2021

CENTERS PLAN FOR HEALTHY LIVING

2021年度承保福利說明

Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO)

H6988-001_2021_EOC_1150_C CMS Approved 2020年9月30日

Language Assistance Services Notification

English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-940-9330 (TTY: 1-800-421-1220).
Albanian	KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-877-940-9330 (TTY: 1-800-421-1220).
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-940-877 9330 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-1220-421-800).
Bengali	লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-877-940-9330 (TTY: ১-800-421-1220)।
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-940-9330（TTY：1-800-421-1220）。
French	ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-940-9330 (ATS : 1-800-421-1220).
Greek	ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-877-940-9330 (TTY: 1-800-421-1220).
French Creole	ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-940-9330 (TTY: 1-800-421-1220).
Italian	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-940-9330 (TTY: 1-800-421-1220).
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-940-9330 (TTY: 1-800-421-1220)번으로 전화해 주십시오.
Polish	UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-940-9330 (TTY: 1-800-421-1220).
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-940-9330 (телетайп: 1-800-421-1220).
Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-940-9330 (TTY: 1-800-421-1220).
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-940-9330 (TTY: 1-800-421-1220).
Urdu	خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کال کریں 1-877-940-9330 (TTY: 1-800-421-1220).
Yiddish	אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-877-940-9330 (TTY: 1-800-421-1220).

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/參與者服務部：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
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， 800-537-7697（TDD）

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

2021 年 1 月 1 日 – 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

本手冊詳細介紹了 2021 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。它還闡述了如何獲得您所需要的醫療保健服務和處方藥品保險。**此為重要法律文件。請妥善保管。**

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

本文件免費提供西班牙語版本。

欲獲得其他資訊，請聯絡我們的會員服務部，電話：1-877-940-9330。
（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。

該資訊將以不同的格式提供，其中包括盲文和大號印刷體。

福利、保費、自負額以及/或者自付費用/共同保險費可能於 2022 年 1 月 1 日發生變化。

處方一覽表、藥房網絡，以及/或服務提供者網絡可能隨時變更。如有必要，您將收到通知。

2021 年度承保福利說明

目錄

本章節和頁碼清單即您的起點。有關尋找您所需資訊的更多協助，請前往每章的首頁。
您將在每章開頭看到詳細的話題清單。

第 1 章. 從成為會員開始 4

詳細說明加入 Medicare 保健計劃的意義和怎樣使用該手冊。闡述我們將寄給您的材料，您的計劃保費，D 部分延遲參保罰款、您的計劃會員卡，以及如何保持最新的會員記錄。

第 2 章. 重要電話號碼與資源 22

說明如何聯絡我們的計劃(Centers Plan for Medicare Advantage Care)以及其他組織，包括 Medicare、State Health Insurance Assistance Program (SHIP)、品質改善組織、社會保障部門、Medicaid（低收入者州健康保險輔助計劃），以及協助人們支付其處方藥品的各種計劃，以及鐵路職工退休管理委員會。

第 3 章. 使用本計劃為您的醫療服務提供的保險 41

解釋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。各種主題，包括使用計劃網絡內的服務提供者，以及在出現緊急情況時如何獲得護理。

第 4 章. 醫療福利表（承保項目和付費項目） 57

詳細說明當您成為我們的計劃會員時，哪些類型的醫療保健服務屬於我們的承保範圍，哪些不屬於。說明您所參保的醫療保健服務應支付的費用份額。

第 5 章. 使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險 96

解釋您在獲得 D 部分藥品時所需遵循的規則。闡述如何使用計劃的參保藥品清單（處方一覽表）查出哪些藥品參保。說明哪些類型的藥品未參保。解釋部分藥品的保險所適用的幾個限制條件。說明從何處開出處方藥。說明保險計劃的藥品安全和管理藥品計劃。

第 6 章. 您為 D 部分處方藥支付的費用 119

說明藥品保險的四個階段（自負額階段、初始保險階段、保障缺口階段、重病保險階段），以及這些階段對您的藥品付費有何影響。說明您 D 部分藥物的五個分攤費用等級，介紹您為每個分攤費用等級必須支付的費用。

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 136

說明在您想要我們支付您參保服務或藥品的分攤費用時，在何時及怎樣把帳單寄給我們。

第 8 章. 您的權利和責任..... 143

解釋您成為我們的保險計劃會員後享有的權利和承擔的責任。說明您認為自己享有的權利未得到應有的尊重可採取哪些行動。

第 9 章. 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法..... 154

分步驟說明您在成為我們的保險計劃會員後如何解決遇到的問題或疑慮。

- 說明在您無法獲得您認為我們的保險計劃應承保的醫療保健或處方藥時，如何申請保險裁定和上訴。其中包括要求我們提供對您的處方藥保險規則或額外限制的特例，以及在您認為您的保險期結束得過快時，要求我們繼續承保住院護理和某些類型的醫療服務。
- 說明怎樣投訴護理品質、等候時間、客戶服務和其他問題。

第 10 章. 終止您的計劃會員資格 207

解釋您在何時及怎樣終止保險計劃的會員資格。說明在出現哪些情況時我們的保險計劃必須終止您的會員資格。

第 11 章. 法律通告 216

包括有關管轄法律和無差別待遇的通知。

第 12 章 重要詞彙定義 219

說明本手冊的關鍵術語。

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 6
第 1.1 節 您加入 Centers Plan for Medicare Advantage Care（一項 Medicare HMO 計劃） 6
第 1.2 節 *承保福利說明*手冊的作用是？ 6
第 1.3 節 *承保福利說明*的法律資訊 6

第 2 部分 您怎樣獲得計劃會員資格？ 7
第 2.1 節 您的資格要求 7
第 2.2 節 什麼是 Medicare A 部分和 Medicare B 部分保險？ 7
第 2.3 節 以下是 Centers Plan for Medicare Advantage Care 的計劃服務區域 8
第 2.4 節 美國公民或合法居住者 8

第 3 部分 您將從我們這裡獲得其他哪些材料？ 9
第 3.1 節 您的計劃會員卡 - 用於獲得所有參保的醫療服務和處方藥 9
第 3.2 節 *服務提供者名錄*：您的計劃網絡內所有服務提供者指南 10
第 3.3 節 *藥房名錄：*您的網絡內藥房指南 10
第 3.4 節 本計劃的「承保藥品清單」*（處方一覽表）* 11
第 3.5 節 *D 部分福利說明*（「D 部分 EOB」）：報告帶有一份您的 D 部分處方藥已付款項匯總 11

第 4 部分 您的 Centers Plan for Medicare Advantage Care 計劃的每月保費 11
第 4.1 節 您的計劃保費金額是？ 11

第 5 部分 您需要支付 D 部分「延遲參保罰款」嗎？ 12
第 5.1 節 什麼是 D 部分「延遲參保罰款」？ 12
第 5.2 節 D 部分「延遲參保罰款」的金額為多少？ 13
第 5.3 節 有些情況下，您可延遲參保，而無需支付罰款 13
第 5.4 節 如果您對您的 D 部分延遲參保罰款有異議該怎麼辦？ 14

第 6 部分 您是否會因為您的收入而需要額外支付 D 部分金額？ 14
第 6.1 節 誰會因為收入而需要額外支付 D 部分金額？ 14
第 6.2 節 D 部分額外費用的金額是多少？ 15
第 6.3 節 如果您對支付 D 部分額外費用有異議該怎麼辦？ 15

第 6.4 節 如果您不支付 D 部分額外費用會怎樣？ 15

第 7 節 有關您的月保費的更多資訊 15

第 7.1 節 如果您支付了 D 部分延遲參保罰款，我們提供數種為您支付罰款的方式 16

第 7.2 節 我們是否可以變更您當年的每月計劃保費？ 17

第 8 部分 請保持最新的計劃會員資格檔案 18

第 8.1 節 如何協助我們掌握您的準確資訊 18

第 9 部分 我們保護您的個人健康資訊隱私 19

第 9.1 節 我們保證您的健康資訊受到保護 19

第 10 部分 其他保險如何與我們的計劃協調 19

第 10.1 節 在您享有其他保險時，哪個計劃會最先支付？ 19

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。

Medicare 有多種保健計劃。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*手冊的作用是？

本*承保福利說明*手冊向您介紹如何獲得我們的保險計劃承保的 Medicare 醫療保健和處方藥。本手冊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。

詞語「保險」和「承保的服務」指您在成為 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*手冊。

如果您有任何不解或疑慮，或有任何疑問，請聯絡我們這個計劃的會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

第 1.3 節 *承保福利說明*的法律資訊

這屬於我們與您所簽訂合約的一部分

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、*承保藥品清單（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「附文」或「修改」。

合約有效期為 2021 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日期間您參保 Centers Plan for Medicare Advantage Care 的月份。

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 2021 年 12 月 31 日之後，對 Centers Plan for Medicare Advantage Care 的費用和福利作出改變。我們也可在 2021 年 12 月 31 日之後停止提供該計劃，或在其他服務區域提供該計劃。

Medicare 每年必須審核我們的計劃

Medicare（Medicare 和 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，您就可以繼續成為我們提供的計劃的會員，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 您的資格要求

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（第 2.2 節介紹了 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 2.3 節介紹了我們的服務區域）。
- -- *以及* -- 您是美國公民或在美國有合法居住權

第 2.2 節 什麼是 Medicare A 部分和 Medicare B 部分保險？

在您首次註冊加入 Medicare 計劃後，您將收到有關 Medicare A 部分和 Medicare B 部分保險承保的服務內容資訊。請記住：

- Medicare A 部分通常協助承保醫院提供的服務（包括住院服務、專業護理機構或家庭保健機構）。
- Medicare B 部分計劃用於大多數其他醫療服務（例如內科醫生的服務、上門輸液治療及其他門診服務）和某些物品（例如耐用醫療設備(DME)與用品）。

第 2.3 節 以下是 Centers Plan for Medicare Advantage Care 的計劃服務區域

儘管 Medicare 屬於一項聯邦計劃，但 Centers Plan for Medicare Advantage Care 僅向在我們的計劃服務區域內生活的個人提供。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內的以下郡縣：Bronx、Erie、Kings (Brooklyn)、Nassau、New York (Manhattan)、Niagara、Queens、Richmond (Staten Island)和 Rockland。

如您計劃搬出服務區域，請聯絡會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。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 2.4 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 和 Medicaid 服務中心）將通知 Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO)。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 您將從我們這裡獲得其他哪些材料？

第 3.1 節 您的計劃會員卡 - 用於獲得所有參保的醫療服務和處方藥

在您是我們計劃會員的期間裡，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計劃會員卡。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：

CENTERS PLAN FOR HEALTHY LIVING
A CENTERS HEALTH CARE COMPANY

Name [Member Name]
Effective Date [00/00/00]
ID # [000000000]
PCP Name [Provider Name]
PCP Phone [Phone #]
Copay PCP $0
Specialist $40

Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO)

Medicare
Issuer [XXXXX]
Plan Type MA-PD

RxBIN 015574 RxPCN ASPROD1
RxGRP CPL01

MedicareRx Prescription Drug Coverage
CMS H6988-001

For Members:
Member Services
Phone: 1-877-940-9330
TTY/TDD: 1-800-421-1220
7 Days a week, 8am-8pm
www.centersplan.com

Pharmacy Claims
MedImpact Healthcare Systems, Inc.
P.O. Box 509108
San Diego, CA 92150-9108
Fax: 1-858-549-1569
E-Mail: Claims@MedImpact.com

Pharmacy Help Desk:
MedImpact - 1-888-807-5717

Medical Claims
Change Healthcare Payer ID:
CPHL or CPHL1
Centers Plan for Healthy Living
P.O. Box 21033
Eagan, MN 55121

Claim Inquiry:
1-844-292-4211, Option 2

Supplemental Provider Network
Provided By
MAGNACARE™

在您作為我們計劃的會員期間，不得使用您的紅色、白色和藍色 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或參加一般調查研究，可能會要求您出示該卡。

請務必遵循該規則的原因：在您身為計劃會員期間，如果您使用了紅色、白色和藍色 Medicare 卡而不是 Centers Plan for Medicare Advantage Care 會員卡來獲得承保服務，您可能必須自行承擔全部費用。

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。（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）

第 3.2 節 *服務提供者名錄*：您的計劃網絡內所有服務提供者指南

*服務提供者名錄*列出了我們的網絡內服務提供者和長期醫療設備提供者。

什麼是「網絡內的服務提供者」？

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。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。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。

為什麼您需要瞭解哪些服務提供者納入我們的網絡之中？

瞭解哪些服務提供者納入我們的網絡非常重要，這是因為，除了一定的特例情況以外，在您身為我們的計劃會員期間，您必須使用我們的網絡內服務提供者來獲得醫療保健和服務。特例情況僅限網絡不可用時（通常是您不在服務區域內時）發生的緊急情況、急需的服務、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。請參閱第 3 章（*使用本計劃為您的醫療服務提供的保險*），瞭解有關緊急情況、網絡外和服務區外保險服務的更多具體資訊。

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名錄（電話號碼已印於本手冊的封底）。您可進一步詢問會員服務部有關我們的網絡內服務提供者的資訊，包括這些服務提供者的資質。 您也可以透過 www.centersplan.com 網站查閱或下載*服務提供者名錄*。會員服務部和網站都能夠向您提供有關我們的網絡內服務提供者變動的最新資訊。

*第 3.3 節 藥房名錄：*您的網絡內藥房指南

什麼是「網絡內的藥房」？

網絡內藥房是指與我們達成協議，為我們的計劃會員開出承保的處方藥的所有藥房。

您為什麼需要瞭解網絡內的藥房？

您可使用*藥房名錄*來尋找您希望使用的網絡內藥房。以下是我們對明年的藥房網絡作出的改變。您可從我們的網站 www.centersplan.com 上找到已更新的藥房名錄。您也可致電會員服務部瞭解更新的服務提供者資訊，或要求我們郵寄一份藥房名錄給您。**請查閱 2021 年藥房名錄，瞭解哪些藥房已納入我們的網絡。**

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（電話號碼已印於本手冊的封底）。您可隨時致電會員服務部，瞭解有關藥房網絡改變的最新資訊。您也可以登入我們的網站 www.centersplan.com，查閱此類資訊。

第 3.4 節 本計劃的「承保藥品清單」（*處方一覽表*）

本計劃提供一份*「承保藥品清單」（處方一覽表）*。我們將其簡稱為「藥品清單」。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 藥品清單。

該藥品清單也說明瞭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品清單副本。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)，或致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

第 3.5 節 *D 部分福利說明*（「D 部分 EOB」）：報告帶有一份您的 D 部分處方藥已付款項匯總

在您使用您的 D 部分處方藥福利時，我們將寄給您一份匯總報告，協助您瞭解並記錄您的 D 部分處方藥付款情況。該匯總報告稱為 *D 部分福利說明*（或「D 部分 EOB」）。

*D 部分福利說明*介紹了您或代表您的其他人為 D 部分處方藥支付的費用總金額，以及我們當月為您的每一種 D 部分處方藥支付的費用總金額。D 部分 EOB 提供關於您服用的藥物的詳細資訊，例如價格提高或可使用的其他低分攤費用藥物。對於這些低成本選擇，您應諮詢您的開藥醫生。第 6 章（*您為 D 部分處方藥支付的費用*）提供了有關 *D 部分福利說明*的詳細資訊，以及該說明怎樣協助您記錄您的藥品保險情況。

如您需要，我們也會提供一份 *D 部分福利說明*匯總。請聯絡會員服務部獲得一份匯總（電話號碼已印於本手冊的封底）。

第 4 部分 您的 Centers Plan for Medicare Advantage Care 計劃的每月保費

第 4.1 節 您的計劃保費金額是？

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

在某些情況下，您的計劃保費可能會增加

在某些情況下，您的計劃保費可能會高於第 4.1 節中列出的數目。 這些情況如下所述。

- 部分會員需要支付 D 部分**延遲參保罰款**，這可能因為他們在首次獲得會員資格時沒有加入 Medicare 處方藥計劃，或是因為他們連續 63 天或更長的時間內沒有「可信的」處方藥保險。（「可信」指的是藥品保險在平均程度上可至少與 Medicare 的標準處方藥保險一樣進行支付。）對於這些會員，D 部分逾期參保罰金將會追加到計劃月繳保費中。其保費金額將會是月繳計劃保費加上 D 部分延遲參保罰金之金額。
    - 如果您需要支付 D 部分逾期參保罰金，則您的罰款金額將視您未加入 D 部分或其他「可信的」處方藥保險的時間而定。第 1 章第 5 節闡述了 D 部分延遲參保罰款的內容。
    - 如果您被要求支付 D 部分延遲參保罰款但沒有支付，您可能將被計劃退保。
- 部分會員需要支付一筆額外費用，即 D 部分收入相關月調整額（也稱為 IRMAA），原因是他們 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。需要支付 IRMAA 的會員將需要支付標準保費金額和這筆額外費用，該費用將增加到其保費中。第 1 章第 6 部分進一步闡述了 IRMAA 的內容。

第 5 部分 您需要支付 D 部分「延遲參保罰款」嗎？

第 5.1 節 什麼是 D 部分「延遲參保罰款」？

注：如果 Medicare 提供的「額外補助」能為您支付處方藥費，則您將不需要支付延遲參保罰款。

延遲參保罰款就是增加到您的 D 部分保費的金額。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，則可能需要支付 D 部分延遲參保罰款。「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）。您的逾期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。您的 D 部分延遲參保罰款將被視為您計劃保費。

第 5.2 節 D 部分「延遲參保罰款」的金額為多少？

Medicare 將確定罰款的金額。以下為其工作原理：

- 首先，在您符合參保資格後，計數延遲參與 Medicare 藥品計劃的完整月份數。或者，如果您中斷保險 63 天或以上日期，則請計數您未參加可信處方藥保險的完整月份數。如您每有一個月未參加可信保險，則罰款將為 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。2021 年，該平均保費金額為$33.06。
- 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$33.06，結果為$4.6284。該結果將四捨五入為$4.63。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**。如果國家平均保費（由 Medicare 確定）提高，您的罰款也將提高。
- 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 老年計劃初始參保期後沒有參保的月數為基礎。

第 5.3 節 有些情況下，您可延遲參保，而無需支付罰款

首次符合參保資格時，有些情況下，即使您已延遲加入提供 Medicare D 部分保險的計劃，也無需支付 D 部分延遲參保罰款。

如果您處於以下任意情況之一，則將不需要支付延遲參保罰款：

- 如您已有預期平均將支付至少與 Medicare 標準處方藥保險費用一樣多的處方藥保險。Medicare 稱之為「**可信的藥品保險**。」請注意：
    - 可信的保險包括先前僱主或單位、TRICARE、或者退伍軍人事務部提供的藥品保險。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。

- 請注意：如果您在健康保險結束後收到一份「可信的保險證書」，則其可能並不意味著您的處方藥保險為可信的保險。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。

- 以下保險為*不*可信的處方藥保險：處方藥打折卡、義診以及藥品折扣網站。
- 有關可信保險的其他資訊，請查閱您的《Medicare 與您 2021》手冊或致電聯絡 Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力障礙電傳使用者請致電 1-877-486-2048。每天 24 小時每週 7 天時間內，您可隨時致電該號碼。

- 如您沒有參加可信的保險，但是，未參加保險的連續時間少於 63 天。
- 如您得到 Medicare 的「額外輔助」。

第 5.4 節 如果您對您的 D 部分延遲參保罰款有異議該怎麼辦？

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對您的延遲參保罰款決定進行審核。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。如果您在加入我們的計劃之前支付了罰款，您將不會再有機會申請審核逾期參保罰款。請致電會員服務部瞭解進行此操作的更多相關資訊（電話號碼已印於本手冊的封底）。

第 6 部分 您是否會因為您的收入而需要額外支付 D 部分金額？

第 6.1 節 誰會因為收入而需要額外支付 D 部分金額？

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。

如果您需要支付額外費用，社會保障部，而非您的 Medicare 計劃，將傳送信件通知您這筆額外費用的金額以及支付方式。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。**

第 6.2 節 D 部分額外費用的金額是多少？

如果您的 IRS 所得稅申報表中報告的調整後總收入(MAGI)高於某個特定數額，則您將需要在每月計劃保費之外再行支付一筆額外費用。有關您根據您收入而定的額外費用金額詳情，請瀏覽：www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html。

第 6.3 節 如果您對支付 D 部分額外費用有異議該怎麼辦？

如果您對因自己的收入而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覆核。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。

第 6.4 節 如果您不支付 D 部分額外費用會怎樣？

該部分額外費用將針對您的 Medicare D 部分保險直接支付給政府（而非您的 Medicare 計劃）。如果您被法律要求支付額外款項但沒有支付，則您將被計劃退保，並損失處方藥保險。

第 7 節 有關您的月保費的更多資訊

很多會員都被要求支付其他 Medicare 保費

很多會員都被要求支付其他 Medicare 保費如以上第 2 部分所述，為獲得參加我們的計劃的資格，您必須同時符合 Medicare A 部分和 Medicare B 部分的參保資格。部分計劃會員（沒有獲得免保費 A 部分保險的人員）需支付 Medicare A 部分保費。大部分計劃會員均將支付 Medicare B 部分保費。**您必須繼續支付 Medicare 保費，以保留計劃會員資格。**

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。

- **如果按要求，您應支付該額外費用，但您卻沒有支付，則您將被從本計劃中退保並失去處方藥保險。**
- 如果您必須支付額外款項，社會保障部門，**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。
- 有關基於收入的 D 部分保費詳細資訊，請參閱本手冊第 1 章第 6 部分。您也可以瀏覽網站 www.medicare.gov 或者致電 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該電話全天候提供服務，終年無休。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。

也可透過 1-800-772-1213 聯絡社會保障部門。聽力障礙電傳使用者應致電 1-800-325-0778。

您的 *Medicare 與您 2021* 的「2021 年 Medicare 費用」部分介紹了 Medicare 保費資訊。該說明闡述了收入不同的人士的 Medicare B 部分和 D 部分保費差異。每位參加 Medicare 計劃的會員每年秋季都會收到一份 *Medicare 與您*。Medicare 新會員會在首次註冊的一個月內收到這份說明。您也可從 Medicare 網站(www.medicare.gov)上下載一份 *Medicare 與您 2021*。或者，您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)索取一份副本，工作時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽力障礙電傳使用者請致電 1-877-486-2048。

第 7.1 節 如果您支付了 D 部分延遲參保罰款，我們提供數種為您支付罰款的方式

如果您支付了 D 部分延遲參保罰款，我們提供了兩種支付罰款的方式。請聯絡會員服務部，讓我們瞭解您想如何支付您的延遲參保罰款，或變更您目前的支付選項。

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。

選擇 1：您可以用支票支付

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。**

選擇 2：您可以選擇從每月的社會保障支票中扣除 D 部分延遲參保罰款

您可以選擇從每月的社會保障支票中自負 D 部分延遲參保罰款。請聯絡會員服務部，詳細瞭解如何透過該方式支付您的罰款，我們樂意為您提供協助。（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）

您在支付 D 部分延遲參保罰款時如果遇到困難該怎樣做

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 日前沒有收到您的罰款，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。
（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）

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。

如果我們因為您沒有支付 D 部分延遲參保罰款而終止您的會員資格，那麼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。在年度 Medicare 開放參保期間，您可以加入單獨的處方藥計劃或同樣提供處方藥保險的保健計劃。（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，則您必須支付 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罰款金額。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，您有權透過投訴要求我們覆議這一裁定。本手冊第 9 章第 10 部分說明如何投訴。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，您可致電 1-877-940-9330 要求我們覆議這一裁定，該電話每週 7 天，早 8 點至晚 8 點有人接聽。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 7.2 節 我們是否可以變更您當年的每月計劃保費？

否。我們不可在當年開始收取每月計劃保費。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，我們將在九月通知您，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，您可能需要開始或停止支付延遲參保罰款。（如果您連續 63 天或更長的時間內沒有參保「可信」處方藥保險，則可能需要交納延遲參保罰款。）如果您獲得當年的「額外補助」計劃資格或失去當年的「額外補助」計劃資格，則可能發生這樣的情況。

- 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「額外補助」資格，則您可以停止交付罰款。
- 如果您失去額外補助，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「額外補助」計劃。

第 8 部分 請保持最新的計劃會員資格檔案

第 8.1 節 如何協助我們掌握您的準確資訊

您的會員資格記錄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檔案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。

讓我們一起瞭解以下改變：

- 您的姓名、地址或電話號碼的改變
- 您享有的其他健康保險的改變（例如，您的僱主、您配偶的僱主、工傷津貼或 Medicaid 的改變）
- 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

如果任意一項此類資訊改變，請致電會員服務部聯絡我們（電話號碼已印於本手冊的封底）。

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。

閱讀我們寄出的資料，瞭解您享有的其他保險

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。（如需進一步瞭解在您享有其他保險時如何使用我們的保險，請參閱本章的第 10 部分。）

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（電話號碼已印於本手冊的封底）。

第 9 部分 我們保護您的個人健康資訊隱私

第 9.1 節 我們保證您的健康資訊受到保護

聯邦和州立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。

有關我們如何保護您個人健康資訊的詳細資訊，請參閱本手冊第 8 章第 1.3 節。

第 10 部分 其他保險如何與我們的計劃協調

第 10.1 節 在您享有其他保險時，哪個計劃會最先支付？

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。

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，而您或您的配偶仍在工作，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，則您的團體健康計劃將先支付。

- 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
- 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。

如果您享有其他保險，請告訴您的醫生、醫院和藥房。如果您對哪個保險先支付有疑問，或您需要更新您的其他保險資訊，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。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。

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 聯絡方式** （如何聯絡我們，包括怎樣聯絡參保計劃的會員服務部）..... **23**

第 2 部分 **Medicare** （如何直接從聯邦 Medicare 計劃獲得協助和資訊）..... **30**

第 3 部分 **State Health Insurance Assistance Program** （Medicare 問題的免費協助、資訊，以及解答）..... **32**

第 4 部分 **什麼是健康改良組織** （由 Medicare 支付，以檢查使用 Medicare 的人士獲得的護理品質）..... **32**

第 5 部分 **社會保障部** **33**

第 6 部分 **Medicaid** （一個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）..... **34**

第 7 部分 **關於協助支付處方藥的計劃資訊** **35**

第 8 部分 **怎樣聯絡鐵路職工退休管理委員會** **38**

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？** **39**

第 1 部分 Centers Plan for Medicare Advantage Care 聯絡方式（如何聯絡我們，包括怎樣聯絡參保計劃的會員服務部）

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。 我們的辦公時間是每週 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。 我們的辦公時間是每週 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

如何聯絡我們，獲得有關醫療保健的保險決定

保險決定是我們對您享有的福利和保險，或我們為您的醫療服務支付的金額作出的決定。如需進一步瞭解如何獲得有關您醫療保健的保險決定，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*）。

如果您對我們的保險決定流程有任何問題，請致電我們。

方法	醫療保健的保險決定 - 聯絡資訊
電話	1-877-940-9330 致電此號碼不收取任何費用。 我們的辦公時間是每週 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。 我們的辦公時間是每週 7 天，早 8 點至晚 8 點。
傳真	1-718-581-5522
寫信	Centers Plan for Healthy Living Attn: Utilization Management 75 Vanderbilt Avenue, Suite 700 Staten Island, NY 10304
網站	www.centersplan.com

