上訴。如果您正在請求的藥品保險美元值過低，則無法繼續上訴，同時，第 2 級的決定即為最終決定。
- 解釋要繼續上訴程序，爭議中必須涉及特定的美元值。

步驟 4：如果您的個案符合要求，您可選擇是否希望繼續進行上訴。

- 第 2 級上訴之後還有三個上訴程序（共有五個上訴等級）。
- 如果您決定提起第 3 級上訴，有關如何進行此操作的詳細內容將包含在您第 2 級上訴決定後得到的書面通知中。
- 第 3 級上訴交由行政法官或代理審判員。本章中的第 9 部分闡述了有關第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴程序的更多內容。

第 7 部分 如果您認為醫生太快讓您出院，該怎樣要求我們對較長的住院治療進行承保

住院後，您將有權獲得診斷及治療您的疾病或損傷所需的所有承保醫院服務。

在承保的您住院期間，您的醫生和醫務人員將配合您為您的出院之日做準備。他們將協助安排您出院後可能需要的護理服務。

- 您離開醫院的日期稱為「**出院日期**」。
- 您的出院日期確定後，您的醫生或醫務人員將通知您。
- 如果您認為您過早被要求離開醫院，您可請求更長的住院時間，您的請求也將得到考慮。

第 7.1 節	住院治療期間，您將得到 Medicare 傳送的書面通知說明您的相關權利
----------------	---

在入院後兩天內，您將收到一份名為「*Medicare 關於您的權利的重要資訊*」的書面通知。Medicare 的每位會員都會收到此通知的副本。如果您未從醫院的某位人員（例如，個案工作者或護士）處收到通知，請向任何醫院員工索取。如果您需要幫助，請致電會員服務部或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放（聽力障礙電傳：1-877-486-2048）。

4. 請認真閱讀此通知，如有不理解之處，敬請提出問題。告訴您：

- 您有權在住院期間及出院以後，遵照醫囑得到 Medicare 承保的服務。其中包括有權知曉這些服務是什麼、誰將支付這些服務費，以及您可從何處得到這些服務。
- 您有權參與關於您的住院情況的決定。
- 向何處舉報您的住院治療服務品質相關問題。
- 如果您認為自己過早被要求出院，您有權**要求立即審核**您的出院決定。這是一種要求延遲出院日期的正式法律途徑，藉此，我們便可以為您承保更長時間的醫院治療服務。

5. 您需要簽署書面通知表明您已獲得並瞭解了您的權利。

- 您或代表您的他人需要簽署該通知。
- 簽署該通知**僅**表明您已得到有關您權利的資訊。通知沒有給出您的出院日期。簽署該通知**並不**意味著您認同該出院日期。

6. 請將您的通知副本儲存在方便拿取的位置，以便在需要時可獲得關於進行上訴（或舉報護理服務品質相關問題）的資訊。

- 如果您在出院前兩天以上時間簽署了該通知，則您將在規定出院前再得到一份副本。
- 要提前檢視此通知副本，您可致電會員服務部或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。您也可登入以下網站：

www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices 線上查閱通知。

第 7.2 節 步驟：如何進行第 1 級上訴，以變更您的出院日期

如果您希望要求我們承保更長時間的住院服務，就需要使用上訴程序提出此要求。開始之前，請先瞭解您需要做什麼以及截止日期是什麼。

- 遵循程序。
- 遵守時限。
- 若有需要請尋求協助。若您有問題或需要協助，請致電聯絡會員服務部。或致電您的 State Health Insurance Assistance Program，這是一個提供個性化援助的政府組織。

在第 1 級上訴期間，品質改善組織會審核您的上訴。其將核查您的規定出院日期是否在醫學上適用於您。

品質改善組織是由醫生和其他醫療保健專業人士組成的團隊，他們享受聯邦政府發放的薪酬，負責檢查和幫助提高 Medicare 會員的護理品質。其中包括對 Medicare 計劃參與者的出院日期進行覆核。這些專家並非我們計劃的一部分。

步驟 1：聯絡您所在州的品質改善組織，並要求對您的出院情況進行立即審核。您必須迅速行動。

您該如何聯絡該組織？

- 您收到的書面通知（來自 Medicare 的有關您權利的重要訊息）將向您說明該如何聯絡該組織。或者在第 2 章中找到您所在州的品質改善組織的名稱、地址和電話號碼。

迅速行動：

- 要進行上訴，您必須在離開醫院前且不遲於出院日期當天午夜聯絡品質改善組織。
 - 如果您的時間符合此截止日期，則您可在出院日期後繼續住在醫院裡（無需付費），等待品質改善組織為您作出決定。
 - 如果您的時間不符合此截止日期，但您決定在規定出院日期後繼續住在醫院裡，則您將可能需要為您在規定出院日期後得到的住院治療服務支付所有費用。
- 如果您錯過了聯絡品質改善組織的截止日期，而您仍想上訴，則必須直接向本計劃提起上訴。有關其他上訴方式的詳細資訊，請參見第 7.4 節。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

一旦您要求立即審核您的出院情況，品質改善組織將與我們聯絡。在他們聯絡我們之後一天的中午前，我們會向您提供一份**詳細出院通知**。通知向您說明您的規定出院日期並詳細解釋您的醫生、醫院以及我們認為您應該在該日期出院（醫學上是適合的）的原因。

要獲得**詳細出院通知**的樣本，您可致電會員服務部或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。（聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。）或者您可以線上查看樣本通知：www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

步驟 2：品質改善組織對您的個案進行獨立覆核。

- 品質改善組織的健康專業人士（「審核員」）將詢問您（或您的代表）您為什麼認為我們應繼續對該服務進行承保。您無需準備書面材料，但是，如果您願意也可以進行準備。
- 審核員還將查閱您的醫療資訊、與您的醫生交談，並對醫院和我們已提交的資訊進行覆核。
- 在審核員向我們告知您的上訴的第二天中午，您將收到我們的書面通知，告知您計劃的出院日期。通知還向您詳細解釋您的醫生、醫院以及我們認為您應該在該日期出院（醫學上是適合的）的原因。

步驟 3：在得到所有必要資訊後一整日時間內，品質改善組織將對您的上訴作出答覆。**如果答覆為「是」將會如何？**

- 如果審核組織*同意*，我們就必須繼續向您提供承保住院服務，直到這些服務時長滿足醫學需求為止。
- 您將需要繼續支付您的分攤費用，例如：自負額或自付費用（如適用）。此外，還存在針對您的承保住院服務的限制。

如果答覆為「否」將會如何？

- 如果審查組織*拒絕*，即代表他們認為您的規定出院日期在醫療上是合適的。若如此，我們對您住院服務的承保將在品質改良組織給予您答覆後次日中午終止。
- 如果審查組織*拒絕*了您的上訴，但您決定繼續留在醫院裡，那麼您就需要為品質改善組織針對您的上訴作出答覆後當日正午以後得到的住院治療服務支付**全額費用**。

步驟 4：如果針對您第 1 級上訴的答覆為「否」，您將決定是否希望提起另一輪上訴。

- 如果品質改善組織對您上訴的答覆為「否」，*同時*，您在規定出院日期之後繼續留在醫院內，那麼您就可以提起另一輪上訴。提起另一輪上訴意味著您正在進入上訴程序的「第 2 級」。

第 7.3 節 步驟：如何進行第 2 級上訴，以變更您的出院日期

在第 2 級上訴期間，您要求品質改善組織再次審核他們對您第一次上訴的決定。若品質改善組織駁回您的第 2 級上訴，您可能必須支付您計劃出院日後住院的全部費用。

步驟 1：再次聯絡品質改善組織，要求其覆核。

- 您必須在自品質改善組織拒絕您的第 1 級上訴之日後 **60 個日曆日**內要求進行審核。僅在您的護理承保終止之日後繼續住院的情況下，您可提起此項審核。

步驟 2：品質改善組織再次對您的情況進行覆核。

- 品質改善組織中的審核員將再次仔細審查與您的上訴相關的所有資訊。

步驟 3：在收到您的第 2 級上訴請求後的 **14 個日曆日**內，審核員將對您的上訴作出決定，並告知您他們的決定。

如果審核組織的答覆為「是」：

- 我們必須為您償付您自品質改善組織拒絕您的首次上訴之日正午以後得到的住院治療服務費用中我們的分攤費用。我們必須繼續為您的住院治療提供保險，直到這些服務時長滿足醫學需求為止。
- 您必須繼續支付您的分攤費用，同時，可能存在適用的保險限制。

如果審核組織的答覆為「否」：

- 這就意味著他們認同自己對您的第 1 級上訴作出的決定。這被稱為「維持原判」。
- 您得到的書面通知將告訴您，如果您希望繼續該覆核程序該怎麼辦。

步驟 4：如果答覆為「否」，您將需要決定是否希望透過進入第 3 級上訴而繼續推進您的上訴程序。

- 第 2 級上訴之後還有三個上訴程序（共有五個上訴等級）。如果您想提出第 3 級上訴，有關如何進行的詳細資訊，請參閱您在第 2 級上訴決定後收到的書面通知。
- 第 3 級上訴交由行政法官或代理審判員。本章中的第 9 部分闡述了有關第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴程序的更多內容。

