



2024 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

承保證明：

您身為中心健保特選計劃 II (HMO) 保戶所享有的 Medicare 保健給付和服務及處方藥承保

本文件詳細記載自 2024 年 1 月 1 日 – 12 月 31 日止，您的 Medicare 醫療照護及處方藥承保的詳細資料。這是重要的法律文件。請保存在安全的地方。

如有關於本文件的問題，請撥打 (866) 314-2427 聯絡保戶服務部，以取得其他資訊。（TTY 使用者請致電 711）。服務時間為上午 8:00 到晚上 8:00 (PT)，每週 7 天。這是免付費專線。

此計劃中心健保特選計劃 II (HMO)，由中心健保聯邦紅藍卡計劃提供。（本承保證明中的「我們」或「我們的」，代表中心健保聯邦紅藍卡計劃。「計劃」或「我們的計劃」，則代表中心健保特選計劃 II (HMO)。）

本文件設有英文版供免費索取。

本文件設有西班牙語版供免費索取。

本文件可用其他格式提供，如點字、大字印刷或語音。

給付、保費、自付額和/或共付額/共同保險金可能在 2025 年 1 月 1 日變更。

處方集、藥房網絡和/或服務提供者網絡可能隨時變更。您將在必要時收到通知。我們將至少提前 30 天通知受影響的投保人相關變更。

本文件說明您的給付與權利。使用此文件以瞭解：

- 您的計劃保費和分攤費用；
- 您的醫療和處方藥給付；
- 如果您對服務或治療不滿意，如何提出投訴；
- 如果您需要進一步協助，如何與我們聯絡；以及，
- Medicare 法規定的其他保護措施。

2024 年承保證明

目錄

章 1:	保戶入門	4
節 1	簡介	5
節 2	要成為計劃保戶需符合哪些資格？	6
節 3	您將收到的重要會員資料	6
節 4	您的 中心健保特選計劃 II (HMO) 每月費用	8
節 5	進一步瞭解您的每月保費	10
節 6	不斷更新您的計劃保戶身份記錄	11
節 7	其他保險與我們的計劃如何協調	12
章 2:	重要的電話號碼與資源	14
節 1	中心健保特選計劃 II (HMO) 聯絡方式 (如何聯絡我們，包括如何聯絡保戶服務部)	15
節 2	聯邦醫療保險 (如何直接從聯邦聯邦醫療保險計劃獲得幫助和資訊)	18
節 3	州立健康保險協助方案 (針對聯邦醫療保險的疑問，免費提供協助、資訊和解答)	19
節 4	品質改善組織	20
節 5	社會安全局	21
節 6	聯邦醫療補助	21
節 7	處方藥費用援助方案資訊	22
節 8	如何聯絡鐵路退休委員會	23
節 9	您是否有雇主提供的團體保險或其他健康保險？	24
章 3:	為您的醫療服務使用本計劃	25
節 1	計劃保戶取得所承保的醫療照護須知	26
節 2	使用計劃網絡內的服務提供者以獲得您的醫療照護	27
節 3	當您需要急診或緊急照護或者身處災難之中時，如何獲得服務	30
節 4	如果您收到服務的全額帳單該怎麼做？	32
節 5	當您參與臨床試驗研究時，您的醫療服務費用如何給付？	32
節 6	獲得宗教性非醫療保健組織提供之健康照護的規定	33
節 7	耐用醫療設備的所有權規定	34
章 4:	醫療給付表 (承保範圍及費用)	36
節 1	瞭解承保服務的自費費用	37
節 2	利用醫療給付表來瞭解您享有的承保服務及應支付費用	38

節 3	計劃不承保哪些服務？	70
章 5:	使用本計劃對您的 D 部分處方藥的承保	73
節 1	簡介	74
節 2	向網絡內藥房或透過計劃的郵購服務購買處方藥	74
節 3	您的藥物應在計劃的「藥物清單」中	77
節 4	有些藥物的承保有限制	79
節 5	如果您對某藥物的承保方式不滿意該怎么做？	80
節 6	如果您有一樣藥物的承保範圍發生變更，該怎麼辦？	82
節 7	計劃不承保哪類藥物？	83
節 8	配取處方藥	85
節 9	特殊情況下的 D 部分藥物保險	85
節 10	藥物安全和藥物管理方案	86
章 6:	您為 Part D 處方藥支付的費用	89
節 1	簡介	90
節 2	您支付的藥費視獲得藥物時所處的藥物付款階段而定	92
節 3	我們會寄給您報告說明藥物相關費用和您所處的付款階段	92
節 4	中心健保特選計劃 II (HMO) 沒有自付額	93
節 5	在初始承保期，本計劃會為您支付其藥物分攤費用，您支付您的分攤費用	93
節 6	承保缺口階段的費用	97
節 7	在重大傷病承保階段，本計劃將全額給付您的 Part D 承保藥物費用	97
節 8	Part D 疫苗。您支付的費用取決於您的取得方式和地點	97
章 7:	要求我們攤付您就承保醫療服務或藥物所收到的帳單	100
節 1	您應要求我們支付您的承保服務和藥物的分攤費用的情況	101
節 2	如何要求我們償還您或支付您所收到的帳單	102
節 3	我們將考慮您的付款請求，然後批准或拒絕您的請求	103
章 8:	您的權利和責任	104
節 1	我們的計劃必須尊重您身為計劃保戶的權利和文化敏感度	105
節 2	您身為計劃保戶負有某些責任	109
章 9:	如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎么做	111
節 1	簡介	112
節 2	何處獲得更多資訊及個人化的協助	112

節 3	您應當使用何種程序處理問題？	113
節 4	承保決定與上訴基本內容指南	113
節 5	您的醫療照護：如何要求承保決定或對承保決定提出上訴	115
節 6	您的 Part D 處方藥：如何要求承保決定或提出上訴	121
節 7	如果您認為自己過早出院，如何要求我們承保更長的住院停留	128
節 8	如果您認為特定醫療服務承保過早結束，如何要求我們繼續承保	133
節 9	進行 3 級及更高級的上訴	137
節 10	如何對照護品質、等待時間、客戶服務或其他事宜提出投訴	140
章 10:	終止您於計劃中的保戶資格	143
節 1	終止計劃保戶身份的介紹	144
節 2	您何時可以終止您的計劃保戶身份？	144
節 3	您如何終止您的計劃保戶身份？	146
節 4	除非您的保戶身份終止，否則您必須一直透過我們的計劃獲得醫療 項目、服務和藥物	146
節 5	在某些情況，中心健保特選計劃 II (HMO) 必須終止您的計劃保戶 身份	147
章 11:	法律聲明	149
節 1	適用法律公告	150
節 2	反歧視行為聲明	150
節 3	聯邦醫療保險作為次要付款方的代位權公告	150
節 4	關於第三方責任的通知	150
章 12:	重要詞彙定義	152

章 1:

保戶入門

節 1 簡介

節 1.1 您已投保 中心健保特選計劃 II (HMO) · 此計劃是聯邦醫療保險 HMO

您享有 Medicare 承保，並選擇透過我們的計劃 中心健保特選計劃 II (HMO) 獲得 Medicare 醫療保健和您的處方藥承保。我們必須承保所有 Part A 和 Part B 服務。然而，本計劃中的分攤費用和服務提供者的使用與 Original Medicare 不同。

中心健保特選計劃 II (HMO) 是 Medicare 核准並由私人公司執行的 Medicare Advantage HMO 計劃 (HMO 是健康維護機構的縮寫)。

本計劃的承保範圍符合合格健康保險 (QHC)，且滿足患者保護與平價醫療法案 (ACA) 的個人分擔責任要求。更多資訊，請見美國國家稅務局 (IRS) 網站：www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families。

節 1.2 本承保證明文件有哪些內容？

本承保證明文件說明如何獲得您的醫療照護和處方藥。其中說明您的權利和責任、承保範圍、身為計劃保戶所支付的費用，以及如果您對某項決定或治療不滿意，如何提出投訴。

承保或承保服務是指您身為 中心健保特選計劃 II (HMO) 保戶可以獲得的醫療照護、服務以及處方藥。

請務必瞭解計劃的各項規定與您可獲得的服務。我們鼓勵您花一些時間仔細閱讀本承保證明文件。

如果您感到困惑、疑慮或有任何問題，請聯絡保戶服務部。

節 1.3 承保證明的法律資訊

本承保證明是我們與您的合約的一部分，是關於 中心健保特選計劃 II (HMO) 如何承保您的健康照護。本合約的其他部分包括您的投保表格、承保藥物清單 (處方集)，以及我們寄給您的所有可能會影響您的承保或情況的變更通知。這些通知有時也稱為附加條款或修訂條款。

本合約有效期間為您在 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日之間投保 中心健保特選計劃 II (HMO) 後的月份。

聯邦醫療保險允許我們可在每一日曆年對我們提供的計劃做出變更。這表示我們可以在 2024 年 12 月 31 日後變更 中心健保特選計劃 II (HMO) 的費用和給付。我們也可以選擇在 2024 年 12 月 31 日之後，停止在您的服務區域提供該計劃。

聯邦醫療保險 (美國醫療服務中心) 必須每年批准 中心健保特選計劃 II (HMO)。只要我們選擇繼續提供本計劃，並且聯邦醫療保險繼續批准本計劃，您每年就可以作為本計劃保戶繼續獲得聯邦醫療保險承保。

節 2 要成為計劃保戶需符合哪些資格？

節 2.1 資格規定

只要您符合下列條件，您就可以成為我們的計劃保戶：

- 您已投保 Medicare Part A 和 Medicare Part B
- -- 並且 -- 您住在我們的服務區域內（下文第 2.2 節說明我們的服務區域）。被監禁的個人即使實際位於服務區域內，也不會被視為居住在該地區。
- -- 並且 -- 您是美國公民或合法生活在美國境內

節 2.2 以下是中心健保特選計劃 II (HMO) 的計劃服務區域

中心健保特選計劃 II (HMO) 僅適用於居住在我們的計劃服務區域內的個人。您必須一直住在計劃服務區域，才能保有本計劃保戶資格。服務區域說明如下。

我們的服務區域包含 California 的這些郡縣：Alameda、Contra Costa、Fresno、Los Angeles、San Joaquin 及 Santa Clara。

如果您計劃搬出服務區域，您就不能繼續保有本計劃的保戶身份。請聯絡保戶服務部，以瞭解我們是否在新的區域有提供計劃。當您搬家時，您可以進入特別投保期，此時您可轉為 Original Medicare 或登記投保您所在新地點所適用的 Medicare 保健或藥物計劃。