如何聯絡我們，就醫療保健提起上訴

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。如需進一步瞭解如何就您的醫療保健提出申訴，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	醫療保健的上訴 - 聯絡資訊
電話	1-877-940-9330 致電此號碼不收取任何費用。 我們的辦公時間是每週 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。 我們的辦公時間是每週 7 天，早 8 點至晚 8 點。
傳真	1-347-505-7095
寫信	Centers Plan for Healthy Living Attention: Grievances and Appeals 75 Vanderbilt Avenue, Suite 700 Staten Island, NY 10304
網站	www.centersplan.com

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。（如果您對計劃的承保範疇或付款有疑問，可參閱以上有關提出上訴的部分。）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。 我們的辦公時間是每週 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。我們的辦公時間是上午 8:00 至下午 8:00， 每週 7 天
傳真	1-347-505-7089
寫信	Centers Plan for Healthy Living Attention: Grievances and Appeals 75 Vanderbilt Avenue, Suite 700 Staten Island, New York 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。

如何聯絡我們，獲得有關 D 部分處方藥的保險決定

保險決定是我們對您享有的福利和保險，或我們為您的計劃中包含的 D 部分福利承保的處方藥支付的金額作出的決定。如需進一步瞭解如何獲得有關 D 部分處方藥的保險決定，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	有關 D 部分處方藥的保險決定 - 聯絡資訊
電話	1-800-788-2949 致電此號碼不收取任何費用。 我們將每週七天、每天 24 小時接聽您的來電
聽力障礙電傳	711 致電此號碼不收取任何費用。 我們將每週七天、每天 24 小時接聽您的來電。
傳真	1-858-549-1569
寫信	MedImpact Healthcare System, Inc. Scripps Corporate Plaza 10181 Scripps Gateway Ct. San Diego, CA 92131
網站	www.centersplan.com

如何聯絡我們，就 D 部分處方藥提出上訴

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。如需進一步瞭解如何就 D 部分處方藥提出上訴，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*）。

方法	有關 D 部分處方藥的上訴 - 聯絡資訊
電話	1-800-788-2949 致電此號碼不收取任何費用。 我們將每週七天、每天 24 小時接聽您的來電
聽力障礙電傳	711 致電此號碼不收取任何費用。 我們將每週七天、每天 24 小時接聽您的來電
傳真	1-858-549-7569
寫信	MedImpact Healthcare System, Inc. Scripps Corporate Plaza 10181 Scripps Gateway Ct. San Diego, CA 92131
網站	www.centersplan.com

如何聯絡我們，就 D 部分處方藥提出投訴

您可對我們或我們的任一網絡內藥房提出投訴，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。（如果您對計劃的承保範疇或付款有疑問，可參閱以上有關提出上訴的部分。）如需進一步瞭解如何就 D 部分處方藥提出投訴，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	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。 我們將每週七天、每天 24 小時接聽您的來電。
聽力障礙電傳	711 致電此號碼不收取任何費用。 我們將每週七天、每天 24 小時接聽您的來電。
傳真	1-858-549-7569
寫信	MedImpact Healthcare System, Inc. Scripps Corporate Plaza 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。

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

如需進一步瞭解在哪些情況下您可能需要我們撥補或支付服務提供者為您開出的帳單，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*）。

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	1-877-940-9330 致電此號碼不收取任何費用 我們的辦公時間是每週 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。 我們的辦公時間是每週 7 天，早 8 點至晚 8 點。
傳真	1-347-505-7095
寫信	Centers Plan for Healthy Living, LLC Attn:Claims Department 75 Vanderbilt Avenue, Suite 700 Staten Island, NY 10304
網站	www.centersplan.com

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 歲或以上年齡的老人、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 和 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。

方法	**Medicare – 聯絡資訊**
電話	1-800-MEDICARE 或 1-800-633-4227 致電此號碼不收取任何費用。 每週 7 天，每天 24 小時開放。
聽力障礙電傳	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。

方法	**Medicare – 聯絡資訊**
網站	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、家庭包機構和透析設施的資訊。該網站提供可從電腦直接列印的手冊。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，詳細說明瞭您的 Medicare 資格和參保選項。 • **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 Medicap（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現金費用。 您也可使用該網站通知 Medicare 您對 Centers Plan for Medicare Advantage Care 的任何投訴。 • **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。 如果您沒有電腦，您可使用當地圖書館或老年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您想要的資訊，然後列印下來寄給您。（您可致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該電話每週 7 天，每天 24 小時均有人接聽。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。）

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 (HIICAP)。

HIICAP 是具有獨立性的計劃（與其他任何保險公司或保健計劃無關）。這是由聯邦政府出資的州立計劃，旨在向參加 Medicare 的人員提供免費的當地健康保險諮詢。

HIICAP 諮詢師可為您解答與 Medicare 計劃有關的問題或疑問。他們能夠協助您瞭解您享有的 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。

方法	**Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP)：紐約 SHIP – 聯絡方式**
電話	1-800-701-0501
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	www.aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

第 4 部分 什麼是健康改良組織（由 Medicare 支付，以檢查使用 Medicare 的人士獲得的護理品質）

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

Livanta 擁有一組醫生和其他保健專業人士的團隊，他們由聯邦政府支付薪酬。該組織由 Medicare 支付薪酬，以核查並改善使用 Medicare 的人士獲得的護理品質。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、專業康復機構護理或綜合復健門診(CORF)服務的保險期結束過快時。

方法	**Livanta：紐約的品質改善組織 – 聯絡方式**
電話	1-866-815-5440 工作時間為週一至週五，早 9:00 至晚 5:00。
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 20701
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。社會保障部處理 Medicare 的參保流程。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。

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，上午 7 點至晚上 7 點開放。 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，上午 7 點至晚上 7 點開放。
網站	www.ssa.gov

第 6 部分 Medicaid（一個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）

Medicaid 是一個聯邦和州政府聯合展開的計劃，用於協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。

此外，還有一些透過 Medicaid 提供的計劃可協助 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」能夠協助收入和資源有限的人士每年節省開銷：

- **合格 Medicare 受益人(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。）
- **指定低收入 Medicare 受益人(SLMB)：**協助支付 B 部分保費。（一些享有 SLMB 資格的人也符合享受全部 Medicaid 福利(SLMB+)的資格。）
- **合格個人(QI)：**協助支付 B 部分保費。
- **合格殘疾和工作人士(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）（紐約 **Medicaid** 計劃）– 聯絡資訊
電話	1-888-692-6116 週一至週五上午 9:00 至下午 5:00
聽力障礙電傳	711
寫信	New York Human Resources Administration Medical Assistance Program Correspondence Unit 785 Atlantic Avenue, 1st 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 的「額外補助」計劃

Medicare 提供「額外補助」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「額外補助」計劃也以您的付現費用為限。

收入和資源有限的人士可能符合獲得「額外補助」的資格。一些人士將自動獲得「額外補助」資格，無需申請。Medicare 將向自動獲得「額外補助」資格的人士傳送一份信。

您也許能夠活兒多支付處方藥保費和費用的「額外補助」。
要確定您是否有資格獲得「額外補助」，請致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048，
  每週 7 天，每天 24 小時開放；
- 社會保障辦事處，電話：1-800-772-1213，週一至週五上午 7 點至晚上 7 點。聽力障礙電傳使用者應致電 1-800-325-0778（申請）；或
- 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「額外補助」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，那麼您可透過我們的計劃中已設定的流程，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退給您。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。如果您有任何疑問，請聯絡會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

Medicare Coverage Gap Discount Program

Medicare Coverage Gap Discount Program 向達到保障缺口且未獲得「額外補助」的 D 部分會員提供品牌藥品的製造商折扣。對於品牌藥品，製造商所提供的 70%的折扣不包含缺口階段費用裡的任何藥事服務費。會員將支付品牌藥品協商價格的 25%，以及品牌藥品的部分藥事服務費。

如果您達到保障缺口，在您的藥房為您的處方藥開出帳單時，我們將自動為您申請折扣，您的 D 部分福利說明（D 部分 EOB）將顯示我們提供的任何折扣。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）都將計入您的付現費用，協助您透過該保障缺口階段。本計劃支付的金額(5%)將不計入您的付現費用。

您還將得到普通藥品的部分保險。如果您達到保障缺口，本計劃將支付普通藥品的 75%，而您則支付藥品價格剩餘 25%。對於普通藥品，本計劃支付的金額(75%)將不計入您的付現費用。僅您支付的金額有效，並協助您透過保障缺口階段。此外，藥事服務費也包含在藥品的費用之中。

Medicare 保障缺口折扣計劃覆蓋全國。由於 Centers Plan for Medicare Advantage Care 沒有保障缺口，因此該折扣不適用於您。

計劃將繼續按常規分攤費用承保您的藥品，直到您進入大病承保階段。請參閱第 6 章第 5 部分，詳細瞭解您在初始保險階段的保險資訊。

如果您對自己正在服用的藥品是否享有折扣有疑問，或對 Medicare 保障缺口折扣計劃有一般性問題，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

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

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「額外補助」），則您仍可獲得承保品牌藥品的 70%折扣。此外，本計劃將在保障缺口內支付品牌藥品 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 AIDS Drug Assistance Program (ADAP)？
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。ADAP 承保的 Medicare D 部分處方藥符合處方藥分攤費用援助資格。請致電 ADAP：1-800-542-2437，以獲得更多資訊。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。

如果您目前已參保 ADAP，它會繼續為您提供 ADAP 處方一覽表上的 Medicare D 部分處方藥分攤費用援助。為了確保您繼續獲得此援助，如果您的 Medicare D 部分計劃名稱或保單號有任何變化，請通知您當地的 ADAP 參保工作人員。您可以聯絡 ADAP，聯絡方式為： 1-800-542-2437。

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 ADAP：1-800-542-2437

如果您參加了可協助支付處方藥費用的 Medicare「額外補助」計劃？您是否能享受折扣？

否。如果您已參加「額外補助」計劃，則在保障缺口階段已享有處方藥費用保險。

如果您沒有享受到應享受的保險？

如果您認為您已達到保障缺口，但在支付品牌藥品時沒有享受折扣，您應審核您的下一次 *D 部分福利（D 部分 EOB）說明*通知。如果您的 *D 部分福利說明*上沒有顯示折扣，您應聯絡我們，確保您的處方藥記錄正確且處於最新狀態。如果我們不認為您享有折扣，您可提起上訴。您可透過州健康保險輔助計劃(SHIP)的協助提起上訴（聯絡電話號碼位於本章的第 3 部分），也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該電話每週 7 天，每天 24 小時開放接聽。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。

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)。

方法	**Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC) – 紐約 State Pharmaceutical Assistance Program 聯絡資訊**
電話	1-800-332-3742 週一至週五，上午 8:30 至下午 5:00
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。

如果您透過鐵路職工退休管理委員會獲得 Medicare 服務，在您搬遷或變更郵寄地址時，請務必通知該委員會

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，您可以在星期一、星期二、星期四和星期五上午 9:00 至下午 3:30，以及星期三上午 9:00 至中午 12:00 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**付費**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（或您的配偶）從您（您配偶）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議服務部，解答您的疑問。您可詢問有關您（或您配偶的）僱主或退休人員健康福利、保費或參保期的問題。（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）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（或您配偶的）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

使用本計劃為您的醫療服務提供的保險

第 3 章. 使用本計劃為您的醫療服務提供的保險

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 43
第 1.1 節 什麼是「網絡內服務提供者」和「承保服務」？ 43
第 1.2 節 獲得計劃承保的醫療服務的基本規定 43

第 2 部分 使用本計劃網絡內的服務提供者獲得醫療服務 44
第 2.1 節 您必須選擇初級保健提供者(PCP)來提供和監管您的醫療服務 44
第 2.2 節 哪些醫療服務您無需提前獲得核准即可從 PCP 處獲得？ 46
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 46
第 2.4 節 如何從網絡外服務提供者處獲得服務 47

第 3 部分 如何在出現急診或緊急護理需要時或在災難期間獲得承保服務 48
第 3.1 節 在有緊急醫療需要時獲得護理 48
第 3.2 節 在您有緊急服務需要時獲得護理 49
第 3.3 節 在災難期間獲得護理 50

第 4 部分 如果您直接收到您承保服務的所有費用的帳單該怎麼辦？ 50
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 50
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 51

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？ 51
第 5.1 節 什麼是「臨床調查研究」？ 51
第 5.2 節 在您參與臨床調查研究時，服務付款人和付款項目分別是？ 52

第 6 部分 有關獲得「宗教非醫療健康護理機構」承保的護理的規定 53
第 6.1 節 什麼是宗教非醫療健康護理機構？ 53
第 6.2 節 從宗教非醫療健康保健機構獲得護理 53

第 7 部分 有關擁有耐用醫療設備的規定 54
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？ 54

第 8 部分 有關氧氣設備、用品和維護的規定 55
第 8.1 節 您有權獲得哪些氧氣福利？ 55
第 8.2 節 您的分攤費用是多少？36 個月之後會有變化嗎？ 55

第 8.3 節 如果您從您的計劃退保，並恢復為 Original Medicare 會怎樣？ 55

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，說明瞭您需遵循的規定，以便您能夠獲得本計劃提供的治療、服務和其他醫療保健。

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」？

此處列出的一些定義可協助您瞭解怎樣獲得作為我們計劃會員應獲得的保健和服務：

- 「**服務提供者**」是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、用品和設備。您的醫療保健承保服務已在第 4 章的福利表中列出。

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**（該表可在本手冊第 4 章找到）。
- **您獲得的護理是醫療必需護理。**「醫療必需」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。
- **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，您必須選擇一位網絡內 PCP（有關此內容的更多資訊，請參見本章的第 2.1 節）。
    - 在大多數情況下，我們的計劃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、專業康復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。

- 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。*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。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，您支付的費用與從網絡內服務提供者處獲得服務所需支付的費用相同。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時，從 Medicare 認證的透析機構獲得的腎透析服務。

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？

您可以從幾種類型的醫師中選擇一位擔任 PCP。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。

PCP 在協調承保服務中擔任什麼角色？

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）。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 在作出有關事先授權的決定或者在獲得事先授權中擔任什麼角色？

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。該 PCP 的名稱和電話號碼將顯示在您 Centers Plan for Medicare Advantage Care 會員 ID 卡上。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 提前核准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）。他們也將發給您一張新的會員 ID 卡，卡上顯示您的新 PCP 的姓名和電話號碼。

第 2.2 節 哪些醫療服務您無需提前獲得核准即可從 PCP 處獲得？

您無需提前獲得審核即可從您的 PCP 處獲得下列服務。

- 這其中包括常規女性健康護理，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
- 網絡內服務提供者提供的疫苗注射、乙型肝炎、肺炎疫苗接種
- 網絡內服務提供者或網絡外服務提供者提供的緊急服務
- 網絡內服務提供者提供的緊急需要的服務，或網絡內服務提供者臨時無法提供服務時由網絡外服務提供者提供的急需護理（例如，您臨時位於計劃的服務區域範圍外時）。
- 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。（如可能，請在離開服務區域範圍之前致電會員服務部，這樣我們就能夠協助您做好安排，讓您在離開服務區時也可繼續進行透析。會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）

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？

- 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。看網絡內專科醫師，不需要提前獲得您 PCP 的核准（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實現授權（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。

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。您的服務提供者可能不會撤出您的保險計劃存在幾個原因，但如果您的醫生或專科醫師確實撤出計劃，您將獲得如下總結的具體權利和保護：

- 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。
- 我們將儘量在您的服務提供者離開我們計劃之前提前 30 日告知，以便您有時間選擇新的服務提供者。
- 我們將協助您選擇新的合格服務提供者，使其繼續負責您的醫療保健需要。
- 如果您目前正在使用某項醫療服務，您有權提出申請，我們將配合您的需要，確保您正在接受的必要醫療服務不會中斷。
- 如果您認為我們未能提供合格的服務提供者來取代您之前的服務提供者，或者您目前的健康狀況未得到恰當護理，您有權就我們的決定提出上訴。
- 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。

如果您需要援助，請聯絡會員服務部。您可以致電 1-877-940-9330（聽力障礙電傳使用者應致電 711）聯絡 Centers Plan for Medicare Advantage Care 會員服務部，每週 7 天，每天早 8 點至晚 8 點。

第 2.4 節 如何從網絡外服務提供者處獲得服務

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 如何在出現急診或緊急護理需要時或在災難期間獲得承保服務

第 3.1 節 在有緊急醫療需要時獲得護理

什麼是「緊急醫療」以及在出現這樣的情況時應怎麼做？

「**緊急醫療**」是您或其他任何掌握一般醫療和藥品知識的外行人士認為您出現需要立即就醫，以免死亡、損失肢體或肢體功能的醫療徵兆。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。

如果您有緊急醫療需要：

- **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。
- **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。您或者其他人應透過電話告知我們您的急診情況，通常在 48 小時以內。請致電 1-877-940-9330（聽力障礙電傳使用者請致電 711）聯絡我們，每週 7 天，早 8 點至晚 8 點。

在緊急醫療情況下哪些可以被承保？

無論何時，無論您在美國或世界範圍內，都可獲得承保的緊急醫療護理。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。更多詳情，請參閱本手冊第 4 章中的醫療福利表。

計劃每年承保最高$25,000 的全球急診護理服務。有關此福利及其費用的更多詳情，請參閱本手冊第 4 章中的醫療福利表。

如果您出現緊急醫療情況，我們將與向您提供緊急護理的醫生交流，協助管理和跟進您的護理。向您提供緊急護理的醫生將確定您何時情況穩定，可結束緊急醫療護理。

在緊急醫療護理結束後，您將獲得後續護理，以確保您的身體狀況可繼續保持穩定。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。

如果不屬於緊急醫療情況？

有時很難判斷您是否出現緊急醫療情況。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，但醫生認為這不是緊急醫療情況。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需要的服務的規定（有關詳細資訊，請參閱下面的第 3.2 節）。

第 3.2 節 在您有緊急服務需要時獲得護理

什麼是「緊急需要的服務」？

「緊急需要的服務」是非急診、不可預見的疾病狀況、受傷或需要立即就醫的狀況。緊急需要的服務可由網絡內服務提供者提供，或在網絡內服務提供者臨時不可用時由網絡外服務提供者提供。不可預見的狀況可能包括，您已知疾病狀況的突然復發。

如果您處於計劃的服務區域內時有緊急護理需要該怎麼辦？

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。

在大多數情況下，如果您處於計劃的服務區域內，我們*只*在您從網絡內服務提供者處獲得緊急護理且遵循了本章之前描述的其他規則後，才承保此類護理。但是，如果存在不同尋常或特別的情況，網絡內服務提供者臨時不可用，我們將承保您從網絡外服務提供者處獲得的緊急護理。

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**僅**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。

如果您處於計劃的服務區域外時有緊急護理需要該怎麼辦？

當您處於服務區域外，無法從網絡內服務提供者處獲得護理時，我們的計劃將承保那您從任何服務提供者處獲得的緊急需要的服務。

在某些特定情況下，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。

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 在災難期間獲得護理

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。

通常而言，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 章瞭解詳情。

第 4 部分 如果您直接收到您承保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應分攤的承保服務金額，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 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 承保醫療必需的所有醫療服務，這些服務在計劃的醫療福利表中列出（本手冊第 4 章提供此表），且這些服務均在依照計劃規定的情況下獲得。您應負責支付我們的計劃未承保服務的全額費用，不管因為這些服務不屬於計劃的承保服務，還是因為這些服務在網絡外獲得且未獲得授權。

如果您對我們是否會支付您考慮獲得的任何醫療服務或護理有疑問，您有權利在獲得此類服務之前詢問我們是否承保此服務。您還有權以書面形式請求。如果我們說明我們不會承保您的服務，您有權就我們不承保您的護理的決定提起上訴。

第 9 章（*發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法*）更詳細地說明瞭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。您也可致電會員服務部瞭解詳情（電話號碼已印於本手冊的封底）。

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，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付現費用將計入您$7,550 的年度最高付現限額。 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參保？

第 5.1 節 什麼是「臨床調查研究」？

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。他們透過詢問協助參與研究的志願者來測試新醫療護理程序或藥品的效果。這種類型的研究是研究流程的一個最後階段，可協助醫生和科學家瞭解新醫療方法是否有效和是否安全。

並非所有臨床調查研究都向我們的計劃會員開放。Medicare 首先需要審核研究調查。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*。

Medicare 核准研究後，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，*以及*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。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 核准的臨床調查研究，您*不必*獲得我們或您的 PCP 的審核。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。

儘管您參與臨床調查研究不需獲得我們計劃的許可，**但您確實需要在開始參與臨床調查研究之前通知我們。**

如果您計劃參與某個臨床研究，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底），告訴他們您將參與臨床試驗，以及瞭解有關您計劃將支付哪些費用的更具體的詳細資訊。

第 5.2 節 在您參與臨床調查研究時，服務付款人和付款項目分別是？

您一旦參與 Medicare 核准的臨床調查研究，即可將獲得在參加研究時收到的常規項目和服務的保險。

- 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。

Original Medicare 將支付您參與研究時獲得的承保服務的大部分費用。在 Medicare 支付其對這些服務的分攤費用後，我們的計劃也會支付部分費用。我們將支付 Original Medicare 與您作為我們的計劃會員應支付的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。

> *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 計劃應為這次化驗支付$80，我們將支付其餘的$10。這意味著您將支付$10，與您從享有我們的計劃福利時應支付的金額相同。

為了讓我們支付我們的分攤費用，您需要提交付款申請。在您申請時，您將需要向我們傳送一份 Medicare 摘要通知或其他文件，說明您在參與研究時獲得了哪些服務，以及應付的金額是多少。請參閱第 7 章，瞭解有關提交付款申請的詳情。

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。
- 研究免費提供給您或任何參與者的項目和服務。
- 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。

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 Medicare 網站 (www.medicare.gov)上的出版物「Medicare and Clinical Research Studies（Medicare 和臨床調查研究）」。

您也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該電話每週 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」承保的護理的規定

第 6.1 節 什麼是宗教非醫療健康護理機構？

宗教非醫療健康護理機構是提供對一般會在醫院或專業康復機構進行治療的狀況的護理的機構。如果在醫院或專業康復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。您可選擇在任何時間因任何原因獲得醫療護理。該福利僅為 A 部分住院服務（非醫療健康保健服務）提供。Medicare 僅支付由宗教非醫療健康保健機構提供的非醫療健康保健服務。

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檔案，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」醫療服務是您獲得的*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機構中獲得的服務，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康復機構護理的承保服務的要求。
    - *– 以及 – 您在被機構收診或您的住院尚未參保之前，需提前獲得我們的計劃的核准。*

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 個月的共付額後即可擁有該設備。但是，作為 Centers Plan for Medicare Advantage Care 的會員，您通常不會獲得租用的 DME 設備的所有權，不管您在成為我們的計劃會員期間支付了多少自付費用。在某些受限的情況下，我們會向您轉讓 DME 的所有權。請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底），瞭解您必須符合的要求和必須提供的文件。即使您在參保我們的計劃之前，在 Original Medicare 計劃下為 DME 物品連續支付了 12 次費用，仍不會獲得所有權，不管您在成為我們的計劃會員期間支付了多少自付費用。

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 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。您在我們計劃中進行的支付將不會計入這 13 次連續支付中。

如果您在加入我們的計劃*之前*，已參保 Original Medicare 計劃並為耐用醫療設備物品支付了少於 13 次費用，則您此前支付的費用也不會計入 13 個月的連續付費金額中。在您返回 Original Medicare 後，您將必須重新連續支付 13 次費用才能擁有該設備。在您返回參保 Original Medicare 計劃時，不存在對該所有權情況的特例。

第 8 部分 有關氧氣設備、用品和維護的規定

第 8.1 節 您有權獲得哪些氧氣福利？

如果您符合 Medicare 氧氣設備的承保條件，那麼只要您參保，Centers Plan for Medicare Advantage Care 將承保：

- 氧氣設備租賃
- 氧和氧氣輸送
- 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給所有者。

第 8.2 節 您的分攤費用是多少？36 個月之後會有變化嗎？

您的 Medicare 氧氣設備的分攤費用是每月 20%的共同保險。

如果您在加入 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%的共同保險。

第 8.3 節 如果您從您的計劃退保，並恢復為 Original Medicare 會怎樣？

若您恢復為 Original Medicare，則您將重新開始一個 36 個月週期，每五年更新一次。例如，如果您在加入 Centers Plan for Medicare Advantage Care 之前已經為氧氣設備支付了 36 個月的租金，您加入 Centers Plan for Medicare Advantage Care 12 個月，然後恢復為 Original Medicare，您將為氧氣設備承保支付全額分攤費用。

同樣，如果您在加入 Centers Plan for Medicare Advantage Care 後已支付了 36 個月的租金，然後恢復為 Original Medicare，您將為氧氣設備承保支付全額分攤費用。

第 4 章

醫療福利表（承保項目和付費項目）

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付現費用 58
第 1.1 節 您可能要為承保服務支付的現金費用類型 58
第 1.2 節 您參保醫療服務時將支付的最高金額是？ 58
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」 59

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 59
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 59

第 3 部分 本計劃未承保的福利有哪些？ 92
第 3.1 節 我們*不*承保的福利（除外事項） 92

第 1 部分 瞭解您為承保服務支付的付現費用

本章主要講解您的承保服務，以及您為您享有的醫療福利支付的費用。其中包括醫療福利表，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現金費用類型

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現金費用類型。

- 「**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 或合格 Medicare 受益人(QMB)計劃資格的人永遠不需要支付自負額、功夫費用或共同保險。如果適用，請確保向您的服務提供者出示 Medicaid 或 QMB 資格證明。如果您覺得您被要求支付的費用不合適，請聯絡會員服務部。

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 計劃，因此您每年為我們的計劃承保的網絡內醫療服務支付的現金金額存在限額（請參閱下方第 2 部分的醫療福利表）。該限制稱作醫療服務的「最高付現金額」。

作為 Centers Plan for Medicare Advantage Care 的會員，您 2021 年為網絡內承保服務需支付的最高付現金額為$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付現金額中。（您為 D 部分處方藥費用支付的金額不計入最高付現金額。）此外，您為一些服務支付的金額不會計入最高付現金額中。這些服務在醫療福利表中以註腳標出。）如果您達到$7,550 的最高付現金額，您在當年的餘下時間內不必再為承保的網絡內服務支付任何付現費用。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。我們不允許服務提供者新增額外的單獨費用（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。

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，例如在獲得轉診時。）
- 如您認為服務提供者向您開具了「差額帳單」，請致電會員服務部（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底）。

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付現費用。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、用品和設備）*必須*為醫療必需服務。「醫療必需」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。
- 您從網絡內的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獲得護理不會享有保險。第 3 章詳細介紹了使用網絡內服務提供者的要求，以及我們承保網絡外服務提供者的服務的情況。
- 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 3 章詳細介紹了獲得轉診和無需轉診的相關資訊。
- 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「提前授權」）時享有保險。需要提前核准的承保服務在醫療福利表內將以註腳標識。

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 計劃的保險和費用，請參閱您的 *Medicare 與您 2021* 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 小時開放接聽。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。
- 有時，Medicare 為當年的新服務增加 Original Medicare 計劃下的保險服務。如果 Medicare 在 2021 年期間為任何服務增加保險，Medicare 或我們的計劃將承保這些服務。