第 7.4 節 如果您錯過了變更出院日期的第 1 級上訴的截止日期該怎麼辦？

法律術語

「快速審核」（或「快速上訴」）也稱為「加急上訴」。

您可以轉而向我們提起上訴

如上所述，您必須迅速採取行動，就您的出院日期提出第 1 級上訴。如果您錯過了聯絡品質改善組織的截止日期，還有另一種方式可以進行上訴。

如果您使用另一種上訴方式，則前兩個上訴等級將有不同。

步驟：如何進行第 1 級替代性上訴

步驟 1：聯絡我們並要求我們進行「快速審核」。

- 要求進行「快速審核」。這意味著您是在要求我們採用「快速」截止日期而非「標準」截止日期為您提供答覆。第 2 章有聯絡資訊。

步驟 2：我們針對您的規定出院日期進行「快速審核」，核查該日期是否具有醫學恰當性。

- 在進行覆核期間，我們將檢查您所有的住院相關資訊。我們將核查您的規定出院日期是否具有醫學恰當性。我們判斷就您應何時離院的決定是否公正，是否遵循所有規則。

步驟 3：我們將在您要求我們進行「快速審核」之後 72 小時內告知您我們的決定。

- 如果我們同意您的上訴，這意味著我們同意您在出院日後仍需住院。我們就繼續向您提供承保住院服務，直到其時長滿足醫學需求為止。這還意味著我們已同意對自我們表示您的保險已終止之日後您得到的護理服務費用中我們的分攤費用進行償付。（您必須支付您的分攤費用，同時，可能存在適用的保險限制。）
- 如果我們拒絕了您的上訴，也就是我們認為您的計劃出院日期具有醫療適應性。我們為您提供的住院服務保險終止於我們宣佈保險終止的當天。
 - 如果您在您的規定出院日期後繼續住在醫院裡，那麼您或許需要全額支付您在規定出院日期後得到的住院治療服務。

步驟 4：如果本計劃拒絕了您的上訴，您的個案將被自動送入下一級上訴程序。

步驟：第 2 級替代上訴程序

法律術語
該獨立審查組織的正式名稱為「獨立審查實體」。有時又稱「IRE」。

獨立審核組織是由 Medicare 雇用的獨立組織。它與本計劃並無關聯且不是政府機構。該組織決定我們所做的決定是否正確或者是否應該變更。Medicare 負責對其工作進行監督。

步驟 1：我們將自動把您的個案轉入獨立審核組織。

- 我們將按照要求，在我們通知您我們已拒絕您的第一次上訴後 24 小時內，把您的第 2 級上訴資訊送至獨立審核組織。（如果您認為我們未能按照此截止日期或其他截止日期行事，您可進行投訴。本章第 10 部分說明了如何進行投訴。）

步驟 2：獨立審查組織對您的上訴進行「快速審核」。審核員在 72 小時內給您答覆。

- 獨立審核組織中的審核員將仔細審查與您針對出院情況提起的上訴相關的所有資訊。
- 如果此組織認同您的上訴，我們就必須對您自規定出院日期後得到的住院治療服務費用中我們的分攤費用進行償付。我們還必須繼續為您的住院治療服務提供本計劃的保險，直到這些服務時長滿足醫學需求為止。您必須支付您的分攤費用。如果存在保險限制，其將可能限制我們為您償付的金額，或者我們將繼續對您的服務進行承保的日期。
- 如果該組織拒絕了您的上訴，也就意味著他們同意了關於您的規定出院日期具有醫學恰當性的決定。
 - 您從獨立審核組織收到的書面通知將說明如何啟動第 3 級上訴的審核流程，此上訴由行政法官或代理審判員處理。

步驟 3：如果獨立審核組織拒絕了您的上訴，您可選擇是否希望繼續進行上訴。

- 第 2 級上訴之後還有三個上訴程序（共有五個上訴等級）。如果審核員拒絕了您的第 2 級上訴，您可決定是接受他們的決定，還是進入第 3 級上訴。
- 本章中的第 9 部分闡述了有關第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴程序的更多內容。

第 8 部分 如果您認為您的保險結束得過早，該怎樣要求我們繼續對特定醫療服務進行承保

第 8.1 節 本部分僅涉及三種服務：
家庭保健、專業康復機構保健以及綜合門診復健機構(CORF)服務。

在接受承保家庭健康服務、專業護理或復健護理（綜合門診復健機構）時，您有權繼續得到該護理類型的服務，直到診斷和治療您的疾病或損傷不再需要該護理服務為止。

我們決定應停止為您承保這三種類型的護理服務中任意一類服務後，應按要求提前通知您。我們針對該護理服務的保險終止後，將停止為您的護理服務支付我們的分攤費用。

如果您認為我們過早地終止了您的護理服務保險，您可對我們的決定進行上訴。本部分將向您闡述如何進行上訴。

第 8.2 節 您的承保即將終止時，我們將提早通知您

法律術語

《Medicare 不承保通知》。它將向您說明您如何申請「快速上訴」。提請快速通道上訴是一種要求對我們就何時停止您的護理服務作出的保險決定進行變更的正式法律途徑。

1. 您在本計劃將要終止承保您的護理服務至少兩天前收到一份書面通知。通知告訴您：
 - 我們將停止承保您的護理的日期。
 - 如何申請「快速上訴」，要求我們長期保持對您護理服務的承保。
2. 您或您的代表將被要求簽署書面通知表明您已接到該通知。簽署該通知僅表明您已得到有關您的保險將於何時終止的資訊。簽署該通知不表示您同意計劃停止護理的決定。

第 8.3 節 步驟：如何進行第 1 級上訴，以令本計劃為您提供更長時間的護理服務保險

如果您希望要求我們提供更長時間的護理服務保險，就需要使用該上訴程序提出此要求。開始之前，請先瞭解您需要做什麼以及截止日期是什麼。

- 遵循程序。
- 遵守時限。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

- **若有需要請尋求協助。** 若您有問題或需要協助，請致電聯絡會員服務部。或致電您的 State Health Insurance Assistance Program，這是一個提供個性化援助的政府組織。

在第 1 級上訴期間，品質改善組織會審核您的上訴。它決定您的護理結束日期在醫學上是否適當。

品質改善組織是由醫生和其他醫療保健專家組成的團隊，他們享受聯邦政府發放的薪酬，負責檢查和幫助提高 Medicare 會員的護理品質。這包括審核有關何時停止承保某些醫療護理的計劃決定。這些專家並非我們計劃的一部分。

步驟 1：提出第 1 級上訴：聯絡品質改善組織並請求快速通道上訴。 您必須迅速行動。

您該如何聯絡該組織？

- 您收到的書面通知（《Medicare 不承保通知》）會告訴您如何聯絡該組織。或者在第 2 章中找到您所在州的品質改善組織的名稱、地址和電話號碼。

迅速行動：

- 您必須聯絡品質改善組織，以在《Medicare 不承保通知》生效日期前一天的當日正午前，開始您的上訴。
- 如果您錯過了聯絡品質改善組織的截止日期，而您仍想提出上訴，則必須直接向本計劃提起上訴。有關其他上訴方式的詳細資訊，請參見第 8.5 節。

步驟 2：品質改善組織對您的個案進行獨立覆核。

法律術語

《不承保詳細說明》。通知，提供了終止承保的原因的詳細資訊。

在此覆核期間將發生什麼？

- 品質改善組織的健康專業人士（「審核員」）將詢問您（或您的代表）您為什麼認為我們應繼續對該服務進行承保。您無需準備書面材料，但是，如果您願意也可以進行準備。
- 審核組織還將查閱您的醫療資訊、與您的醫生交談，並對本計劃已提交的資訊進行覆核。
- 在審核員告知我們您的上訴的當天結束時，您將收到我們提供的「不承保詳細說明」，詳細解釋我們終止對您服務的承保的原因。

步驟 3：他們得到需要的所有資訊後一整日內，審核人將告知您他們的決定。

如果審核員核准，會發生什麼？

- 如果審核員認可了您的上訴，我們就必須繼續向您提供承保服務，直到這些服務時長滿足醫學需求為止。
- 您將需要繼續支付您的分攤費用，例如：自負額或自付費用（如適用）。您的承保服務可能會受到限制。

如果審核員拒絕，會發生什麼？

- 如果審核員拒絕，您的保險將於我們已通知您的日期終止。
- 如果您決定在您的保險終止日期之後繼續獲得家庭保健服務，或專業護理機構護理服務或綜合門診復健機構(CORF)服務，您將需要自行支付該護理服務的全額費用。