如果您搬家或更改郵寄地址，致電社會安全局也很重要。您可在第 2 章第 5 節中找到社會安全局的電話號碼和聯絡資訊。

節 2.3 U.S. 公民或合法居留身份



聯邦醫療保險保健計劃的保戶必須是美國公民或依法居住在美國境內。若您不具有保留保戶的此基本資格，聯邦醫療保險(美國醫療服務中心)將通知中心健保特選計劃 II (HMO)。如果您不符合此要求，中心健保特選計劃 II (HMO) 必須將您退保。

節 3 您將收到的重要會員資料

節 3.1 您的計劃保戶卡

身為本計劃的保戶，您獲得本計劃承保的服務或在網絡內藥房購買處方藥時，必須使用您的保戶卡。您也應向提供者出示您的 Medicaid 卡(如適用)。這裡附上一份保戶卡樣本，您的保戶卡如下圖所示：

章 1. 保戶入門

PLAN: H5649000 PLAN TYPE: HMO NAME: JANE DOE ID: 1234567*01 Eff. Date: 01/01/2023 PCP: SMITH, MD JOHN GRP/IPA: Physician/Group/IPA Copay: PCP: \$XX ER: \$XX HOSP: \$X Prescription Drug Plan RX GROUP: CHP01 ISSUER: 12345 RX BIN: CHP01 PCN: ABCDEFG1	  THIS CARD IS FOR IDENTIFICATION ONLY AND DOES NOT PROVE ELIGIBILITY FOR SERVICES. Contact Central Health Medicare Plan to confirm eligibility. All care must be arranged through your assigned contracted Primary Care Physician or Specialist. NON-PLAN PROVIDERS / HOSPITAL EMERGENCY ROOM – Except in emergency situations, members must obtain prior authorization for physician and hospital services in the following circumstances: Central Health Medicare Plan Member Services: 1-800-314-2427, www.centralhealthplan.com
MedicareRx Prescription Drug Coverage	Medical Claims Submission: PAYOR_NAME PAYOR_ADDRESS1 PAYOR_CITY PAYOR_STATE PAYOR_ZIP PAYOR_PHONE PAYOR_TTY www.centralhealthplan.com
	Pharmacy Claims Submission: Express Scripts, Attn: Medicare Part D PO Box 14718 Lexington, KY 40512-4718 Help Desk: 1-877-657-2498 TTY: 1-800-899-2113 Fax: 1-608-741-5483

您成為我們的計劃保戶後，「請勿」針對承保的醫療服務使用紅、白、藍 Medicare 卡。如果您使用 Medicare 卡而非中心健保特選計劃 II (HMO) 保戶卡，您可能需自行支付醫療服務的全額費用。請妥善保存您的 Medicare 卡。如果您需要醫院服務、安寧服務，或參與 Medicare 核准的臨床試驗研究（也稱為臨床試驗），則可能會要求您出示此卡。

如果您的計劃保戶卡受損、遺失或被竊，請立即致電保戶服務部，我們將為您換發新卡。

節 3.2 服務提供者名錄

提供者名錄列出我們目前的網絡內服務提供者。網絡內服務提供者是指與我們簽訂協議，接受我們的付款和任何計劃分攤費作為全額付款的醫生和其他專業醫護人員、醫療群體、醫院和其他健康照護機構。

您必須利用網絡內服務提供者獲得醫療照護和服務。如果您未獲適當授權就前往其他地方，您必須全額支付。唯一例外處理是沒有網絡可使用時的急診、緊急需求服務（意即，在網絡內獲得服務是不合理或不可能的情況下）、區域外洗腎服務，以及中心健保特選計劃 II (HMO) 授權使用網絡外服務提供者的情況。

最新的醫療服務提供者和供應商名單可在本公司網站上取得：www.centralhealthplan.com。

如果您沒有提供者名錄的副本，可以向保戶服務部索取一份副本（電子或紙本格式）。您索取的紙本提供者名錄將於三個工作天內郵寄給您。

節 3.3 藥房名錄

藥房名錄列出我們的網絡內藥房。網絡內藥房是所有同意為本計劃保戶承保的處方藥配藥的藥房。您可以使用藥房名錄尋找您想使用的網絡內藥房。請參閱第 5 章的第 2.5 節以瞭解何時可以使用不在計劃網絡內的藥房的資訊。

如果您沒有藥房名錄，可以向保戶服務部索取一份副本。您還可以瀏覽我們的網站 www.centralhealthplan.com，查找此類資訊。

節 3.4 本計劃的承保藥物清單 (處方集)

本計劃有一份承保藥物清單 (處方集)。我們將此簡稱為「藥物清單」。該清單列出中心健保特選計劃 II (HMO) 中 Part D 給付承保包括哪些 Part D 處方藥。本計劃經由醫生與藥劑師組成的團隊協助選出這份藥物清單。該清單必須滿足 Medicare 規定的要求。Medicare 已經批准 中心健保特選計劃 II (HMO) 的「藥物清單」。

「藥物清單」也會告訴您是否有任何規定限制您的藥物承保。

我們將寄送一份「藥物清單」給您。如需有關我們承保藥物的最完整和最新資訊，您可以造訪本計劃網站 (www.centralhealthplan.com) 或致電保戶服務部。

節 4 您的 中心健保特選計劃 II (HMO) 每月費用

您的費用可能包括：

- 計劃保費 (第 4.1 節)
- 每月聯邦醫療保險 Part B 保費 (第 4.2 節)
- Part D 逾期投保罰金 (第 4.3 節)
- 收入相關每月調整金額 (第 4.4 節)

在某些情況，您的計劃保費可能較少

「額外補助」計劃協助資源有限的人士支付藥物費用。您可在第 2 章第 7 節查閱有關此計劃的更多資訊。如果您合乎資格，參加該計劃可能降低您的計劃月保費。

如果您已經投保其中一項計劃並獲得幫助，本承保證明中關於保費的資訊可能不適用於您。我們已寄出一份單獨插頁，名為得到處方藥費用「Extra Help」者適用的承保證明附加條款 (也稱為「低收入津貼附加條款」或「LIS 附加條款」)，說明您的藥物給付範圍。如果您沒有收到此插頁，請致電保戶服務部並索取「LIS 附加條款」。

不同收入水準的人士的聯邦醫療保險 Part B 和 Part D 保費有所不同。如果您對這些保費有疑問，請參閱《2024 年聯邦醫療保險與您》手冊，「2024 年聯邦醫療保險費用」一節。如果您需要副本，可從聯邦醫療保險網站 (www.medicare.gov) 下載。或是您可以隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取印刷副本，全年無休。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

節 4.1 計劃保費

身為計劃保戶，您每月應支付計劃保費。對於 2024 年，中心健保特選計劃 II (HMO) 的每月保費為 \$41。

節 4.2 每月聯邦醫療保險 B 部分保費**許多保戶須支付其他 Medicare 保費**

除了支付每月計劃保費外，您必須繼續支付您的 Medicare 保費，才能繼續成為本計劃的保戶。這包括您的 Part B 保費。也可能包括 Part A 保費，這影響到沒有資格享有免保費 Part A 的保戶。

節 4.3 D 部分逾期投保罰金

有些保戶需要支付 Part D 逾期投保罰金。Part D 逾期投保罰金是指您在最初投保期結束後的任何時候，如果您連續 63 天或更久沒有 Part D 或其他可信的處方藥承保，則必須為 Part D 承保支付額外保費。可信的處方藥承保是符合 Medicare 最低標準的承保，其付款預期通常至少不得低於 Medicare 的標準處方藥承保。逾期投保罰金的費用取決於您有多久時間沒有 Part D 或其他可信的處方藥承保。只要您享有 Part D 承保險，您就必須支付這筆罰金。

該 Part D 延遲投保罰款將添加至您的保費上。您首次投保中心健保特選計劃 II (HMO) 時，我們會告知您罰款金額。

在下列情況下，您無需支付：

- 您從 Medicare 獲得「Extra Help」來支付您的處方藥費用。
- 您未達連續 63 天沒有任何可信承保。
- 您已透過其他來源獲得可信藥物承保，例如前雇主、工會、政府的健康計劃或退伍軍人事務部。您的保險公司或您的人力資源部每年會告訴您，您的藥物承保是否是可信承保。這些資訊可能會附在計劃寄給您的信函或電子報中。請妥善保管這些資訊，因為如果您之後想要參加 Medicare 藥物計劃，可能需要這些資訊。
 - **注意：**任何通知都必須說明您擁有可信的處方藥承保，其預期支付的費用應與 Medicare 標準處方藥計劃所支付的費用相同。
 - **注意：**以下並非可信的處方藥承保：處方藥折扣卡、義診和藥物折扣網站。

Medicare 會決定罰款數額。以下是計算方法：

- 如果您在第一次有資格投保 Part D 之後，經過 63 天或更長時間沒有 Part D 或其他可信的處方藥承保，則此計劃將會計算您沒有投保的完整月數。如果您沒有任何可信承保，罰款百分比是每個月 1%。例如，如果您已有 14 個月沒有承保，罰金百分比就是 14%。
- 然後，Medicare 會根據前一年的資料決定全國 Medicare 藥物計劃的每月平均保費。2024 年此平均保費金額為 \$34.70。
- 要計算您的每月罰款，您可用罰款百分比乘以每月平均保費，然後將結果四捨五入保留至 10 美分。在這個範例中，是 14% 乘以 \$34.70，等於 \$4.86。四捨五入後為 \$4.90。此金額將計入需要支付 Part D 逾期投保罰金的保戶的每月保費。

每月 Part D 逾期投保罰金有三點重要注意事項：

- 首先，**每年的罰金都可能變動**，因為每年的平均每月保費都會改變。

章 1. 保戶入門

- 第二，只要您投保一項提供 Medicare Part D 藥物給付的計劃，即使您變更計劃，**仍要繼續支付罰款。**
- 第三，如果您年齡在 65 歲以下，且目前享有 Medicare 給付，當您年滿 65 歲時，Part D 延遲投保罰金將重新設定。Medicare 隨著您年齡增長，65 歲以後，您的 Part D 逾期投保罰金將僅基於最初投保期過後沒有承保的月份數來計算。

如果您不同意您的 Part D 逾期投保罰金，您或您的代表可以要求審查。一般來說，您必須在首次收到逾期投保罰金通知的 **60 天內** 提出審查要求。但是，如果您在加入我們的計劃之前已開始支付罰款，您可能沒有機會要求審查該筆逾期投保罰金。