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、共付額或自付額。
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： 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、感染性等疾病無關）； • 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。 **需要核准**	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**
救護車服務 • 承保的救護車服務包括：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，這些服務在會員的疾病情況不允許採用其他任何交通方式時提供，或在本計劃授權的前提下提供。 • 由救護車提供的非急診交通在滿足以下條件時屬於恰當服務行為：會員的疾病情況據記錄不允許採用其他任何交通方式，以及救護車運輸方式是醫療必需行為。 **非急診救護車服務需要授權**	Medicare 承保的地面和空中救護服務：每次$200 自付費用 如果您在 24 小時內入院，您無需支付您的救護服務分攤費用。 請注意：24 小時內自付費用不超過$200。
每年保健就診 如果您加入 Medicare B 部分時間超過 12 個月， 您可以獲得一次旨在基於您目前健康狀況與風險因素制訂或更新預防方案的年度健康體檢。每 12 個月承保一次該就診。 **注：**在您的「歡迎來到 Medicare」預防性診療的 12 個月內， 您不能獲得首次保健診療。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。	每年保健就診沒有共同保險、自付費用或自負額。
骨密度測量 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。	Medicare 承保的骨密度測量無共同保險、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**
乳腺癌檢查（乳房 X 光檢查） 承保的服務包括： • 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	承保的乳房 X 光篩查無共同保險、自付費用或自負額。
心臟復健服務 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。 **需要核准**	對於 Medicare 承保的心臟功能復健服務，自付費用為每次$30。
心血管疾病風險降低就診（心血管疾病療法） 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。	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。
心血管疾病檢查 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）。	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。

為您承保的服務	您在獲得服務時**必須支付的費用**
宮頸癌和陰道癌篩查 承保的服務包括： • 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	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。
脊椎指壓療法服務 承保的服務包括： • 我們僅承保脊椎的手按摩服務，以矯正半脫位 **需要轉診** **需要核准**	對於 Medicare 承保的按摩服務，自付費用為每次 $20。
結直腸癌篩查 對於 50 歲及以上年齡的人士，我們承保以下服務： • 每 48 個月承保一次可彎曲乙狀結腸鏡檢查（或作為替代的鋇灌腸篩查） 每 12 個月以下任一項目： • 基於愈創木脂的便隱血檢測(gFOBT) • 大便免疫化學檢測(FIT) 每 3 年基於 DNA 的直腸篩查 對於存在結直腸癌高患病風險的人士，我們承保： • 結腸鏡檢查（或作為替代的鋇灌腸篩查），每 24 個月承保一次 對於不存在結直腸癌高患病風險的人士，我們承保： • 每 10 年（120 個月）一次結腸鏡檢查，但不可在進行乙狀結腸鏡檢查後的 48 個月內進行	Medicare 承保的結腸直腸癌篩查檢查無共同保險、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**
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。我們承保： <u>預防性牙科服務</u> • 每 6 個月一次口腔檢查 • 每 6 個月一次牙齒清潔（預防） • 每 6 個月一次牙科 X 光檢查 <u>綜合牙科</u> • 恢復性服務 - 參見下方的詳情和限制 • 假牙修復（補牙）– 參見下方的詳情和限制 • 口腔/頜面外科和其他服務 - 僅限每 3 年一次 ***<u>恢復性福利包括：</u>*** ➢ 牙冠-複合樹脂基間接修復，每 60 個月 1 次 ➢ 牙冠-高貴金屬樹脂，每 60 個月 1 次牙冠-主要為賤金屬樹脂，每 60 個月 1 次 ➢ 牙冠-貴金屬樹脂，每 60 個月 1 次 ➢ 牙冠烤瓷/陶瓷基底，每 60 個月 1 次 ➢ 牙冠-高貴金屬烤瓷，每 60 個月 1 次 ➢ 牙冠-主要為賤金屬烤瓷 每 60 個月 1 次 ➢ 牙冠-貴金屬烤瓷，每 60 個月 1 次 ➢ 牙冠-全高貴金屬牙冠，每 60 個月 1 次 ➢ 全主要為賤金屬牙冠，每 60 個月 1 次 ➢ 牙冠-全貴金屬牙冠，每 60 個月 1 次 ➢ 牙根柱與冠心（間接製作的牙冠除外），每 60 個月 1 次 ➢ 每顆附加間接製作的牙根柱，同一顆牙 每 60 個月 1 次	牙科服務自付費用為$0 計劃每年承保總計不超過 $2,000 的預防性和綜合性牙科福利費用。

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（續） ➢ 預製的牙根柱與冠心（除牙冠外），每 60 個月 1 次 ➢ 根管治療，每顆前牙一生 1 次 ➢ 根管治療，每顆前磨牙一生 1 次 ➢ 根管治療，每顆臼齒一生 1 次 ➢ 重新治療先前的根管治療-前牙 每顆牙一生 1 次 ➢ 重新治療先前的根管治療-雙尖牙 每顆牙一生 1 次 ➢ 重新治療先前的根管治療-磨牙 每顆牙一生 1 次 ➢ 牙齦切除術/牙齦成型術-每個樣方四顆或以上鄰接牙齒或周邊關聯牙齒間隙，每 36 個月 1 次 ***每排義齒修復服務限於下列項目 每 36 個月 1 次：*** ➢ 全副義齒 - 上排 ➢ 全副義齒 - 下排 ➢ 上排部分義齒 - 樹脂基帶扣環 ➢ 下排部分義齒 - 樹脂基帶扣環 ➢ 上排部分牙齒 - 鑄模金屬框架帶扣環 ➢ 下排部分牙齒 - 鑄模金屬框架帶扣環 限制適用。請聯絡會員服務部或我們的牙科福利管理者 Healthplex：1-800-468-9868（聽力障礙電傳：711）瞭解詳情。工作時間為週一至週五早 8 點至晚 6 點。	
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）、膽固醇和甘油三脂水準異常歷史（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：每日歷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。 **對於糖尿病自我處理訓練，需要獲得事前授權**	Medicare 承保的每次糖尿病服務和用品自付費用為 $0 糖尿病自我處理訓練自付費用為$0 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 糖尿病用品和服務僅限由指定製造商 Abbott Diabetes Care 提供。

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，請參閱本手冊第 12 章。） 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、提供者訂購的在家中使用的醫院病床、靜脈輸液泵、語音生成裝置、氧氣設備、霧化器及助行器。 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。如需最新的提供者清單，請瀏覽我們的網站 www.centersplan.com。 **需要核准**	Medicare 承保的 DME 和用品：20%共同保險
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 • 評估或穩定緊急醫療狀況所必須的服務。 緊急醫療是您或其他任何掌握一般醫療和藥品知識的外行人士認為您出現需要立即就醫，以免死亡、損失肢體或肢體功能的醫療徵兆。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。 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」章節瞭解詳情。	每次急診室診療自付費用為$90 如果您在 24 小時內入院，您無需支付您的緊急護理分攤費用。 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**
健康教育計劃 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。 承保服務： • 健康教育	對於健康教育服務，自付費用為$0
聽力服務 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。	對於 Medicare 承保的聽力服務，自付費用為每次$30
HIV 篩查 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： • 每 12 個月一次篩查 對於已懷孕的女士，我們承保： • 在孕期階段多達三次的篩查	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、共付額或自付額。

為您承保的服務	您在獲得服務時**必須支付的費用**
家庭保健機構護理 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。 承保的服務包括但不限於： • 兼職或間歇性專業護理和家庭保健輔助服務（要按照家庭保健護理福利承保，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、職業和語言治療 • 醫療和社會服務 • 醫療設備和用品 **需要核准**	Medicare 承保的家庭保健服務自付費用為$0
上門輸液治療 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）。 承保的服務包括但不限於： • 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 **需要核准**	每次承保服務的共同保險為 20%

為您承保的服務	您在獲得服務時**必須支付的費用**
臨終關懷護理 您可在 Medicare 註冊的寧養服務計劃處獲得護理。當您的醫生和寧養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，您有資格獲得寧養福利。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 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（非我們的計劃）將支付您的寧養服務，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。 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我們計劃網絡內的服務提供者： • 如果您透過網絡內服務提供者獲得承保的服務，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：藥物不可能同時被臨終關懷和我們的計劃承保。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 • 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、流感和乙肝疫苗無共同保險、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、職業和語言治療 • 住院濫用藥物服務 • 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。	每個福利期的自付費用是： • 每天$305 第 1-6 天 • 每天$0 第 7-90 天 • 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。 計劃涵蓋 90 天的住院時間。

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） • 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。即使您在醫院度過一整夜，也可能仍被視作「門診」病人。如果您不確定您是屬於住院病人還是門診病人，您應詢問醫院員工。 您也可以在一份名為「您是醫院住院病人還是門診病人？如果您享有 Medicare 計劃 - 去詢問吧！」Medicare 情況說明書上瞭解更多情況。您可瀏覽網頁 www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-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。每天 24 小時每週 7 天時間內，您可隨時致電該號碼。 **需要核准**	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。

為您承保的服務	您在獲得服務時**必須支付的費用**
心理健康住院保健 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 天的生命存續期限制。但這一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： • 每天$305 第 1-5 天 • 每天$0 第 6-90 天 • 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康復機構(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$30 Medicare 承保的診斷程序、測試和實驗室自付費用為$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$30
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。如果在下一日歷年內您仍需要治療，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、共付額或自付額。

為您承保的服務	您在獲得服務時**必須支付的費用**
Medicare 糖尿病預防計劃(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、共付額或自付額。

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 • 您透過本計劃授權的耐用醫療設備（例如噴霧器）服用的藥品 • 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 Procrit®） • 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**	Medicare 承保的 B 部分處方藥的共同保險為 20%

為您承保的服務	您在獲得服務時**必須支付的費用**
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。
類鴉片治療計劃服務 阿片類物質使用障礙治療服務由 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。承保的服務包括： • 經過 FDA（聯邦食品及藥物管理局）核准的阿片類激動劑和拮抗劑治療藥物以及此類藥物的配藥和管理（如果適用） • 物質使用諮詢 • 個人和團體治療 • 毒性測試 **需要核准**	Medicare 承保的類鴉片治療服務自付費用為$0

為您承保的服務	您在獲得服務時**必須支付的費用**
門診診斷化驗以及治療用服務與用品 承保的服務包括但不限於： • 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 **診斷和治療性放射服務療需要授權。**	Medicare 承保的 X 光服務自付費用為$0 Medicare 承保的診斷性放射服務的共同保險為 20% Medicare 承保的治療性放射服務的共同保險為 20% Medicare 承保的實驗室服務自付費用為$0 Medicare 承保的診斷測試自付費用為$0

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，以接收病人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，要求您作為住院病人入院，否則您將作為門診病人，支付醫院門診服務的分攤費用。即使您在醫院度過一整夜，也可能仍被視作「門診」病人。如果您不確定您是否是門診病人，請諮詢醫院工作人員。 您也可以在一份名為「您是醫院住院病人還是門診病人？如果您享有 Medicare 計劃 - 去詢問吧！」Medicare 情況說明書上瞭解更多情況。您可瀏覽網頁 www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-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。每天 24 小時每週 7 天時間內，您可隨時致電該號碼。 **需要核准**	Medicare 承保的門診病患醫院觀察服務的共同保險為 20%

為您承保的服務	您在獲得服務時**必須支付的費用**
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。 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，要求您作為住院病人入院，否則您將作為門診病人，支付醫院門診服務的分攤費用。即使您在醫院度過一整夜，也可能仍被視作「門診」病人。如果您不確定您是否是門診病人，請諮詢醫院工作人員。 您也可以在一份名為「您是醫院住院病人還是門診病人？如果您享有 Medicare 計劃 - 去詢問吧！」Medicare 情況說明書上瞭解更多情況。您可瀏覽網頁 www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-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。每天 24 小時每週 7 天時間內，您可隨時致電該號碼。 **需要核准**	Medicare 承保的門診病患醫院服務的共同保險為 20%

為您承保的服務	您在獲得服務時**必須支付的費用**
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、從業護士、醫師助理或其他 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。	Medicare 承保的個人或小組治療會診，每次自付費用為$30
門診復健服務 承保的服務包括：物理治療、職業治療和語言治療。 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復健門診所(CORF)。 **需要核准**	每次 Medicare 承保的物理、言語或職業治療就診的自付費用為$30。
門診藥品濫用服務 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）。 **需要核准**	Medicare 承保的個人或小組治療會診，每次自付費用為$30
門診手術，包括醫院門診機構和移動手術中心提供的服務 **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人還是門診病人入院。除非服務提供者開出書面醫囑，要求您作為住院病人入院，否則您將作為門診病人，支付醫院門診服務的分攤費用。即使您在醫院度過一整夜，也可能仍被視作「門診」病人。 **需要核准**	Medicare 承保的移動手術中心診療，每次自付費用為$250 Medicare 承保的門診病患醫院服務的共同保險為 20%

為您承保的服務	您在獲得服務時**必須支付的費用**
非處方(OTC)項目 您每個季度可使用計劃提供的 OTC 借記卡購買最多$45 的特定 OTC 項目。 未使用的餘額不可累計至下季度。 請瀏覽我們的網站(www.centersplan.com)來檢視我們承保的項目清單。	每個 OTC 項目的自付費用為$0
門診混合住院服務 「部份住院」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。 **需要核准**	Medicare 承保的門診混合住院服務的自付費用為每天$55

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 • 專科醫師提供的諮詢、診斷和治療服務 • 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。 • **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： o 您不是新病患，**以及** o 虛擬溝通與前 7 天內的診室就診無關，**以及** o 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： o 您不是新病患，**以及** o 評估與前 7 天內的診室就診無關，**以及** o 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	每次初級保健醫師診療自付費用為$0 每次專科診療自付費用為$30
醫師/從業人員服務，包括 **醫生診所就診（續）** • **如果**您不是新病患，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諮詢 • 在手術前由其他服務提供者進行的參診服務 • 非常規牙科護理（承保的服務限制於對下頜或相關結構進行的手術、下頜或面部骨骼骨折固定、為準備執行腫瘤癌症的下頜放射治療進行的牙拔除術，或是在醫師提供的承保服務）	

為您承保的服務	您在獲得服務時**必須支付的費用**
足病診療 承保的服務包括： • 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 **需要轉診** **需要核准**	Medicare 承保的足部治療就診自付費用為$30
前列腺癌篩查檢查 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）： • 直腸指檢查 • 前列腺特異抗原(PSA)檢測	年度 PSA 檢測無共同保險、自付費用或自負額。
假體裝置及相關材料 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瘺袋和用品、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。 **需要核准**	Medicare 承保的修復器材和相關用品共同保險為 20%
肺部復健服務 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。 **需要核准**	對於 Medicare 承保的肺部複健服務，自付費用為每次$30

為您承保的服務	您在獲得服務時**必須支付的費用**
減少酒精濫用的篩查和諮詢 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。 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。	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。
採用低劑量電腦斷層掃描的肺癌篩查(LDCT) 對於符合資格的個人，每 12 個月承保一次 LDCT。 **符合條件的會員為**：在 55-77 歲之間無肺癌跡象或症狀，但煙齡至少 30 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。 *對於首次 LDCT 篩查之後的 LDCT 肺癌篩查*：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。	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。
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 次的個人 20-30 分鐘、面對面高密集行為諮詢講座。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、共付額或自付額。

為您承保的服務	您在獲得服務時**必須支付的費用**
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 6 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） • 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人） • 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**
專業康復機構(SNF)護理 （有關「專業康復機構」的定義，請參閱本手冊第 12 章。）專業康復機構有時稱作「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、職業和語言治療 • 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，您的配偶生活的 SNF **需要核准**	每個福利期的自付費用是： • 每天$0 第 1-20 天 • 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**
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。
指導性鍛煉療法 (SET) 患有外週動脈疾病(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。 如果符合 SET 計劃要求，病患最多可接受 12 週的 36 個療程。 SET 計劃必須： • 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 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 週 36 個療程的基礎之上額外增加 36 個療程。 **需要核准**	Medicare 承保的 SET 治療每次自付費用為$0

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 提供「緊急需要的服務」的目的是治療非急診、不可預見的疾病狀況、受傷或需要立即就醫的狀況。緊急需要的服務可由網絡內服務提供者提供，或在網絡內服務提供者臨時不可用時由網絡外服務提供者提供。 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 如果因同一疾病在 24 小時內住院治療，則該急需護理 自付費用為$0。

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。青光眼高風險人士包括：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$150，包括：
  ○ 每年最多一副眼鏡（鏡片**和**鏡架），和/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

為您承保的服務	您在獲得服務時**必須支付的費用**
「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。
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。	全球急診護理服務每次自付費用為$90。 如果因同一疾病在 24 小時內住院治療，則該全球急需護理 自付費用為$0。

第 3 部分 本計劃未承保的福利有哪些？

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。如果某個不無被「除外」，即該計劃未承保此服務。

下表說明瞭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。除在列出的特定條件下外，我們不會支付以下圖表中列出的除外醫療服務。唯一的特例是：如果以下圖表中的服務在上訴時基於您的特殊情況被認為是一項我們應支付或承保的醫療服務，我們將支付費用。（有關對我們已作出的不承保某些醫療服務的決定的上訴，請參閱本手冊第 9 章第 5.3 節。）

福利表或以下圖表中描述了所有除外服務或服務限制。

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。

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**
根據 Original Medicare 計劃標準被認為屬於任何不合理和非必需的服務	✓	
實驗性的醫療及手術程序、設備和藥品 實驗性的程序和項目是我們的計劃和 Original Medicare 計劃認為醫學界一般不接受的程序和項目。		✓ 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。 （請參閱第 3 章第 5 節，瞭解有關臨床調查研究的更多資訊。）
醫院內的單人病房		✓ 僅在醫療上有必要時承保。
您在醫院或專業康復機構的病房內的個人物品，例如電話或電視。	✓	
您家中的全職康復護理。	✓	
*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。	✓	
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。	✓	
您的直系親屬或家庭成員索取的護理費用。	✓	
整容手術或程序		✓ • 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。

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**
非常規牙科護理。		✓ 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。
常規脊椎按摩護理		✓ 承保用手按摩脊椎以矯正半脫位。
常規足部護理		✓ 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。
上門送餐服務	✓	
矯形鞋		✓ 如果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，或者此類鞋提供給糖尿病足病患。
足部支撐器材		✓ 糖尿病足病患專用的矯形鞋或治療鞋。
常規聽力檢查、助聽器或安裝助聽器的檢查。	✓	
放射狀角膜切開術、雷射眼角膜手術和其他弱視服務。	✓	
反向絕育程序和/或非處方避孕用品。	✓	
針灸治療		✓
理療服務（使用天然或替代療法）。	✓	

*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，例如協助您完成日常起居活動的護理，即洗澡或穿衣等。

第 5 章

使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險

第 5 章. 使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險

第 1 部分 簡介 99
第 1.1 節 本章闡述您的 D 部分藥品保險 99
第 1.2 節 計劃 D 部分藥品保險的基本規定 99

第 2 部分 *在網絡內藥房或透過計劃的郵購服務開處方* 100
第 2.1 節 要使您的處方承保，須使用網絡內藥房 100
第 2.2 節 尋找網絡內藥房 100
第 2.3 節 使用計劃的郵購服務 101
第 2.4 節 您怎樣獲得長期藥品供應？ 102
第 2.5 節 您何時可使用不在計劃網絡內的藥房？ 102

第 3 部分 您的藥品需在計劃的「藥品清單」上 103
第 3.1 節 「藥品清單」說明有哪些 D 部分藥品享受保險 103
第 3.2 節 藥品清單上有五(5)大藥品的「分攤費用等級」 104
第 3.3 節 您怎樣尋找藥品清單上的某種特定藥品？ 104

第 4 部分 某些藥品的保險存在一定的限制 105
第 4.1 節 為什麼有些藥品存在限制？ 105
第 4.2 節 有哪些類型的限制？ 105
第 4.3 節 此類限制是否適用於您的藥品？ 106

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？ 106
第 5.1 部分 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 106
第 5.2 節 如果您的藥品未列入藥品清單，或藥品受到某種限制，該怎麼辦？ . 107
第 5.3 節 如果您的藥品處於您認為過高的分攤費用等級，您可以做什麼？ 109

第 6 部分 如果您的一種藥品的保險出現變更該怎麼辦？ 110
第 6.1 節 藥品清單可在參保當年進行變更 110
第 6.2 節 如果您正在服用的藥品的保險發生變更會怎樣？ 110

第 7 部分 計劃未承保的藥品類型有哪些？ 112
第 7.1 節 我們不承保的藥品類型 112

第 8 部分 在您開處方時出示您的計劃會員卡 113
第 8.1 節 出示您的會員卡 113
第 8.2 節 如果您沒有隨身攜帶會員卡該怎麼做？ 113

第 9 部分 特殊情況下的 D 部分藥品保險 113
第 9.1 節 如果您在計劃承保的醫院或專業康復機構住院該怎麼做？ 113
第 9.2 節 如果您入住長期護理(LTC)機構該怎麼做？ 114
第 9.3 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？ 114
第 9.4 節 如果您參加了 Medicare 認證的寧養計劃該怎麼做？ 115

第 10 部分 藥品安全和藥品管理計劃 115
第 10.1 節 協助會員安全用藥的計劃 115
第 10.2 節 幫助會員安全使用阿片類藥物的 Drug Management Program (DMP) ... 116
第 10.3 節 幫助會員管理其藥物的 Medication Therapy Management (MTM)計劃 116

您是否知道存在協助人們支付藥費的計劃？

有一些計劃是可以協助資源有限的人們支付藥費的。其中包括「Extra Help」（額外補助）和 State Pharmaceutical Assistance Program。欲知更多資訊，請參見第 2 章第 7 部分。

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「獲得處方藥付款額外補助者承保福利說明附文」（也稱作「低收入輔助水準附文」或「LIS 附文」）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 附文」。（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）

第 1 部分 簡介

第 1.1 節 本章闡述您的 D 部分藥品保險

本章**說明了有關如何使用您的 D 部分藥品保險的規定。**下一章說明瞭您將為 D 部分藥品支付的費用（第 6 章，*您為 D 部分處方藥支付的費用*）。

除您的 D 部分藥品保險以外，Centers Plan for Medicare Advantage Care 也根據計劃的醫療福利承保某些藥品。透過其 Medicare A 部分福利的保險，我們的計劃一般承保您在醫院或專業康復機構的承保住院期間獲得的藥品。透過其 Medicare B 部分福利的保險，我們計劃承保的藥品包括某些化療藥品，某些您在診所就診期間獲得的注射用藥品，以及您在透析機構中獲得的藥品。第 4 章（*醫療福利表，承保項目和付費項目*）闡述醫院或專業康復機構的承保住院期間的福利和藥品費用，以及您享有的福利和 B 部分藥品費用。

如果您加入 Medicare 寧養服務，您的藥品可透過 Original Medicare 計劃承保。我們的計劃僅承保與您的臨終預後和相關狀況不相關、因此在 Medicare 寧養福利下未承保的 Medicare A、B 和 D 部分服務和藥品。有關詳細資訊，請參閱第 9.4 節*（如果您參加 Medicare 註冊的寧養服務計劃該怎麼辦）*。有關寧養保險的資訊，請參閱第 4 章的寧養部分（*醫療福利表，承保項目和付費項目*）。

以下部分探討在該計劃 D 部分福利規則下對您藥品的承保。第 9 部分「*特殊情況下的 D 部分藥品保險*」包含有關您 D 部分保險和 Original Medicare 的更多資訊。

第 1.2 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、牙醫或其他開藥者）為您開處方。
- 您的開藥者必須接受 Medicare 或出具 CMS 核准的檔案，說明其具備開處方單的資格，否則您的 D 部分償付請求將被拒絕。在您下次電話聯絡開藥者或就診時，應詢問他們是否符合這一條件。如果不符合，請注意，您的開藥醫生提交將進行處理的必要文件將需要一些時間。
- 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*承保藥品清單（處方一覽表）*上（我們簡稱為「藥品清單」）。（請參閱第 3 部分，*您的藥品須在計劃的「藥品清單」上*）。

- 您的藥品必須用於醫學公認病症。「醫學公認病症」是由食品與藥品管理局核准或受特定參考書支援的用藥。（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開處方*

第 2.1 節 要使您的處方承保，須使用網絡內藥房

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「承保藥品」即本計劃的藥品清單上承保的所有 D 部分處方藥。

第 2.2 節 尋找網絡內藥房

您怎樣找到您所在地區的網絡內藥房？

要找到網絡內的藥房，您可查看您的*藥房名錄*，瀏覽我們的網站 (www.centersplan.com)，或致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

您可去我們網絡內藥房中的任意一家配藥。如果您轉而使用另一家網絡內的藥房，且需要重新為正在服用的藥品開處方，那麼您可以讓服務提供者為您開新處方，或者把您的處方傳至新網絡內藥房。

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（電話號碼已印於本手冊的封底），也可使用*藥房名錄*。 您也可以登入我們的網站 www.centersplan.com，查閱資訊。

如果您需要特殊藥品藥房？

有時，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，我們必須確保您能夠透過我們的 LTC 藥房（LTC 機構的常用藥房）網絡定期獲得 D 部分福利。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。）

要找到特殊藥品藥房，您可檢視您的*藥房名錄*，或致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

第 2.3 節 使用計劃的郵購服務

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藥品清單上以 NM 字樣標示。

我們計劃提供的郵購服務允許您訂購 **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.medimpactdirect.com。工作時間為星期一至星期五早 8 點至晚 8 點，星期六早 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。如果在接收郵購藥物時出現延遲，請致電我們的藥房服務台：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後配藥。如此，您將有機會確保藥房是否配送正確的藥品（包括能量、數量及形式）以及如果

有需要，您可在對於計費以及配送前，停止或擱置訂單。您務必在每次藥房與您聯絡時給予回覆，以便它們瞭解如何處理新處方箋，以及防止配送上的耽擱。

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

為保證藥房能在配送前與您聯絡以確定訂單，請確保您向藥房提供您的最佳聯絡方式。請致電 MedImpact Direct：1-855-873-8739（聽力障礙電傳使用者請致電 711），告知您的偏好選擇。工作時間為星期一至星期五早 8 點至晚 8 點，星期六早 9 點至下午 5 點。

第 2.4 節 您怎樣獲得長期藥品供應？

在您長期使用藥品時，您的分攤費用可能會降低。本計劃提供兩種協助您獲得長期供應（也稱為「延期供應」）計劃藥品清單上「維持性」藥品的方式。（維持性藥品是您定期服用，用於治療慢性或長期疾病情況的藥品。）您可以透過郵購（參閱第 2.3 節）訂藥，也可以前往零售藥房訂藥。

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。您也可致電會員服務部瞭解詳情（電話號碼已印於本手冊的封底）。
2. 對於某些類型的藥品，您可使用本計劃的網絡**郵購服務**。*無法*透過計劃的郵購服務取得的藥品在我們藥品清單上以 NM 字樣標示。我們計劃提供的郵購服務允許您訂購 90 天的用藥量。請參閱第 2.3 節，瞭解有關使用郵購服務的更多資訊。

第 2.5 節 您何時可使用不在計劃網絡內的藥房？

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。如果您無法使用網絡內藥房，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物，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。

您怎樣請求計劃給予撥補？

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）。您可要求我們給您撥補我們應付的分攤費用。（第 7 章第 2.1 節說明了怎樣請求計劃撥補藥費。）

第 3 部分 您的藥品需在計劃的「藥品清單」上

第 3.1 節 「藥品清單」說明有哪些 D 部分藥品享受保險

本計劃提供一份*「承保藥品清單」（處方一覽表）*。在本*承保福利說明*中，**我們將其簡稱為「藥品清單」。**

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。該清單必須滿足 Medicare 指定的要求。Medicare 已核准計劃的藥品清單。