步驟 4：如果針對您第 1 級上訴的答覆為「否」，您將決定是否希望提起另一輪上訴。

- 如果審核人拒絕了您的第 1 級上訴——而您選擇在您的護理服務保險終止後繼續獲得護理服務——您就可以提起第 2 級上訴。

第 8.4 節	步驟：如何進行第 2 級上訴，以令本計劃為您提供更長時間的護理服務保險
----------------	--

在第 2 級上訴期間，您要求品質改善組織再次審核對您第一次上訴的決定。如果品質改善組織拒絕了您的第 2 級上訴，您就可能需要在我們通知您的保險終止日期後，支付您的家庭保健、或專業護理機構護理或綜合門診復健機構(CORF)服務的全部費用。

步驟 1：再次聯絡品質改善組織，要求其覆核。

- 您必須在自品質改善組織拒絕您的第 1 級上訴之日後 **60 日內** 要求進行此審核。僅當您在護理保險終止日期後仍繼續得到護理服務的情況下，才能要求進行此覆核。

步驟 2：品質改善組織再次對您的情況進行覆核。

- 品質改善組織中的審核員將再次仔細審查與您的上訴相關的所有資訊。

步驟 3：在收到您上訴要求的 14 日內，審核員將針對您的上訴作出決定，並將其決定通知您。

如果審核組織核准，會發生什麼？

- 我們必須為自我們表示您的保險已終止之日後您得到的護理服務費用中我們的分攤費用進行償付。我們必須繼續為您的護理服務提供保險，直到這些服務時長滿足醫學需求為止。
- 您必須繼續支付您的分攤費用，同時，可能存在適用的保險限制。

如果審核組織的答覆為「否」會怎樣？

- 這就意味著他們認同對您的第 1 級上訴作出的決定。
- 您得到的書面通知將告訴您，如果您希望繼續該覆核程序該怎麼辦。其中將向您詳細介紹如何繼續下一級上訴，此上訴由行政法官或代理審判員處理。

步驟 4：如果答覆為「否」，您將需要決定是否希望繼續上訴。

- 第 2 級上訴之後還有三個上訴等級，共有五個上訴等級。如果您想提出第 3 級上訴，有關如何進行的詳細資訊，請參閱您在第 2 級上訴決定後收到的書面通知。
- 第 3 級上訴交由行政法官或代理審判員。本章中的第 9 部分闡述了有關第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴程序的更多內容。

第 8.5 節 若您錯過了第 1 級上訴的時限，該如何處理？

您可以轉而向我們提起上訴

如上所述，您必須迅速聯絡品質改善組織，以開啟您的第一次出院上訴（最多在一至兩天時間內）。如果您錯過了聯絡該組織的截止日期，還有另一種方式可以進行上訴。如果您使用另一種上訴方式，則前兩個上訴等級將有不同。

步驟：如何進行第 1 級替代性上訴

法律術語

「快速審核」（或「快速上訴」）也稱為「加急上訴」。

步驟 1：聯絡我們並要求我們進行「快速審核」。

- 要求進行「快速審核」。這意味著您是在要求我們採用「快速」截止日期而非「標準」截止日期為您提供答覆。第 2 章有聯絡資訊。

步驟 2：我們已「快速審核」關於何時終止為您提供服務保險的決定。

- 在進行覆核期間，我們將再次檢查您所有的護理服務相關資訊。我們核查在設定終止本計劃為您得到的服務提供保險的日期時我們是否遵守了所有規則。

步驟 3：我們將在您要求我們進行「快速審核」之後 72 小時內告知您我們的決定。

- 如果我們同意了您的上訴，就意味著我們已同意您需要更長時間的服務，並繼續為您提供承保服務，只要這些服務仍然是醫療必要服務。這還意味著我們已同意對自我們表示您的保險已終止之日後您得到的護理服務費用中我們的分攤費用進行償付。（您必須支付您的分攤費用，同時，可能存在適用的保險限制。）
- 如果我們拒絕了您的上訴，則您的保險將於我們已通知您的日期終止，同時，此日期後，我們將不再支付任何分攤費用。
- 如果您在我們通知您保險將終止的日期之後繼續獲得家庭保健服務，或專業護理機構護理服務或綜合門診復健機構(CORF)服務，您將需要支付該護理服務的全額費用。

步驟 4：如果本計劃拒絕了您的快速上訴，您的個案將自動進入下一級上訴程序。

法律術語

該獨立審查組織的正式名稱為「獨立審查實體」。有時又稱「IRE」。

步驟：第 2 級替代上訴程序

在第 2 級上訴過程中，獨立審查組織將對我們拒絕您的「快速上訴」時作出的決定進行覆核。該組織決定是否變更決定。獨立審核組織是由 Medicare 雇用的獨立組織。該組織與本計劃沒有聯繫，且並非政府機構。該組織是 Medicare 選取以處理獨立審核組織所承擔的職責的公司。Medicare 負責對其工作進行監督。

步驟 1：我們自動把您的個案轉入獨立審核組織。

- 我們將按照要求，在我們通知您我們已拒絕您的第一次上訴後 24 小時內，把您的第 2 級上訴資訊送至獨立審核組織。（如果您認為我們未能按照此截止日期或其他截止日期行事，您可進行投訴。本章第 10 部分說明了如何進行投訴。）

步驟 2：獨立審核組織對您的上訴進行「快速審核」。審核員在 72 小時內給您答覆。

- 獨立審核組織的審核員將仔細查看與您的上訴相關的所有資訊。
- 如果此組織同意您的上訴，我們就必須對您自我們的通知保險終止日期後得到的護理服務費用中我們的分攤費用對您進行償付。我們還必須繼續為您的護理服務提供保險，直到這些服務時長滿足醫學需求為止。您必須支付您的分攤費用。如果

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

存在保險限制，其將可能限制我們為您償付的金額，或者我們將繼續對服務進行承保的日期。

- 如果該組織拒絕了您的上訴，就意味著他們認同了本計劃針對您的第一次上訴作出的決定，並將不予變更。
 - 您從獨立審核組織處得到的書面通知將告訴您，如果您希望進行第 3 級上訴，您可以採取哪些行動。

步驟 3：如果獨立審核組織拒絕了您的上訴，您可選擇是否希望繼續進行上訴。

- 第 2 級上訴之後還有三個上訴等級，共有五個上訴等級。如果您想提出第 3 級上訴，有關如何進行的詳細資訊，請參閱您在第 2 級上訴決定後收到的書面通知。
- 第 3 級上訴交由行政法官或代理審判員進行審核。本章中的第 9 部分闡述了有關第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴程序的更多內容。

第 9 部分 將您的上訴推進到第 3 級以及更高等級

第 9.1 節 第 3 級、第 4 級和第 5 級醫療服務上訴請求

如果您提起了第 1 級上訴以及第 2 級上訴，並且兩次上訴均被拒絕了，那麼本節內容可能就適用於您。

如果您已提請上訴的物品或醫療服務的美元值達到了特定最低水準，您就可以進行下一級上訴。如果美元值低於最低水準，您將不能再繼續上訴。您收到的第 2 級上訴書面回覆將說明如何提出第 3 級上訴。

對於大部分涉及上訴的情況而言，上訴的以上三個等級程序基本相同。以下為各級上訴過程中負責處理您的上訴覆核情況的人員。

第 3 級上訴 在聯邦政府工作的行政法官或代理審判員將對您的上訴進行審核並為您作出答覆。

- 如果行政法官或代理審判員同意了您的上訴，則上訴程序將 **可能就此結束或可能並未結束**。不同於第 2 級上訴中作出的決定，我們有權對第 3 級上訴決定（於您有利）提起上訴。如果我們決定上訴，則會進行第 4 級上訴。
 - 如果我們確定不提起上訴，則必須在收到行政法官或代理審判員的決定後 60 個日曆日內授權或為您提供醫療保健。
 - 如果我們確定對決定提起上訴，我們將向您寄送第 4 級上訴請求副本以及所有附件。我們將等到得到第 4 級上訴決定後，再向您授權或提供有爭議的醫療保健。

- 如果行政法官或代理審判員拒絕了您的上訴，則上訴程序將 **可能就此結束或可能並未結束**。
 - 如果您確定接受已對您的上訴予以拒絕的決定，則上訴程序就此結束。
 - 如果您不希望接受此決定，您可以繼續進行下一級審核程序。您收到的通知會告訴您如何處理第 4 級上訴。

第 4 級上訴 **Medicare 上訴委員會**（委員會）將對您的上訴進行覆核，並給出答覆。委員會為聯邦政府工作。

- 如果答覆為「是」，或者如果委員會駁回了我們對於您有利的第 3 級上訴決定進行審核的請求，則上訴程序 **可能就此結束或可能並未結束**。不同於第 2 級上訴中作出的決定，我們有權對第 4 級上訴決定（於您有利）提起上訴。我們將決定是否將此決定上訴至第 5 級。
 - 如果我們確定不對決定提起上訴，則必須在收到委員會的決定後 60 個日曆日內授權或為您提供醫療保健。
 - 如果我們確定對此決定進行上訴，我們將書面告知您。
- 如果答覆為「否」，或者如果委員會駁回了審核請求，則上訴程序 **可能就此結束或可能並未結束**。
 - 如果您確定接受已對您的上訴予以拒絕的決定，則上訴程序就此結束。
 - 如果您不希望接受此決定，您或許可以繼續進行下一級審核程序。如果上訴委員會拒絕了您的上訴，您收到的通知將告訴您，根據規則，您是否能夠進行第 5 級上訴以及如何進行第 5 級上訴。