節 4.4 收入相關每月調整金額

有些保戶可能需要支付額外費用，亦即 D 部分收入相關每月調整金額，也稱為 IRMAA。額外費用是根據您 2 年前的 IRS 報稅單顯示的調整後總收入來計算的。如果此金額高於一定金額，您必須支付標準保費以及額外的 IRMAA。如需瞭解有關您根據收入可能需要支付額外金額的更多資訊，請造訪 <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>。

如果您需要支付額外金額，社會安全局（而不是聯邦醫療保險計劃）將會寄給您一封信，說明需要額外支付的金額。無論您平常如何支付計劃保費，除非您的每月福利金不夠補足額外金額，否則會從您的社會安全局保險金、鐵路退休委員會計劃福利金或聯邦人事管理局福利金支票中扣繳這筆額外款項。如果您的福利金支票金額不足以支付額外金額，聯邦醫療保險會將帳單寄給您。**您必須向政府支付額外的費用。不能與您的計劃每月保費一起支付。如果您不支付額外金額，您將從計劃退保，並失去處方藥承保。**

如果您不同意支付額外金額，您可以請求社會安全局審查此決定。請致電社會安全局專線 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778) 以瞭解詳情。

節 5 進一步瞭解您的每月保費

節 5.1 有幾種付款方法可以支付您的計劃保費

您可以透過兩種方式支付計劃保費。您可以聯絡保戶服務部，通知我們您的計劃保費付款選擇，或變更您現有的付款選項。

選項 1：以支票付款

我們將寄送計劃保費的每月帳單給您。您的應付款項收款人為中心健保聯邦紅藍卡計劃，不是 CMS 或 HHS。請查看您帳單上的郵寄地址和其他資訊。在支票或匯票上註明您的保戶 ID 號碼。所有款項都必須在每個月的 15 日日前收到。如果您需要更換每月帳單，請致電保戶服務部。（您可以在本手冊封底找到我們的電話號碼）。每張跳票的支票都要收取 \$25 的費用。

章 1. 保戶入門

選項 2：從您每月的社會安全局支票中扣除保費

您可安排從您每月的社保支票中支取保費。請聯絡保戶服務部，瞭解更多有關以此方式繳納計劃保費的資訊。我們樂意幫助您建立這種付款方式（保戶服務部電話號碼印在本手冊的封底）。

如果您繳付保費有困難，該怎麼辦

我們的辦公室必須在承保月份 15 日日之前收到您的計劃保費。

如您按時繳納保費有困難，請聯絡保戶服務部，瞭解我們能否為您建議可幫助您解決繳費問題的方案。

變更您保費的付款方式。如果您決定變更保費付款方式，新的付款方式最多可能需要三個月才能生效。在我們處理您的新付款方式的要求時，您有責任保證按時繳納計劃保費。若要變更您的付款方式，請聯絡保戶服務部。

節 5.2	我們是否可以在年中變更您的每月計劃保費？
--------------	-----------------------------

否。我們不可以在年中變更您的每月計劃保費。如果下一年度的每月計劃保費變更，我們會在九月份通知您，變更將於 1 月 1 日生效。

但是，在某些情況，您須繳納的部分保費會在年度當中會發生變化。如果您在年度中獲得或失去「額外補助」方案資格，這種情況就會發生。如保戶有資格獲得處方藥物費用的「額外補助」，「額外補助」計劃將支付保戶的部分計劃月保費。而在年度當中失去資格的保戶，將需要開始全額繳納月保費。您可在第 2 章第 7 節中找到更多有關「額外補助」計劃的資訊。

節 6 不斷更新您的計劃保戶身份記錄

您的保戶記錄有從您的投保表中取得的資訊，包括您的地址和電話號碼。它顯示您的具體計劃承保。

計劃網絡內的醫生、醫院、藥劑師和其他服務提供者需要擁有您的正確資訊。**這些網絡內服務提供者透過您的保戶身份記錄，以瞭解您有的承保服務和藥物及分攤費用金額。**因此，請務必協助我們保有您的最新資訊。

告訴我們以下變更：

- 您的名字、地址或電話號碼的變更
- 您所擁有的其他健康保險變更（例如由您的雇主、配偶或同居伴侶的雇主、勞工賠償或聯邦醫療補助所提供的保險）
- 如果您有任何責任理賠，例如汽車事故理賠
- 如果您已經獲准住進護理院
- 您是否在服務區外或網絡外的醫院或急診室接受治療
- 如果您指定的負責人（例如照顧者）變更

章 1. 保戶入門

- 如果您正參與臨床試驗研究 (注意：您不需要向您的計劃告知您想參與的臨床試驗研究，但我們鼓勵您這麼做)

如果此資訊有任何變更，請致電保戶服務部，通知我們。

如果您搬家或更改郵寄地址，聯絡社會安全局也很重要。您可在第 2 章第 5 節中找到社會安全局的電話號碼和聯絡資訊。

節 7 其他保險與我們的計劃如何協調

其他保險

Medicare 要求我們收集關於您擁有的其他醫療或藥物保險的資訊。這是因為我們必須將您享有的任何其他承保與您在本項計劃中享有的給付進行協調。這稱為「給付協調」。

每年一次，我們會寄一封信給您，列出我們所知您享有的任何其他醫療或藥物保險。請仔細閱讀這份資訊。如果資訊正確無誤，您不必採取任何行動。如果資訊不正確，或您有其他未列出的承保，請致電保戶服務部。您可能需要向您的其他保險公司 (一旦您確認了他們的身份) 提供您的計劃保戶 ID 號碼，以便準時正確地支付您的帳單。

當您有其他保險計劃時 (如雇主團體健康承保)，Medicare 設定了一些規定來決定本項計劃先付款還是您的其他保險計劃先付款。先付款的保險計劃稱為主要付款方，並最高可支付至其承保上限。次付款的保險計劃稱為次要付款方，僅支付主要付款方未承保的費用。次要付款方可能不會支付所有未承保的費用。如果您享有其他保險，請告訴您的醫生、醫院和藥房。

這些規定適用於雇主或工會團體保健計劃承保：

- 如果您享有退休保險承保，Medicare 會先支付。
- 如果您的團體保健計劃承保服務是基於您或家人目前的就業保險，誰先支付將根據您的年齡、雇主聘用的僱員人數，以及您是否基於年齡、殘障或患有末期腎臟疾病 (ESRD) 而享有 Medicare：
 - 如果您是 65 歲以下的殘障人士，且您或您的家人仍在工作，若雇主擁有 100 名或以上的僱員，或在多雇主計劃中至少有一名雇主有 100 名以上的僱員，則您的團體保健計劃會先給付。
 - 如果您已年滿 65 歲，且您、您的配偶或同居伴侶仍在工作，若雇主擁有 20 名或以上的僱員，或多雇主計劃中至少有一名雇主有 20 名以上僱員，則您的團體保健計劃會先給付。
- 如果您因為 ESRD 而享有 Medicare，您的團體保健計劃將在您有 Medicare 資格後，先支付頭 30 個月的費用。

這些承保類型通常為以下每一種相關的服務先付款：

- 無過錯保險 (包括汽車保險)
- 責任保險 (包括汽車保險)
- 黑肺給付
- 勞工賠償

章 1. 保戶入門

Medi-Cal (Medicaid) 與 TRICARE 從不為 Medicare 承保服務先付款。他們只會在 Medicare、雇主團體保健計劃及/或 Medigap 已經支付後再支付。

章 2: 重要的電話號碼與資源

節 1 中心健保特選計劃 II (HMO) 聯絡方式 (如何聯絡我們，包括如何聯絡保戶服務部)

如何與本計劃的保戶服務部聯絡

如需索賠、帳單或保戶卡相關問題的協助，請致電 中心健保特選計劃 II (HMO) 或寫信給保戶服務部。我們很樂意幫助您。

方法	保戶服務部–聯絡資訊
致電	(866) 314-2427 此號碼為免費電話。上午 8:00 到晚上 8:00 (PT)，每週 7 天 保戶服務部亦為英語非母語者提供免費的翻譯服務。
TTY	711 此號碼為免費電話。上午 8:00 到晚上 8:00 (PT)，每週 7 天
傳真	(877) 852-4070
致函	中心健保聯邦紅藍卡計劃 保戶服務部 PO Box 14244 Orange, CA 92863
網站	www.centralhealthplan.com

當您要求醫療照護承保決定或上訴時，如何聯絡我們

承保決定是我們對您的給付及承保，或對於我們就您的醫療服務或 Part D 處方藥將支付的金額所作出的決定。上訴是要求我們審查及變更我們所做出的承保決定的一項正式方法。請參閱第 9 章 (如果您遇到困難或想要投訴 [承保決定、上訴、投訴] 該怎麼做)，以瞭解要求醫療照護或 Part D 處方藥承保決定或上訴的更多資訊。

方法	醫療照護或 Part D 處方藥承保決定及上訴 – 聯絡資訊
致電	(866) 314-2427 此號碼為免費電話。上午 8:00 到晚上 8:00 (PT)，每週 7 天
TTY	711 此號碼為免費電話。上午 8:00 到晚上 8:00 (PT)，每週 7 天
傳真	(877) 852-4070，適用於醫療索賠承保決定 (626) 388-2361，適用於醫療索賠上訴 (626) 388-2361，適用於醫療索賠上訴
致函	針對醫療索賠承保決定：

章 2. 重要的電話號碼與資源

方法	醫療照護或 Part D 處方藥承保決定及上訴 – 聯絡資訊
	<p>中心健保聯邦紅藍卡計劃</p> <p>Attn: Member Services</p> <p>PO Box 14244 Orange, CA 92863</p> <p>針對醫療索賠上訴：</p> <p>中心健保聯邦醫療保險計劃</p> <p>ATTN: Appeals & Grievances Department PO Box 14244 Orange, CA 92863</p> <p>對於處方藥管理及臨床上訴：</p> <p>管理上訴第 1 級</p> <p>Express Scripts Attn: Medicare Admin Appeals P.O.Box 66587 St.Louis, MO 63166-6587</p> <p>臨床上訴第 1 級</p> <p>Express Scripts Attn: Medicare Appeals P.O.Box 66588 St.Louis, MO 63166-6588</p>
網站	www.centralhealthplan.com