藥品清單上列出的藥品僅是 Medicare D 部分的承保藥品（本章開頭的第 1.1 節對 D 部分藥品進行了說明）。

一般情況下，我們會承保計劃藥品清單上的藥品，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：

- 食品與藥品管理局核准（即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。

藥品清單包括品牌藥品和普通藥品

普通藥品是與品牌藥品具有相同活性成分的處方藥。一般而言，普通藥品與品牌藥品的功效一致，但價格更低。我們為多種品牌藥品提供了可替代的普通藥品。

哪些藥品*不*在藥品清單上？

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，我們決定不承保藥品清單上的某種特定藥品。

第 3.2 節 藥品清單上有五(5)大藥品的「分攤費用等級」

本計劃藥品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。

- 1 級：偏好普通藥品（最低一級的分攤費用）
- 2 級：普通藥品
- 3 級：首選品牌藥品
- 4 級：非偏好品牌藥
- 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等級，請查閱本計劃的藥品清單。

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

第 3.3 節 您怎樣尋找藥品清單上的某種特定藥品？

您可透過三種方式進行尋找：

1. 查看我們以電子方式提供的最新藥品清單(www.centersplan.com)。
2. 瀏覽計劃的網站(www.centersplan.com)。該網站上的藥品清單始終都是最新的。
3. 致電會員服務部，瞭解計劃藥品清單上是否有某種特定要求配，或索取一份清單。（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）

第 4 部分 某些藥品的保險存在一定的限制

第 4.1 節 為什麼有些藥品存在限制？

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。醫生和藥劑師團隊制訂出這些規定，旨在協助我們的會員用最有效的方式使用這些藥品。這些特殊規定也有助於控制整體藥費，使您的藥品保險更實惠。

通常，我們的規定會鼓勵您使用符合您疾病情況且安全有效的藥品。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。我們也需要遵循 Medicare 對藥品保險和分攤費用的規定和條例。

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。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。（請參閱第 9 章第 6.2 節，瞭解有關要求獲得特例的資訊。）

請注意，有時一種藥品可能會在我們的藥品清單上重複出現。這是因為：您的保健服務提供者開出的處方藥的藥效、藥量或劑型等因素不同，適用的限制或分攤費用不同（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 有哪些類型的限制？

我們的計劃透過不同類型的限制協助會員用最有效的方法使用藥品。以下部分進一步闡述了我們對特定藥品運用的限制類型。

在普通藥品可用時，限制使用品牌藥品

一般情況下，「普通」藥品與品牌藥品的功效一致，但花費更低。**大多數情況下，當可獲得與品牌藥品功效相同的普通藥時，我們網絡內藥房將向您開立普通藥。**在普通藥品可用時，我們一般不會承保品牌藥品。但是，如果您的服務提供者已告知我們普通藥品無法為您提供治療的醫學理由，或已在您的品牌藥品處方上寫明「不可替代」，或已告知我們普通藥品及治療相同病症的其他承保藥品對您無效果的醫學理由，我們將承保品牌藥品。（您的品牌藥品分攤費用可能會高於普通藥品。）

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。這稱作「**提前授權**」。有時，提前獲得核准的要求可協助您恰當使用一些藥品。如果您未獲得核准，計劃可能不會承保您的藥品。

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，我們會透過限制您每次開處方藥時可獲得的藥量，限制您能獲得的藥量。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 4.3 節 此類限制是否適用於您的藥品？

計劃的藥品清單包含上述限制資訊。要確定上述限制是否適用於您正在服用或想要服用的要，請檢視藥品清單。有關最新資訊，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）或瀏覽我們的網站 www.centersplan.com。

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。如果您想要服用的藥品存在限制，您應聯絡會員服務部，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。（請參閱第 9 章第 6.2 節，瞭解有關要求獲得特例的資訊。）

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 部分 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

我們希望您的藥品保險能夠滿足您的需要。但可能存在您目前正在服用的處方藥，或者您和您的服務提供者認為您應該服用處方藥不在我們的處方一覽表中或者在我們的處方一覽表中但具有限制的情況。例如：

- 該藥品可能完全不能享有保險。或者，該藥品的普通版本享有保險，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，計劃承保的一些藥品在使用方面需要遵循額外的限制規定。例如，您可能會被要求先試用

另一種藥品，以檢視該藥品是否有療效，然後，我們才會為您承保您想服用的藥品。 或者，在特定時間段對藥品的承保用量（服用的片劑數等）可能存在限制，在某些情況下，您可能希望我們為您免除限制。

- 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。計劃將每種承保藥品都歸入五(5)大不同的分攤費用等級之一。您為處方藥支付的具體金額部分取決於藥品所處的分攤費用等級。

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。您可根據您遇到的不同問題類型來作出不同的選擇：

- 如果您的藥品未列入藥品清單，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品清單，或藥品受到某種限制，該怎麼辦？

如果您的藥品未列入藥品清單或受限，您可按照以下辦法進行處理：

- 您可能會獲得該藥品的臨時供給（只有處於某些特定情況下的會員可以獲得臨時供給）。這使得您和您的服務提供者有時間更換為其他藥品或提出申請，使這種藥品享有保險。
- 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。

您可能會獲得臨時供給

在某些特定情況下，如果您的藥品未列入藥品清單或受到某種限制，計劃可向您提供某種藥品的臨時供給。這樣的處理使您有時間與您的服務提供者溝通有關保險變更的事宜，並找出解決辦法。

要符合臨時藥品供給的資格，您必須滿足以下兩個要求：

1.您的藥品保險變更必須屬於以下任一一種變更類型：

- 您一直服用的藥品**不再位於計劃的藥品清單上**。
- 或者 -- 您一直服用的藥品**現在受到某種限制**（本章第 4 部分闡述了這些限制）。

2.您必須符合下列的任一一種情況：

- **對於新參保或去年參保的會員：**

  如果您剛參保，在您成為計劃會員的頭 90 天，我們將承保藥品的臨時供給，**如果您在去年參保計劃，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。如果您的處方寫明的用藥天數少於最長期限，我們將允許多張處方的總供藥最長期限為 30 天。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 90 天、入住長期護理(LTC)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，或者，如果您的處方上寫明的供給期限更短，則供給也更短。這項保險是以上臨時供藥情況的附加服務。

- **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物的過渡用量：**

  - 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。

要獲得臨時補給，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。

在您獲得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。您可轉而使用計劃承保的不同藥品，或申請計劃特例，承保您目前的藥品。以下部分進一步介紹了您可採取的選擇。

您可以轉而使用其他藥品

請先與您的服務提供者溝通。也許計劃內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品清單。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。（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）

您可申請特例處理

您和您的服務提供者可要求計劃為您作出特例處理，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品清單。或者，您可要求計劃作出特例處理，承保該藥品，且對藥品沒有任何限制。

如果您是目前會員，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，我們將允許您在明年之前提出處方一覽表例外處理要求。我們將向您告知明年您的藥品承保上發生的變更。您可在下一年之前申請特例，我們將在收到您的申請（或您的開處方者開出的支援性聲明）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。該章節說明瞭 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 如果您的藥品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，請先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。您可以致電會員服務部，索取處理相同疾病情況的承保藥品清單。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。（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）

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。該章節說明瞭 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 級藥物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 藥品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，計劃可能對藥品清單進行變更。例如，計劃可能：

- **在藥品清單上增加或刪除藥品。**可使用新藥品，包括新的普通類藥品。也許政府已核准對現有藥品的新用法。有時，藥品會被召回，我們會決定不承保該藥品。或者，我們可能因藥品被驗證無效而將其從藥品清單上刪除。
- **將藥品移至更高或更低的分攤費用等級**
- **增加或刪除對藥品保險的限制**（有關保險限制的更多資訊，請參閱本章第 4 部分）。
- **用普通藥品取代品牌藥品。**

我們必須遵照 Medicare 的要求，才能對計劃的藥品清單進行變更。

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

在當年發生藥品清單的變更時，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品清單，以包括自上一次更新後發生的任何變化。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。您也可致電會員服務部瞭解詳情（電話號碼已印於本手冊的封底）。

您的藥品保險變更是否會立即對您產生影響？

當年可影響您的變更：在以下案例中，您將因目前的承保變更受到影響：

- **新普通藥品替代藥品清單上的品牌藥品（或者，我們變更分攤費用等級或對品牌藥品增加新的限制或同時執行這兩項操作）**
    - 如果我們用一種新核准的、位於相同或較低費用分攤層級的、具有相同或更少限制的普通版本的藥品替代某種品牌藥品，我們可立即將該品牌藥品從我們的藥品清單上移除。此外，在增加新普通藥品時，我們可能會決定將品牌藥品保留在我們的藥品清單中，但會立即將其移至較高費用分攤層級或增加新的限制。

- 我們可能不會在執行變更之前提前通知您，即使您目前正在服用品牌藥品。
- 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品。有關如何申請特例處理的資訊，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*）。
- 如果您在我們執行變更時正在服用品牌藥品，我們將向您提供有關我們所做出的具體變更的資訊。其中包括有關您提出特例申請，要求我們承保品牌藥品的資訊。在我們進行變更之前，您可能不會收到通知。

- **藥品清單上已從市場中召回的不安全藥品和其他藥品**
  - 藥品因被驗證不安全或因其他原因而被突然從市場上召回的情況時有發生。如果出現這種情況，我們將立即將該藥品從藥品清單上刪除。如果您正在服用該藥品，我們將立即通知您此類變化。
  - 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。
- **對藥品清單上藥品的其他變更**
  - 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普通藥品來替代品牌藥品，或者變更分攤費用等級，或對品牌藥品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，或通知您變更，並為您提供 30 天在網絡內藥房增配藥品的期限。
  - 在您收到變更通知後，您應與您的處方醫生合作，更換至我們承保的其他藥品。
  - 或者，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。有關如何申請特例處理的資訊，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*）。

不會影響目前服用某種藥品的會員的藥品清單變更情況：對於上文未提到的藥品清單變更，如果您目前正在服用此類藥品，且如果您仍然參保該計劃，以下類型的變化在下一年的 1 月 1 日以前將不會對您產生影響：

- 如果我們將您的藥品移至更高的分攤費用等級。
- 如果我們對您的用藥設定新的限制。
- 如果我們將您的藥品從藥品清單上刪除

如果您正在服用的藥品出現任何此類變更（但並非因為市場召回，普通藥品取代品牌藥品，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。您當年不會受到任何對您不產生影響的變化的直接通知。但是，自下一年的 1 月 1 日開始，這些變更的影響就會生效，因此請務必查看新福利年度藥品清單上的藥品是否有任何變化。

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。我們不會支付本部分列出的藥品。唯一的特例是：如果申請的藥品在上訴過程中被認定為 D 部分承保的藥品，我們應根據您的特殊情況支付或承保該藥品。（有關對我們已作出的不承保藥品的決定的上訴，請參閱本手冊第 9 章第 6.5 節。）

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。
- 我們的計劃不能承保在美國及其屬地範圍以外購買的藥品。
- 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、食品與藥品管理局核准的用法以外的藥品使用。
    - 一般情況下，「標示外使用」的保險僅在其用法受到特定參考書支援時才被許可，例如美國醫院藥典藥品資訊服務和 DRUGDEX 資訊系統。如果藥品的使用不受上述任何參考書的支援，則我們的計劃不能承保其「標示外使用」。

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）
- 用於提升生育能力的藥品
- 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥品
- 用於整形或促進毛髮生長的藥品
- 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

- 用於治療厭食症、減肥或增重的藥品
- 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

如果您獲得藥品的「額外補助」付款，您所在州的 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。（您可在第 2 章第 6 部分找到 Medicaid 的電話號碼和聯絡資訊。）

第 8 部分 在您開處方時出示您的計劃會員卡

第 8.1 節 出示您的會員卡

要開處方，請在您選擇的網絡內藥房出示您的計劃會員卡。在您出示計劃會員卡後，網絡內的藥房將自動為計劃開帳單，收取*我們*為您承保的處方藥的分攤費用。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 如果您沒有隨身攜帶會員卡該怎麼做？

如果您在開處方時沒有隨身攜帶計劃會員卡，請藥房給計劃組織打電話，獲得必要資訊。

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**要求我們給您撥補**我們應付的分攤費用。請參閱第 7 章第 2.1 節，瞭解有關要求計劃撥補的資訊。）

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康復機構住院該怎麼做？

如果您在計劃承保的醫院或專業康復機構住院時，我們一般會承保您住院期間的處方藥費用。在您從醫院或專業康復機構出院後，只要您的藥品符合我們的所有保險規定，我們會為您的藥品承保。請檢視本部分之前的段落，瞭解有關獲得藥品保險的規定。第 6 章（*您為 D 部分處方藥支付的費用*）進一步闡述了有關藥品保險和您所需支付的費用。

請注意：在您入住專業康復機構、在其中生活或離開康復機構時，您將享有一個特殊參保期。在此期間，您可更換計劃或保險。（第 10 章，*終止您的計劃會員資格*，說明您何時可以離開計劃並加入其他 Medicare 計劃。）

第 9.2 節 如果您入住長期護理(LTC)機構該怎麼做？

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

請檢視您的*藥房名錄*，確定您的長期護理機構的藥房是否加入了我們的網絡。如果您該藥房沒有加入我們的網絡，或您需要更多資訊，請聯絡會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

如果您入住長期護理(LTC)機構且屬於計劃的新會員該怎麼做？

如果您需要未列入我們藥品清單的藥品，或鈣藥品受到某種限制，計劃將在您成為會員的頭 90 天內承保對您的藥品的**臨時供給**。總藥品供給的期限最多為 30 天，或者如果您的處方上寫明的供給期限更短，總供給則更短。（請注意，長期護理(LTC)藥房可以減少每次的供藥量，以避免浪費。）如果您參保計劃的時間超過 90 天，且需要未列入我們藥品清單的藥品，或者計劃對藥品的保險有限制，我們將承保一次為期 31 天的藥品供給，或者如果您的處方上寫明的供給期限更短，臨時供給則更短。

在您獲得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。也許計劃內有其他的藥品也能夠為您提供相同的療效。或者，您和您的服務提供者可要求計劃為您作出特例處理，使藥品以您希望的方式享有保險。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。

第 9.3 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？

您目前是否透過您（或您配偶）的僱主或退休人員團體獲得其他處方藥保險？如是，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。

一般情況下，如果您現在處於受聘雇狀態，您從我們這裡獲得處方藥保險的等級將*低於*您的僱主或退休人員團體保險。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，告訴您您下一日歷年的處方藥保險是否「可信」，以及您擁有的藥品保險選擇。

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們。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。如果您沒有收到您的僱主或退休人員團體計劃的可信保險通知，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？

藥物不可能同時被臨終關懷和我們的計劃承保。如果您參保 Medicare 寧養計劃，並要求使用您的寧養計劃未承保的抗噁心藥品、瀉藥、止痛藥或抗焦慮（因為這些藥品與您的晚期病症無關），我們的計劃必須收到開藥者或您的寧養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。為避免在接收任何應由我們的計劃承保的無關藥品時出現延誤，您可要求您的寧養計劃服務提供者或開藥者確保通知我們該藥品與晚期病症無關，然後再請藥房為您開處方。

如果您取消了您的寧養計劃選項，或從寧養計劃撤出，我們的計劃應承保您的所有藥品。為避免您的 Medicare 寧養計劃福利終止時藥房出現任何延誤，您應向藥房出具證明文件，驗證您取消或撤出寧養計劃。請參見本部分之前的段落，瞭解有關獲得 D 部分藥品保險的規定。第 6 章（*您為 D 部分處方藥支付的費用*）進一步闡述了有關藥品保險和您所需支付的費用。

第 10 部分 藥品安全和藥品管理計劃

第 10.1 節 協助會員安全用藥的計劃

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。此類評估對於有兩位及以上服務提供者為其開處方的會員尤其重要。

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
- 由於您正在服用的另一種藥品可治療相同的疾病，因此存在了不必要服用的藥品
- 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)

我們制訂了一個幫助確保會員安全使用其處方阿片類藥物和其他常用藥物的計劃。該計劃稱為 Drug Management Program (DMP)。如果您使用的阿片類藥物來自數字醫生或數家藥房，我們將與您的醫生溝通，確保您的阿片類藥物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阿片類處方藥或苯二氮類藥物不安全，我們可限制您取得此類藥品的方式。此類限制包括：

- 要求您從一家藥房獲得您的所有阿片類或苯二氮類藥物的處方藥
- 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

如果我們認為上述一項或多項限制適用於您，我們將提前向您傳送一封信件。信上將說明適用於您的限制資訊。您還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，或您不同意我們對您存在藥品濫用風險的判斷，或不同意我們採取限制，您和您的處方醫生有權向我們提起上訴。如果您選擇上訴，我們將審核您的個案並向您提供我們的決定。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，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 DMP 可能不適用於您。

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

我們設立了一個可協助會員滿足複雜健康需求的計劃。

該計劃屬於志願者計劃，向會員免費提供。藥劑師和醫生團隊為我們制訂了這個計劃。此計劃可協助確保會員從他們服用的藥品中獲得最大福利。我們的計劃稱作藥品治療管理 (MTM)計劃。

因不同疾病使用藥品且藥費高昂的某些會員也許可以透過 MTM 計劃獲得服務。藥劑師或其他保健專業人員將對您的所有藥品進行全面的評估。您可說明您服用藥品的最佳方式、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。您可獲得這次討論的書面總

結。總結包含一份治療計劃，計劃就您如何充分利用藥品提出建議，並留出空間方便您記筆記或寫下跟進問題。您也可獲得一份個人藥品清單，清單上列出了所有您正在服用的藥品，以及您服用這些藥品的原因。

在您進行每年的「保健」就診之前，進行一次藥品評估非常有意義，這樣您就能與醫生溝通您的治療計劃和藥品清單情況。在您就診時或在與醫生、藥劑師和其他保健服務提供者交流時，帶上您的治療計劃和藥品清單。此外，請隨身帶著藥品清單（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，我們會把您撤出計劃。如您對這些計劃有任何疑問，請聯絡會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

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

第 1 部分 簡介 121
第 1.1 節 請將本章與其他描述藥品保險的材料一起使用 121
第 1.2 節 您可能要為承保藥品支付的現金費用類型 122

第 2 部分 您支付多少藥費取決於您在購買藥品時處於哪個「藥品支付階段」 122
第 2.1 節 什麼是針對 Centers Plan for Medicare Advantage Care 會員的藥品支付階段？ 122

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 124
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 124
第 3.2 節 協助我們記錄您最新的藥費支付相關資訊 124

第 4 部分 在自負額階段，您支付 3、4、5 級藥品的全部費用 125
第 4.1 節 在您付清 3、4、5 級藥品的$395 藥費前，您都將停留在自負額階段 125

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 126
第 5.1 節 您支付多少藥費取決於您購買的藥品和開處方的地點 126
第 5.2 節 某種藥品一個月用量的費用表 126
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 128
第 5.4 節 某種藥物長期（長達 90 天）用量的費用表 128
第 5.5 節 直到您當年的總藥費金額達到$4,130 前，您都將停留在初始保險階段 129

第 6 部分 在保障缺口階段，您將得到品牌藥品折扣並且普通藥品費用支付比例不高於 25%。 130
第 6.1 節 直到您的付現費用達到$6,550 之前，您都將停留在保障缺口階段 130
第 6.2 節 Medicare 將如何計算您的處方藥付現費用 130

第 7 部分 在重病保險階段，本計劃將為您支付大部分藥費 132

第 7.1 節 一旦進入重病保險階段，您在該年度剩餘時間內都將停留在這一階段 132

第 8 部分 您為 D 部分所承保的疫苗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 133

第 8.1 節 針對 D 部分疫苗藥品本身以及為您提供疫苗的費用，本計劃可能有單獨的承保方式 133

第 9.2 節 您可能希望在接種疫苗前致電我們的會員服務部 134

您是否知道存在協助人們支付藥費的計劃？

有一些計劃是可以協助資源有限的人們支付藥費的。其中包括「Extra Help」（額外補助）和 State Pharmaceutical Assistance Program。欲知更多資訊，請參見第 2 章第 7 部分。

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「獲得處方藥付款額外補助者承保福利說明附文」（也稱作「低收入輔助水準附文」或「LIS 附文」）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 附文」。（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）

第 1 部分 簡介

第 1.1 節 請將本章與其他描述藥品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。

要瞭解我們在本章中為您提供的支付資訊，您需要先瞭解以下基本知識：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。以下材料對這些基本知識進行瞭解釋：

- **本計劃的*「承保藥品清單」（處方一覽表）***為簡潔起見，我們將其稱為「藥品清單」。
  - 從該藥品清單中，您將瞭解哪些是在承保範圍內的藥品。
  - 同時，您還可以由此看出，藥品處於五(5)大「分攤費用層級」中的哪一級，以及您的藥品保險是否有任何限制條件。
  - 如您需要一份藥品清單，敬請致電會員服務部（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底）。您也可以登入我們的網站 www.centersplan.com，查閱此藥品清單。該網站上的藥品清單始終都是最新的。
- **本手冊的第 5 章。**第 5 章提供了有關處方藥品保險方面的詳細資訊，其中包括購買處方藥時需要遵循的規則。第 5 章還描述了我們的計劃不承保的處方藥品類型。

- **本計劃的「*藥房名錄*」。**大部分情況下，您必須透過網絡藥房購買承保藥品（詳細內容，請參見第 5 章）。藥房名錄列出了本計劃網絡中的藥房清單。由此您還可以看出，我們網絡中的哪些藥房可為您提供長期的藥品供應（例如：開三個月的處方藥量）。

第 1.2 節 您可能要為承保藥品支付的現金費用類型

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現金費用類型。您購買藥品所支付的金額稱為「分攤費用」，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其分攤費用前，您必須支付的藥費。
- 「**自付費用**」，即為您每次開處方時所支付的固定金額。
- 「**共同保險**」，即為您每次開處方時所支付的藥費總額的百分比。

第 2 部分 您支付多少藥費取決於您在購買藥品時處於哪個「藥品支付階段」

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

如下圖所示，根據 Centers Plan for Medicare Advantage Care 計劃，您的處方藥品保險分幾個「藥品支付階段」。您支付多少藥費取決於您開處方或再次開處方拿藥時所處的階段。

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*
在此階段，您支付 3、4、5 級藥品的全部費用。 您為 3、4、5 級藥品支付滿$395（$395 是您的 3、4、5 級自負額）前，都將停留在這一階段。 （詳細情況請參見本章第 4 部分。）	在該階段，計劃將支付其承擔的您的 3、4、5 級藥品費用份額，而您將支付您承擔的費用份額。 當您（或代表您的他人）達到您的 3、4、5 級自負額後，本計劃將為 3、4、5 級藥費支付其分攤費用，同時，您也將支付您的分攤部分。 直到您年初至今的「藥費總額」（您的支付額加上 D 部分計劃的支付額）達到$4,130 前，您都將停留在這一階段。 （詳細情況請參見本章第 5 部分。）	在此階段，您將支付品牌藥品費用的 25%（再加上一部分的藥事服務費），而如果是普通藥品，這個份額將為 25%。 直到您的年初至今「**付現費用**」（您所支付的費用）總額達到$6,550 前，您都將停留在這一階段。這一數額以及得出這一數額的費用計算規則均由 Medicare 設定。 （詳細情況請參見本章第 6 部分。）	在這一階段，**本計劃將為您支付**該日曆年（至 2021 年 12 月 31 日）剩餘時間內的大部分藥費。 （詳細情況請參見本章第 7 部分。）

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「**付現**」費用。
- 我們記錄您的「**藥費總額**」。這就是您以現金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。

當您在前一月份開過一次或多次處方藥後，我們的計劃將為您製備一份名為 *D 部分福利說明*（有時又稱為「D 部分 EOB」）的報告。D 部分 EOB 提供關於您服用的藥物的詳細資訊，例如價格提高或可使用的其他低分攤費用藥物。對於這些低成本選擇，您應諮詢您的開藥醫生。其中包括：

- 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。**本資訊將顯示每一份處方索賠的累計百分比增加。
- **可用的低成本替代處方藥品。**包含針對每一份處方索賠，低分攤費用的其他可用藥品資訊。

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：

- **開處方時，請出示您的會員卡。**為確保我們瞭解您正在開的處方藥和所支付的費用情況，請在每次開處方時出示您的計劃會員卡。
- **請確保我們擁有所需要的相關資訊。**有時候，您會在我們未能自動獲得記錄您的付現費用所需的資訊時支付了處方藥費。為協助我們記錄您的付現費用，您可以向我們提交已購買藥品的憑證。（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，請參見本手冊的第 7 章第 2 部分。）以下幾種情況，您有可能希望向我們提交藥品憑證，以確保我們有您藥費支付情況的完整記錄：

- 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。

- **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付現費用之內，並將協助您滿足重病保險資格。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付現費用之內。您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。**您以郵件的方式接收到 *D 部分福利說明*（D 部分 EOB）後，請仔細檢視，以確保資訊準確完整。如果您認為報告中有內容缺失，或您有任何疑問，請致電我們的會員服務部（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底）。請務必保留這些報告。因其為重要藥費記錄。

第 4 部分 在自負額階段，您支付 3、4、5 級藥品的全部費用

第 4.1 節 在您付清 3、4、5 級藥品的$395 藥費前，您都將停留在自負額階段

自負額階段為您藥品保險的第一個支付階段。您將每年為 3、4、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 3、4、5 級藥品費用**。對於所有其他藥品，您無需支付任何自負額，並將立即開始得到保險額。

- 由於本計劃已將大部分藥品協商至較低價格，因此您的**「全額費用」**也往往低於藥品的正常全價。
- 「**自負額**」，即為在我們的計劃開始支付其分攤費用前，您必須支付的 D 部分處方藥費。

您為 3、4、5 級藥品支付滿$395 後，將離開自負額階段，進入下一個支付階段，即初始保險階段。

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

第 5.1 節 您支付多少藥費取決於您購買的藥品和開處方的地點

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。

本計劃有五(5)個分攤費用層級

本計劃藥品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——首選普通藥物（最低一級的分攤費用）
- 第 2 級——普通藥物
- 第 3 級——首選品牌藥物
- 第 4 級——非首選品牌藥物
- 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等級，請查閱本計劃的藥品清單。

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：

- 本計劃網絡內的零售藥房
- 非本計劃網絡內的藥房
- 本計劃的郵購藥房

有關這些藥房選擇以及處方開立的更多資訊，請參見本手冊第 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。

- 「**自付費用**」，即為您每次開處方時所支付的固定金額。

- 「**共同保險**」，即為您每次開處方時所支付的藥費總額的百分比。

如下表所示，自付費用或共同保險金額的多少取決於您所購買的藥品處於哪個分攤費用級。請注意：

- 如果您的承保藥品費用低於圖表中所列出的自付費用金額，則您將為該藥品支付價位較低的費用。您將支付全額藥費*或*自付費用金額（*以價格較低的一方為准*）。

- 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 章的第 2.5 節。

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：

	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（首選普通藥品）	$3 自付費用	$0 自付費用	$3 自付費用	$3 自付費用
分攤費用第 2 級（普通藥品：）	$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（首選品牌藥品）	$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（非偏好品牌藥品）	$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 (N/A)	25%共同保險	25%共同保險

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

一般，您為處方藥支付的金額包含整個月份用量的承保藥品的費用。然而，您的醫生也可能開出不足一個月用量的藥品。有些情況下，您也可能要求醫生開出少於一個月用量的藥品（例如：您首次嘗試服用已知副作用較強的藥品時）。如果您的醫生所開的處方藥不足一個月用量，您將不需要購買整個月份用量的藥品。