第 5 級上訴 **聯邦地方法院**的法官將對您的上訴進行覆核。

- 法官將審核所有資訊，並決定是 *同意* 還是 *拒絕* 您的請求。這是最終答覆。在聯邦地區法院之後沒有更高的上訴等級。

第 9.2 節 **第 3 級、第 4 級和第 5 級 D 部分藥品上訴請求**

如果您提起了第 1 級上訴以及第 2 級上訴，並且兩次上訴均被拒絕了，那麼本節內容可能就適用於您。

如果您已提請上訴的藥品的價值達到了特定美元金額，您就可以進行下一級上訴。如果該美元金額低於此水準，您將不能再繼續上訴。您收到的第 2 級上訴書面答覆中將說明該聯絡誰以及做些什麼來提起第 3 級上訴。

對於大部分涉及上訴的情況而言，上訴的以上三個等級程序基本相同。以下為各級上訴過程中負責處理您的上訴覆核情況的人員。

第 3 級上訴 在聯邦政府工作的行政法官或代理審判員將對您的上訴進行審核並為您作出答覆。

- 如果答覆為「是」，則上訴程序就此結束。收到此決定後，我們必須在 **72 小時**（如果是加急上訴則為 **24 小時**）內向您**授權或提供**行政法官或代理審判員已核准的**藥品保險**，或在不遲於 30 個日曆日的時間內進行支付。
- 如果答覆為「否」，則上訴程序將**可能就此結束或可能並未結束**。
 - 如果您確定接受已對您的上訴予以拒絕的決定，則上訴程序就此結束。
 - 如果您不希望接受此決定，您可以繼續進行下一級審核程序。您收到的通知會告訴您如何處理第 4 級上訴。

第 4 級上訴 **Medicare 上訴委員會**（委員會）將對您的上訴進行覆核，並給出答覆。委員會為聯邦政府工作。

- 如果答覆為「是」，則上訴程序就此結束。收到此決定後，我們必須在 **72 小時**（如果是加急上訴則為 **24 小時**）內向您**授權或提供**委員會已核准的**藥品保險**，或在不遲於 30 個日曆日的時間內進行支付。
- 如果答覆為「否」，則上訴程序將**可能就此結束或可能並未結束**。
 - 如果您確定接受已對您的上訴予以拒絕的決定，則上訴程序就此結束。
 - 如果您不希望接受此決定，您或許可以繼續進行下一級審核程序。如果委員會拒絕了您的上訴或駁回了您的上訴審核請求，通知將告訴您，根據規則，您是否能夠進行第 5 級上訴。它還將告訴您，如果您選擇繼續進行上訴該聯絡誰以及接下來該做什麼。

第 5 級上訴 聯邦地方法院的法官將對您的上訴進行覆核。

- 法官將審核所有資訊，並決定是**同意**還是**拒絕**您的請求。這是最終答覆。在聯邦地區法院之後沒有更高的上訴等級。

投訴

第 10 部分 怎樣投訴護理品質、等候時間、客戶服務或其他問題

第 10.1 節 投訴程序處理什麼類型的問題？

該投訴流程僅用於解決某些類型的問題。其中包括涉及護理服務品質、等待時間以及客戶服務情況的問題。以下為幾種由投訴程序處理的問題類型範例。

投訴	範例
您的醫療保健服務品質	<ul style="list-style-type: none"> • 您是否對您所得到的護理服務（包括您在醫院得到的護理服務）不滿意？
對您隱私的尊重	<ul style="list-style-type: none"> • 是否有人不尊重您的隱私權或共享機密資訊？
不尊重、客戶服務品質差，或其他消極行為	<ul style="list-style-type: none"> • 是否有人對您態度粗暴或不夠尊重？ • 您對我們的會員服務不滿意嗎？ • 您是否感到自己正被鼓勵退出該計劃？
等待時間	<ul style="list-style-type: none"> • 您在預約時是否遇到了麻煩，或者您等待預約的時間是否過長？ • 是否曾有醫生、藥房或其他保健專業人士令您等待過長的時間？或者我們的會員服務部或本計劃其他工作人員是否曾令您等待過長的時間？ <ul style="list-style-type: none"> ◦ 例如，在電話上、候診室或檢查室等得太久，或者等太久才拿到處方。
清潔度	<ul style="list-style-type: none"> • 您是否對某個診所、醫院或醫生辦公室的清潔度或衛生狀況感到不滿？
您從我們這裡得到的資訊	<ul style="list-style-type: none"> • 我們沒有按要求通知您嗎？ • 我們的書面資訊很難理解嗎？
<p>時效性 （這類投訴均涉及我們的保險決定及上訴相關行為的時效性）</p>	<p>如果您要求提供保險決定或提起了上訴，同時認為我們回應得不夠迅速，那麼您可就我們的懈怠問題進行投訴。以下為範例：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您已要求我們為您提供「快速保險決定」或已提起了「快速上訴」，而我們已表示不予執行；您可進行投訴。 • 您認為我們沒有遵守保險決定或上訴的最後期限；則您可進行投訴。 • 您認為我們未能在截止日期前針對某些已經獲得核准的醫療項目、服務或藥物提供承保或者進行償付，您可進行投訴。 • 您認為我們未能在規定的截止日期前將您的個案轉交給獨立審核組織；則您可進行投訴。

第 10.2 節 如何提出投訴

法律術語

- 「投訴」又稱為「申訴」。
- 「提出投訴」又稱為「提出申訴」。
- 「使用投訴流程」又稱為「使用申訴流程」。
- 「快速投訴」又稱為「加急申訴」。

第 10.3 節 步驟：投訴

步驟 1：透過電話或信件，立即聯絡我們。

- 通常，致電會員服務部是第一個步驟。如果您還需要做些其他事情，會員服務部將通知您。
- 如果您不希望致電（或者您已致電，但結果並不盡如人意），也可將您的投訴內容寫在信件中，然後寄送給我們。如果您將投訴內容寫入信中，我們將以書面形式給您作出回應。
- 如果您要投訴，您或您的代表可致電會員服務部提出投訴/申訴。如果會員服務代表在電話結束時無法解決您的投訴/申訴，您可以提交一份正式的投訴/申訴，由申訴和上訴部門調查處理。

當您要求書面回覆時，如果您提交了書面投訴/申訴，或者如果您的投訴與護理品質問題有關，我們將以書面形式回覆您。

我們必須根據您的健康狀況，按照您的個案要求（不得遲於接到您投訴後的 30 個日曆日時間），儘快解決您的投訴/申訴問題。如果您要求延期，或者如果我們需要擷取更多資訊並且延期是為了您能獲得最佳利益，那麼，我們將把該時間範圍最多延長 14 個日曆日。

在某些情況下，您有權要求加急投訴/申訴；如果我們拒絕了您的加急組織裁決或加急重新裁決/上訴請求，我們將在 24 小時內就您的投訴/申訴作出答覆。

- 提出投訴的**截止時間**是您在發現想要投訴的問題之後 60 個日曆日內。

步驟 2：我們對您的投訴進行調查，並為您作出答覆。

- 如有可能，我們將立刻給您答覆。如果您致電我們進行投訴，我們將可能回撥同樣的電話號碼給您答覆。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

- 大部分投訴將在 **30 個日曆日**內得到答覆。如果我們需要更多資訊，同時，延期可令您得到最佳利益；或者如果您要求得到更多時間，我們將最多再用 **14 個日曆日**（共計為 **44 個日曆日**）來答覆您的投訴。如果我們決定再多花幾天時間，我們將書面告知您。
- 如果您由於我們拒絕了您的「快速保險決定」或「快速上訴」請求而進行投訴，則我們將自動為您辦理「快速」投訴。如果您提起了「快速投訴」，我們將在 **24 小時**內給您答覆。
- 如果我們不同意您的部分或全部投訴內容，或者對您所投訴的問題不承擔責任，我們會在回覆時給出原因。

第 10.4 節 您也可對品質改善組織的護理服務品質進行投訴

對護理服務品質進行投訴時，您還有兩個額外的選項：

- 您可以直接向品質改善組織提出投訴。品質改善組織是由職業醫師和其他醫療保健專業人士組成的團隊，他們享受聯邦政府發放的薪酬，負責核查並改善向 Medicare 病患提供的護理服務。第 2 章有聯絡資訊。

或

- 您可以同時向品質改善組織和我們提出投訴。

第 10.5 節 您也可向 Medicare 提起投訴

您可直接向 Medicare 提交有關 Centers Plan for Medicare Advantage Care 的投訴。要向 Medicare 提交投訴，請瀏覽 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。您也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力障礙電傳/TDD 使用者可致電 1-877-486-2048。