當您對醫療照護提出投訴時，如何聯絡我們

您可以對我們，或對我們的網絡內服務提供者或藥房提出投訴，包括對您的照護品質的投訴。此類投訴不涉及承保或付款爭議。關於對醫療照護提出投訴，詳細資訊請參閱第 9 章（如果您遇到困難或想要投訴 [承保決定、上訴、投訴] 該怎麼做）。

方法	針對醫療照護或處方藥提出投訴 - 聯絡資訊
致電	(866) 314-2427 此號碼為免費電話。上午 8:00 到晚上 8:00 (PT)，每週 7 天
TTY	711 此號碼為免費電話。上午 8:00 到晚上 8:00 (PT)，每週 7 天
傳真	(626) 388-2361，適用於醫療索賠投訴 (626) 388-2361，適用於醫療索賠投訴
致函	針對醫療索賠投訴：

章 2. 重要的電話號碼與資源

方法	針對醫療照護或處方藥提出投訴 - 聯絡資訊
	中心健保聯邦紅藍卡計劃 上訴和申訴 PO Box 14244 Orange, CA 92863 處方藥聯絡人： 申訴解決團隊： P.O.Box 3610 Dublin, OH 43016-0307
Medicare 網站	您可以直接向 Medicare 提交對 中心健保特選計劃 II (HMO) 的投訴。請造訪 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 向 Medicare 送交線上投訴。

如何要求我們對您所獲得的醫療照護或藥物給付我們的分攤費用

如果您收到您認為我們應該支付的帳單或已支付費用（例如服務提供者的帳單），您可能需要要求我們予以退款或支付服務提供者帳單。請參閱第 7 章（要求我們攤付您就承保醫療服務或藥物所收到的帳單）。

請注意：如果您向我們提出付款要求，而我們拒絕任何一部分的要求，您可以對我們的決定提出上訴。請參閱第 9 章（如果您遇到困難或想要投訴 [承保決定、上訴、投訴] 該怎麼做）以瞭解更多資訊。

方法	付款要求 - 聯絡資訊
致電	(866) 314-2427 (關於向何處提交書面付款要求的資訊) 上午 8:00 到晚上 8:00 (PT)，每週 7 天 此號碼為免費電話。
TTY	711 此號碼為免費電話。上午 8:00 到晚上 8:00 (PT)，每週 7 天
傳真	(877) 852-4070
致函	醫療索賠： 中心健保聯邦紅藍卡計劃 ATTN: Member Services PO Box 14246 Orange, CA 92863 處方藥索賠： Express Scripts Attn: Medicare Part D PO Box 14718

章 2. 重要的電話號碼與資源

方法	付款要求 - 聯絡資訊
	Lexington, KY 40512-4718
網站	www.centralhealthplan.com

節 2 聯邦醫療保險 (如何直接從聯邦聯邦醫療保險計劃獲得幫助和資訊)

聯邦醫療保險是聯邦醫療保險計劃，適用於 65 歲以上的人士、65 歲以下且患有特定殘疾的人士，以及患有末期腎臟病（需要洗腎或腎移植的永久性腎衰竭）的人士。

負責管理聯邦醫療保險的聯邦代理機構是美國醫療服務中心（有時也稱為 CMS）。此機構與聯邦醫療保險優惠機構簽有合約，包括我們在內。

方法	聯邦醫療保險 – 聯絡資訊
致電	1-800-MEDICARE，或 1-800-633-4227 此號碼為免費電話。 全天候提供服務。
TTY	1-877-486-2048 這個號碼需要特殊電話設備，專供聽障或語障人士使用。 此號碼為免費電話。
網站	www.medicare.gov 這是聯邦醫療保險的政府官方網站。它向您提供有關聯邦醫療保險和目前聯邦醫療保險問題的最新資訊。此外，它還能提供醫院、護理院、醫師、居家健康機構和洗腎機構的相關資訊。網站上有您可以直接從電腦列印的文件。您還可以找到您所在州的聯邦醫療保險聯絡資訊。 聯邦醫療保險網站也提供以下工具，讓您獲得有關您的聯邦醫療保險資格以及投保選項的詳細資訊： <ul style="list-style-type: none"> • 聯邦醫療保險資格工具：提供聯邦醫療保險資格狀況的資訊。 • 聯邦醫療保險計劃查詢工具：提供在您所在地區有關聯邦醫療保險處方藥計劃、聯邦醫療保險保健計劃以及聯邦醫療保險補充（Medigap）保單的個人化資訊。這些工具提供您在不同聯邦醫療保險計劃中可能的自費費用估算額。 <p>您也可以利用此網站向聯邦醫療保險提出您對 中心健保特選計劃 II (HMO) 的投訴：</p>

章 2. 重要的電話號碼與資源

方法	聯邦醫療保險 – 聯絡資訊
	<ul style="list-style-type: none"> • 向聯邦醫療保險提出投訴：您可以直接向聯邦醫療保險提出對中心健保特選計劃 II (HMO) 的投訴。如需向聯邦醫療保險提交投訴，請造訪：www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。聯邦醫療保險會審慎處理您的投訴，並且會利用此項資訊協助改善聯邦醫療保險計劃的品質。 <p>如果您沒有電腦，當地圖書館或老人中心也許能協助您使用其電腦來造訪此網站。或，您也可以致電聯邦醫療保險，告訴他們您需要的資訊。他們會在網站上找到資訊，並與您一起檢閱資訊。(您可致電聯邦醫療保險，電話號碼：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，一週 7 天，全天 24 小時。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。)</p>

節 3 州立健康保險協助方案 (針對聯邦醫療保險的疑問，免費提供協助、資訊和解答)

州立健康保險協助計劃 (SHIP) 是一項政府計劃，在每個州都配有培訓有素的顧問。在 California，SHIP 稱為 醫療保險顧問和權益促進計劃 (HICAP)。

醫療保險顧問和權益促進計劃 (HICAP) 是一項獨立的 (與任何保險公司或健康計劃無關) 州計劃，由聯邦政府提供經費，專為投保 Medicare 的人提供免費的當地健康保險諮詢服務。

醫療保險顧問和權益促進計劃 (HICAP) 顧問能夠幫助您瞭解您的 Medicare 權利，幫助您針對醫療照護或治療提出投訴，並且幫助您解決 Medicare 帳單問題。醫療保險顧問和權益促進計劃 (HICAP) 顧問也可以幫助您解決 Medicare 問題，幫助您瞭解 Medicare 計劃選擇項目，並回答有關轉換計劃的問題。

獲得州立健康保險協助方案 (SHIP) 及其他資源的方法：

- 請造訪 <https://www.shiphelp.org> (按一下頁面中間的 SHIP LOCATOR [SHIP 定位器])
- 從清單中選擇您所在的州。您將會前往包含您所在州的電話號碼和資源的頁面。

方法	醫療保險顧問和權益促進計劃 (HICAP)(California SHIP) – 聯絡資訊
致電	1-800-434-0222
TTY	711 這個號碼需要特殊電話設備，專供聽障或語障人士使用。

章 2. 重要的電話號碼與資源

方法	醫療保險顧問和權益促進計劃 (HICAP)(California SHIP) – 聯絡資訊
致函	California Department of Aging Attention: Public Records Act Request 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
網站	http://www.aging.ca.gov/hicap

節 4 品質改善組織

每個州都有一個指定為聯邦醫療保險受益人服務的品質改善組織。對於 California，品質改善組織稱為 Livanta。

Livanta 有一個由醫生和其他醫療保健專業人士組成的小組，由聯邦醫療保險出資，以查核並幫助改善聯邦醫療保險保戶的照護品質。Livanta 是獨立組織。與我們的計劃沒有關聯。

在以下任何情況中，您都應該聯絡 Livanta：

- 您對所獲得的照護品質提出投訴。
- 您認為住院治療的保險過早結束。
- 您認為家庭健康照護、專業護理設施照護或綜合門診病患復健機構(CORF)的服務過早結束。

方法	Livanta (California 的品質改善組織) – 聯絡資訊
致電	1-877-588-1123 週一至週五：上午 9 點至下午 5 點 (當地時間) 週六至週日：上午 11 點至下午 3 點 (當地時間) 提供 24 小時語音信箱服務
TTY	1-855-887-6668 這個號碼需要特殊電話設備，專供聽障或語障人士使用。
致函	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
網站	https://www.livantaqio.com/en

節 5 社會安全局

社會安全局負責決定聯邦醫療保險的承保資格和處理投保事宜。年滿 65 歲以上、身體殘障或患有末期腎臟病且符合特定條件的美國公民和合法永久居民，即有資格投保聯邦醫療保險。如果您現在已經在領取社會安全支票，則會自動投保聯邦醫療保險。如果您沒有領取社會安全支票，您必須投保聯邦醫療保險。如欲申請聯邦醫療保險，您可以致電社會安全局或前往您當地的社會安全局辦公室。

社會安全局亦負責決定哪些高收入者需要為 D 部分藥物承保支付額外金額。如果您收到社會安全局的來信，告訴您必須支付額外的數額，您對該數額有疑問或者您的收入因為生活變化事件而減少，您可以致電社會安全局，請求重新考慮。

如果您搬家或更改郵寄地址，一定要聯絡和通知社會安全局。

方法	社會安全局 - 聯絡資訊
致電	1-800-772-1213 此號碼為免費電話。 服務時間是週一至週五，上午 8 點至晚上 7 點。 您可以利用社會安全局的自動電話語音服務，獲得語音資訊，並利用這項每天 24 小時的服務處理您的事務。
TTY	1-800-325-0778 這個號碼需要特殊電話設備，專供聽障或語障人士使用。 此號碼為免費電話。 服務時間是週一至週五，上午 8 點至晚上 7 點。
網站	www.ssa.gov

節 6 聯邦醫療補助

聯邦醫療補助是聯邦和州政府聯合推出一項幫助低收入與資源有限的人士支付醫療費用的計劃。有些享有聯邦醫療保險的人也有資格參加聯邦醫療補助。

透過聯邦醫療補助提供的計劃，可幫助享有聯邦醫療保險的人士支付聯邦醫療保險費用，例如聯邦醫療保險保費。這些聯邦醫療保險節省計劃包括：

- **合資格聯邦醫療保險保險受益人 (QMB)**：幫助支付聯邦醫療保險 Part A 和 Part B 保費，以及其他分攤費用（例如自付額、共同保險金和共付額）。（有些 QMB 也符合獲得全面聯邦醫療補助給付 (QMB+) 的資格。）
- **特定低收入聯邦醫療保險保險受益人 (SLMB)**：幫助支付 Part B 保費。（部分擁有 SLMB 的人也有資格獲得全部聯邦醫療補助給付 [SLMB+]。）
- **合資格個人 (QI)**：幫助支付 Part B 保費。