您購買少於整月用量藥品時所支付的金額取決於您是否有責任支付共同保險（總費用的百分比）或自付費用（固定金額）。

- 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。不論您開立的是整月用量處方還是不足整月用量處方，您都將支付相同的百分比。但是，您如果購買少於整月用量的藥品時，整體藥價將會較低，因此，您將支付的金額也將會更少。
- 如果您有責任支付自付費用，則您的自付費用將以您得到的藥品的服用天數為基礎。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服用天數。
    - 以下為範例：假設您整月用量藥品的自付費用（30 天用量）為$30。這也就是說，您每天支付的藥費金額為$1。如果您得到 7 天用量的藥品，則您的支付金額將為每天$1 乘以 7 天，可得總額為$7。

每日分攤費用令您可在購買整月用量的藥品前先確保該藥品對您有效。如果能幫您更好地規劃不同處方的補給日期，以便您能少去幾次藥房，您也可以要求您的醫生開立及您的藥劑師配發少於一個月份量的某種或多種藥品。您支付的金額將取決於您獲得的天用量。

第 5.4 節 某種藥物長期（長達 90 天）用量的費用表

對於某些藥品，您可在開立處方後，購買長期用量（又稱作「延期用量」）。長期供應最長為 90 天。（有關於何處以及以何種方式購買長期用量的某種藥品的詳細資訊，請參見第 5 章的第 2.4 節。）

下表顯示您購買長期（長達 90 天）用量藥品時支付的費用。

- 請注意：如果您的承保藥品費用低於圖表中所列出的自付費用金額，則您將為該藥品支付價位較低的費用。您將支付全額藥費*或*自付費用金額（*以價格較低的一方為准*）。

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：

	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 （首選普通藥品）	$9 自付費用	$0 自付費用
分攤費用第 2 級 （普通藥品：）	$45 自付費用	$37.50 自付費用
分攤費用第 3 級 （首選品牌藥品）	$141 自付費用	$117.50 自付費用
分攤費用第 4 級 （非偏好品牌藥品）	$300 自付費用	$250 自付費用
第 **5 級分攤費用**（專用藥物）	不適用(N/A)	不適用(N/A)

第 5.5 節 直到您當年的總藥費金額達到$4,130 前，您都將停留在初始保險階段

直到您開出以及再次開出的處方藥費總金額達到**初始保險階段$4,130 的上限**之前，您都將停留在初始保險階段。

您的藥費總額將以您所支付的費用與任何 D 部分計劃所支付的費用之和為基礎：

- 自您該年首次購買藥品起，**您**為已購買的所有承保藥品**支付的金額**。（有關 Medicare 如何計算您的付現費用的更多相關資訊，請參見第 6.2 節。）其中包括：
  - 當您處在自負額階段時所支付的$395 。
  - 您在初始保險階段所支付的藥品分攤費用總額。
- 在初始保險階段，**本計劃為您支付的**藥品分攤費用。（如果您將在 2021 年任何時間加入不同於 D 部分計劃的任何其他計劃，本計劃在初始保險階段所支付的金額仍將計入您的藥費總額。）

我們傳送給您的 *D 部分福利說明*（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$4,130 的上限。

如果您達到了$4,130 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。

第 6 部分 在保障缺口階段，您將得到品牌藥品折扣並且普通藥品費用支付比例不高於 25%。

第 6.1 節 直到您的付現費用達到$6,550 之前，您都將停留在保障缺口階段

進入保障缺口階段後，Medicare Coverage Gap Discount Program 將向您提供品牌藥品製藥商折扣價。 您將支付品牌藥品協商價格的 25%，以及品牌藥品的部分藥事服務費。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）都將計入您的付現費用，協助您透過該保障缺口階段。

您還將得到普通藥品的部分保險。您的普通藥品支付比例將不高於 25%，同時本計劃將支付其餘部分的費用。對於普通藥品，本計劃支付的金額(75%)將不計入您的付現費用。僅您支付的金額有效，並協助您透過保障缺口階段。

直到您的年度付現費用金額達到 Medicare 所設定的最高金額前，您都將繼續以折扣價格購買品牌藥品並以不高於 25%的價格購買普通藥品。2021 年，該金額將為$6,550。

Medicare 已制訂規則，規定哪些可計入您的付現費用，哪些則*不能*計入其中。您達到 $6,550 的付現限額後，將離開保障缺口階段，繼續進入重病保險階段。

第 6.2 節 Medicare 將如何計算您的處方藥付現費用

以下為我們記錄您的藥品付現費用時必須遵守的 Medicare 規則。

這些付費將包含在您的付現費用之內。

您在總計付現費用時，***可***將下列付費***包含其中***（只要是為 D 部分承保藥品支付的費用，並且您也遵守了本手冊第 5 章所述的藥品保險規則即可）：

- 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，您在本日曆年度內作為其他 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，則其將包含在您的付現費用內。
- 如果您請**某些其他個人或組織**代表您支付了這部分費用，則其*也將包含在內*。其中包括由您的朋友或親戚、大部分慈善機構、AIDS 藥品輔助計劃、獲得 Medicare 資格認證的州藥品輔助計劃，或者印第安醫療保健服務支付的藥費。由 Medicare「額外補助」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內。其中還包括製藥商為您的品牌藥品所支付的金額。但是，本計劃為您的普通藥品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）在該日曆年內的付現費用總額達到$6,550 後，將從保障缺口階段進入重病保險階段。

這些付費將<u>不包含</u>在您的付現費用之內。

您在總計付現費用時，<u>不可</u>將任何此類處方藥費**包含在內**。

- 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。
- 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。

*提示：*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付現藥費，則您應告知本計劃。請致電會員服務部告訴我們（電話號碼已印於本手冊的封底）。

您如何記錄您的付現費用總額？

- **我們將為您提供協助。**我們寄送給您的 *D 部分福利說明*（D 部分 EOB）報告中包含您目前的付現費用金額（本章第 3 部分描述了有關該報告的內容）。您今年的付現費用總額達到$6,550 後，本報告將告知您，您已離開保障缺口階段，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 7 部分 在重病保險階段，本計劃將為您支付大部分藥費

第 7.1 節 一旦進入重病保險階段，您在該年度剩餘時間內都將停留在這一階段

您該年度的付現費用達到$6,550 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。

在此階段內，本計劃將為您支付大部分藥費。

- **您**購買某種藥品的**分攤費用**將為共同保險或自付費用（以金額*較高*的一方為准）：
  - – *或* – 藥費金額 5%的共同保險
  - – *或* – $3.70（針對普通藥物或被當作普通藥物的藥物）以及$9.20（針對所有其他藥物）。
- **本計劃將支付剩餘所有**藥費。

第 8 部分 您為 D 部分所承保的疫苗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

第 8.1 節 針對 D 部分疫苗藥品本身以及為您提供疫苗的費用，本計劃可能有單獨的承保方式

本計劃承保多種 D 部分疫苗。我們同時也承保被視為醫療福利的疫苗。您可參看第 4 章第 2.1 節的《醫療福利表》，尋找這些疫苗的相關保險。

針對 D 部分疫苗的保險有兩部分：

- 第一部分保險為**疫苗藥品本身的費用。**疫苗是一種處方藥品。
- 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」。）

您為 D 部分疫苗支付多少錢？

您為 D 部分疫苗支付多少錢取決於三個方面：

1. **疫苗的類型**（您接種疫苗預防的是何種疾病）。
   - 有些疫苗是被視為醫療福利的。您可參看第 4 章*醫療福利表（承保項目和付費項目）*，尋找這些疫苗的相關保險。
   - 其他疫苗被視為 D 部分藥品。您可在本計劃的*承保藥品清單（處方一覽表）*中尋找到這些疫苗。
2. **您購買疫苗藥品的地點。**
3. **誰為您提供疫苗。**

根據具體的情況不同，您購買 D 部分疫苗時所支付的費用將有差異。例如：

- 有時候，您在獲得疫苗時，將需要支付包括疫苗藥費和疫苗注射服務費在內的全部費用。您可要求本計劃向您返還我們的分攤費用。
- 其他情況下，您在購買疫苗藥品或獲得疫苗時，僅需支付您的分攤費用。

為表明其原理，以下為您可能獲得 D 部分疫苗的三種常見方式。請記住，在您福利的自負額階段，您將負責支付有關疫苗的所有費用（包括其接種費用）。

情形 1： 您在藥房購買 D 部分疫苗，並在某網絡藥房獲得疫苗。（您是否做出此種選擇取決於您的居住地點。某些州不允許藥房進行疫苗的接種。）

- 您將需要向藥房支付您購買疫苗的自付費用以及獲得疫苗的費用。
- 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。

- 購買疫苗後，您將支付疫苗的費用及其接種服務費。
- 然後，您可透過本手冊第 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*）中描述的流程，要求本計劃返回我們的分攤費用。
- 我們將為您償付：您已支付的金額減去您的正常疫苗（包括接種）共同保險金額。

情形 3： 您在藥房購買了 D 部分疫苗，然後將其帶至您醫生的診所，並在此接受了疫苗注射。

- 您將需要向藥房支付您購買疫苗本身的自付費用。
- 您的醫生為您接種疫苗後，您將為此服務付全額費用。然後，您可按照本手冊第 7 章中所描述的流程，要求本計劃支付我們的分攤費用。
- 我們將為您撥補醫生接種疫苗時收取的金額。

第 9.2 節 您可能希望在接種疫苗前致電我們的會員服務部

疫苗接種保險規則十分複雜。我們樂意隨時給您提供協助。我們建議您在每次計劃接種疫苗時都先致電我們的會員服務部電話。（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）

- 我們可以告訴您我們的計劃是如何對您的疫苗接種情況進行承保的，並向您說明您的分攤費用情況。
- 我們可以告訴您如何透過我們的網絡中的提供者和藥房降低您本身的費用。
- 如果您無法使用網絡提供者和藥房，我們可以告訴您需要做什麼才能得到我們為您支付的分攤費用。

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

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

第 1 部分 您應要求我們為您的承保服務或藥品支付我們的分攤費用的情況 137
第 1.1 節 如果您支付了本計劃中我們應為您的承保服務或藥品支付的分攤費用，或如果您收到了帳單，您都可以要求我們進行支付 137

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..... 139
第 2.1 節 如何向我們傳送付款請求以及應將其寄送到何處 139

第 3 部分 我們將考慮您的付款請求，然後予以同意或拒絕 140
第 3.1 節 我們將核查我們是否應承保該服務或藥品，以及我們應支付多少錢 . 140
第 3.2 節 如果我們告訴您我們將不支付醫療保健或藥品的全部或部分費用，您可以進行上訴 140

第 4 部分 其他情況下，您應儲存好您的憑據，並將副本寄送給我們..... 141
第 4.1 節 某些情況下，您應將憑據的副本寄送給我們，以協助我們追蹤您以現金支付的藥費。 141

第 1 部分 您應要求我們為您的承保服務或藥品支付我們的分攤費用的情況

第 1.1 節 如果您支付了本計劃中我們應為您的承保服務或藥品支付的分攤費用，或如果您收到了帳單，您都可以要求我們進行支付

有時候，您得到醫療保健或處方藥後，可能需要立即支付全額費用。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。無論哪種情況，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為您「撥補」）。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。

還有些時候，您可能會收到來自服務提供者的帳單，要求您支付已得到的醫療保健的全額費用。很多情況下，您應將此帳單寄送給我們，而不是自行付帳。我們將檢視該帳單，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。

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

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）提供的急救服務。當您得到非本網絡內會員的服務提供者提供的急救或緊急需要的服務後，您僅有責任支付自己的分攤費用，而無需支付全部費用。您應要求服務提供者向本計劃開出我們的分攤費用帳單。

- 如果您在接受護理時自己支付了全部費用，則需要求我們向您返還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。
- 有時候，您可能會收到服務提供者的帳單，要求您支付您認為並不欠的費用。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。

- 您得到本計劃承保的服務後，僅需支付您的分攤費用即可。我們不允許服務提供者新增額外的單獨費用（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。有關「開具差額帳單」的更多資訊，請參見第 4 章，第 1.3 節。

- 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。（可追溯的意思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現金費用，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相關文件，以便我們處理撥補問題。

請致電我們的會員服務部電話，瞭解要求我們向您補償的方法以及提出要求的截止日期的更多資訊。（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）

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，並嘗試使用您的會員卡開處方，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。（我們僅在幾種特殊情況下承保網絡外藥房開出的處方藥。請參看第 5 章第 2.5 節，瞭解更多資訊。）

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。

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：藥品可能不在本計劃的*承保藥品清單（處方一覽表）*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。本手冊的第 9 章（*發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法*）提供了有關如何上訴的資訊。

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

第 2.1 節 如何向我們傳送付款請求以及應將其寄送到何處

請將您的付款請求，以及帳單和所有的付款單據寄送給我們。您最好將您的帳單複印一份留存起來。

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)上下載此表格的副本，或者聯絡會員服務部索取表格副本。（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）

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：

MedImpact
10181 Scripps Gateway Ct.
San Diego, CA 92131

住院和門診服務：

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

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**。

如果您有任何疑問，敬請致電敬請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。如果您不知道自己本應支付多少錢，或收到帳單後不知道該如何處理，我們可以提供協助。若您已向我們傳送帳單，您想獲得要求我們支付的相關更多資訊，您亦可致電。

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品，以及我們應支付多少錢

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保健或藥品在承保範圍內，同時您已遵守了獲得該護理或藥品的所有規則，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，我們將為您撥補我們的分攤費用，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。（第 3 章描述了為使您的醫療服務得到保險，您需要遵守的規則。第 5 章描述了為使您的 D 部分處方藥得到保險，您需要遵守的規則。）
- 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。相反，我們將向您傳送信件，說明我們沒有寄送您所請求的付款的原因，以及您對判定結果進行上訴的權利。

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

如果您認為我們在拒絕您的付款請求時出現了錯誤，或者您不認同我們向您支付的金額，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。

有關如何進行上訴的詳細資訊，請參見本手冊的第 9 章*（發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法）*。上訴流程為有具體流程和重要截止日期的正式流程。如果您是初次進行上訴，從閱讀第 9 章第 4 部分開始將對您很有協助。第 4 部分為簡介，說明瞭做出保險決定以及進行上訴的流程，並提供了諸如「上訴」等術語的定義。然後，您在閱讀第 4 部分後，可參見第 9 章中描述針對您所處的情況應採取何種行動的部分。

- 如果您希望對獲得醫療服務補償費用事宜進行上訴，則請參見第 9 章中的第 5.3 節。
- 如果您希望對獲得藥品補償費用事宜進行上訴，則請參見第 9 章中的第 6.5 節。

第 4 部分 其他情況下，您應儲存好您的憑據，並將副本寄送給我們

第 4.1 節 某些情況下，您應將憑據的副本寄送給我們，以協助我們追蹤您以現金支付的藥費。

有些情況下，您應讓我們瞭解您已支付的藥費金額。這些情況下，您就不是在要求我們進行付款了。而是在告訴我們您的付款情況，以便我們能夠準確計算出您的付現費用。這可能會協助您更快地進入重病保險階段。

以下兩種情況中，您應將憑據副本寄送給我們，以讓我們瞭解您已支付的藥費金額：

1. 當您以低於我們所提供的藥價購買藥品時

有時候，當您處在自負額階段和保障缺口階段時，您可在**網絡內藥房**以低於我們所提供的價格購買到藥品。

- 例如：藥房可能以特惠價格出售該藥品。或者，您可能憑我們的福利之外的打折卡享受到較低的價格。
- 除非有特殊情況，否則在這些情況下，您都必須使用網絡內的藥房，同時，您所購買的藥品也必須在藥品清單中。
- 請儲存好您的憑證，並向我們寄送一份副本，以便我們能夠將您的付現費用計入總額，使您能夠符合重病保險階段資格。
- **請注意：**如果您處在自負額階段以及保障缺口階段，我們可能不會支付這些藥費的任何分攤部分。但是，向我們寄送憑證，可使我們能夠準確計算您的付現費用，並可能協助您更快符合重病保險階段資格。

2. 當您透過製藥商提供的病患輔助計劃購藥時

部分會員加入了由製藥商提供的病患輔助計劃（不屬於本計劃福利範圍）。如果您透過由製藥商提供的計劃購藥，則可能需要向病患輔助計劃支付自付費用。

- 請儲存好您的憑證，並向我們寄送一份副本，以便我們能夠將您的付現費用計入總額，使您能夠符合重病保險階段資格。
- **請注意：**由於您是透過病患輔助計劃而非本計劃福利購藥的，我們將不支付這些藥費的任何分攤費用。但是，向我們寄送憑證，可使我們能夠準確計算您的付現費用，並可能協助您更快符合重病保險階段資格。

由於您在上述兩種情況下並未要求我們進行付款，因此，我們將不考慮這些情況的保險決定問題。所以，如果您對我們的決定有異議，也不能進行上訴。

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 144
第 1.1 節 我們必須向您提供適宜於您的資訊（英文之外的語言版本、盲文、大號印刷體或其他格式等） 144
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 144
第 1.3 節 我們必須保護您個人健康資訊的隱私 145
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 146
第 1.5 節 我們必須支援您作出的護理相關決定的權利 147
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 149
第 1.7 節 如果您認為您受到了不公平的對待或者您的權利沒有受到尊重，您可以做什麼？ 150
第 1.8 節 如何獲得有關您的權利的更多資訊 150

第 2 部分 作為本計劃會員，您要承擔部分責任 151
第 2.1 節 您的責任是什麼？ 151

第 1 部分 我們的計劃必須尊重您作為本計劃會員的權利

第 1.1 節 我們必須向您提供適宜於您的資訊（英文之外的語言版本、盲文、大號印刷體或其他格式等）

要從我處獲得適宜於您的資訊，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

本計劃可提供人員以及免費的語言翻譯服務，能夠回答殘障和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。要從我處獲得適宜於您的資訊，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

如果您在以便於您使用且適宜您的格式獲得計劃資訊方面遇到任何困難，請致電 1-877-940-9330 致電申訴與上訴部，提出申訴。您還可以透過致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）向 Medicare 或直接向民權辦公室提出投訴。聯絡資訊請參見本承保福利說明或此郵件，或者您可以聯絡會員服務部以獲得更多資訊。

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros discapacitados y que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille o en otros formatos alternativos sin costo para usted si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado a su caso. Para recibir información de nosotros de una manera conveniente y efectiva, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la portada posterior de este folleto).

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado a su caso, llame al departamento de Reclamos y Apelaciones al 1-877-940-9330 para presentar un reclamo.También puede presentar una queja ante Medicare al número de teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de cobertura o en esta correspondencia; o puede comunicarse con Servicios para los miembros para obtener más información.

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

作為本計劃的會員，您有權選擇本計劃網絡內的主治醫生(PCP)提供並安排您的承保服務（第 3 章描述了更多有關這一方面的內容）。請致電會員服務部瞭解哪些醫生正在接收新病患（電話號碼已印於本手冊的封底）。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）。

作為計劃會員，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服務或 D 部分藥品，該手冊第 9 章第 10 部將告訴您要做什麼。（若我們拒絕承保您的醫療服務或 D 部分藥品，或者您不同意我們的決策，第 9 章第 4 部將告訴您要做什麼.

第 1.3 節 我們必須保護您個人健康資訊的隱私

聯邦和州立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。
- 保護您隱私的法律賦予了您有關獲得資訊以及控制您健康資訊使用方式的權利。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。
- 多數情況下，如果我們將您的健康資訊交給不是向您提供護理或為您支付護理費用的任何人，*都需要首先獲得您的書面許可*。書面許可哥以由您或由您授予法律權力能夠為您做出決策的人提供。
- 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。
    - 例如：我們需將健康資訊公佈給正在核查護理品質的政府機構。
    - 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。

您可從記錄中檢視該資訊，並瞭解該資訊是如何與他人分享的

您有權檢視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分享的。

如果您對您的個人健康資訊隱私問題有疑問或顧慮，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

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。（如以上第 1.1 節中所述，您有權以適宜於您的方式從我處獲得資訊。其中包括獲得非英文語言版本、大號印刷字型或其他格式的資訊。）

如您希望獲得任何以下類型的資訊，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）：

- **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。以及有關會員提起上訴數量的資訊和本計劃表現評級的資訊，其中包括本計劃會員評級方式以及其與其他 Medicare 健康計劃的對比情況。
- **網絡內服務提供者（包括我們的網絡內藥房）的相關資訊**
  - 例如：您有權從我處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。
  - 有關本計劃網絡內服務提供者清單，請參見*服務提供者名錄*。
  - 有關本計劃網絡內藥房清單，請參見服務提供者/藥房名錄。
  - 有關我們的服務提供者或藥房的更多詳細資訊，您可致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）或瀏覽我們的網站 www.centersplan.com。
- **有關您的保險以及您使用保險時必須遵守的規則的資訊。**
  - 在本手冊第 3 章和第 4 章中，我們闡述了對您承保的醫療服務、您的保險限制，以及獲得承保醫療服務所必須遵守的規則。
  - 要獲得有關您 D 部分處方藥保險的詳細資訊，請參見本手冊第 5 章和第 6 章以及本計劃*承保藥品清單（處方一覽表）*中的內容。這些章節以及*承保藥品清單（處方一覽表）*，將向您闡述哪些是承保藥品以及您必須遵守的規則和部分藥品保險限制。
  - 如您對規則或限制條件有疑問，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）：

- **有關不承保原因以及您該如何處理的資訊。**
    - 如果我們不為您承保某種醫療服務或 D 部分藥品，或者您的保險受到了某種限制，您都可要求我們進行書面解釋。即使您得到網絡外服務提供者或藥房的醫療服務或藥品，也有權獲得此解釋。
    - 如果您不滿意或如果您對我們就承保醫療保健或 D 部分藥品做出的決定有異議，您都有權要求我們變更決定。您可透過上訴要求我們變更決定。如果您認為某不承保內容應該是在承保範圍之內的，有關這種情況下處理方式的資訊，請參見本手冊的第 9 章。您可從中瞭解如希望我們變更決定該如何進行上訴的相關資訊。（第 9 章中還闡述了有關如何對護理品質、等待時間以及其他問題進行投訴的資訊。）
    - 如果您希望本計劃支付您的醫療保健或 D 部分處方藥帳單中我們的分攤費用，請參見本手冊的第 7 章。

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

您有權在獲得醫療保健時從醫生和其他保健服務提供者處獲得完整資訊。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。**這表示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。
- **在您的護理保險被拒時得到解釋。**如果服務提供者拒絕了您認為您應得到的護理服務，您有權得到我們的解釋。要得到此解釋，您需要求我們作出保險決定即可。本手冊第 9 章闡述了如何要求本計劃作出保險決定。

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。

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「**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。**如果您希望提供預先指示，您可從您的律師、社工或部分辦公用品商店中獲得該表格。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獲得相關表格（電話號碼已印於本手冊的封底）。
- **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。您也應當向您的好友或者家庭成員送交一份該表格的副本。確保在家中儲存一份副本。

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**。

- 如果您已入院就醫，他們將詢問您是否已簽署預先指示表以及是否將其隨身攜帶。
- 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：

寄信至：	New York State Department of Health Office of Professional Medical Conduct Riverview Center 150 Broadway Suite 355 Albany, New York 12204-2719
電話：	• 1-800-663-6114 - 投訴/諮詢 （週一至週五，早 8:00 至下午 5:00） • 1-518-402-0836 - 主號
電子郵件：	opmc@health.ny.gov
網站：	www.health.ny.gov/professionals/doctors/conduct/

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

若您對承承保服務或保健有任何疑問或關切，本手冊第 9 章會指示您怎麼做。它會詳細說明如何處理各類問題和投訴。您需要做什麼來對問題或疑慮進行追蹤取決於具體的情況。您可能需要要求本計劃為您作出保險決定、向我們上訴對保險決定進行變更，或進行投訴。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**。

您有權獲得其他會員過去對本計劃提起的相關上訴和投訴資訊匯總。要獲得此資訊，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

第 1.7 節 如果您認為您受到了不公平的對待或者您的權利沒有受到尊重，您可以做什麼？

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**（電話號碼已印於本手冊的封底）。
- 您可**致電 State Health Insurance Assistance Program**。有關該組織以及如何與其聯絡的詳細資訊，請參見第 2 章的第 3 部分。
- 或者，您也可透過 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) **致電 Medicare**，每天 24 小時開放。
  每天 24 小時接聽您的來電。聽力障礙電傳使用者應致電 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**（電話號碼已印於本手冊的封底）。
- 您可**致電 SHIP**。有關該組織的詳細資訊以及聯絡方式，請參閱第 2 章的第 3 部分。
- 您可聯絡 **Medicare**。
  - 您可瀏覽 Medicare 網站，閱讀或下載出版物《您的 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。）
  - 或者您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每天 24 小時，每天 24 小時接聽您的來電。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。

第 2 部分 作為本計劃會員，您要承擔部分責任

第 2.1 節 您的責任是什麼？

作為本計劃會員需要履行的職責已列出如下。如果您有任何問題，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。我們隨時為您提供協助。

- **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*手冊，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，其中包括哪些是承保服務、哪些不在承保範圍之內、需要遵守的規則，以及您需要支付的費用。
    - 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。請致電會員服務部告訴我們（電話號碼已印於本手冊的封底）。
    - 我們必須遵守由 Medicare 制訂的規則，以確保您從本計劃獲得承保服務時聯合使用了所有的保險。這叫作「**保險賠償協調**」，因為它涉及對您從本計劃獲得的健康和藥品福利以及其他適用於您的健康和藥品福利的協調。我們將協助您對您的福利進行協調。（有關保險賠償協調的更多資訊，請參見第 1 章的第 10 部分。）
- **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。
    - 為協助您的醫生和其他服務提供者為您提供最佳護理服務，請盡可能多瞭解您的健康相關問題並向其提供有關您和您的健康狀況的資訊。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，請務必提出來。您的醫生和其他保健服務提供者應以您能夠理解的方式對您的問題進行解釋。如果您提出了問題，但是不理解他們所提供的回答，請再次詢問。
- **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：

- 為取得本計劃資格，您必須參加了 Medicare A 部分和 B 部分計劃。部分計劃會員必須支付 Medicare A 部分保費。大部分計劃會員則必須支付 Medicare B 部分保費，以維持其計劃會員資格。
- 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。這將作為自付費用（固定金額）或共同保險（總費用的百分比）。第 4 章闡述了您必須為您的醫療服務支付的費用。第 6 章闡述了您必須為您的 D 部分處方藥支付的費用。
- 如果您購買了未經本計劃或您可能參與的其他保險所承保的醫療服務或藥品，則您必須支付全款。
  - 如果您對我們拒絕承保某項服務或某種藥品的決定有異議，您可以上訴。有關如何進行上訴的詳細資訊，請參見本手冊第 9 章。
- 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。

- **如果您要遷址，請告訴我們。**如果您計劃遷址，請務必立即告訴我們。請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。
- **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。**（第 1 章中闡述了我們的服務區域相關資訊。）我們能夠協助您確定您的遷出地是否在我們的服務區域之外。如果您離開了我們的服務區域，則當您能夠在新區域加入任何 Medicare 計劃時，都將享受一段特殊參保期。我們可告訴您我們在您的新區域內是否有計劃。
  - **如果您在我們的服務區域內搬遷，我們仍需要知道**，以便能夠更新您的會員記錄並瞭解您的聯絡方式。
  - 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）。您可在第 2 章中找到這些組織的電話號碼和聯絡資訊。
- **如果您有任何問題或疑慮，請致電會員服務部。**我們也十分歡迎您提出任何用於改善本計劃的建議。
  - 會員服務部電話號碼和電話接聽時間已印於本手冊的封底。
  - 有關包括郵寄地址在內的我們的更多聯絡資訊，請參見第 2 章。