第 10 章：

終止您的計劃會員資格

第 10 章 終止您的計劃會員資格

第 1 部分 如何終止您的計劃會員資格

Centers Plan for Medicare Advantage Care 會員資格的終止可以是自願的（您自己的選擇）或非自願的（不是您自己的選擇）：

- 您可以因自己**想要**退出計劃而離開本計劃。第 2 部分和第 3 部分提供了有關自願終止會員資格的資訊。
- 在某些特定情況下，我們按照要求終止您的會員資格。第 5 部分將闡述我們必須終止您的會員資格的情況。

如果您退出本計劃，本計劃必須繼續為您提供醫療護理和處方藥，並且您將繼續支付您的分攤費用，直到您的會員資格終止。

第 2 部分 您的計劃會員資格終止時間？

第 2.1 節 您可在年度參保期內終止會員資格

您可在**年度參保期**（又稱「**年度開放參保期**」）內終止您在我們計劃的會員資格。在此期間，查看您的健康和藥品保險，並決定來年的保險範圍。

- **年度參保期**為自 **10 月 15 日**至 **12 月 7 日**。
- **選擇來年繼續使用目前的保險或改換保險類型**。如果您決定改換為新的保險計劃，則可選擇以下任意保險類型：
 - 另一項 Medicare 健康計劃，不論是否有處方藥保險。
 - 有單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃。
 - 無單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃。
 - 如果您選擇此選項，Medicare 可能會為您投保藥品計劃，除非您已選擇退出自動投保。

注：如果您結束 Medicare 處方藥保險，並持續未參加可信的處方藥保險達 63 天或以上，如果您稍後加入 Medicare 藥品計劃，可能就需要支付 D 部分延遲參保罰款。

- 新計劃保險於 1 月 1 日生效後，**您在本計劃的會員資格將終止**。

第 2.2 節 您可在 Medicare Advantage 開放參保期內終止會員資格

在 **Medicare Advantage 開放參保期**內，您有機會對您的健康保險進行一次變更。

第 10 章 終止您的計劃會員資格

- 年度 Medicare Advantage 開放參保期為 1 月 1 日至 3 月 31 日。
- 在年度 Medicare Advantage 開放參保期期間，您可以：
 - 改為參保另一項 Medicare Advantage Plan，不論是否有處方藥保險。
 - 停止參保我們的計劃，獲得 Original Medicare 保險服務。如果您選擇在此期間轉換為 Original Medicare，那麼您當時還可以加入單獨的 Medicare 處方藥計劃。
- 您的會員資格將在您從參保不同的 Medicare Advantage plan 或我們收到您轉換為 Original Medicare 請求後下月第一天終止。如果您還選擇加入 Medicare 處方藥計劃，則該藥品計劃的會員資格將開始於該藥品計劃收到您的參保請求後下月第一天開始。

第 2.3 節 某些情況下，您可在特殊參保期內終止會員資格

某些情況下，Centers Plan for Medicare Advantage Care 會員可在一年當中的其他時段終止會員資格。這短時間就是**特殊參保期**。

如果以下任何一種情況適用於您，您可能**有資格在特殊參保期內終止您的會員資格**。此處僅為範例，請聯絡我們、致電 Medicare 或瀏覽 Medicare 網站(www.medicare.gov)，獲得完整清單：

- 通常，如您已搬遷。
- 如您參與了 Medicaid。
- 如果您有資格得以令「Extra Help」為您支付 Medicare 處方藥。
- 如果我們違反了與您簽訂的合約。
- 如果您是在某個機構中得到護理服務，例如：療養院或長期護理(LTC) 醫院。
- 如果您參與了 Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)。
- 注：如果您參加的是一個藥品管理計劃，您可能無法變更計劃。第 5 章第 10 部分進一步介紹了此類藥品管理計劃。

參保時間段根據您的情況而有所不同。

要瞭解您是否符合該特殊參保期資格，敬請致電 Medicare

：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者請致電

1-877-486-2048。如果您符合在特殊情況下終止會員資格的條件，則可選擇變更 Medicare 保健保險以及處方藥保險。您可以選擇：

- 另一項 Medicare 健康計劃，不論是否有處方藥保險。
- 有單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃。

第 10 章 終止您的計劃會員資格

- ~~–或者無~~單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃 Medicare。

注：如果您結束 Medicare 處方藥保險，並持續未參加可信的處方藥保險達 63 天或以上，如果您稍後加入 Medicare 藥品計劃，可能就需要支付 D 部分延遲參保罰款。

您的會員資格通常將終止於您的計劃變更要求送達後下月第一天。

如果您得到了可為您支付處方藥費用的 Medicare 「Extra Help」計劃：如果您轉換為 Original Medicare，且不參加單獨 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可令您加入一項藥品計劃，除非您決定不參與自動參保。

第 2.4 節	您可於何處獲得有關會員資格終止時間的更多資訊？
----------------	--------------------------------

如果您對終止會員資格有任何疑問，您可以：

- 致電會員服務部。
- 從《*Medicare 與您 2024*》手冊獲得更多資訊。
- 致電 Medicare，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放（聽力障礙電傳：1-877-486-2048）。

第 3 部分 您將如何終止本計劃會員資格？

下表闡述了您應如何終止您的本計劃會員資格。

如果您希望從本計劃轉換為：	您應如此操作：
<ul style="list-style-type: none"> • 另一項 Medicare 保健計劃。 	<ul style="list-style-type: none"> • 加入新的 Medicare 保健計劃。 • 新計劃的保險生效後，您將自動從 Centers Plan for Medicare Advantage Care 計劃退保。
<ul style="list-style-type: none"> • 有單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃。 	<ul style="list-style-type: none"> • 加入新的 Medicare 處方藥計劃。 • 新計劃的保險生效後，您將自動從 Centers Plan for Medicare Advantage Care 計劃退保。

第 10 章 終止您的計劃會員資格

如果您希望從本計劃轉換為：

您應如此操作：

- 無單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃。
- 寄給我們書面退保申請。如果您對怎樣操作還有任何疑問，請聯絡會員服務部。
- 您也可致電 **Medicare**：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 要求退保，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。
- Original Medicare 的保險生效後，您將從 Centers Plan for Medicare Advantage Care 計劃退保。

第 4 部分 會員資格終止前，您都必須透過本計劃獲得醫療項目、服務和藥品

在您的會員資格終止前，以及您的新 Medicare 保險開始前，您必須繼續透過我們的計劃獲得醫療保健和處方藥。

- 繼續使用我們的網絡內服務提供者來接受醫療護理。
- 繼續使用我們的網絡內藥房或郵購服務來配處方藥。
- 如果您在會員資格終止當日住院，本計劃將承保您出院前的住院治療服務（即使您在新的健康保險生效後出院）。

第 10 章 終止您的計劃會員資格

第 5 部分 Centers Plan for Medicare Advantage Care 在特定情況下必須終止您的計劃會員資格

第 5.1 節 我們必須於何時終止您的計劃會員資格？

Centers Plan for Medicare Advantage Care 在以下任意情況發生時必須終止您的計劃會員資格：

- 如果您不再擁有 Medicare A 部分和 B 部分。
- 如果您遷出了我們的服務區。
- 如果您離開我們的服務區六個月以上的時間。
 - 如果您要搬遷或進行長途差旅，都需要致電會員服務部瞭解您要搬遷或差旅的地點是否在本計劃服務區內。
- 如果您被監禁（入獄）。
- 如果您不再是美國公民並且在美國沒有合法居住權。
- 如果您有其他承保處方藥保險的保險，而您對與此相關的資訊撒謊或隱瞞。
- 如果您在加入本計劃時故意向我們提交了影響您的參保資格的錯誤資訊。（除非首先得到 Medicare 許可，否則我們將無法因為這個原因為您辦理本計劃的退保。）
- 如果您持續做出破壞性行為，令我們難於為您和本計劃的其他會員提供醫療護理服務。（除非首先得到 Medicare 許可，否則我們將無法因為這個原因為您辦理本計劃的退保。）
- 如果您令其他人使用您的會員卡獲得醫療護理服務。（除非首先得到 Medicare 許可，否則我們將無法因為這個原因為您辦理本計劃的退保。）
 - 如果我們因為這個原因終止您的會員資格，Medicare 將令監察長對您的個案進行調查。
- 如果按要求，您因收入而應支付 D 部分額外費用，但您卻沒有支付，Medicare 將把您從本計劃中除名，同時，您將失去處方藥保險。

第 10 章 終止您的計劃會員資格**您可於何處獲得更多資訊？**

如果您對我們可於何時終止您的會員資格還有疑問或者希望獲得更多資訊，請致電會員服務部。

第 5.2 節 我們不能因任何與您的健康相關的原因要求您退出本計劃

Centers Plan for Medicare Advantage Care 不能因任何與您的健康相關的原因要求您退出本計劃。

如果發生這種情況，您該做什麼？

如果您認為自己因健康原因而被要求結束本計劃，則應致電 Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。（聽力障礙電傳：1-877-486-2048）。