- 合資格殘障人士與工作個人 (QDWI)：幫助支付 Part A 保費。

如需瞭解更多關於聯邦醫療補助及其計劃的資訊，請聯絡 Medi-Cal。

方法	Medi-Cal (California的聯邦醫療補助計劃) –聯絡資訊
致電	(916) 449-5000 週一至週五上午 8 點至下午 5 點；假日除外
TTY	1-800-896-2512 這個號碼需要特殊電話設備，專供聽障或語障人士使用。
致函	Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 400 Sacramento, CA 95899-7413
網站	https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/Medi-CalManagedCare.aspx

節 7 處方藥費用援助方案資訊

Medicare.gov 網站 (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) 提供降低處方藥物費用的相關資訊。對於收入有限的人士，也有其他提供協助的計劃，如下所述。

Medicare 的「Extra Help」計劃

Medicare 為低收入與資源有限的人士支付處方藥物費用提供的「Extra Help」計劃。資源包括您的儲蓄和股票，不包括您的房屋或汽車。如果您符合資格，您可以獲得幫助，來支付任何 Medicare 藥物計劃的每月保費、年度自付額和處方藥共付額。此「Extra Help」也計入您的自費費用。

如果您自動符合「Extra Help」，Medicare 會寄給您一封信。您不需要申請。如果您沒有自動符合資格，您可能可以獲得「Extra Help」來支付您的處方藥保費和費用。若想瞭解您是否有資格獲得「Extra Help」，請致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048，此專線一週 7 天，全天 24 小時提供服務；
- 請於週一至週五上午 8 點至下午 7 點致電社會安全局：1-800-772-1213。TTY 用戶應致電 1-800-325-0778 (申請專用)；或
- 您的州 Medicaid 辦公室 (申請專線) (請參閱本章第 6 節以取得聯絡資訊)。

如果您認為自己符合獲得「Extra Help」的資格，而且您認為您去藥房領取處方藥時所繳付的分攤費用金額不正確，您可以利用我們計劃裡的一套程序來請求協助，以取得您的正確共付額等級證明。如果您已經有此項證明，請提供這項證明給我們。

如果您認為您有資格獲得 Extra Help，請致電保戶服務部。我們接受以下形式的較低共付額資格證明：

章 2. 重要的電話號碼與資源

- 上一個日曆年六月後 (下半年) 的某一個月的、註明您姓名和生效日期的 Medicaid 卡副本
- 上一個日曆年六月後 (下半年) 的某一個月的、確認現有 Medicaid 狀態的州政府文件副本
- 上一個日曆年六月後 (下半年) 的某一個月的、顯示 Medicaid 狀態的一份州政府電子投保列印文件
- 上一個日曆年六月後 (下半年) 的某一個月的、顯示您的 Medicaid 狀態的您所在州 Medicaid 系統電腦螢幕列印件
- 上一個日曆年六月後 (下半年) 的某一個月的、顯示 Medicaid 狀態的州提供的其他文件
- 社會安全局行政裁定書副本
- 對於入住機構的人士，我們將接受：
 - 顯示在上一個日曆年六月後 (下半年) 的某一個月 Medicaid 為該人士支付了一整個日曆月費用的機構匯款單據
 - 顯示 Medicaid 已支付該設施的州政府文件副本
 - Medicaid 的電腦螢幕列印件，顯示 Medicaid 已向設施支付費用
- 我們收到顯示您共付額等級的證明之後，將會更新系統，下次您在藥房購買處方藥時，即可支付正確的共付額。我們將會退還您支付的超額共付額。我們會寄一張超額支付金額的支票給您，或抵消將來的共付額。如果藥房尚未向您收取共付額，因此而讓您積欠這筆費用，我們可能會直接付款給藥房。如果州政府已替您付款，我們可能會直接付款給州政府。如果您有任何問題，請聯絡保戶服務部。

如果您有愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 承保時會怎樣？

什麼是愛滋病藥物協助計劃 (ADAP)？

愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 旨在幫助符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 患者獲得拯救生命的 HIV 藥物。也在 ADAP 處方集上的 Medicare Part D 處方藥有資格透過 California Department of Public Health、Center for Infectious Diseases、Office of AIDS 獲得處方藥分攤費用協助。

注意：如要符合您所在州運作的 ADAP 條件，個人必須符合特定標準，包括您居住州的證明和 HIV 狀況、由該州界定為低收入以及無保險 / 保險不足的情況。如果您變更計劃，請通知您當地的 ADAP 登記投保人員，以便您能夠繼續獲得協助。如需瞭解資格條件、承保藥物或如何投保計劃的資訊，請致電 California Department of Public Health、Center for Infectious Diseases、Office of AIDS (916) 558-1784。

節 8 如何聯絡鐵路退休委員會

鐵路退休委員會是獨立的聯邦代理機構，負責管理全國鐵路工人及其家人的綜合給付計劃。如果您透過鐵路退休委員會獲得聯邦醫療保險給付，在您搬家或更改郵寄地址時通知該委員會很重要。如果您對從鐵路退休委員會獲得的給付有問題，請與該機構聯絡。

章 2. 重要的電話號碼與資源

方法	鐵路退休委員會 - 聯絡資訊
致電	<p>1-877-772-5772</p> <p>此號碼為免費電話。</p> <p>如果您按下「0」，9:00 至下午 3:00 與 RRB 代表聯繫 週一、週二、週四和週五，以及週三上午 9 點至中午 12 點。</p> <p>如果按「1」，您可以使用全天 24 小時（包括週末和假日）鐵路退休委員會自動服務專線，並且聆聽預錄資訊。</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>這個號碼需要特殊電話設備，專供聽障或語障人士使用。</p> <p>此號碼並非免費電話。</p>
網站	rrb.gov/

節 9 您是否有雇主提供的團體保險或其他健康保險？

如果您（或您的配偶或同居伴侶）在本計劃中從您（或您的配偶或同居伴侶）的雇主或退休人員團體獲得給付，若有任何疑問，請致電雇主/工會給付管理員或保戶服務部。您可以詢問關於您（或您的配偶或同居伴侶）的雇主或退休健保給付、保費或登記投保期的問題。（保戶服務部的電話號碼印在本文件的封底。）您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227；TTY：1-877-486-2048)，詢問有關您在本計劃下的聯邦醫療保險承保問題。

如果您（或您的配偶或同居伴侶）的雇主或退休人員團體提供其他處方藥承保，請聯絡**該團體的給付管理員**。給付管理員可以幫助您確定您目前的處方藥承保如何與本項計劃合併使用。

章 3: 為您的醫療服務使用本計劃

章 3. 為您的醫療服務使用本計劃

節 1 計劃保戶取得所承保的醫療照護須知

本章說明使用本計劃獲得承保的醫療照護須知。其中包含一些辭彙定義，並說明獲得計劃所承保的治療、服務、設備、處方藥和其他醫療照護的必要規定。

如需瞭解本計劃所承保的醫療保健項目和獲得服務所需的費用，請參閱下一章，即第 4 章（醫療給付表、承保範圍及費用）。

節 1.1 網絡內服務提供者和承保服務是指什麼？

- **服務提供者**是指提供醫療服務與照護的醫生和其他持有州政府執照的專業醫護人員。服務提供者一詞也包括醫院和其他健康照護機構。
- **網絡內服務提供者**是指與我們簽訂協議，接受我們的付款和您的分攤費用作為全額付款的醫生和其他專業醫護人員、醫療團體、醫院和其他醫療保健機構。我們為計劃保戶安排了這些服務提供者來提供承保服務。網絡內服務提供者會針對他們對您提供的照護，直接向我們收費。當您向網絡內服務提供者尋求承保服務時，您只需為服務支付您分攤的費用。
- **承保服務**包括本計劃所承保的所有醫療照護、健康照護服務、醫療用品、設備和處方藥。您承保服務的醫療照護列在第 4 章的醫療給付表中。您的處方藥承保服務如第 5 章所述。

節 1.2 獲得計劃承保的醫療照護的基本規定

作為 Medicare 保健計劃，中心健保特選計劃 II (HMO) 必須承保 Original Medicare 所承保的所有服務，並且必須遵循 Original Medicare 的承保規定。

中心健保特選計劃 II (HMO) 通常會承保您的醫療照護，只要：

- 您所獲得的醫療照護列在計劃的醫療給付表中（此圖表請參閱本文件第 4 章）。
- 您所獲得的醫療照護被視為必要的醫療。必要的醫療是指為了預防、診斷或治療您的醫療病症所需，並且符合公認醫療實務標準的服務、用品、設備或藥物。
- 將由一名網絡內主治醫生 (PCP) 來提供並監督您的照護。您身為本計劃的保戶，必須選擇一名網絡內 PCP（詳情請參閱本章第 2.1 節）。
 - 在大多數情況下，您必須事先經由網絡內 PCP 批准，才能去網絡內其他服務提供者處就診，例如專科醫生、醫院、專業護理設施或家庭健康照護機構。這稱為將您轉診。詳情請參閱本章第 2.3 節。
 - 若屬急診照護或緊急需求服務，則無需您的 PCP 轉診。在某些情況，您也可以無需經由 PCP 核准而接受一些其他類型的醫療照護（詳情請參閱本章第 2.2 節）。
- 您必須接受網絡內服務提供者的照護（詳情請參閱本章第 2 節）。在大多數情況下，您接受網絡外服務提供者（不屬於本計劃網絡內的服務提供者）的照護，該費用將不獲得承保。這表示您必須為服務提供者的服務支付全部費用。以下三種情況例外：
 - 本計劃承保由網絡外服務提供者所提供的急診照護或緊急需求服務。詳情請參閱本章第 3 節，並且查看急診或緊急需求服務的定義。