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 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 157
第 1.1 節 發生問題或投訴時的處理方法 157
第 1.2 節 有關法律術語的情況如何？ 157

第 2 部分 您可從和我們沒有聯繫的政府組織獲得協助 157
第 2.1 節 從何處獲得更多資訊和個人化援助 157

第 3 部分 您應採用哪種程序處理您的問題？ 158
第 3.1 節 您應採用針對保險決定和上訴的程序嗎？或者，您應採用進行投訴的程序嗎？ 158

保險決定和上訴 159

第 4 部分 保險決定和上訴基礎知識指南 159
第 4.1 節 要求作出保險決定並進行上訴：概況 159
第 4.2 節 您在要求作出保險決定或進行上訴時，應如何獲得協助 160
第 4.3 節 本章中的哪一部分提供了針對您的狀況的細節？ 161

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 162
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 162
第 5.2 節 步驟：如何要求我們作出保險決定（如何要求本計劃授權或提供您想要的醫療保健保險） 163
第 5.3 節 步驟：如何進行 1 級上訴（如何要求對本計劃作出的醫療保健保險決定進行覆核） 166
第 5.4 節 步驟：第 2 級上訴是如何進行的 170
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？ 172

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 173
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撥補您的 D 部分處方藥時該怎麼做 173
第 6.2 節 什麼是特例？ 175

第 6.3 節 要求獲得特例應瞭解的重要事項 176
第 6.4 節 步驟：如何要求我們作出保險決定（包括特例） 177
第 6.5 節 步驟：如何進行 1 級上訴（如何要求對本計劃作出的保險決定進行覆核） 180
第 6.6 節 步驟：如何進行 2 級上訴 183

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 184
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 185
第 7.2 節 步驟：如何進行第 1 級上訴，以變更您的出院日期 186
第 7.3 節 步驟：如何進行第 2 級上訴，以變更您的出院日期 188
第 7.4 節 如果您錯過了第 1 級上訴的截止日期該怎麼辦？ 190

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 192
第 8.1 節 *本節僅涉及三種服務：* 家庭保健、專業康復機構保健以及綜合康復門診所(CORF)服務 192
第 8.2 節 您的保險將被終止時，我們會提前通知您 193
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 193
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 195
第 8.5 節 如果您錯過了第 1 級上訴的截止日期該怎麼辦？ 196

第 9 部分 將您的上訴推進到第 3 級以及更高等級 199
第 9.1 節 第 3、4、5 級醫療服務上訴請求 199
第 9.2 節 第 3、4、5 級 D 部分藥品上訴請求 200

投訴 202

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 202
第 10.1 節 投訴程序處理什麼類型的問題？ 202
第 10.2 節 「進行投訴」的正式名稱為「提起申訴」 203
第 10.3 節 步驟：投訴 204

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 205
第 10.5 節 您也可向 Medicare 提起投訴 205

第 1 部分 簡介

第 1.1 節 發生問題或投訴時的處理方法

本章闡述了處理問題與疑慮的兩種程序：

- 針對某些問題類型，您需要使用**保險決定和上訴程序**。
- 針對其他問題類型，您需要使用**投訴程序**。

這兩種程序均已獲得 Medicare 的認可。為確保公平性並促進問題的處理，每個程序都有一系列我們和您都必須遵守的規則、流程以及截止日期。

您使用哪種程序？這取決於您遇到的問題的類型。第 3 部分中的指南將協助您辨別要採用的正確程序。

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技術性法律術語。其中很多術語對於大部分人來說都較為陌生並難於理解。

為簡潔起見，本章便以簡單的詞語代替特定法律術語，對法律規則和程序進行解釋。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」或「保險裁定」或「風險裁定」；採用「獨立審核組織」而非「獨立審核組織」。本章中還儘量少使用縮略語。

但是，如果您知道自己所處情況的正確法律術語的縮略語可能會有協助——並且有時還非常重要。處理您的問題時，瞭解該使用哪些術語將協助您以更明確、更準確的方式進行交流，並獲得您所處情況下的正確協助或資訊。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 您可從和我們沒有聯繫的政府組織獲得協助

第 2.1 節 從何處獲得更多資訊和個人化援助

有時，開始或遵循問題處理流程叫人困惑不已。尤其在您感覺狀態不對或精力有限的時候。還有一些時候，您因為知識儲備不足而不知如何展開下一步。

從獨立政府組織獲得協助

我們始終竭誠為您服務。但是，某些情況下，您可能還希望從與我們沒有聯繫的人員處獲得協助或指導。您始終可聯絡您的 **State Health Insurance Assistance Program (SHIP)**。該政府計劃在每個州都有訓練有素的法律顧問。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。

SHIP 法律顧問所提供的服務為免費服務。您可在本手冊第 2 章第 3 部分找到其電話號碼。

您還可從 Medicare 獲得協助和資訊

您還可在處理問題時聯絡 Medicare，獲得更多資訊和協助。以下為從 Medicare 直接獲得資訊的兩種方式：

- 您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該電話每週 7 天，每天 24 小時均有人接聽。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。
- 您可瀏覽 Medicare 網站(https://www.medicare.gov)。

第 3 部分 您應採用哪種程序處理您的問題？

第 3.1 節 您應採用針對保險決定和上訴的程序嗎？或者，您應採用進行投訴的程序嗎？

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。

要確定本章中哪一部分的內容將有助於解決您的具體問題或疑慮，**請由此開始**

您的問題或疑慮是否與您的福利或保險有關？

（其中包括與具體醫療保健或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。）

是的。我的問題是與福利或保險相關的。

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。我的問題與福利或保險不相關。

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

作出保險決定以及進行上訴的程序，處理與您的福利以及醫療服務與處方藥保險相關的問題（其中包括付款相關問題）。這是您處理諸如某項服務或藥品是否被承保及其承保方式等問題時所採用的程序。

要求作出保險決定

保險決定是我們對您享有的福利和保險，或我們為您的醫療服務或藥品支付的金額作出的決定。例如：每當您從您的計劃網絡內醫生處得到醫療保健或者當其將您轉介給醫療專科醫生時，您的計劃網絡內醫生就為您作出了（有利的）保險決定。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服務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。

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，我們可能判定某種服務或藥品不在承保範圍之內，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

如果我們提供了保險決定，而您對此決定並不滿意，則您可針對該決定進行「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。

當您首次對某一決定提起上訴時，這稱為 1 級上訴。在該上訴中，我們將對我們作出的保險決定進行覆核，以檢查我們是否恰當地遵循了所有的規則。您的上訴將由作出原始不利決定者之外的不同審核人進行處理。完成覆核後，我們將向您提供我們的決定。在某些情況（我們將在稍後討論）下，您可以申請「加快」或「快速保險決定」，或者保險決定的快速上訴。

如果我們完全或部分拒絕了您的 1 級上訴，您可進入 2 級上訴。2 級上訴由與我們沒有關聯的獨立審查組織來執行。（某些情況下，您的個案將被自動送至獨立審查組織進行 2 級上訴。其他情況下，您將需要請求進行 2 級上訴。）如果您對 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。

第 4.2 節 您在要求作出保險決定或進行上訴時，應如何獲得協助

您需要協助嗎？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，可能希望使用的資源：

- 您**可致電會員服務部**聯絡我們（電話號碼已印於本手冊的封底）。
- 您可以從 State Health Insurance Assistance Program **獲得免費協助**（參見本章第 2 部分）。
- **您的醫生可為您提出請求。**
    - 對於醫療保健或 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 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。要提請任何第 2 級以後的上訴，您必須指定您的醫生為代表。
    - 對於 D 部分處方藥問題，您的醫生或其他開藥者可代表您要求作出保險決定或者提起 1 級或 2 級上訴。要提請任何第 2 級以後的上訴，您必須指定您的醫生或其他開藥者為代表。
- **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。

- 根據州法律，可能存在已取得合法授權代表您的人士。
- 如果您希望您的朋友、親戚、醫生或其他服務提供者或他人作為您的代表，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）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 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。

- **您還有權聘請律師作為您的代表。**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 本章中的哪一部分提供了針對您的狀況的細節？

涉及承保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、專業康復機構保健以及綜合復健門診所(CORF)服務）

如您不確定應採用哪一部分，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。您還可從諸如您的 SHIP 等政府組織獲得協助或資訊（本手冊第 2 章第 3 部分印有該計劃的電話號碼）。

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

您是否已閱讀本章的第 4 部分（*保險決定和上訴基礎知識指南*）？如果未讀，您或許希望在開始瞭解本部分前先對其進行閱讀。

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和服務。本手冊第 4 章對這些福利進行了描述：醫療福利表（*承保內容及您的自付部分*）。為簡單起見，在本節剩餘部分中，我們通稱「醫療保健保險」或「醫療保健」，而不再每次都重複「醫療保健或治療或服務」。「醫療保健」一詞包括醫療項目和服務以及 MedicareB 部分處方藥。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。

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。

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。

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，並希望本計劃為您撥補該保健費用。

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。

   注：**如果將要被停止的保險是針對住院治療、家庭保健、專業康復機構保健或綜合復健門診所(CORF)服務，**則您需要閱讀本章中的單獨一部分，因為存在適用於這些護理類型的特殊規則。以下為應針對這些情況閱讀的內容：

   - 第 9 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。*

- 第 9 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*。本部分僅涉及三種服務：家庭保健、專業康復機構保健以及 CORF 服務。

對於所有涉及被告知您一直在接受的醫療保健將被停止的所有其他情況，請將本部分（第 5 部分）作為您的行事指南。

您處於哪一種情況？

如果您處在該種情況下：	則應如此操作：
查明我們是否承保您想要的醫療護理。	您可要求我們為您作出保險決定。 請進入本章的下一個部分（**第 5.2 節**）。
我們是否已告知您，我們將不以您希望的承保或付款方式對某種醫療服務進行承保或支付。	您可以提起**上訴**。（這也就是說您可以要求我們重新考慮。） 請參見本章的**第 5.3 節**。
如果您希望要求我們返還您已接受或支付的醫療保健費用。	您可以將帳單寄送給我們。 請參見本章的**第 5.5 節**。

第 5.2 節 步驟：如何要求我們作出保險決定（如何要求本計劃授權或提供您想要的醫療保健保險）

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」。

步驟 1：您要求本計劃就您所申請的醫療保健服務作出保險決定。如果您的健康問題需要快速回應，則您應要求我們作出「**快速保險決定**」。

法律術語
「快速保險決定」又名「**加急裁定**」。

如何申請您想要的醫療保健保險

- 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。

- 有關如何聯絡我們的詳細資訊，請參見第 2 章中的第 1 部分，然後尋找標題為以下內容的小節：*當您要求對您的醫療保健作出保險決定時該如何聯絡我們*。

一般而言，我們在向您給出決定時採用標準截止日期

在向您提供我們的決定時，我們將使用「標準」截止日期，除非，我們已同意採用「快速」截止日期。**標準保險決定意味著我們將在**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 小時內向您作出答覆。

- **但是，對於醫療項目或服務**的請求，如果您要求更多時間或如果我們需要可能有益於您的資訊（諸如來自網絡外醫療服務提供者的病歷），**我們可最多再寬限 14 個日曆日的時間。**如果我們決定多花幾天時間再作出決定，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*再多花時間，您可對我們再多花幾天時間的決定進行「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。（投訴程序不同於要求作出保險決定和上訴的程序。有關包括快速投訴在內的投訴程序的更多相關資訊，請參見本章的第 10 部分。）

如果您因健康問題需要這麼做，可要求我們為您作出「快速保險決定」

- **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，對於醫療項目或服務**的請求，如果我們發現部分可能對您有益的資訊缺失（例如：來自網絡外醫療服務提供者的醫療記錄）或者如果您需要時間獲得我們進行覆核所需的資訊，**我們最多可再用 14 個日曆日來給您答覆**。如果我們決定再多花幾天時間，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*再多花時間，您可對我們再多花幾天時間的決定進行「快速投訴」。（有關包括快速投訴在內的投訴程序的更多相關資訊，請參見本章的第 10 部分。）我們作出決定後就會立即向您致電。
- **要獲得快速保險決定，您必須滿足兩個要求：**
  - *僅當*您要求獲得尚未得到的醫療保健的保險時，才能得到快速保險決定。（如果您要求獲得的是已得到的醫療保健費用，則將不能請求快速保險決定。）

- *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，我們將決定您的健康是否需要我們為您作出快速保險決定。
  - 如果我們判定您的醫療狀況不符合獲得快速保險決定的要求，我們將向您傳送信件如此陳述（同時，我們將使用標準截止日期）。
  - 透過該信件，您將知曉如果您的醫生要求我們做出快速保險決定，我們將自動提供快速保險決定。
  - 透過該信件，您還將知曉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」。（有關包括快速投訴在內的投訴程序的更多相關資訊，請參見本章的第 10 部分。）

步驟 2：我們考慮您的醫療保健保險請求，並為您作出答覆。

「快速保險決定」的截止日期

- 通常，對於醫療項目或服務的快速保險決定，我們將在 **72 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。
  - 如上所述，在某些情況下，我們最多可再用 14 個日曆日來提供答覆。如果我們決定多花幾天時間再作出保險決定，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*再多花時間，您可對我們再多花幾天時間的決定進行「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。（有關包括快速投訴在內的投訴程序的更多相關資訊，請參見本章的第 10 部分。）
  - 如果我們未能在 72 小時（或者如有延期，則截止到該日期末）或 24 小時（如果您提出關於 B 部分處方藥的請求）內答覆您，您有權進行上訴。下面的第 5.3 節闡述了如何進行上訴。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」，**我們將向您傳送詳細的書面說明，解釋拒絕原因。

「標準保險決定」的截止日期

- 通常，對於醫療項目或服務的標準保險決定，我們將在**收到您的請求後 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**向您作出答覆。
    - 對於醫療項目或服務的請求，某些特殊情況下，我們將最多再用 14 個日曆日的時間（「延長期限」）。如果我們決定多花幾天時間再作出保險決定，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*再多花時間，您可對我們再多花幾天時間的決定進行「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。（有關包括快速投訴在內的投訴程序的更多相關資訊，請參見本章的第 10 部分。）
    - 如果我們未能在 14 個日曆日（或者如有延期，則截止到該日期末）或 72 小時（如果您提出關於 B 部分處方藥的請求）內答覆您，您有權進行上訴。下面的第 5.3 節闡述了如何進行上訴。
- **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 3：如果我們拒絕您的醫療保健保險請求，則您可決定是否進行上訴。

- 如果我們拒絕，您有權透過上訴要求我們重新考慮——或者變更——該決定。上訴意味著再次嘗試獲得您想要的醫療保健保險。
- 如果您決定進行上訴，則表示您將進入第 1 級上訴程序（請參見下面的第 5.3 節）。

第 5.3 節 步驟：如何進行 1 級上訴（如何要求對本計劃作出的醫療保健保險決定進行覆核）

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「覆議」。

步驟 1：您聯絡我們，進行上訴。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」。

怎麼辦

- **要開始進行上訴，您、您的醫生或您的代表必須先聯絡我們。**有關適用於任何上訴相關目的的詳細聯絡資訊，請查閱第 2 章第 1 部分，並尋找名為「當您就醫療護理提出上訴時，如何聯絡我們」一節。
- **如果您要求進行標準上訴，則請提交標準書面上訴請求。**您也可以致電第 2 章第 1 部分中所示的電話號碼聯絡我們要求進行上訴（*當您對您的醫療保健進行上訴時該如何聯絡我們*）。
    - 如果您請您醫生以外的其他人對我們的決定進行上訴，您的上訴中必須包含授權此人代表您的「代表委任」表。要獲得此表，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）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 下載該表格。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——要求獨立審查組織覆核我們駁回您的上訴的決定。
- **如果您要求進行快速上訴，請提出書面上訴或致電**第 2 章第 1 部分中所示的電話號碼（*當您對您的醫療保健進行上訴時該如何聯絡我們*）。
- **您必須在**我們向您傳送書面通知（告訴您我們對您的保險決定請求作出的答覆）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。錯過截止日期的充分理由範例包括：您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。
- **您可要求獲得您的醫療決定相關資訊副本，並增加更多資訊支援您的上訴。**
    - 您有權向我們索取您的上訴相關資訊副本。
    - 如果您願意，您和您的醫生可向我們提交支援上訴的更多資訊。

如果您因健康問題需要這麼做，可請求進行「快速上訴」（您可致電我們提出請求）

法律術語
「快速上訴」又稱為「**加急覆議**」。

- 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」。
- 獲得「快速上訴」的要求和程序與獲得「快速保險決定」的要求和程序相同。要請求快速上訴，請按照要求作出快速保險決定的說明進行。（這部分說明已在本部分前文中提供。）
- 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。

步驟 2：我們將考慮您的上訴並向您提供我們的答覆。

- 本計劃覆核您的上訴後，我們將再次仔細檢查您所有的醫療保健保險請求相關資訊。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。
- 如有需要，我們將收集更多資訊。我們將聯絡您或您的醫生，以獲得更多資訊。

「快速上訴」的截止日期

- 使用快速截止日期時，我們必須在**收到您的上訴後 72 小時內**提供我們的答覆。如果您因健康問題需要我們這麼做，我們將更早提供我們的答覆。
    - 但是，如果您需要更多時間，或者如果我們需要收集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）。如果我們決定多花幾天時間再作出決定，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，將由獨立審查組織對其進行覆核。在本部分後面的內容中，我們將向您描述該組織的相關資訊並闡述第 2 級上訴程序中會發生什麼。
- **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。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」**，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。

「標準上訴」的截止日期

- 如果我們正在使用標準截止日期，我們就必須在接到您的上訴（如果您的上訴涉及您尚未得到的服務的保險）後 **30 個日曆日內**對您提出的關於醫療項目或服務的請求作出答覆。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，或者如果我們需要收集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）。如果我們決定多花幾天時間再作出決定，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*再多花時間，您可對我們再多花幾天時間的決定進行「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。（有關包括快速投訴在內的投訴程序的更多相關資訊，請參見本章的第 10 部分。）
    - 如果我們未能在上述適用截止日期內（或者如果我們對您提出的關於醫療項目或服務的請求予以延期，則在延長期限末）給您答覆，我們將按照要求將您的請求送入第 2 級上訴程序，在這一階段，將由獨立審查組織對其進行覆核。在本部分後面的內容中，我們將向您描述該審查組織的相關資訊並闡述第 2 級上訴程序中會發生什麼。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」**，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」**，我們將自動將您的上訴提交給獨立審核組織，進行第 2 級上訴。

步驟 3：如果本計劃拒絕了您的部分或全部上訴，您的案例將被*自動*送入下一級上訴程序。

- 為確保我們在拒絕您的上訴時遵守了所有規則，**我們將按要求將您的上訴送至「獨立審查組織」**。我們進行此操作，即表明您的上訴正在進入下一級上訴程序，即第 2 級上訴。

第 5.4 節 步驟：第 2 級上訴是如何進行的

如果本計劃拒絕了您的第 1 級上訴，您的案例將被*自動*送入下一級上訴程序。在第 2 級上訴過程中，**獨立審查組織**將審核我們針對您的第一次上訴作出的決定。該組織決定是否變更我們的決定。

法律術語
該「獨立審查組織」的正式名稱為「**獨立審查組織**」。有時又稱「**IRE**」。

步驟 1：獨立審查組織將對您的上訴進行覆核。

- **該獨立審查組織是由 Medicare 雇用的獨立組織。**該組織與我們沒有聯繫，且並非政府機構。該組織是 Medicare 選取以處理獨立審查組織所承擔的職責的公司。Medicare 負責對其工作進行監督。
- 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。**
- 您有權向獨立審查組織提交支援您的上訴的更多資訊。
- 獨立審查組織中的審核人將仔細審查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」。

- 如果您在第 1 級過程中對本計劃進行了「快速上訴」，則您在第 2 級過程中也將自動提起「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，以及獨立審查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，則獨立審查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」。

- 如果您在第 1 級過程中對本計劃進行了「標準上訴」，則您在第 2 級過程中也將自動提起「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，則審查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，以及獨立審查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，則獨立審查組織不能延長決定時間。

步驟 2：獨立審查組織給您作出答覆。

獨立審核組織將書面告知您他們的決定並說明作出該決定的原因。

- **如果該審查組織認同了您的部分或全部醫療項目或服務請求，**我們就必須在 72 小時內授權醫療保健保險，或在收到審查組織作出的決定後的 14 個日曆日內提供服務（對於標準請求），或在本計劃收到審查組織作出的決定後的 72 小時內提供服務（對於加急請求）。
- **如果該審查組織認同了您的部分或全部 Medicare B 部分處方藥請求，**我們就必須在收到審查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**），或在本計劃收到審查組織作出的決定後的 **24 小時**內授權或提供發生爭議的 B 部分處方藥（對於**加急請求**）。
- **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。（這叫作「維持決定。」亦稱為「駁回您的上訴。」
  - 如果獨立審查組織「堅持此決定」，您有權提出第 3 級上訴。但要提起第 3 級上訴，您所請求的醫療保健保險美元值必須符合特定最低限額。如果您正在請求的保險美元值過低，則無法繼續上訴，也就是說第 2 級的決定即為最終決定。您從獨立審查組織處得到的書面通知將告知您如何確定繼續進行上訴程序所需的美元數額。

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 5 個上訴等級）。
- 如果您的第 2 級上訴被拒，同時您又符合繼續上訴的要求，則您必須決定是否希望進入第 3 個等級進行第三次上訴。如何進行此操作的詳細內容已在您於第 2 級上訴後得到的書面通知中進行了闡述。
- 3 級上訴交由行政法法官或代理審判員。本章中的第 9 部分闡述了有關第 3、4、5 級上訴程序的更多內容。

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？

如果您想要求我們支付醫療保健費用，則請從閱讀本手冊第 7 章中的內容開始：*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*。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撥補或支付的情況。本章亦將介紹了如何向我們傳送要求我們支付的書面資料。

要求撥補即要求我們作出保險決定

如果您向我們寄送要求撥補的文件，就是在要求我們作出保險決定（有關保險決定的更多相關資訊，請參見本章第 4.1 節）。為作出此保險決定，我們將核查您支付的醫療保健是否為承保範圍內的服務（請參見第 4 章：*醫療福利表（承保內容及您的自付部分）*。我們還將核查您是否遵守了使用醫療保健保險的所有規則（有關這些規則，請參見本手冊的第 3 章：*使用本計劃為您的醫療服務提供的保險*）。

我們將同意或拒絕您的請求

- 如果您所支付的醫療保健服務在承保範圍之內，並且您也遵守了所有的規則，我們將在收到您的請求後 60 個日曆日內支付您的醫療保健費用中我們的分攤部分。或者，如果您尚未支付服務費用，我們將直接把費用支付給服務提供者。我們支付費用時，就相當於*同意*了您的保險決定請求。）
- 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，說明我們將不支付服務費用以及拒絕支付的詳細原因。（我們拒絕您的支付請求時，就相當於*拒絕*了您的保險決定請求。）

如果您要求我們進行支付，但是我們表示我們將不予支付該如何？

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。請查閱該節內容以瞭解各步驟指示。遵守這些說明時，請注意：

- 如果您對撥補部分進行上訴，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。（如果您要求我們撥補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。）
- 如果獨立審查組織撤銷了我們拒絕付款的決定，我們就必須在 30 個日曆日內向您或服務提供者支付您所要求的費用。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

您是否已閱讀本章的第 4 部分（*保險決定和上訴基礎知識指南*）？如果未讀，您或許希望在開始瞭解本部分前先對其進行閱讀。

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撥補您的 D 部分處方藥時該怎麼做

作為本計劃會員，您的福利包括多種處方藥保險。請參見本計劃的*「承保藥品清單」（處方一覽表）*。要被承保，就必須針對醫學公認的病症用藥。（「醫學公認病症」是由食品與藥品管理局核准或受特定參考書支援的用藥。請參閱第 5 章第 3 節，瞭解有關醫學公認病症的更多資訊。）

- **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」。
- 有關我們所說的 D 部分藥品、*承保藥品清單（處方一覽表）*、保險規則與限制的詳細資訊以及費用資訊，請參見第 5 章（*針對您的 D 部分處方藥使用本計劃保險*）以及第 6 章（*您為 D 部分處方藥支付的費用*）。

D 部分保險決定和上訴

如我們在本章第 4 部分所論，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的金額作出的決定。

法律術語
有關您 D 部分藥品的初始保險決定稱作「**保險裁定**」。

以下為您要求我們就您的 D 部分藥品作出保險決定的範例：

- 您要求我們提供特例，包括：
  - 要求我們對不在本計劃*承保藥品清單（處方一覽表）*上的 D 部分藥品進行承保。

- 要求我們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）
- 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

- 您詢問我們某藥品是否在承保範圍之內，以及您是否符合適用的保險規則。（例如：您的藥品在本計劃的*承保藥品清單（處方一覽表）*上，但是我們要求您在我們為您承保前先得到我們的核准。）
  - *請注意：*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。
- 您要求我們為您支付您已購買的處方藥。這是有關付款的保險決定請求。

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。請使用以下圖表協助您確定哪一部分中的資訊適用於您的情況：

您處於哪一種情況？

如果您處在該種情況下：	則應如此操作：
如果您需要未在我們藥品清單上的藥品，或者需要我們解除我們承保藥品的規則或限制。	您可以要求我們提供特例。 （這是保險決定的一種。） 從本章**第 6.2 節**開始。
如果您希望我們承保藥品清單上的某種藥品，並且您認為自己滿足了所需藥品的所有計劃規則或限制（例如提前獲得核准）。	您可要求我們作出保險決定。 請參見本章的**第 6.4 節**。
如果您希望要求我們返還您已接受或支付的藥品的費用。	您可以要求我們對您進行償付。 （這是保險決定的一種。） 請參見本章的**第 6.4 節**。
如果我們已告知您，我們將不以您希望的承保或付款方式對某種藥品進行承保或支付。	您可以提起上訴。 （這也就是說您可以要求我們重新考慮。） 請參見本章的**第 6.5 節**。

第 6.2 節 什麼是特例？

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。與其他類型的保險決定相似，如果我們拒絕了您的特例請求，您可以對我們的決定進行上訴。

您請求我們提供特例後，您的醫生或其他開藥者將需要解釋您需要我們核准此特例的醫療理由。然後，我們將會考慮您的請求。以下為您或您的醫生或其他開藥者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*承保藥品清單（處方一覽表）*中的 D 部分藥品。**（我們將其簡稱為「藥品清單」。）

法律術語
要求得到不在藥品清單上的藥品的保險（有時也稱要求獲得「**處方一覽表特例**」）。

   - 如果我們同意提供特例，並為不在藥物清單上的藥物進行承保，您將需要支付適用於第 4 級藥物的分攤費用金額。您不能要求我們對我們要求您支付的藥費自付費用或共同保險金額提供特例。

2. **免除某承保藥品的保險限制。**存在適用於*承保藥品清單（處方一覽表）*上特定藥品的額外規則或限制（有關更多資訊，請參見第 5 章並尋找其中的第 4 部分）。

法律術語
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**」）。

   - 特定藥品保險的額外規則和限制包括：
     - *被要求服用*某種藥品的*普通類型*而非品牌藥品。
     - 在我們同意為您承保某種藥品前，*提前獲得計劃核准*。（這有時也稱「事先授權」。）
     - 在我們同意為您所要求的藥品進行承保前，*被要求先嘗試服用另一種藥品*。（這有時也稱「分步療法」。）
     - *數量限制*。對於部分藥品，您能夠服用的藥量是有限制的。