第 5.3 節 如果我們終止了您在本計劃中的會員資格，您有權進行投訴

如果我們終止了您在本計劃中的會員資格，我們必須書面通知您終止您會員資格的原因。我們還必須說明您可如何就我們終止您會員資格的決定進行申訴或投訴。

第 11 章： 法律通告

第 1 部分 適用法律相關通知

適用於此《承保福利說明》文件的主要法律是《社會保障法》第十八章以及由 Medicare 與 Medicaid 服務中心（也稱為 CMS）根據《社會保障法》制訂的法規。此外，在特定情況下，您所在州的其他聯邦法律也可能適用。即使本文件未將其包含在內或加以說明，這部分法律內容也將影響您的權利和責任。

第 2 部分 關於無歧視的通告

我們不會基於以下方面歧視您：種族、民族、原國籍、膚色、宗教信仰、性別、年齡、性傾向、精神或身體殘障、健康狀況、理賠經驗、病史、遺傳資訊、可保證明或服務區內的地理位置。所有提供 Medicare Advantage 計劃的機構，如我們的計劃，必須遵守有關反對歧視的聯邦法律，包括 1964 年《民權法》第六條、1973 年《復健法》、1975 年《年齡歧視法》、《美國殘障人士法》、《可負擔醫療法案》第 1557 節適用於聯邦資助機構的所有其他法律及因任何其他原因適用的任何其他法律與規則。

如果您希望獲得更多資訊或者對歧視或不公平待遇有所疑慮，敬請致電美國衛生與公眾服務部的民權辦公室 1-800-368-1019（聽力障礙電傳 1-800-537-7697）或您當地的民權辦公室。您也可以透過下列途徑查看美國衛生與公眾服務部民權辦公室的相關資訊：

<https://www.hhs.gov/ocr/index.html>。

如果您有殘障並需要獲得護理服務的協助，請致電我們的會員服務部。如果您需要投訴（例如輪椅通道問題），會員服務部可提供協助。

第 3 部分 有關 Medicare 次要付款人代位追償權的通知

我們有權利和責任收取 Medicare 不是第一付款人的承保 Medicare 服務費。根據 CMS 42 CFR 中第 422.108 以及 423.462 節的規定，作為一個 Medicare Advantage 組織，Centers Plan for Medicare Advantage Care 將行使與部長根據 42 CFR 的 411 部分中 B 至 D 子部分的 CMS 規定一樣的恢復權，本部分中確立的規則將取代所有的州法律。

第 12 章： 重要詞彙定義

第 12 章 重要詞彙定義

流動手術中心——流動手術中心是一個專為以下目的開設的組織：為不需要住院且預計在中心的停留時間不超過 24 小時的病患提供門診外科服務。

年度參保期——每年 10 月 15 日至 12 月 7 日，在此期間，會員可變更其健康或藥品計劃或者轉換到 Original Medicare 計劃。

上訴——如果您對我們拒絕您的醫療保健服務或處方藥保險請求，或者拒絕為您已得到的服務或藥品支付費用的決定有異議，您就可以提出上訴。如果您不同意我們停止您正在享受的服務的決定，也可提出上訴。

開具差額帳單——當服務提供者（例如：醫生或醫院）向病患開具的帳單金額超過本計劃允許的分攤費用金額時。作為 Centers Plan for Medicare Advantage Care 會員，在獲得本計劃承保服務時，您僅需支付本計劃的分攤費用金額即可。我們不允許服務提供者「**開具差額帳單**」或者向您收取高於根據本計劃您必須支付的費用分攤金額。

福利期——我們的計劃和 Original Medicare 計劃衡量您的醫院與專業護理機構(SNF)服務使用情況的方法。福利期從您住進醫院或專業護理機構的當日開始計算。福利期將在您未在連續 60 天內得到任何住院護理服務（或 SNF 專業護理服務）後終止。如果您在福利期結束後再次住進醫院或專業護理機構，那麼一個新的福利期就開始了。福利期的次數沒有限制。

生物製劑——以動物細胞、植物細胞、細菌或酵母等天然生物來源製成的處方藥。生物製劑比其他藥物更複雜，不能完全複製，因此其替代形式被稱為生物仿製劑。生物仿製劑通常與原始生物製劑一樣有效，而且同樣安全。

生物仿製劑——與原始生物製劑成分相似但並非完全相同的處方藥。生物仿製劑通常與原始生物製劑一樣有效，而且同樣安全；然而，通常需要開具新處方來代替原始生物製劑。根據州法律，可替代生物仿製劑已滿足額外要求，可以在無需開具新處方的情況下直接從藥店購買，以代替原始生物製劑。

品牌藥——由初始研發藥品的製藥公司製造並銷售的處方藥。品牌藥與該藥的學名類型產品有相同的活性成分配方。但是，學名藥是由其他製藥商製造並銷售的，並且，直到品牌藥專利權到期後方才有售。

重病保險階段——在承保當年，您（或其他代表您的合格方）購買 D 部分承保藥品的金額達到\$8,000 後，即開始 D 部分藥品福利的這一階段。在此支付階段，該計劃將為您的已承保 D 部分藥品支付全額費用。您不必支付。

Medicare 與 Medicaid 服務中心(CMS)——負責管理 Medicare 的聯邦機構。

Chronic-Care 特別需求計劃——C-SNP 是 42 CFR 422.2 中定義的限制具有一種或多種嚴重或致殘性慢性疾病的 MA 合格個人登記的 SNP，包括 42 CFR 422.4(a)(1)(iv)規定的多種常見共病與臨床相關疾病組。

第 12 章 重要詞彙定義

共同保險——在您支付任何自負額後，您可能需要支付的金額，以您在服務或處方藥費用中應承擔的百分比（例如 20%）表示。

投訴——「進行投訴」的正式名稱為「**提起申訴**」。投訴程序僅用於某些類型的問題。其中包括涉及護理服務品質、等待時間以及您所得到的客戶服務情況的問題。如果您的計劃不符合上訴程序中的時間期限，它還包括投訴。

綜合門診復健機構(CORF)——該設施主要提供疾病或損傷後的復健服務，包括物理療法、社會或心理服務、呼吸療法、職業療法、言語和語言病理學療法，以及家庭環境評估服務。

自付費用（或「自付費」）——按照要求將作為醫療服務或供應（例如看醫生、醫院門診就診或購買處方藥）費用中您的分攤費用予以支付的金額。自付費用為固定金額（例如 \$10），而非百分比。

分攤費用——分攤費用是指會員在接受服務或購買藥品時需要支付的金額。分攤費用包括以下三種付款類型的任意組合：(1)對服務或藥品承保前，計劃可能徵收的自負額；(2)接受具體服務或購買具體藥品時，計劃要求支付的固定「自付費用」金額；或者(3)接受具體服務或購買具體藥品時，計劃要求支付的「共同保險」金額（服務或藥品費用總額的百分比）。

分攤費用層級——《承保藥物清單》上的每一種藥品都處於五(5)大分攤費用層級中的某一級。通常，分攤費用級數越高，您的藥品價格也就越高。

保險裁定——涉及您開出的藥品是否為本計劃所承保以及您應按要求支付多少處方藥費（如有）的決定。一般地，如果您將處方帶到藥房，但是，藥房方告訴您該處方不在您的計劃承保範圍之內，這並不叫保險裁定。您需要致電或致信本計劃，要求我們作出有關該保險的正式決定。本文件中，保險裁定稱為「**保險決定**」。

承保藥品——我們使用此術語表述由本計劃所承保的所有處方藥。

承保服務——我們使用此術語表述由本計劃所承保的所有醫療保健服務和供應品。

可信的處方藥保險——平均支付金額預期至少將與 Medicare 標準處方藥保險費用一樣多的處方藥保險（例如：由僱主或工會提供的保險）。擁有此類保險的人士具有 Medicare 資格後，如果決定稍後加入 Medicare 處方藥保險，一般可在不付罰款的情況下繼續保留該保險。

看護——看護是當您不需要專業醫療護理或專業康復護理時，療養院、寧養機構或其他機構環境中提供的護理。看護由不具備專業技能或未經訓練的人士提供的個人護理服務，包括幫助諸如沐浴、穿衣、飲食、上下床或椅子、四處走動以及上廁所等日常起居活動。其中還包括大部分人獨立完成的健康相關護理服務，例如：滴眼藥水。Medicare 並不支付看護費用。

第 12 章 重要詞彙定義

每日費用分攤率——您的醫生為您開出不足整月用量的特定藥品處方並且您應按照要求支付自付費用時，「每日費用分攤率」可能適用。每日費用分攤率是均分在一月用量天數中的自付費用。以下為範例：如果您一個月用藥量的自付費用為\$30，計劃中一個月用藥天數為 30 天，那麼，您的「每日費用分攤率」就是每天\$1。