章 3. 為您的醫療服務使用本計劃

- 如果您需要 Medicare 要求我們的計劃承保的醫療照護，但我們的網絡中沒有提供這種照護的專科醫生，您可以從網絡外服務提供者獲得此照護，費用與您平常在網絡內支付的分攤費用相同。在尋求照護之前，應先從計劃或您的 PCP 處取得授權。在這種情況下，您將支付與您從網絡內服務提供者取得照護一樣的費用。關於如何獲得核准由網絡外醫生看診，請參閱本章第 2.4 節。
- 當您暫時離開本計劃的服務區域時，或當您的服務提供者暫時無法提供或無法取得此服務時，本計劃承保您在 Medicare 認證的透析設施接受的腎臟透析服務。您支付給本計劃的透析分攤費用絕不會超過 Original Medicare 的分攤費用。如果您在本計劃的服務區域之外，並從本計劃網絡外的服務提供者處獲得透析服務，您的分攤費用不得超過您在網絡內支付的分攤費用。然而，如果您通常就診的網絡內服務提供者暫時無法提供透析，而您選擇在服務區域內從計劃網絡外的服務提供者處獲得服務，則該透析的分攤費用可能會較高。

節 2 使用計劃網絡內的服務提供者以獲得您的醫療照護

節 2.1 您必須選擇一名主治醫生 (PCP) 來為您提供並監督您的醫療照護服務

什麼是主治醫生 (PCP)？能為您做什麼？

什麼是 PCP？

當您加入計劃時，您必須選擇一名簽約的計劃服務提供者作為您的主治醫生 (PCP)。您的 PCP 是符合州政府規定，並經過培訓能為您提供基本醫療照護的醫生。由於您的 PCP 會為您提供及協調醫療照護，因此您應將過去所有的醫療紀錄寄至您 PCP 的辦公室。

• 哪些類型的服務提供者可能擔任 PCP？

我們有許多 PCP 是內科醫生、家醫醫生和全科醫生。有時您可能會使用計劃專科醫師作為您的 PCP（例如心臟專科醫生）。您應致電保戶服務部，以瞭解計劃專科醫生是否已簽約成為 PCP。

• 我的 PCP 的角色為何？您的 PCP 會為您提供大部分的照護，包括例行或基本照護，並協助您安排或協調身為本計劃保戶所能取得的其他承保服務。例如，若要讓專科醫師為您看診，您通常需要先取得 PCP 的核准（這稱為「轉診」至專科醫師）。這包括協調：

- X 光
- 化驗室檢測
- 各種療法
- 專科醫師的照護
- 入院和
- 後續照護

• PCP 在協調承保服務時扮演什麼角色？

一旦您的 PCP 判定您需要專科醫生的照護，您的 PCP 將為您協調轉診。「協調」您的服務是指針對您的照護及其進度進行查核，或是諮詢其他計畫服務提供者。有些轉診不

章 3. 為您的醫療服務使用本計劃

需要事先取得您計劃的批准。您的 PCP 有您可以使用的專科醫生和服務提供者清單，而無需事先獲得核准。我們稱之為「直接轉診」。

- 在適用情況下，PCP 在決定或取得事先授權方面扮演什麼角色？

如果需要專科醫師，但其不在直接轉診清單中，您將需要計劃的事先授權。您的 PCP 負責要求事先授權。下文第 2.3 節詳細說明取得照護事先授權的程序。

- 如何選擇您的 PCP？

當您成為我們計劃的保戶時，您必須選擇一名計劃中的服務提供者作為您的 PCP。我們的服務提供者名錄提供了 PCP 清單，您也可以致電保戶服務部尋求協助。

更換您的 PCP

您隨時都可以出於任何原因，更換您的 PCP。此外，您的 PCP 也有可能會退出本計劃的提供者網絡。如果出現這種情況，您必須尋找一名新的 PCP。

您可以變更您的 PCP，透過造訪我們的 www.centralhealthplan.com 網站以找到新的 PCP，然後撥打您 ID 卡背面的保戶服務部電話號碼要求變更 PCP。（保戶服務部的電話號碼也印在本手冊的封底。）您的新 PCP 指派將從下個月的第一天開始生效。如果您想要變更您的 IPA 或醫療群體，這也一樣適用。

變更您的 PCP 可能會導致僅限於 PCP 轉診的特定專科醫師和/或醫院（即子網絡、專科醫師、實驗室、放射線學等）

節 2.2 如果沒有 PCP 的轉診，您可以接受哪些類型的醫療照護？

您不需要經過 PCP 事先核准即可獲得如下服務。

- 女性例行健康照護，包括乳房檢查、乳房攝影篩檢（乳房 X 光檢查）、子宮頸抹片檢查及骨盆腔檢查，但需從網絡內服務提供者處獲得這些服務。
- 流感疫苗、COVID-19 疫苗、B 型肝炎疫苗和肺炎疫苗，只要是從網絡內服務提供者取得即可。
- 從網絡內或網絡外服務提供者處獲得急診服務
- 緊急需求服務是指非急診服務的承保服務，但前提是網絡內服務提供者暫時無法提供服務，或無法到達，或投保人不在服務區域。例如，您在週末需要立即照護。服務必須是立即需要，且屬於必要的醫療。
- 當您暫時離開計劃服務區域，在聯邦醫療保險認證的透析中心取得的腎臟透析服務。如有可能，在您離開服務區域前，請先告知保戶服務部，這樣我們就能在您離開這段期間，幫您安排接受維持性透析服務。

節 2.3 如何獲得專科醫生或其他網絡內服務提供者的照護

專科醫生是指針對特定疾病或身體某部位問題提供健康照護的醫生。有許多種類的專科醫師。以下是一些例子：

章 3. 為您的醫療服務使用本計劃

- 腫瘤醫師，負責治療患有癌症的患者。
- 心臟內科醫師，負責治療心臟有狀況的患者。
- 骨科醫師，負責某些骨頭、關節或肌肉有狀況的患者。

某些轉診至專科醫師和其他服務提供者可能不需要事先核准。如果是這種情況，您的 PCP 有一份您可以直接轉診的服務提供者清單。在使用這些計劃提供者之前，請先與您的 PCP 討論。

如果該專科醫師或其他計劃提供者不在這份清單中，則必須取得事先授權，無論是初步諮詢和追蹤回診皆是。在您去找計劃專科醫師或某些其他提供者看診之前，請務必由 PCP 進行轉診（事先核准），這一點非常重要。如果您未獲轉診（事先核准）即取得專科醫師的服務，可能必須自行支付這些服務的費用。欲瞭解哪些服務需要事先授權，請參閱第 4 章第 2.1 節的資訊。

如果您的 PCP 隸屬於醫療群體或獨立提供者協會 (IPA)，您可能需要使用與該小組或 IPA 合作的提供者或專科醫師。如果您要就診於特定的專科醫師，請查明您的 PCP 是否會將病患交由這些專科醫師看診。每個計劃 PCP 都有特定的轉診計劃專科醫師。這表示您選擇的 PCP 會決定您可就診的專科醫師。如果您想就診的計劃專科醫師無法經由目前的 PCP 為您轉診，一般而言，您可隨時更換 PCP。如果您要使用特定醫院，必須先查明您的 PCP 或您將就診的醫師是否使用那些醫院。

如果專科醫生或其他網絡內服務提供者退出我們的計劃該怎麼辦？

我們可能會在年中變更您計劃中的醫院、醫生和專科醫生（服務提供者）。如果您的醫生或專科醫師離開您的計劃，您擁有一些權利和保護措施，概述如下：

- 雖然我們的提供者網絡在一年當中可能有所變化，Medicare 要求我們為您不間斷提供使用合格醫師和專科醫生的機會。
- 我們將通知您，您的服務提供者將退出我們的計劃，以便您有時間選擇新的服務提供者。
 - 如果您的主治醫生或行為健康服務提供者退出我們的計劃，若您曾在過去三年內在該服務提供者處看診，我們將通知您。
 - 如果您的任何其他服務提供者退出我們的計劃，若您被指派給該服務提供者、目前接受他們的照護，或是您在過去三個月內在該服務提供者處看診，我們將通知您。
- 我們將協助您選擇新的合格網絡內服務提供者，以繼續為您提供照護。
- 若您正在您目前的服務提供者處接受治療，您有權要求，而且我們將與您合作，以確保您正在接受的必要的醫療治療繼續進行。
- 我們將為您提供不同投保期的相關資訊，以及您可能擁有的計劃變更選項。
- 在沒有網絡內服務提供者或給付可用，或不足以滿足您醫療需求的情況下，我們將安排由網絡外服務提供者來提供必要的醫療承保給付，而您只須支付網絡內分攤費用。
- 如果您發現您的醫生或專科醫生將離開您的計劃，請聯絡我們，以便我們幫助您找到新的服務提供者來管理您的照護。

章 3. 為您的醫療服務使用本計劃

- 如果您認為我們並未向您提供合格的服務提供者來替代您先前的服務提供者，或您的照護未獲得適當管理，您有權向 QIO 提出照護品質投訴，向計劃提出照護品質申訴，或者兩者並行。請參閱第 9 章。

節 2.4 如何取得網絡外服務提供者的照護

任何未獲事先授權，不被視為急診的網絡外照護或區域外緊急護理，將不在承保範圍內。若要取得事先授權，您或您的醫生可以聯絡保戶服務部以尋求協助。此計劃也有承保您暫時離開計劃服務區域時，在聯邦醫療保險認證的透析中心取得的腎臟透析服務。

如果您需要聯邦醫療保險要求我們的計劃承保的醫療照護，且我們網絡內服務提供者無法提供此類照護，我們將授權適當的網絡外服務提供者。如果您獲得網絡內服務提供者的照護，您將需支付相同的費用。

節 3 當您需要急診或緊急照護或者身處災難之中時，如何獲得服務

節 3.1 在您發生緊急醫療情況時取得照護

緊急醫療情況是指什麼？如果發生這種情況該怎麼做？

緊急醫療情況是指當您或任何其他具有一般健康與醫學常識的謹慎外行人認為您具有需要立刻就診的醫療症狀，以避免您喪失生命（如果您是孕婦，則為失去未出生的孩子）、失去肢體或肢體功能，或失去或嚴重損害身體功能的情況。醫療症狀可包括快速惡化的疾病、受傷、劇痛或醫療病症。

如果您有緊急醫療情況：

- **儘快取得協助。**致電 911 尋求幫助或前往最近的急診室或醫院。如有需要，可叫救護車。您不需要先取得 PCP 的核准或轉診書。您不需要使用網絡內醫生。在世界任何地方，您都可以在需要時獲得承保的緊急醫療照護。
- **請儘快通知本計劃您正在接受急診。**我們需要追蹤您的急診照護。您本人或其他人通常應該在 48 小時以內致電告知我們您的急診照護。(866) 314-2427，上午 8:00 到晚上 8:00 (PT)，每週 7 天。