- 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。

法律術語
要求為承保非首選藥品支付較低的價格，有時候也稱要求「**層級劃分特例**」。

- 如果我們的藥品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。這將減少您需支付的藥品分攤費用。
    - 如果您服用的藥品是生物製劑，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（專用級）藥物的分攤費用等級。
- 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 要求獲得特例應瞭解的重要事項

您的醫生必須向我們告知醫療理由。

您的醫生或其他開藥者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，將您的醫生或其他開藥者提供的醫療資訊包含其中。

一般地，我們的藥品清單包括治療某種特定病情的多種藥品。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，我們一般不會批準您的特例請求，除非較低分攤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特例請求，您可以透過上訴要求我們對我們的決定進行覆核。第 6.5 節闡述了如果我們拒絕了您該如何進行上訴。

接下來的一節則闡述了如何要求我們作出保險決定（包括特例）。

第 6.4 節 步驟：如何要求我們作出保險決定（包括特例）

步驟 1：您要求我們作出有關您所需要的藥品或付款情況的保險決定。如果您的健康問題需要快速回應，則您必須要求我們作出「快速保險決定」。如果您正在要求我們對您已購買的藥品進行撥補，就不能要求我們作出快速保險決定。

怎麼辦

- **要求得到您想要的保險決定類型**由向我們致電、書寫信件或傳送傳真開始提出您的請求。您、您的代表或您的醫生（或其他開藥者）可以這樣做。您也可透過我們的網站獲得保險決定程序。有關詳細資訊，請參見第 2 章中的第 1 部分，然後尋找標題為以下內容的小節：*當您要求對您的 D 部分處方藥作出保險決定時該如何聯絡我們*。或者，如果您正在要求我們對某種藥品進行撥補，則請參見名為*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*的部分。
- **您或您的醫生或代表您的其他人**可以要求我們作出保險決定。本章的第 4 部分闡述了您可如何向他人授予書面許可以令其作為您的代表。您也可以聘請律師作為您的代表。
- **如果您想要求我們為您返還某種藥品的費用**，則請從閱讀本手冊第 7 章中的內容開始：*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*。第 7 章描述了您可能需要請求撥補的情況。這一章還闡述了如何向我們提交文件要求我們返還您已支付的藥費中我們的分攤費用。
- **如果您正在要求獲得特例，則請提供「支援性聲明」。**您的醫生或其他開藥者必須向我們提交您要求獲得藥品特例的醫療理由。（我們將其稱之為「支援性聲明」。）您的醫生或其他開藥者可向我們傳真或郵寄該說明。或者，您的醫生或其他開藥者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。請參見第 6.2 和 6.3 節，瞭解有關特例請求的更多資訊。

- **我們必須接受所有的書面請求**，其中包括：以 CMS 型裁定申請書形式提交的請求（可從我們的網站上下載）。

法律術語
「快速保險決定」又名「**加急保險裁定**」。

如果您因健康問題需要這麼做，可要求我們為您作出「快速保險決定」

- 在向您提供我們的決定時，我們將使用「標準」截止日期，除非，我們已同意採用「快速」截止日期。標準保險決定意味著我們將在收到您醫生的說明後 72 小時內給您答覆。快速保險決定意味著我們將在收到您醫生的說明後 24 小時內給您答覆。
- **要獲得快速保險決定，您必須滿足兩個要求：**
    - *僅當*您要求獲得*尚未得到的藥品*時，才能得到快速保險決定。（如果您正在要求我們對您已購買的藥品進行撥補，就不能要求我們作出快速保險決定。）
        - *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。
- **如果您的醫生或其他開藥者告訴我們，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。**
- 如果您在沒有您的醫生或其他開藥者支援的情況下，自行要求獲得快速保險決定，我們將決定您的健康是否需要我們為您作出快速保險決定。
    - 如果我們判定您的醫療狀況不符合獲得快速保險決定的要求，我們將向您傳送信件如此陳述（同時，我們將使用標準截止日期）。
    - 透過該信件，您將知曉如果您的醫生或其他開藥者要求我們做出快速保險決定，我們將自動提供快速保險決定。
    - 透過該信件，您還將知曉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，您該如何提出投訴。其中闡述了如何提交「快速投訴」（意即您將在收到投訴的 24 小時內得到我們針對您的投訴提供的答覆）。（投訴程序不同於要求作出保險決定和上訴的程序。有關投訴程序的更多資訊，請參見本章的第 10 部分。）

步驟 2：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」的截止日期

- 如果我們使用快速截止日期時，則必須在 **24 小時內**提供我們的答覆。
    - 通常，這表示我們將在收到您的請求後 24 小時內提供答覆。如果您正在請求獲得特例，我們將在收到您醫生提交的用以支援您請求的說明後 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，將由獨立審查組織對其進行覆核。在本部分後面的內容中，我們將向您描述該審查組織的相關資訊並闡述第 2 級上訴程序中會發生什麼。
- **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。

針對您尚未得到的藥品的「標準保險決定」截止日期

- 如果我們使用的是標準截止日期，就必須在 **72 小時內**提供我們的答覆。
    - 通常，這表示我們將在收到您的請求後 72 小時內提供答覆。如果您正在請求獲得特例，我們將在收到您醫生提交的用以支援您請求的說明後 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程序的第 2 級；在這一階段，將由獨立審查組織對其進行覆核。在本部分後面的內容中，我們將向您描述該審查組織的相關資訊並闡述第 2 級上訴程序中會發生什麼。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」——**
    - 如果我們核准了您的保險請求，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。

針對您已支付的藥費的「標準保險決定」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，將由獨立審查組織對其進行覆核。在本部分後面的內容中，我們將向您描述該審查組織的相關資訊並闡述第 2 級上訴程序中會發生什麼。

- **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 3：如果我們拒絕您的保險請求，則您可決定是否希望上訴。

- 如果我們拒絕，則您有權要求進行上訴。請求上訴意味著要求我們重新進行考慮——並有可能的話變更——我們已作出的決定。

第 6.5 節 步驟：如何進行 1 級上訴（如何要求對本計劃作出的保險決定進行覆核）

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**」。

步驟 1：您聯絡我們，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**」。

怎麼辦

- **要開始上訴，您（或您的代表或您的醫生或其他開藥者）必須先聯絡我們。**
    - 有關如何就上訴相關原因透過電話、傳真或郵件或者透過我們的網站聯絡我們的詳細資訊，請參見第 2 章中的第 1 部分，然後尋找標題為以下內容的小節：*當您對您的 D 部分處方藥進行上訴時該如何聯絡我們*。
- **如果您要求進行標準上訴，則請透過提交書面請求進行上訴。** 您也可以致電第 2 章第 1 部分（*當您對您的 D 部分處方藥進行上訴時該如何聯絡我們*）中所示的電話號碼聯絡本計劃要求進行上訴。
- **如果您要求進行快速上訴，則可提出書面上訴或透過致電第 2 章第 1 部分**（*當您對您的 D 部分處方藥進行上訴時該如何聯絡我們*）**中所示的電話號碼聯絡我們**。
- **我們必須接受所有的書面請求**，其中包括：以 CMS 型裁定申請書形式提交的請求（可從我們的網站上下載）。

- **您必須在**我們向您傳送書面通知（告訴您我們對您的保險決定請求作出的答覆）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，我們將給您更多時間進行上訴。錯過截止日期的充分理由範例包括：您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。**
    - 您有權向我們索取您的上訴相關資訊副本。
    - 如果您願意，您和您的醫生或其他開藥者可向我們提交支援上訴的更多資訊。

法律術語
「快速上訴」又稱為「**加急覆議**」。

如果您因健康問題而有需要，則可要求進行「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 節中獲得「快速保險決定」的要求相同。

步驟 2：我們將考慮您的上訴並向您提供我們的答覆。

- 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。我們將核查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開藥者，以獲得更多資訊。

「快速上訴」的截止日期

- 如果我們使用的是快速截止日期，就必須在**收到您的上訴後 72 小時內**提供我們的答覆。如果您的健康狀況有需要，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，將有獨立審查組織對其進行覆核。在本部分後面的內容中，我們將向您描述該審查組織的相關資訊並闡述第 2 級上訴程序中會發生什麼。
- **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。

「標準上訴」的截止日期

- 如果我們使用的是標準截止日期，就必須在收到您針對尚未收到的藥品的上訴後 **7 個日曆日內**提供我們的答覆。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。如果您認為您的健康狀況有需要，您應請求「快速上訴」。
    - 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，將有獨立審查組織對其進行覆核。在本部分後面的內容中，我們將向您描述該審查組織的相關資訊並闡述第 2 級上訴程序中會發生什麼。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」——**
    - 如果我們核准了某項保險請求，就必須根據您的健康需要儘快**提供**我們已同意提供的**保險**，但**不得遲於**我們接到您的上訴後 **7 個日曆日**。
    - 如果我們核准了您已購買的藥品的撥補請求，就必須在接到您的上訴請求後 **30 個日曆日內向您寄送該費用**。
- **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。
- 如果您申請我們向您返還您已購買的藥品費用，我們就必須在接到您的請求後 **14 個日曆日內答覆您**。
    - 如果未能在 14 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，將由獨立審查組織對其進行覆核。在本部分後面的內容中，我們將向您描述該審查組織的相關資訊並闡述第 2 級上訴程序中會發生什麼。
- **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對我們的決定提起上訴。

步驟 3：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*。

- 如果我們拒絕了您的上訴，將由您選擇接受這一決定，還是繼續提起另一輪上訴。
- 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（請參見下文）。

第 6.6 節 步驟：如何進行 2 級上訴

如果我們拒絕了您的上訴，將由您選擇接受這一決定，還是繼續提起另一輪上訴。如果您決定進行第 2 級上訴，則**獨立審查組織**將對我們拒絕您首次上訴時作出的決定進行覆核。該組織決定是否變更我們的決定。

法律術語
該「獨立審查組織」的正式名稱為「**獨立審查組織**」。有時又稱「**IRE**」。

步驟 1：要進行第 2 級上訴，您（或您的代表、或您的醫生、或其他開藥者）必須聯絡獨立審查組織並要求對您的個案進行覆核。

- 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查組織**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，以及如何聯絡該審查組織。
- 您向獨立審查組織進行上訴後，我們將向該組織寄送我們所掌握的您的上訴相關資訊。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。**
- 您有權向獨立審查組織提交支援您的上訴的更多資訊。

步驟 2：該獨立審查組織對您的上訴進行覆核並為您作出答覆。

- **該獨立審查組織是由 Medicare 雇用的獨立組織。**該組織與我們沒有聯繫，且並非政府機構。該組織是由 Medicare 選擇的公司，該公司負責對我們為您作出的 D 部分福利相關決定進行覆核。
- 獨立審查組織中的審核人將仔細審查與您的上訴相關的所有資訊。該組織將書面告知您他們的決定並說明作出該決定的原因。

第 2 級「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」。
- 如果審查組織同意為您進行「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。
- **如果該獨立審查組織認同了您的部分或全部請求，**我們就必須在收到審查組織作出的決定後 **24 小時內**提供由該審查組織核准的藥品保險。

第 2 級「標準上訴」的截止日期

- 如果是關於您尚未收到的藥品，且您提起了第 2 級標準上訴，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返還您已購買的藥品費用，審核組織必須在接到您的 2 級上訴後的 **14 個日曆日內**答覆您。
  - **如果獨立審查組織對您的部分或全部請求的回答為「是」-**
    - 如果該獨立審查組織核准了您的保險請求，我們就必須在收到審查組織作出的決定後 **72 小時內提供**由該審查組織核准的**藥品保險**。
    - 如果該獨立審查組織核准了您已購買藥品的撥補請求，我們就必須在接到該審查組織作出的決定後 **30 個日曆日內向您寄送該費用**。

如果該審查組織拒絕了您的上訴會怎樣？

如果該組織拒絕了您的上訴，就意味著該組織同意了我們不予核准您的請求的決定。（這叫作「維持決定。」亦稱為「駁回您的上訴。」

如果獨立審查組織「堅持此決定」，您有權提出第 3 級上訴。但要提起第 3 級上訴，您所請求的藥品保險美元值必須符合特定最低限額。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。您從獨立審查組織處得到的通知將告知您要繼續進行上訴程序爭議中必須涉及的美元數額。

步驟 3：如果您所請求的保險美元值符合要求，則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 5 個上訴等級）。
- 如果您的第 2 級上訴被拒，同時您又符合繼續上訴的要求，則您必須決定是否希望進入第 3 個等級進行第三次上訴。如果您決定提起第三次上訴，有關如何進行此操作的詳細內容將包含在您進行第二次上訴後得到的書面通知中。
- 3 級上訴交由行政法法官或代理審判員。本章中的第 9 部分闡述了有關第 3、4、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。有關我們為您提供的住院治療保險的更多資訊（包括所有針對該保險的限制），請參見本手冊的第 4 章。*醫療福利表（承保內容及您的自付部分）*。

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。他們還將協助安排您出院後可能需要的保健服務。

- 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。本部分將向您闡述如何提出請求。

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

住院期間，您將收到名為*來自 Medicare 的有關您權利的重要訊息*的書面通知。參與 Medicare 的每個人都將在住院的時候得到一份這樣的通知。醫院工作人員（例如：個案工作者或護士）必須在您入院兩天時間內將其交付給您。如果您未得到此通知，請向任意醫務人員索取。如果您需要協助，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。您也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該電話每週 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。

1. **請認真閱讀此通知，如有不理解之處，敬請提出問題。**該通知向您闡述了您作為住院病患的權利，其中包括：
   - 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並有權瞭解誰將支付這部分費用。
   - 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，您有權對您得到的出院決定進行上訴。

   法律術語

   來自 Medicare 的書面通知將向您闡述您怎樣能夠「**申請立即覆核**」。請求立即覆核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。（下面的第 7.2 節內容向您闡述了請求立即覆核的方法。）

2. **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。（本章的第 4 部分闡述了您可如何向他人授予書面許可以令其作為您的代表。）

- 簽署該通知*僅*表明您已得到有關您權利的資訊。該通知並未規定您的出院日期（您的醫生或醫務人員將告知您出院日期）。簽署該通知**並不意味著**您認同該出院日期。

3. **請儲存好**您的通知副本，以便在需要時可就近獲得關於進行上訴（或舉報護理服務品質相關問題）的資訊。
   - 如果您在離開醫院前 2 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（電話號碼已印於本手冊的封底）或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)（每天 24 小時、每週 7 天開放）。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.html 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。**下文說明瞭前兩個等級上訴程序中的各個步驟。
- **遵守時限。**時限是最重要的關鍵。請確保您瞭解並遵循適用於您必須去做的事情的截止日期。
- **若有需要請尋求協助。**如您有疑問或隨時需要協助，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。或致電您的 State Health Insurance Assistance Program（提供個人化援助的政府組織）（請參見本章第 2 部分）。

在第 1 級上訴過程中，品質改善組織將對您的上訴進行覆核。其將核查您的規定出院日期是否在醫學上適用於您。

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「快速覆核」。您必須迅速行動。

什麼是品質改善組織？

- 該組織是一個由聯邦政府支付薪酬的醫生及其他醫療保健專業人士團隊。這些專家並非我們計劃的一部分。該組織由 Medicare 支付薪酬，以核查並改善使用 Medicare 的人士獲得的護理品質。其中包括對 Medicare 計劃參與者的出院日期進行覆核。

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。（或者在本手冊第 2 章的第 4 部分中尋找您所在州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。（您的「規定出院日期」是已為您設定的離開醫院的日期。）
    - 如果您的時間符合此截止日期，則您將可在出院日期*後*繼續住在醫院裡（*無需付費*），等待品質改善組織為您作出上訴決定。
    - 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。

要求進行「快速覆核」：

- 您必須要求品質改良組織「快速審核」您的出院時間。要求進行「快速覆核」意味著您要求該組織採用上訴的「快速」截止日期而非標準截止日期。

法律術語
「**快速覆核**」又稱「**立即覆核**」或者「**加急覆核**」。

步驟 2：品質改善組織對您的個案進行獨立覆核。

在此覆核期間將發生什麼？

- 品質改善組織的保健專業人士（我們將其簡稱為「審核人」）將向您詢問（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。
- 審核人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。
- 截止到審核人向本計劃告知您的上訴後當日正午，您還將得到一份書面通知，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。

法律術語
這份書面說明叫作「**詳細出院通知**」。您可致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（每天 24 小時、每週 7 天開放）獲得此通知的樣本。（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.html

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？

- 如果該審查組織認同了您的上訴，**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。（請參見本手冊的第 4 章）。

如果答覆為「否」將會如何？

- 如果審查組織拒絕了您的上訴，也就是說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。

- 如果品質改善組織拒絕了您的上訴，*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

如果品質改善組織拒絕了您的上訴，*同時*，您在規定出院日期之後繼續留在醫院內，那麼您就可以進行第 2 級上訴。在第 2 級上訴過程中，您可要求品質改善組織再次審查其對您的首次上訴作出的決定。如果品質改善組織拒絕了您的第 2 級上訴，您就需要支付規定出院日期後產生的全額住院費用。

以下為第 2 級上訴程序的步驟：

步驟 1：您再次聯絡品質改善組織，要求其再次進行覆核。

- 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**要求進行覆核。僅在您於該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人將再次仔細審查與您的上訴相關的所有資訊。

步驟 3：在收到您關於進行第二次審核的申訴後 14 個日曆日內，品質改善組織的審核人將針對您的上訴作出決定，並將其決定通知您。

如果審查組織的答覆為「是」：

- **我們必須為您撥補**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。

如果審查組織的答覆為「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，並不予變更。這叫作「維持決定。」
- 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 5 個上訴等級）。如果審查組織拒絕了您的第 2 級上訴，您可選擇是接受該決定，還是進入第 3 級從而提起另一輪上訴。3 級上訴交由行政法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、4、5 級上訴程序的更多內容。

第 7.4 節 如果您錯過了第 1 級上訴的截止日期該怎麼辦？

您可以轉而向我們提起上訴

如以上第 7.2 節所述，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。（「迅速」意味著在您離開醫院前但不遲於規定出院日期時，以較早者為准。）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

如果您錯過了聯絡品質改善組織的截止日期，則可向我們提起上訴，要求我們進行「快速覆核」。快速覆核是一種採用快速截止日期而非標準截止日期的上訴。

法律術語
「快速覆核」（或「快速上訴」）又稱為「**加急上訴**」。

步驟 1：聯絡我們並要求我們進行「快速覆核」。

- 有關如何聯絡我們的詳細資訊，請參見第 2 章中的第 1 部分，然後尋找標題為以下內容的小節：*當您對您的醫療保健進行上訴時該如何聯絡我們*。
- **請務必要求我們進行「快速覆核」。**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。

步驟 2：我們針對您的規定出院日期進行「快速覆核」，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。我們將核查有關您應何時離開醫院的決定是否公平以及是否遵守了所有的規則。
- 在這種情況下，我們將採用「快速」截止日期，而非標準截止日期，為您提供這次覆核的答覆。

步驟 3：我們將在您要求我們進行「快速覆核」（「快速上訴」）之後 72 小時內為您作出答覆。

- **如果我們認同了您的快速上訴**，就意味著我們已同意您在出院日期之後仍需要住在醫院裡，並繼續為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。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撥補。（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快速上訴**，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*了您的快速上訴，您的個案將被*自動*送入下一級上訴程序。

- 為確保我們在拒絕您的快速上訴時遵守了所有規則，**我們將按要求將您的上訴送至「獨立審查組織」**。我們這樣做也就意味著您將*自動*進入第 2 級上訴程序。

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我們的決定。

法律術語
該「獨立審查組織」的正式名稱為「**獨立審查組織**」。有時又稱「**IRE**」。

步驟 1：我們將自動把您的個案轉入獨立審查組織。

- 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查組織。（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。投訴程序不同於上訴程序。本章第 10 部分說明瞭如何進行投訴。）

步驟 2：獨立審查組織對您的上訴進行「快速覆核」。審核人在 72 小時內給您答覆。

- **該獨立審查組織是由 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 選取以處理獨立審查組織所承擔的職責的公司。Medicare 負責對其工作進行監督。

- 獨立審查組織中的審核人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*了您的上訴，**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撥補（對您進行償付）。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撥補的金額，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我們關於您的規定出院日期具有醫學恰當性的決定。
    - 您從獨立審查組織處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 3 級上訴，此上訴由行政法官或代理審判員處理。

步驟 3：如果獨立審查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 5 個上訴等級）。如果審核人拒絕了您的第 2 級上訴，您可決定是接受他們的決定，還是進入第 3 級從而提起另一輪上訴。
- 本章中的第 9 部分闡述了有關第 3、4、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 *本節僅涉及三種服務：* **家庭保健、專業康復機構保健以及綜合康復門診所(CORF)服務**

本部分內容*僅*涉及以下護理服務類型：

- 您正得到的**家庭保健服務**。
- 您作為專業康復機構的病患得到的**專業康復機構保健服務**。（要瞭解「專業康復機構」認定要求，請參見第 12 章，*重要詞彙定義*。）
- 您作為 Medicare 認可的綜合門診複健機構(CORF)的門診病患而接受的**複健護理**。這通常表示您在接受疾病或事故治療，或在大手術後進行復原。（有關此類機構的更多資訊，請參見第 12 章，*重要詞彙定義*。）

您得到這些類型的任意護理服務後，有權繼續得到該護理類型的承保服務，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。有關您的承保服務的更多資訊（包括您的分

攤費用以及可能適用的所有保險限制條件），請參見本手冊的第 4 章：*醫療福利表（承保內容及您的自付部分）。*

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 您的保險將被終止時，我們會提前通知您

1. **您收到書面通知。**至少在本計劃將要終止承保您的護理服務兩天前，您將會收到通知。
   - 該書面通知將告知您我們停止為您提供護理服務保險的日期。
   - 該書面通知還將告知您，如果您希望要求本計劃變更有關何時終止您的護理服務並提供更長時間保險的決定，您該怎麼辦。

法律術語

透過告訴您該做什麼，該書面通知也是在告訴您該如何提請「**快速通道上訴**」。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。（以下第 8.3 節內容向您闡述了提請快速通道上訴的方法。）

該書面通知名為「**Medicare 不承保通知**」。

2. **您需要簽署書面通知表明您已接到該通知。**
   - 您或代表您的他人需要簽署該通知。（第 4 部分闡述了您可如何向他人授予書面許可以令其作為您的代表。）
   - 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認同**本計劃對於應該停止獲得護理服務的決定。

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。**下文說明瞭前兩個等級上訴程序中的各個步驟。

- **遵守時限。**時限是最重要的關鍵。請確保您瞭解並遵循適用於您必須去做的事情的截止日期。同時還存在本計劃必須遵守的截止日期。（如果您認為我們未能按照此截止日期行事，您可進行投訴。本章第 10 節介紹了如何提出申訴。）
- **若有需要請尋求協助。**如您有疑問或隨時需要協助，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。或致電您的 State Health Insurance Assistance Program（提供個人化援助的政府組織）（請參見本章第 2 部分）。

如果您按時提起在第 1 級上訴，則品質改善組織將對您的上訴進行覆核，並決定是否變更本計劃作出的決定。

步驟 1：進行第 1 級上訴：聯絡您所在州的品質改善組織並要求其進行覆核。您必須迅速行動。

什麼是品質改善組織？

- 該組織是一個由聯邦政府支付薪酬的醫生及其他醫療保健專業人士團隊。這些專家並非我們計劃的一部分。他們將核查 Medicare 參與者所得到的護理服務品質，並對有關將於何時停止承保特定類型醫療保健服務的計劃決定進行覆核。

您該如何聯絡該組織？

- 您得到的書面通知將向您闡述該如何聯絡該組織。（或者在本手冊第 2 章的第 4 部分中尋找您所在州品質改善組織的名稱、地址和電話號碼。）

您應提出什麼要求？

- 詢問受理「快速通道上訴」（進行獨立覆核）的組織終止您的醫療服務保險在醫學上對我們是否恰當。

您聯絡該組織的截止日期。

- 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。

在此覆核期間將發生什麼？

- 品質改善組織的保健專業人士（我們將其簡稱為「審核人」）將向您詢問（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。

- 審查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。
- 截止到當日末，審核人將告知我們您的上訴，同時，您也將得到我們寄送給您的書面通知，詳細闡述我們終止對您的服務進行承保的原因。

法律術語
這份說明叫作「**不承保詳細說明**」。

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。

如果審核人認同了您的上訴會怎樣？

- 如果審核人*認同*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）。此外，可能存在針對您的承保服務的限制（請參見本手冊第 4 章）。

如果審核人拒絕了您的上訴會怎樣？

- 如果審核人*拒絕*了您的上訴，**您的保險將於我們已通知您的日期終止**。我們將在通知上所列的日期終止支付就該護理應承擔的費用。
- 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，或專業康復機構護理服務或綜合復健門診所(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。

- 您進行的第一次上訴就是上訴程序的「第 1 級」。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 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

如果品質改善組織拒絕了您的上訴，同時，您選擇在您的護理服務保險終止後繼續獲得護理服務，那麼您就可以進行第 2 級上訴。在第 2 級上訴過程中，您可要求品質改善組織再次審查其對您的首次上訴作出的決定。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、或專業康復機構護理、或綜合康復門診所(CORF)服務的全部費用。

以下為第 2 級上訴程序的步驟：

步驟 1：您再次聯絡品質改善組織，要求其再次進行覆核。

- 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**要求進行覆核。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人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，審核人將針對您的上訴作出決定，並將其決定通知您。

如果該審查組織認同了您的上訴會怎樣？

- **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**進行撥補**。**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。

如果審查組織的答覆為「否」會怎樣？

- 這就意味著他們認同我們對您的第 1 級上訴作出的決定，並不予變更。
- 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，共計有 5 個上訴等級。如果審核人拒絕了您的第 2 級上訴，您可選擇是接受該決定，還是進入第 3 級從而提起另一輪上訴。3 級上訴交由行政法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、4、5 級上訴程序的更多內容。

第 8.5 節 如果您錯過了第 1 級上訴的截止日期該怎麼辦？

您可以轉而向我們提起上訴

如以上第 8.3 節所述，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

如果您錯過了聯絡品質改善組織的截止日期，則可向我們提起上訴，要求我們進行「快速覆核」。快速覆核是一種採用快速截止日期而非標準截止日期的上訴。

以下為第 1 級替代性上訴的步驟：

法律術語
「快速覆核」（或「快速上訴」）又稱為「**加急上訴**」。

步驟 1：聯絡我們並要求我們進行「快速覆核」。

- 有關如何聯絡我們的詳細資訊，請參見第 2 章中的第 1 部分，然後尋找標題為以下內容的小節：*當您對您的醫療保健進行上訴時該如何聯絡我們*。
- **請務必要求我們進行「快速覆核」。**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。

步驟 2：我們「快速覆核」已作出的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。
- 我們將採用「快速」截止日期，而非標準截止日期，為您提供這次覆核的答覆。

步驟 3：我們將在您要求我們進行「快速覆核」（「快速上訴」）之後 72 小時內為您作出答覆。

- **如果我們認同了您的快速上訴**，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需服務。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撥補。（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快速上訴，**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，或專業康復機構護理服務或綜合復健門診所(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。