自負額——本計劃支付前，您必須為醫療保健或處方藥支付的金額。

退保——終止您在本計劃中會員資格的程序。

藥事服務費——每次配發承保藥品時收取的處方開立費用，例如藥劑師花時間準備和包裝處方。

Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP)——D-SNP 將有權享受 Medicare（《社會保障法》第十八章）和 Medicaid（第十九章）下的州計劃醫療援助的個人納入其中。各州會支付部分 Medicare 費用，具體取決於州和個人的資格。

耐用醫療設備(DME) – 您的醫生出於醫療用途而訂購的特定醫療設備。例如包括助行器、輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、靜脈輸液泵、語音生成裝置、氧氣設備、霧化器或者由提供者訂購的在家中使用的醫院病床。

緊急醫療——是您或其他任何掌握一般醫療衛生知識的外行人士認為您出現需要立即就醫，以免造成死亡（如果您是孕婦，胎死腹中）、肢體或肢體功能的喪失，或身體功能的喪失或嚴重損害。醫療徵兆可以是疾病、受傷、劇烈疼痛或迅速惡化的疾病情況。

急診治療——符合以下條件的承保服務：1)由具備提供緊急服務資格的提供者提供；及 2)屬治療、評估或穩定緊急病情需要。

《承保福利說明》(EOC)和資訊披露——本文件連同您的參保表和其他附錄、附加條款以及其他已選擇的附加保險闡述了您的保險、我們必須採取的行動、您的權利以及您作為本計劃會員需要做的事。

特例——一種保險決定，如果獲准，您將能夠購買不在我們處方一覽表上的藥品（處方一覽表特例），或者以較低的分攤費用水準（層級劃分特例）購買非偏好藥品。如果本計劃要求您在收到請求的藥品前試用另一種藥品或本計劃限制您所請求的藥品數量或劑量，您都可申請特例（處方藥一覽表特例）。

「Extra Help」——幫助收入和資源均有限的人士支付 Medicare 處方藥計劃費用（例如：保費、自負額以及共同保險）的 Medicare 或州計劃。

學名藥——由食品與藥品管理局(FDA)審核且與品牌藥具有相同活性成分的處方藥。一般情況下，學名藥與品牌藥的功效一致，但花費更低。

第 12 章 重要詞彙定義

申訴——您對本計劃、服務提供者或藥房提出的一種投訴，包括有關護理品質的投訴。這不會涉及承保範圍也無付款糾紛。

家庭保健助手——此人提供不需要執業護士或治療師技能的服務，例如：協助進行個人護理（例如：沐浴、上廁所、穿衣或進行處方鍛煉等）。

寧養服務——為經醫學證明患有絕症（即預期壽命為 6 個月或更短）的會員提供特殊治療的福利。我們，作為您的計劃，必須為您提供一份您所在地理區域內的寧養服務清單。如果您選擇了寧養服務並繼續支付保費，則您將仍為本計劃會員。您仍可獲得所有醫療上必要的服務，以及我們所提供的補充福利。

住院治療——當您正式住入醫院接受專業醫療服務後得到的住院治療服務。即使您在醫院過夜，您仍被看作門診病患。

收入相關月調整額(IRMAA)——I 如果您 2 年前的 IRS 所得稅申報表中報告的調整後總收入高於某個特定數額，則您將需要支付標準保費金額和一筆收入相關月調整額（又稱 IRMAA）。IRMAA 是一筆保費之外的額外費用。具有 Medicare 的人中有不到 5% 的人受影響，因此大部分人將不支付更高保費。

初始保險限額——初始保險階段的最高保險限額。

初始保險階段——您的當年藥費總額達到 \$5,030（包括您已支付的金額以及您的計劃代表您支付的金額）之前，您便進入此階段。

初始參保期——您首次符合 Medicare 計劃資格後，可以報名參加 A 部分和 B 部分 Medicare 計劃的這段時間。如果您年滿 65 歲後符合 Medicare 計劃資格，您的初始參保期將為自您年滿 65 歲當月前 3 個月開始計的 7 個月時間（包括您年滿 65 歲的當月）並將在您年滿 65 歲當月後的 3 個月後結束。

Institutional Special Needs Plan (SNP)——計劃納入在長期護理(LTC)機構中連續居住或預計將連續居住 90 天或以上的符合資格的個人。這些機構可能包括專業護理機構(SNF)、康復機構(NF)(SNF/NF)、智力缺陷人士中級護理機構(ICF/IID)、住院精神病機構和/或 CMS 核准的提供類似長期醫療保健服務的機構，這些服務由 Medicare A 部分、Medicare B 部分或 Medicaid 承保；並且其居民具有與其他指定設施類型相似的需求和醫療保健狀態。機構性 Special Needs Plan 必須與具體的 LTC 機構之間有合約安排（或者擁有或營運）。

Institutional Equivalent Special Needs Plan (SNP)——根據州評估，為居住在社區但需要機構護理水準的符合條件的個人投保的計劃。該評估必須採用各自所在州相同水準的護理評估工具進行，且必須由計劃提供組織以外的組織進行管理。如有需要，此類 Special Needs 計劃可能將參保對象限制到居住在合約式護養中心（ALF）的個體，以確保統一提供專科護理服務。

承保藥物清單（處方一覽表或《藥物清單》）——由本計劃承保的處方藥清單。

第 12 章 重要詞彙定義

低收入輔助(LIS)——請參見「Extra Help」。

最高自付金額——在該日曆年內，您為獲得網絡內已承保的服務而支付的最高自付金額。您為 Medicare A 部分和 B 部分計劃保費支付的金額不計入最高自付金額。

Medicaid (醫療援助)——由聯邦和州聯合展開的計劃，協助一些收入和資源有限的人士支付藥費。州 Medicaid 計劃各不相同，但如果您同時符合 Medicare 和 Medicaid 的資格，該計劃將承保您的大部分醫療保健費用。

醫學公認病症——由食品與藥品管理局核准或受特定參考書支援的用藥。

醫療必要性——即提供的服務、用品或藥品是預防、診斷或治療您的疾病所必需的，且符合醫療實踐的可接受標準。

Medicare——是為 65 歲或以上年齡的長者、某些未滿 65 歲但有部分殘疾的人士，以及患有末期腎病（一般是指需要透析或腎移植的永久性腎衰竭的人士）的人士設立的一項聯邦健康保險計劃。

Medicare Advantage 開放參保期——Medicare Advantage 計劃會員可取消計劃參保資格並轉換到其他 Medicare Advantage 計劃，或透過 Original Medicare 計劃獲得承保的時間為 1 月 1 日至 3 月 31 日。如果您選擇在此期間轉換為 Original Medicare，那麼您當時還可以加入單獨的 Medicare 處方藥計劃。Medicare Advantage 開放參保期也可以在個人首次符合 Medicare 計劃資格後的 3 個月內享受。

Medicare Advantage (MA)計劃——有時被稱為 Medicare 計劃 C 部分。該計劃由私人公司提供，此類公司與 Medicare 訂有為您提供所有的 A 部分及 B 部分福利的合約。Medicare Advantage Plan 可以是 i) HMO、ii) PPO、iii) 私人按服務收費(PFFS)計劃，或 iv) Medicare 醫療儲蓄帳戶(MSA)計劃。除了從這些類型的計劃中選擇外，Medicare Advantage HMO 或 PPO 計劃也可以是特別需求計劃(SNP)。大部分情況下，Medicare Advantage 計劃還提供 D 部分 Medicare 計劃（處方藥保險）。這些計劃名為**有處方藥保險的 Medicare Advantage Plans**。

Medicare Cost Plan——Medicare Cost Plan是由健康維護組織(HMO)或競爭性醫療計劃(CMP)，根據法案第1876(h)部分訂立的成本-償付合約，營運的Medicare Cost Plan。

Medicare承保缺口折扣計劃——一項為大多數承保之D部分品牌藥提供折扣的計劃，適用於達到保障缺口階段且尚未接受「Extra Help」的D部分會員。折扣價根據聯邦政府和特自訂藥商之間的合約而定。

Medicare 承保服務——Medicare A 部分和 B 部分承保的服務。所有 Medicare 健康計劃必須承保 Medicare A 部分和 B 部分承保的所有服務。術語「Medicare 承保服務」不包括 Medicare Advantage 計劃可能提供的額外福利，例如視力、牙科或聽力。

第 12 章 重要詞彙定義

Medicare 保健計劃——Medicare 保健計劃是由與 Medicare 有合約的私人公司提供的，目的是向加入本計劃的 Medicare 參保人士提供 A 部分和 B 部分福利。該術語包括所有的 Medicare Advantage Plan、Medicare Cost Plan、Special Needs Plan、Demonstration/Pilot Program 以及 Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)。

Medicare 處方藥保險 (Medicare D 部分保險)——協助支付門診處方藥、疫苗、生物製品以及並非由 Medicare A 部分或 B 部分保險承保的部分供應品費用的保險。