本計劃承保哪些緊急醫療情況？

在以其他任何方式送往急診室都可能危及您的健康的情況下，本計劃將承保救護車服務。我們也承保緊急情況下的醫療服務。

給予急診照護的醫生會決定您的病情何時算穩定，以及何時緊急醫療情況結束。

針對全球各地急診照護、緊急需求服務和急診交通服務，您的承保最多可獲得 \$100,000。如需詳細資訊，請參閱本手冊第 4 章的醫療給付表。

急診結束之後，您將可獲得後續追蹤治療照護以確保病症穩定。您的醫生將繼續為您治療，直到您的醫生與我們聯絡並制定額外照護計劃。您的後續追蹤治療照護費用將由我們的計劃給付。

章 3. 為您的醫療服務使用本計劃

如果您的急診照護是由網絡外服務提供者提供，那麼當您的醫療病症趨於穩定且情況許可下，我們將會儘快安排改由網絡內服務提供者為您提供照護。

如果不是緊急醫療情況，會怎麼樣？

有時候很難斷定您是否為緊急醫療情況。例如，您自己認為健康問題十分嚴重而決定前往急診照護，但是醫生卻說那並非緊急醫療情況。即使最終診斷確定並非緊急情況，但是只要您合理相信健康存在嚴重問題，我們也會給付。

但是，如果醫生說您的病情不屬於緊急情況，只有在您透過以下兩種方式之一獲得其他醫療服務時，我們才會給付費用：

- 您接受我們的網絡內服務提供者所提供的額外照護。
- –或–您接受的照護確實被視為緊急需求服務，同時您遵守獲得緊急護理的相關規定（詳情請參閱第 3.2 節）。

節 3.2 在您的緊急需要服務時獲得照護

緊急需求服務是什麼？

緊急需求服務是指需要立即進行醫療照護的非急診情況，但在您的情況下，從網絡內服務提供者處獲得這些服務是不可能或不合理的。本計劃必須承保由網絡外提供的緊急需求服務。部分緊急需求服務範例為：i) 在週末發生嚴重喉嚨痛，或 ii) 在您暫時離開服務區域時，現有疾病突然發作。

如需找到最近的網絡緊急護理中心的協助，請造訪我們的網站，或使用您 ID 卡背面的號碼聯絡保戶服務部。（保戶服務部電話號碼也印在本手冊的封底。）

在下列情況下，我們的計劃給付美國及其領地之外的急診和緊急護理服務：您有需要立即就醫的醫療症狀，以避免喪失生命、肢體或肢體功能。醫療症狀可包括快速惡化的疾病、受傷、劇痛或醫療病症。您將需要自行預付這些服務。您必須提交退款申請。如需有關如何提交退款申請的詳細資訊，請參閱第 7 章。

節 3.3 在災難期間獲得照護

如果您所在州的州長、美國衛生及公共服務部部長或美國總統宣佈您所在的地理區域處於災難或緊急情況，您仍然有權接受您的計劃的照護。

請造訪下列網站：www.centralhealthplan.com 以瞭解如何在災難期間取得所需的照護。

如果您在災難期間無法使用網絡內服務提供者，您的計劃允許您以網絡內分攤費用獲得網絡外服務提供者的照護。如果您在災難期間無法使用網絡內藥房，您或許可以在網絡外藥房開具處方藥。詳細資訊請參閱第 5 章第 2.5 節。

節 4 如果您收到服務的全額帳單該怎麼做？

節 4.1 您可以要求我們給付承保服務的分攤費用

如果您已支付超過計劃承保服務的分攤費用，或者，如果您收到承保醫療服務的全部費用帳單，請參閱第 7 章（要求我們攤付您就承保醫療服務或藥物所收到的帳單），以瞭解如何處理。

節 4.2 如果服務不在本計劃給付範圍內，您必須支付全額費用

中心健保特選計劃 II (HMO) 承保本文件第 4 章醫療給付表所列的所有必要的醫療服務。如果您接受不在我們的計劃承保範圍內的服務，或從網絡外獲得服務且未經授權，您要負責支付該服務的全額費用。

對於有給付限額的承保服務，在您用盡該類承保服務的給付後所獲得的任何服務，您也要支付全額費用。超過給付限制的非承保服務或服務的費用不計入您計劃的自付額上限。

節 5 當您參與臨床試驗研究時，您的醫療服務費用如何給付？

節 5.1 臨床試驗研究是指什麼？

臨床試驗研究（也稱為臨床試驗）是指醫生和科學家試驗新型的醫療照護，例如試驗新的抗癌藥物效果如何。某些臨床試驗研究已獲得 Medicare 的核准。由 Medicare 核准的臨床試驗研究通常會要求自願者參與研究。

一旦臨床試驗研究獲 Medicare 核准，而您表示有興趣，研究工作人員會向您說明詳情，並確定您是否達到科學家所制定的標準。只要您的情況符合參與研究的標準，並且完全瞭解且接受研究內容，您即可參與臨床試驗研究。

如果您參與一項 Medicare 批准的臨床試驗研究，Original Medicare 將會給付研究涉及的大部分承保服務費用。如果您告訴我們您正在接受合格臨床試驗，那麼您只負責該試驗中的服務的網絡內分攤費用。如果您支付了更多，例如，如果您已支付 Original Medicare 的分攤費用金額，我們會償還您支付的費用與網絡內分攤費用之間的差額。然而，您需要提供文件，向我們顯示您支付了多少金額。在您參與臨床試驗研究時，您也可以繼續投保我們的計劃，接受其他的照護（與臨床試驗研究無關的照護）。

如果您要參與 Medicare 核准的臨床試驗研究，您不需要告知我們或取得我們或您的 PCP 的核准。按臨床試驗研究提供您照護的提供者不一定要是我們計劃網絡內的提供者。注意，這不包括我們的計劃負責的給付，其中包括用於評估給付的臨床試驗或註冊。這些包括國家承保裁定 (NCD) 和研究裝置試驗 (IDE) 中指定的某些給付，可能需要事先授權並受到其他計劃規則的約束。

雖然您無需獲得我們計劃的許可，即可參與由 Original Medicare 為 Medicare Advantage 投保人承保的臨床試驗研究，但我們鼓勵您在選擇參與 Medicare 合格臨床試驗時提前通知我們。

章 3. 為您的醫療服務使用本計劃

如果您參與未獲得 Medicare 核准的研究，您將必須自行支付參與該研究的所有費用。

節 5.2 當您參加臨床試驗研究時，由誰支付哪些服務？

您參加聯邦醫療保險核准的臨床試驗研究之後，您在試驗中獲得的例行醫療項目和服務費用將由傳統聯邦醫療保險給付，包括：

- 即使您不參加研究，聯邦醫療保險也會給付的住院或病床食宿費用。
- 屬於試驗研究中的手術或其他醫療程序。
- 新照護所產生的副作用和併發症的治療。

在聯邦醫療保險給付這些服務的分攤費用之後，本計劃將給付傳統聯邦醫療保險的分攤費用與您作為本計劃保戶的網絡內分攤費用之間的差額。這表示您參與臨床試驗研究需要支付的醫療服務費用金額，與您參加我們計劃所支付的金額是相同的。然而，您必須提交文件，顯示您支付了多少分攤費用。關於提交付款要求，詳情請參閱第 7 章。

下面是關於分攤費用運作方式的範例：比方說，您為了試驗研究而花費 \$100 進行化驗室檢驗。假設，在傳統聯邦醫療保險中，您只需支付 \$20，而在我們的計劃給付下，您只需支付 \$10。在這種情況下，傳統聯邦醫療保險將為該檢驗支付 \$80，您將支付傳統聯邦醫療保險要求的共付額 \$20。然後，您將通知您的計劃您接受了合格的臨床試驗服務，並將服務提供者帳單等文件提交給該計劃。然後該計劃將直接支付 \$10 給您。因此，您的淨付款為 \$10，與您在我們的計劃給付下所需支付的金額相同。請注意，為了從您的計劃獲得付款，您必須向您的計劃提交服務提供者帳單等文件。

當您參加臨床試驗研究時，聯邦醫療保險和本計劃都不會給付任何以下費用：

- 一般來說，即使您沒有參與臨床試驗，聯邦醫療保險也不會給付測試中的新醫療項目或服務費用，除非聯邦醫療保險同意承保。
- 只為收集資料而非直接用於健康照護的項目或服務。例如，如果您的醫療病症通常只需要進行一次 CT 掃描，那麼聯邦醫療保險便不會給付為了研究而進行的每月 CT 掃描費用。

想瞭解更多嗎？

您可以造訪聯邦醫療保險網站，閱讀或下載《聯邦醫療保險和臨床試驗研究》刊物，以瞭解加入臨床試驗研究的更多資訊。（此刊物可在以下網址取得：www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf。）

您也可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

節 6 獲得宗教性非醫療保健組織提供之健康照護的規定

節 6.1 宗教性非醫療保健組織是指什麼？

宗教性非醫療保健組織是一種能夠提供照護的設施，以治療通常由醫院或專業護理設施進行治療的病症。如果保戶因為宗教信仰而不能在醫院或專業護理設施接受治療，我們也會

章 3. 為您的醫療服務使用本計劃

承保您在宗教性非醫療保健組織所接受的醫療服務。此給付僅適用於 A 部分的住院服務（非醫療的健康照護服務）。

節 6.2 接受宗教性非醫療保健組織提供的照護

若要獲得宗教性非醫療保健組織的照護，您需要簽署一份法律文件，表明您反對接受**非強制性**醫療治療。

- **非強制性**醫療照護或治療是指本人自願、並非依照任何聯邦、州和地方法律規定而進行的醫療照護或治療。
- **強制性**醫療治療是指並非本人自願而是依照聯邦、州和地方法律規定而進行的醫療照護或治療。

您向宗教性非醫療保健組織取得的照護必須符合下列條件，才能納入本計劃的給付範圍：

- 提供照護的設施必須經過 Medicare 認證。
- 本計劃的承保服務僅限於非宗教性層面的醫療照護。
- 如果您在設施內取得該機構的服務，將適用以下情況：
 - 您的醫療病症，必須能夠讓您獲得住院照護或專業照護機構照護的承保服務。
 - – 同時 – 在設施收治您入院前，您應先獲得本計劃批准，否則我們將不給付住院開支。