- 為確保我們在拒絕您的快速上訴時遵守了所有規則，**我們將按要求將您的上訴送至「獨立審查組織」**。我們這樣做也就意味著您將*自動*進入第 2 級上訴程序。

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我們的決定。

法律術語
該「獨立審查組織」的正式名稱為「**獨立審查組織**」。有時又稱「**IRE**」。

步驟 1：我們將自動把您的個案轉入獨立審查組織。

- 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查組織。（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。投訴程序不同於上訴程序。本章第 10 部分說明瞭如何進行投訴。）

步驟 2：獨立審查組織對您的上訴進行「快速覆核」。審核人在 72 小時內給您答覆。

- **該獨立審查組織是由 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 選取以處理獨立審查組織所承擔的職責的公司。Medicare 負責對其工作進行監督。
- 獨立審查組織中的審核人將仔細審查與您的上訴相關的所有資訊。
- **如果此組織*認同*了您的上訴，**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進行撥補（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。如果存在保險限制，其將可能限制我們為您撥補的金額，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**，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。
    - 您從獨立審查組織處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。其將為您提供有關如何進入第 3 級上訴的詳細內容。

步驟 3：如果獨立審查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，共計有 5 個上訴等級。如果審核人拒絕了您的第 2 級上訴，您可選擇是接受該決定，還是進入第 3 級從而提起另一輪上訴。3 級上訴交由行政法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、4、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、4、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。如果美元值足夠高，則您收到的第 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： **在聯邦政府工作的法官（稱為行政法法官）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認同了您的上訴，則上訴過程將*可能*就此結束或*可能並未結束*——**我們將判定是否對此決定提起第 4 級上訴。不同於第 2 級上訴中作出的決定（獨立審查組織），我們有權對第 3 級上訴決定（於您有利）提起上訴。
    - 如果我們確定*不*對決定提起上訴，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服務。
    - 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服務。

- **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覆核程序。如果行政法官或代理審判員拒絕了您的上訴，您得到的通知中將告訴您，如果您選擇繼續上訴，接下來該怎麼做。

第 4 級上訴： Medicare **上訴委員會**（委員會）將對您的上訴進行審核，並為您作出答覆。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*——**我們將決定是否對此決定提起第 5 級上訴。不同於第 2 級上訴中作出的決定（獨立審查組織），我們有權對第 4 級上訴決定（於您有利）提起上訴（如果項目或醫療服務的價值符合要求的美元價值）。
    - 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服務。
    - 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覆核程序。如果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。如果規則允許，則該書面通知將告訴您，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。

- 這是該上訴程序的最後一步。

第 9.2 節 第 3、4、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： **在聯邦政府工作的法官（稱為行政法法官）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。**您的上訴請求已被核准。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覆核程序。如果行政法官或代理審判員拒絕了您的上訴，您得到的通知中將告訴您，如果您選擇繼續上訴，接下來該怎麼做。

第 4 級上訴： Medicare **上訴委員會**（委員會）將對您的上訴進行審核，並為您作出答覆。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。**您的上訴請求已被核准。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覆核程序。如果委員會拒絕了您的上訴或駁回了您的上訴審核請求，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。如果規則允許，則該書面通知將告訴您，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。

- 這是該上訴程序的最後一步。

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

如果您的問題涉及福利、保險或支付相關決定，那麼本部分*將不適用於您*。您需要使用針對保險決定和上訴的程序。請參見本章的第 4 部分。

第 10.1 節 投訴程序處理什麼類型的問題？

本節將說明如何使用投訴程序。投訴程序*僅*用於處理特定類型的問題。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。以下為幾種由投訴程序處理的問題類型範例。

如果您有任何下列類型的問題，您都可以「進行投訴」

投訴	範例
您的醫療保健服務品質	• 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	• 您是否認為有人並未尊重您的隱私權，或分享了您認為應保密的有關於您的資訊？
不尊重、客戶服務品質差，或其他消極行為	• 是否有人對您態度粗暴或不夠尊重？ • 您是否對會員服務部對待您的方式不滿意？ • 您是否感到自己正被鼓勵退出該計劃？
等待時間	• 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？ ○ 這種情況的範例包括：在電話線上、候診室、開處方時或在檢查室中等待時間過長。

投訴	範例
清潔度	• 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	• 您是否認為我們並沒有向您提供按照要求應提供的資訊？ • 您是否認為我們給您的書面資訊難於理解？
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）	本章第 4-9 部分已對要求得到保險決定以及提起上訴的程序進行了說明。如果您要得到保險決定或提起上訴，則請使用相應的程序，而非投訴程序。 但是，如果您已要求我們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，那麼您也可就我們的懈怠問題進行投訴。以下為範例： • 如果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，則您可進行投訴。 • 如果您認為我們未能在截止日期前為您提供保險決定或對您已提出的上訴提供答覆，則您可進行投訴。 • 我們作出的保險決定被覆核，同時，我們已被通知必須為您承保或撥補特定的醫療服務或藥品費用，則將存在適用的截止日期。如果您認為我們未能按照此截止日期行事，您可進行投訴。 • 當我們未能及時為您提供決定時，我們應按照要求將您的個案提交給獨立審查組織。如果我們未能在截止日期前這樣做，您可進行投訴。

第 10.2 節 「進行投訴」的正式名稱為「提起申訴」

法律術語

- 本節所稱的「**投訴**」也稱為「**申訴**」。
- 「**進行投訴**」的另一種術語表達即為「**提起申訴**」。
- **「使用投訴程序」**的另一種表達方式就是**「使用提起申訴的程序」。**

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。請致電 1-877-940-9330，聽力障礙電傳使用者請致電 711，每週 7 天，每天早 8 點至晚 8 點開通。
- **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。
- 如果您需要投訴，您或您的代表可致電以上所列的電話號碼致電會員服務部。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。如果您要求書面答覆，提出書面投訴/申訴，或您的投訴與護理品質有關，我們將以書面形式向您作出答覆。投訴/申訴必須在事件或事故發生後 60 日曆日內提交。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 天時間），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；我們將在 24 小時內就您的投訴/申訴作出答覆。
- **不論致電還是寫信，您都應立即聯絡會員服務部。**您必須在發現想要投訴的問題之後 60 個日曆日內進行投訴。
- **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」，也就意味著我們將在 **24 小時內給您答覆**。

法律術語
本節所稱的「**快速投訴**」也稱為「**加急申訴**」。

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。如果您的健康狀況要求我們立即提供答覆，我們將立即這樣做。
- **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。

- **如果我們不認同**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，我們將通知您。我們的回覆中將包括作出此答覆的理由。不論是否認同您的投訴，我們都必須提供回覆。

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

您可以透過上述步驟對您接受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：

- **您可以向品質改善組織進行投訴。**如果您願意，可以直接向該組織投訴您所得到的護理服務品質（*無需*向我們投訴）。
  - 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。
  - 您可在本手冊第 2 章的第 4 部分中尋找到您所在州品質改善組織的名稱、地址和電話號碼。如果您向該組織進行投訴，我們將與其合作解決您的投訴問題。
- **或者，您也可同時向該組織和我們進行投訴。**如果您願意，您也可就護理服務品質問題向我們以及品質改善組織提起投訴。

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。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。

如果您還有任何其他反饋或疑慮，或者您認為本計劃並未解決您的問題，敬請致電 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 簡介 208
第 1.1 節 本章將重點闡述終止您的計劃會員資格的問題 208

第 2 部分 您的計劃會員資格終止時間 208
第 2.1 節 您可在年度參保期內終止會員資格 208
第 2.2 節 您可在 Medicare Advantage 開放參保期內終止會員資格 209
第 2.3 節 某些情況下，您可在特殊參保期內終止會員資格 209
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？ 211

第 3 部分 您將如何終止本計劃會員資格？ 211
第 3.1 節 通常，您可透過加入其他計劃來終止您的會員資格 211

第 4 部分 會員資格終止前，您都必須透過本計劃獲得醫療服務和藥品 212
第 4.1 節 會員資格終止前，您仍是本計劃會員 212

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 213
第 5.1 節 我們必須於何時終止您的計劃會員資格？ 213
第 5.2 節 我們不能因任何與您的健康相關的問題要求您退出本計劃 214
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 214

第 1 部分 簡介

第 1.1 節 本章將重點闡述終止您的計劃會員資格的問題

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。
  - 僅在一年之中的特定時段或特殊情況下，您可自願終止您的計劃會員資格。第 2 部分將闡述您可在*何時*終止保險計劃的會員資格。
  - 根據您選擇的新保險類型的不同，會員資格的自動終止程序也各不相同。第 3 部分將闡述在各種情況下您將*如何*終止保險計劃的會員資格。
- 另外，在某些特定情況下，您並非自行選擇退出計劃，而是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，就必須在會員資格終止前繼續透過本計劃獲得醫療保健服務。

第 2 部分 您的計劃會員資格終止時間

您僅可在一年中的特定時段（稱為參保期）終止您的計劃會員資格。在年度參保期以及年度 Medicare Advantage 開放參保期內，所有會員都有機會結束計劃。特定情況下，您也可於一年中的其他時段退出本計劃。

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」）內終止您的會員資格。此時，您應覆核您的健康與藥品保險，並作出來年的保險決定。

- **何時為年度參保期？**這段時間為 10 月 15 日至 12 月 7 日。
- **在年度參保期內，您可轉換為哪種計劃類型？**您可以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 保健計劃。（您可以選擇一項處方藥承保計劃或者不承保處方藥的計劃。）
  - *有*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃。
  - *–或者–無*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃 Medicare。

- **如果您得到了可為您支付處方藥費用的 Medicare「額外補助」計劃：**如果您希望轉換為 Original Medicare，並不想參加 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。

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。（「可信的」保險意味著預期平均將支付至少與 Medicare 標準處方藥保險費用一樣多的保險。）請參閱第 1 章第 5 部分，瞭解有關延遲參保罰款的更多資訊。

- **您的會員資格將於何時終止？**新計劃保險於 1 月 1 日生效後，您的會員資格將終止。

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。

- **何時為年度 Medicare Advantage 開放參保期？**該時期為每年的 1 月 1 日至 3 月 31 日。
- **在年度 Medicare Advantage 開放參保期內，您可轉換為哪種計劃？**在此期間內，您可：
  - 改為參保其他 Medicare Advantage Plan。（您可以選擇一項處方藥承保計劃或者不承保處方藥的計劃。）
  - 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。
- **您的會員資格將於何時終止？**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**。

- **誰符合特殊參保期資格？**如果以下任意一種情況適合於您，您就可以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 計劃。
- 如果您有資格得以令「額外補助」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。

- **何時為特殊參保期？**該參保期因您的具體情況而各不相同。
- **您可以做什麼？**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)（每天 24 小時、每週 7 天開放）。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。這就意味著您可以選擇以下任意類型的計劃：
  - 另一項 Medicare 保健計劃。（您可以選擇一項處方藥承保計劃或者不承保處方藥的計劃。）
  - *有*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃。
  - *–或者–無*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃 Medicare。
    - **如果您得到了可為您支付處方藥費用的 Medicare「額外補助」計劃：**如果您希望轉換為 Original Medicare，並不想參加 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。

  注：如果您退出 Medicare 處方藥保險，並在連續 63 天或更長時間內沒有參保「可信的」處方藥保險，如果您稍後加入 Medicare 藥品計劃，可能需要支付 D 部分延遲參保罰款。（「可信的」保險意味著預期平均將支付至少與 Medicare 標準處方藥保險費用一樣多的保險。）請參閱第 1 章第 5 部分，瞭解有關延遲參保罰款的更多資訊。
- **您的會員資格將於何時終止？**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。

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？

如果您對會員終止時間還有疑問或者希望獲得更多資訊：

- 您可**致電會員服務部**（電話號碼已印於本手冊的封底）。
- 您可從 ***Medicare 與您 2021*** 手冊獲得更多資訊。
  - 每位參加 Medicare 計劃的會員每年秋季都會收到一份 *Medicare 與您*。Medicare 新會員會在首次註冊的一個月內收到這份說明。
  - 您也可以從 Medicare 網站(www.medicare.gov)下載其副本。或者，您也可致電以下號碼致電 Medicare，預訂其印刷本。
- 您可致電 **Medicare**，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（每天 24 小時、每週 7 天開放）。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。

第 3 部分 您將如何終止本計劃會員資格？

第 3.1 節 通常，您可透過加入其他計劃來終止您的會員資格

通常，要終止您的本計劃會員資格，您只需在參保期內加入另一項 Medicare 計劃即可（有關參保期的更多資訊，請參見本章的第 2 部分）。但是，如果您希望從本計劃轉換為*無* Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃，您就必須要求本計劃為您退保。您可要求我們以兩種方式為您退保：

- 您可以向我們傳送書面請求。如果您還想瞭解有關如何操作的更多資訊，請聯絡會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。
- --*或者*--您也可透過以下電話聯絡 Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（每天 24 小時、每週 7 天開放）。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。

注：如果您退出 Medicare 處方藥保險，並在連續 63 天或更長時間內沒有參保「可信的」處方藥保險，如果您稍後加入 Medicare 藥品計劃，可能需要支付 D 部分延遲參保罰款。（「可信的」保險意味著預期平均將支付至少與 Medicare 標準處方藥保險費用一樣多的保險。）請參閱第 1 章第 5 部分，瞭解有關延遲參保罰款的更多資訊。

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：
• 另一項 Medicare 保健計劃。	• 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。
• *有*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃。	• 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。
• *無*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃。 ○ **注：**如果您結束 Medicare 處方藥計劃，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，可能就需要支付延遲參保罰款。請參閱第 1 章第 5 部分，瞭解有關延遲參保罰款的更多資訊。	• **寄給我們書面退保申請。**如果您還想瞭解有關如何操作的更多資訊，請聯絡會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。 • 您也可以聯絡 **Medicare**：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時開放，要求退保。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服務和藥品

第 4.1 節 會員資格終止前，您仍是本計劃會員

如果您退出 Centers Plan for Medicare Advantage Care 計劃，在會員資格終止同時新 Medicare 保險生效前還將有一段時間。（有關新保險生效時間的資訊，請參見第 2 部分。）在這段時間內，您必須繼續透過本計劃獲得您的醫療護理服務和處方藥。

- **您在本計劃的會員資格終止前，應繼續透過我們的網絡內藥房開處方藥。**通常，我們僅承保在網絡內藥房（包括透過我們的郵購藥房服務）開的處方藥。

- **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 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旅行，都需要致電會員服務部瞭解您要搬遷或旅行的地點是否在本計劃服務區內。（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）
- 如果您被監禁（入獄）。
- 如果您不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。

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：

- 您可致電**會員服務部**瞭解詳情（電話號碼已印於本手冊的封底）。

第 5.2 節 我們不能因任何與您的健康相關的問題要求您退出本計劃

Centers Plan for Medicare Advantage Care 不能因任何與您的健康相關的問題要求您退出本計劃。

如果發生這種情況，您該做什麼？

如果您認為自己因健康問題而被要求結束本計劃，
則應致電 Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。您可在每天 24 小時、每週 7 天時間致電該電話。

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。有關如何進行投訴的資訊，可參見第 9 章的第 10 部分。

第 11 章

法律通告

第 11 章. 法律通告

第 1 部分 適用法律相關通知 217

第 2 部分 無差別待遇相關通知 217

第 3 部分 有關 Medicare 第二付款人代位追償權的通知 217

第 1 部分 適用法律相關通知

很多法律都適用於此*承保福利說明*，部分附加條款也可能由於法律要求而適用。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。適用於此文件的主要法律為 Title XVIII of the Social Security Act（第十八篇社會保障法），以及 Centers for Medicare & Medicaid Services（Medicare 和 Medicaid 服務中心）或 CMS 根據 Social Security Act（《社會保障法》）制訂的規則。此外，在特定情況下，您所在州的其他聯邦法律也可能適用。

第 2 部分 無差別待遇相關通知

本計劃必須遵守保護您免受歧視或不公平待遇的法律。**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、精神或身體殘障、健康狀況、索賠經驗、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。

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（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底）。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 第二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——每年秋季的一段固定時間，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。年度參保期為自 10 月 15 日至 12 月 7 日。

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。例如：如果我們不支付您認為您應該得到的藥品、物品或服務的費用，您就可以提出上訴。第 9 章闡述了包括上訴相關程序在內的上訴相關問題。

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分攤費用金額的費用。

福利期——我們的計劃和 Original Medicare 計劃衡量您的醫院與專業康復機構(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。

品牌藥品——由初始研發藥品的製藥公司製造並銷售的處方藥。品牌藥品與該藥的普通類型產品有相同的活性成分配方。但是，普通藥品是由其他製藥商製造並銷售的，並且，直到品牌藥品專利權到期後方才有售。

重病保險階段——D 部分藥品福利的這一階段中，您或其他代表您的合格方在承保當年購買承保藥品費用達$6,550 後，您在購藥時將支付較低的自付費用或共同保險金額。

Medicare 和 Medicaid 服務中心(CMS)——負責管理 Medicare 的聯邦機構。第 2 章中說明了可如何聯絡 CMS。

共同保險——您支付任何自負額之後，按照要求應作為保險服務費中您的分攤費用予以支付的金額。共同保險通常是一個百分比（例如：20%）。

投訴——「進行投訴」的正式名稱為「提起申訴」投訴程序*僅*用於處理特定類型的問題。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。此外請參閱該定義清單中的「申訴」。

綜合復健門診所(CORF)——該機構主要提供疾病或損傷後的復健服務，並提供包括以下項目在內的多種服務：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，而非百分比。例如，您可能需要為看醫生或購買處方藥支付$10 或$20。

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）。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。

分攤費用等級——承保藥物清單上的每一種藥物都處於五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。本手冊中，保險裁定稱為「保險決定」。第 9 章闡述了如何要求我們作出保險決定。

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——我們使用此通用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。看護是可以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，例如：協助諸如沐浴、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。

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。這就意味著您開出處方後，將為每天的用藥支付$1。

自負額——本計劃開始支付前，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。退保可能是自願（您自己的選擇）或非自願（並非您自己的選擇）的。

藥事服務費——每次配發承保藥品時收取的處方開立費用。藥事服務費包含藥劑師準備以及包裝處方藥的時間。

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——緊急醫療是您或其他任何掌握一般醫療和藥品知識的外行人士認為您出現需要立即就醫，以免死亡、損失肢體或肢體功能的醫療徵兆時的提供的醫療服務。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)由具備提供急診服務的服務提供者提供的服務，以及 2)治療、評估或穩定緊急醫療狀況需要的服務。

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、附文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，您將能夠購買不在本計劃發起人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。如果您的計劃發起人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）。

額外補助——協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 計劃。

普通藥品——由食品與藥品管理局(FDA)審核且與品牌藥品具有相同活性成分的處方藥。一般情況下，「普通」藥品與品牌藥品的功效一致，但花費更低。

申訴——您對我們或藥房提起的一種投訴，包括涉及您所得到的護理服務品質問題的投訴。這類投訴不會涉及承保範疇或付款糾紛。

家庭保健助手——家庭保健助手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）。家庭保健助手沒有護理執照，也不提供治療。

寧養服務——壽命僅有 6 個月或更短時間的會員有權選擇寧養服務。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。您仍可獲得所有醫學上必要的服務，以及我們所提供的補充福利。寧養服務將針對您的狀態提供特殊治療。

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。 即使您在醫院度過一整夜，也可能仍被視作「門診」病人。

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$4,130（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。例如：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)——Special Needs 計劃招募在長期護理(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。LTC 機構可包括：專業護理機構(SNF)、護理機構(NF)、(SNF/NF)、智障病患中等護理機構（ICF/MR），以及/或精神病住院機構。為 LTC 機構的 Medicare 居民提供服務的機構性特 Special Needs 計劃必須與具體的 LTC 機構之間有合約安排（或者擁有或營運）。

Institutional Equivalent Special Needs Plan (SNP)——這種機構性 Special Needs 計劃招募居住在社區內、但根據州評估需要機構水準護理服務的合格個人。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。

承保藥品清單（處方一覽表或「藥品清單」）——由本計劃承保的處方藥清單。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。該清單包括品牌藥品和普通藥品

低收入輔助(LIS)——請參見「額外輔助」。

最高付現金額——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付現金額。您為 Medicare A 部分和 B 部分計劃保費支付的金額不計入最高付現金額。請參閱第 4 章第 1.2 節，瞭解有關最高付現金額的資訊。

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。各個州的 Medicaid 計劃各不相同，但是，如果您同時符合 Medicare 和 Medicaid 計劃，我們將對大部分保健護理服務進行承保。有關如何聯絡您所在州 Medicaid 的資訊，請參見第 2 章第 6 部分。

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。請參閱第 5 章第 3 節，瞭解有關醫學公認病症的更多資訊。

醫療必需——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 歲或以上年齡的老人、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。加入 Medicare 的人們可透過 Original Medicare、Medicare Cost 計劃、PACE 計劃或者 Medicare Advantage 計劃獲得其 Medicare 保險金額。

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 計劃獲得承保的每年固定時間。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 開放參保期自 1 月 1 日至 3 月 31 日，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 計劃可以是 HMO、PPO、一項 Private Fee-for-Service (PFFS)計劃，或 Medicare Medical Savings Account (MSA)計劃。您加入 Medicare Advantage 計劃後，Medicare 服務將透過本計劃得到承保，同時並不根據 Original Medicare 進行支付。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 計劃**。已加入 A 部分和 B 部分 Medicare 計劃的每一個人都有權加入在其所在地區提供的 Medicare Advantage 保健計劃。

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-補償合約，營運的 Medicare Cost Plan。

Medicare Coverage Gap Discount Program——一項為大多數承保之 D 部份品牌藥提供折扣的計劃，適用於達到承保缺口階段且尚未接受「額外補助」的 D 部份會員。折扣價根據聯邦政府和特自訂藥商之間的合約而定。為此，大部分但並非全部品牌藥品都有折扣。

Medicare 承保服務——由 A 部分和 B 部分 Medicare 承保的服務。包括本計劃在內的所有 Medicare 保健計劃必須都承保 A 部分和 B 部分 Medicare 所承保的所有服務。

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 計劃、Medicare 成本計劃、Demonstration/Pilot Program，以及 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 和 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。有關如何聯絡會員服務部的更多資訊，請檢視第 2 章中的內容。

網絡內藥房——網絡內藥房就是本計劃會員可由此得到其處方藥福利的藥房。我們稱之為「網絡內藥房」是因為他們與我們訂有合約。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——我們用「服務提供者」來統稱由 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。這部分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，我們稱之為「**網絡內服務提供者**」。我們的計劃根據其與服務提供者之間的合約或者服務提供者是否同意為您提供計劃承保服務來對網絡內服務提供者進行支付。網絡內服務提供者還指「計劃服務提供者」。

組織裁定——Medicare Advantage 計劃就某物品或服務是否在承保範圍內，或者您需要為承保物品或服務支付多少錢作出決定時，即為 Medicare Advantage 計劃作出了組織裁定。本手冊中，組織裁定也稱為「保險決定」。第 9 章闡述了如何要求我們作出保險決定。

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。如承保福利說明中所述，除非特殊情況適用，否則大部分從網絡外藥房購買的藥品不在本計劃的承保範圍之內。

網絡外服務提供者或網絡外機構——我們未安排其為本計劃會員進行協調或提供承保服務的服務提供者或機構。網絡外服務提供者是並非本計劃聘雇、所有或營運，或者未與本計劃簽訂合約因而不能向您提供承保服務的服務提供者。本手冊第 3 章中闡述了該如何使用網絡外服務提供者或機構。

付現費用——請參見上文的「分攤費用」定義。用來支付一部分已得到的服務或藥品費用的會員分攤費用需求，也稱會員的「付現」費用需求。

PACE 計劃——PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly)計劃結合了針對身體瘦弱之人的醫療、社會以及長期護理(LTC)服務，以協助人們在得到自己所需的高品質護理服務時，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 計劃」。

D 部分計劃——自願 Medicare 處方藥福利計劃。（為便於參考，我們將處方藥福利計劃稱為 D 部分計劃。）

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。（請參見您的處方一覽表尋找具體的承保藥品清單。）部分藥品類別已被國會明確排除在 D 部分承保藥品之外。

D 部分逾期參保罰金 – 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。只要加入 Medicare

藥品計劃，您就需要支付這一數額較高的金額。同時也存在一些例外情況。例如，如果 Medicare 提供的「額外補助」能為您支付處方藥計劃費用，則您將不需要支付延遲參保罰款。

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付現費用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付現費用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) ——您的主要保健服務提供者，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。他或她負責確保您得到保持身體健康所需要的護理服務。他或她還可能與其他醫生和醫療保健服務提供者討論您的護理服務相關問題，並將您轉介給他們。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。 請參閱第 3 章第 2.1 節，瞭解有關初級保健提供者的資訊。

事先授權——獲得服務或者我們的處方一覽表上可能有或沒有的特定藥品前得到的核准。僅當您的醫生或其他網絡內服務提供者從本計劃得到「事先授權」後，才能對部分網絡內醫療服務進行承保。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。僅當您的醫生或其他網絡內服務提供者從我們這裡得到「事先授權」後，才能對部分藥品進行承保。需要事先授權的承保藥品已在處方一覽表中標識出來。

義肢和矯正器材 – 這些是您的醫生或其他醫療保健提供者訂購的醫療器材。承保項目包括，但不限於，手臂、背部和頸部的支架；義肢；義眼，以及替代內部身體部位或功能所需的器材，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。有關如何聯絡您所在州 QIO 的資訊，請參見第 2 章第 4 部分中的內容。

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。

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–如果保健計劃根據人們的居住地對會員資格有所限制，則服務區域即為保健計劃在其中接受會員的地理區域。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，則該計劃可取消您的參保資格。

專業康復機構(SNF)護理——在專業康復機構中連續每天提供的專業護理和復健服務。專業康復機構護理服務範例包括：僅可由註冊護士或醫生提供的物理療法或靜脈注射。

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「額外補助」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 歲及以上老人發放的月度福利。SSI 福利與社會保障福利並不相同。

緊急需要的服務——提供緊急需要的服務的目的是治療非急診、不可預見的疾病狀況、受傷或需要立即就醫的狀況。緊急需要的服務可由網絡內服務提供者提供，或在網絡內服務提供者臨時不可用時由網絡外服務提供者提供。

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。 我們的辦公時間為每週 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。 我們的辦公時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點。
傳真	1-347-505-7095
寫信	Centers Plan for Healthy Living, LLC 75 Vanderbilt Avenue Suite 700 Staten Island, NY 10304
網站	www.centersplan.com
牙科福利管理者	Healthplex 1-800-468-9868 週一至週五早 8 點至下午 6 點。 *正常工作時間之外，電話將轉接到每天 24 小時、每週 7 天的電話服務，會員可以與一名*代表即時通話，獲得協助以尋找牙醫，滿足正常工作時間之外的緊急護理需要，並就任何其他牙科問題留言；Healthplex 工作人員將在下一個工作日答覆。
郵購藥房	MedImpact Direct 1-855-873-8739（聽力障礙電傳：711） 週一至週五早 8 點至晚 8 點， 週六早 9 點至下午 5 點
藥房服務台	MedImpact 1-888-807-5717（聽力障礙電傳：711） 每週 7 天，早 8 點至晚 8 點

方法	會員服務部 - 聯絡資訊
視力（眼科護理）福利管理者	VSP 1-800-877-7195 週一至週五早 6 點至晚 7 點， 週六與週日，早 8 點到晚 6 點

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	HIICAP 聯絡方式
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	www.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, 收信人：PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

如需獲得更多資訊
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
電子郵件地址：MemberServices@centersplan.com
網址：www.centersplan.com/mapd