「Medigap」(Medicare 補充保險) 政策——Medicare 補充保險由私人保險公司出售，用於填補 Original Medicare 「空缺」。Medigap 政策僅可配合 Original Medicare 使用。(Medicare Advantage 計劃並非 Medigap 政策。)

會員 (本計劃會員或「計劃會員」)——有資格享受承保服務、已加入本計劃，以及參保情況已由 Medicare 與 Medicaid 服務中心(CMS)確認的 Medicare 參保人士。

會員服務部——本計劃中的一個部門，負責為您解答有關您的會員資格、福利、申訴以及申訴相關問題。

網絡內藥房——與本計劃簽約的藥房，本計劃的會員可在此獲得處方藥福利。大多數情況下，我們僅對從我們的網絡內藥房開出的處方藥承保。

網絡內服務提供者——「服務提供者」統稱由 Medicare 和州許可或認可後提供醫療保健服務的醫生、其他醫療保健專業人士、醫院，以及其他醫療保健機構。「網絡內服務提供者」與本計劃訂立合約，將我們的付款作為全額付款；在某些情況下，還為本計劃會員進行協調並向其提供承保服務。網絡內服務提供者也稱為「計劃服務提供者」。

組織裁決——本計劃就是否承保用品或服務，或您必須為承保用品或服務支付多少費用作出的決定。本文件中，組織裁定也稱為「保險決定」。

Original Medicare (「傳統 Medicare」或「按服務收費」Medicare)——Original Medicare 由政府提供，且並非為諸如 Medicare Advantage 計劃和處方藥計劃等的私人保健計劃。在 Original Medicare 計劃中，我們透過向醫生、醫院和其他醫療保健服務提供者支付費用 (付款金額由國會確定) 來對 Medicare 服務進行承保。您可到接受 Medicare 的任意醫生、醫院或其他醫療保健服務提供者處就診。您必須支付自負額。Medicare 將支付經 Medicare 核准的分攤費用金額，您則將需要支付您的分攤部分。Original Medicare 有兩部分：A 部分 (醫院保險) 和 B 部分 (醫療保險)，並在美國任意地方可用。

網絡外藥房——未與本計劃訂立合約，不能因此為本計劃會員進行協調並提供承保藥品。除非某些條件適用，否則本計劃不承保您從網絡外藥房獲得的大部分藥物。

網絡外服務提供者或網絡外機構 - 未與本計劃簽訂合約，無法向本計劃會員協調或提供承保服務的提供者或機構。網絡外服務提供者是指並非由本計劃雇用、擁有或營運的提供者。

第 12 章 重要詞彙定義

自付金額——請參見上文的「費用分攤」定義。用來支付一部分已得到的服務或藥品費用的會員費用分攤需求，也稱會員的自付金額需求。

PACE計劃——PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly)計劃結合了針對身體孱弱之人的醫療、社會以及長期服務和支援(LTSS)，以協助人們盡可能長時間地獨立生活並居住在社區中（而非搬入療養院）。加入PACE計劃的人可透過該計劃得到Medicare和Medicaid福利。

C 部分計劃——請參見「Medicare Advantage (MA) Plan」。

D 部分計劃——自願 Medicare 處方藥福利計劃。

D 部分藥品——可在 D 部分計劃中承保的藥品。我們可能或者不會提供所有的 D 部分藥品。某些類別的藥品已被國會排除在 D 部分承保範圍之外。每個計劃必須承保某些類別的 D 部分藥品。

D 部分延遲參保罰款——一筆當您首次符合加入 D 部分計劃的資格後持續未參加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）達 63 天或以上時，將會追加到您 Medicare 藥品保險之月繳保費中的金額。

Preferred Provider Organization (PPO) Plan——Preferred Provider Organization 計劃是一種 Medicare Advantage 計劃，它擁有一個同意以特定支付金額為計劃會員進行治療的合約服務提供者網絡。PPO 計劃必須承保來自網絡內或網絡外服務提供者的所有計劃福利。當計劃福利來自網絡外服務提供者時，會員分攤費用普遍偏高。PPO 計劃對於網絡內（首選）服務提供者的服務費用中您的自付金額部分有年度限額限制，同時，對網絡內（首選）和網絡外（非首選）服務提供者的服務費用中您的聯合自付金額總額有著更高的限額。

保費——為獲得保健或處方藥保險而定期向 Medicare（保險公司）或醫療保健計劃定期支付的費用。

初級保健提供者(PCP)——您若出現健康問題，大部分情況下可首先前往尋求救治方法的醫生或其他服務提供者。在很多 Medicare 保健計劃中，您都必須在見其他醫療保健服務提供者前先見您的主要護理服務提供者。

事先授權 – 預先核准以獲得服務或某些藥品。需要事前核准的承保服務已在第 4 章的福利表內標識出來。需要事先授權的承保藥品已在處方一覽表中標識出來。

修復和矯形——醫療器械包括但不限於手臂、後背和頸部的支架；假肢；義眼；以及更換內部身體部位或功能所需的器械，包括造口術用品以及腸內和腸外營養治療。

品質改善組織(QIO)——這是由職業醫師和其他醫療保健專業人士組成的團隊，他們享受聯邦政府發放的薪酬，負責核查並改善向 Medicare 病患提供的護理服務。

第 12 章 重要詞彙定義

數量限制——一種管理工具，設計用於限制已選擇藥品的使用品質、安全性或服藥原因。限制條件可能加諸於每份處方藥或某段限定時間內我們所承保的藥量。

即時福利工具——入口網站或電腦應用程式，參保人可利用該網站或程式尋找完整、準確、及時、臨床適用且基於參保人個人情況的《處方一覽表》和福利資訊。資訊包括費用分攤金額、針對相同疾病與給定藥物療效相當的替代處方藥，以及適用於替代藥物的承保限制（事先授權、分步療法、數量限制）。

復健服務——這部分服務包括物理療法、言語和語言療法以及職業療法。

服務區域——您必須居住才能加入特定健康計劃的地理區域。對於限制您可使用的醫生和醫院的計劃，服務區域一般還可為您可在其中得到日常（非急救）服務的區域。如果您永久性地遷出計劃的服務區域，則該計劃必須取消您的參保資格。

專業護理機構(SNF)護理——在專業護理機構中連續每天提供的專業護理和復健服務。護理的範例包括只能由註冊護士或醫生提供的物理治療或靜脈注射。

特殊參保期——會員可變更其健康或藥品計劃或者返回到 **Original Medicare** 計劃的一段固定時間。您有資格進入特殊參保期的幾種情況包括：如果您遷出服務區域、如果您得以令「Extra Help」幫您支付處方藥費、如果您搬入療養院，或者如果我們違反了與您訂立的合約。

Special Needs Plan——一種特殊的 **Medicare Advantage** 計劃類型，為特定人群提供更為明確的醫療保健服務，這些人群包括：同時擁有 **Medicare** 和 **Medicaid** 計劃的人、居住在療養院中的人，或者罹患某種慢性疾病的人。

分步療法——這是一種應用工具，要求您首先嘗試服用另一種藥品治療您的疾病，然後，我們將承保您的醫師最初開出的藥品。

生活補助金(SSI)——這是由社會保障服務處每月向收入有限且資源有限的人員、殘障者、盲人或年齡在 65 歲及以上長者發放的月度福利。**SSI** 福利與社會保障福利並不相同。

緊急需要的服務——是非急診服務的承保服務，在網絡內服務提供者暫時不可用或難以接觸，或者投保人不在服務區域時提供。例如，您在週末期間需要立即護理。服務必須是立即需要且具有醫療必要性。

Centers Plan for Medicare Advantage Care 會員服務部

方法	會員服務部 - 聯絡資訊
電話	1-877-940-9330 致電此號碼不收取任何費用。我們的工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點 會員服務部還為非英語母語的人士提供免費口譯服務。
聽力障礙電傳	711 致電此號碼不收取任何費用。工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點。
傳真	1-347-505-7095
寫信	Centers Plan for Healthy Living Attn: Member Services 75 Vanderbilt Avenue, Suite 700 Staten Island, NY 10304
網站	www.centersplan.com/mapd

Health Insurance Information Counseling and Assistance Program - HIICAP (紐約 SHIP)

Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP)是一項州計劃，該計劃從聯邦政府獲得錢款，並為參與 Medicare 的人免費提供當地健康保險諮詢服務。

方法	聯絡資訊
電話	1-800-701-0501
聽力障礙電傳	711
寫信	Health Insurance Information Counseling and Assistance Program State of New York Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, NY 12223-1251
網站	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

PRA 披露聲明 根據《1995 年減少文書工作法案》，除非顯示有效的 OMB 控制號碼，任何人都^不需要回應資訊收集。本次資訊收集的有效 OMB 控制編號為 0938-1051。如果您對如何完善本表格有意見或建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



如需獲得更多資訊或加入我們
請致電: 1-877-940-9330 (免費)
聽力障礙電傳使用者請致電 711
每週7天, 早8點至晚8點

MemberServices@centersplan.com
www.centersplan.com/mapd