Medicare 住院限制的承保規定同樣適用於宗教性非醫療保健組織。請參閱本手冊第 4 章中的醫療給付表。

節 7 耐用醫療設備的所有權規定

節 7.1 您在本計劃中支付特定筆數的款項後，是否能擁有耐用醫療設備？

耐用醫療設備 (DME) 包括服務提供者訂購在家中使用的氧氣設備和用品、輪椅、助行器、動力床墊系統、拐杖、糖尿病用品、語音合成裝置、IV 輸液幫浦、噴霧器和醫院病床等物品。保戶永遠擁有特定項目，例如義肢。在本節中，我們討論您必須租用的 DME 類型。

Original Medicare 規定，患者租用某種 DME 並連續支付 13 個月的共付額之後，即可擁有特定設備。不過，身為中心健保特選計劃 II (HMO) 保戶，無論您在身為本計劃保戶時為項目支付多少共付額，您通常都不會獲得所租用 DME 項目的擁有權，即使您已在加入本計劃前根據 Original Medicare 為 DME 項目支付長達連續 12 筆的款項亦然。在特定有限情況下，我們會將 DME 項目的擁有權轉讓給您。請致電保戶服務部以取得更詳細的資訊。

如果您切換到 Original Medicare，您應如何處理所支付的耐用醫療設備費用？

如果您在投保本計劃期間沒有獲得 DME 項目的擁有權，則在轉入 Original Medicare 之後，仍需再連續支付 13 筆的共付額才能擁有該項目。投保您的計劃期間內所支付的款項不計算在內。

章 3. 為您的醫療服務使用本計劃

範例 1：您為 Original Medicare 中的項目連續支付了 12 筆或以下的款項然後加入了本計劃。您在 Original Medicare 中支付的款項不計算在內。您必須先支付 13 期款項至本計劃，以取得該項目的所有權。

範例 2：您為 Original Medicare 中的項目連續支付了 12 筆或以下的款項然後加入了本計劃。您曾加入本計劃但並未在加入本計劃期間內獲得擁有權。然後，您回到 Original Medicare。在您再次加入 Original Medicare 後，您必須連續支付 13 筆新款項才能擁有該項目。所有先前的款項（無論是本計劃還是 Original Medicare 的款項）均不計算在內。

節 7.2 氧氣設備、用品和維護的規定

您有權享有哪一些氧氣設備給付？

如果您符合聯邦醫療保險氧氣設備承保範圍，中心健保特選計劃 II (HMO) 將會承保：

- 氧氣設備租賃
- 氧氣和含氧內容物的輸送
- 輸送氧氣與含氧內容物所需管路以及相關氧氣配件
- 氧氣設備的維護和修理

如果您離開中心健保特選計劃 II (HMO) 或醫療上不再需要氧氣設備，則必須歸還氧氣設備。

如果您離開計劃，回到傳統聯邦醫療保險，會發生什麼事？

傳統聯邦醫療保險會要求氧氣供應商為您提供五年的服務。在租用該設備的前 36 個月期間。在剩餘的 24 個月內，該供應商會提供設備和維護（您仍須負責氧氣的共付額）。五年之後，您可選擇繼續使用同一間公司或轉至另一間公司。此時，五年週期會再次開始，即使您仍繼續使用同一間公司，您必須支付前 36 個月的共付額。如果您加入或離開本計劃，五年的週期會重新開始計算。

章 4:

醫療給付表 (承保範圍及費用)

節 1 瞭解承保服務的自費費用

本章提供醫療給付表，其中列出了您承保的服務，並說明您身為中心健保特選計劃 II (HMO) 的保戶需為每項承保服務支付的費用。您可在本章後段找到一些不在承保範圍內的醫療服務資訊。它也說明特定服務的限制。

節 1.1 承保服務的自費費用類型

要瞭解本章所述的付款資訊，您需要先瞭解承保服務的自付費用類型。

- **共付額**是指每次您獲得特定醫療服務所需支付的固定金額。當您接受醫療服務時，需要即刻支付共付額。(請參閱第 2 節的醫療給付表以瞭解有關共付額的詳細資訊。)
- **共同保險金**是指佔特定醫療服務費用總額一定比例的自付費用。當您接受醫療服務時，需要即刻支付共同保險金。(請參閱第 2 節的醫療給付表以瞭解有關共同保險金的詳細資訊。)

大多數符合聯邦醫療補助或合資格聯邦醫療保險保險受益人 (QMB) 計劃的人士，都不應支付自付額、共付額或共同保險金。如適用，請務必向您的提供者出示您的聯邦醫療補助證明或 QMB 資格證明。

節 1.2 聯邦醫療保險 Part A 和 Part B 承保醫療服務的最高自付費用是多少？

由於您投保聯邦醫療保險優惠計劃，您每年僅需針對聯邦醫療保險 Part A 和 Part B 承保的網絡內醫療服務支付總費用一定限額的自費費用。此限額稱為醫療服務的最高自付額 (MOOP)。對於日曆年度 2024 年，此金額為 \$1,199。

針對網絡內承保服務，您所支付的共付額和共同保險金之金額皆計入此最高自付額。您支付的計劃保費以及 Part D 處方藥等費用皆不計入最高自付額。此外，您為某些服務所支付的金額，並不計入最高自付額。這些服務在醫療給付表中會以星號標示。如果您達到了 \$1,199 的最高自付額，則您在本年度結束以前不必為 Part A 和 Part B 承保的網絡內服務支付任何自費費用。不過，您必須繼續支付您的計劃保費及聯邦醫療保險 Part B 保費 (除非您的 Part B 保費由聯邦醫療補助或其他第三方給付)。

節 1.3 本計劃不允許服務提供者向您收取差額負擔

身為中心健保特選計劃 II (HMO) 保戶，一項重要的保障是，當您接受本計劃承保的服務時，您只需支付您的分攤費用金額。提供者不可另行增加附加費用 (稱為「差額負擔」)。即使我們支付給提供者的金額少於他們所收的服務費用，以及由於我們未支付特定的提供者費用而產生糾紛，此項保護措施仍適用。

保護措施的計算方式如下。

- 如果您的分攤費用是共付額 (固定金額，例如 \$15.00)，那麼您只需支付此共付額，即可獲得網絡內服務提供者所提供的任何承保服務。

章 4. 醫療給付表 (承保範圍及費用)

- 如果您的分攤費用是共同保險金 (費用總額的一定比例) ，那麼您絕對不必支付超過這個比例。然而，您支付的費用視提供者類型而定：
 - 如果您獲得網絡內服務提供者的承保服務，您支付的費用為共同保險金百分比乘以計劃的退款比例 (由提供者與計劃之間簽訂的合約而定) 。
 - 如果您獲得參與 Medicare 計劃的網絡外服務提供者所提供的承保服務，您支付的費用為共同保險金百分比乘以 Medicare 給特約提供者的支付比例。(請記住，本計劃只在特定情況下承保網絡外服務提供者提供的服務，例如當您獲得轉診時，或適用於急診或緊急需求服務。)
 - 如果您獲得未參與 Medicare 計劃的網絡外服務提供者所提供的承保服務，您支付的費用為共同保險金百分比乘以 Medicare 給非參與提供者的支付比例。(請記住，本計劃只在特定情況下承保網絡外服務提供者提供的服務，例如當您獲得轉診、需要急診，或是在服務區域外需要緊急需求服務時。)
- 如果您認為某一服務提供者向您收取差額負擔，請致電保戶服務部。

節 2 利用醫療給付表來瞭解您享有的承保服務及應支付費用

節 2.1 計劃保戶所享醫療給付及應付費用

以下幾頁的醫療給付表列出了 中心健保特選計劃 II (HMO) 承保的服務，以及您需為各項服務支付的自費費用。若要瞭解 Part D 處方藥承保範圍，請參閱第 5 章。只有在醫療給付表中所列的服務符合下列承保要求時，才會被承保：

- 您享有的 Medicare 承保服務必須根據 Medicare 所建立的承保規範提供。
- 您的服務 (包括醫療照護、服務、用品、設備及 Part B 處方藥) 必須屬於必要的醫療。必要的醫療是指為了預防、診斷或治療您的醫療病症所需，並且符合公認的醫療實務標準的服務、用品或藥物。
- 您可從網絡內服務提供者獲得照護。在大多數情況下，除非是緊急情況或緊急護理，或除非您的計劃或網絡內服務提供者已提供您轉診服務，否則您從網絡外服務提供者獲得的照護將不在承保範圍內。這表示您必須為服務提供者的服務支付全部費用。
- 您將由一名主治醫生 (PCP) 來為您提供並監督您的照護。在大多數情況下，您需要得到 PCP 的事先批准，才能去看本計劃網絡內的其他提供者。這稱為將您「轉診」。
- 醫療給付表中所列的某些服務只有在您的醫生或其他網絡內服務提供者事先獲得我們的批准 (有時也稱為「事先授權」) 時，才能獲得承保。醫療給付表中需要事先核准的承保服務以斜體標示。

有關我們承保範圍的其他重要須知：

- 就像所有 Medicare 保健計劃一樣，我們承保 Original Medicare 所承保的所有服務項目。對於部分這些給付，您在本計劃中支付的費用高於 Original Medicare 的部分給付。對於其他部分，您支付的費用較少。(請查閱您的《2024 年 Medicare 與您》手冊，以深入瞭解 Original Medicare 的承保範圍和費用。您可於 www.medicare.gov 線上查閱，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本，本專線全年無休。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。)


章 4. 醫療給付表 (承保範圍及費用)

- 您無須額外付款即可享有 Original Medicare 提供的所有免費預防性服務。但是，如果您接受預防性服務就診期間，同時因為現有的醫療病症接受治療或監測，那麼您就必須支付因現有醫療病症而接受的照護的共付額。
- 如果 Medicare 在 2024 年期間增加任何新的服務承保範圍，這些服務將由 Medicare 或本計劃承保。
- 如果您經診斷患有以下所述的慢性病症且符合特定標準，您可能符合獲得慢性病症特殊補充給付的資格。
 - 心血管疾病 (限心律不整、冠狀動脈疾病、周邊血管疾病和慢性靜脈血栓栓塞性疾病)
 - 慢性心臟衰竭
 - 失智症
 - 糖尿病
 - 慢性肺病
 - 腎臟疾病
- 您的資格將根據您從醫療服務提供者獲得的合格診斷之確認而決定。
- 如需其他詳細資訊，請參閱下方醫療給付表中的「慢性病症特殊補充給付」一列。
- 請聯絡我們，以瞭解您符合資格可獲得的確切給付。





您會在給付表中的預防性服務旁看到這個蘋果圖示。

醫療給付表


您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
 腹部主動脈瘤篩檢 高危險族群的單次超音波篩檢。您必須有特定風險因素，並且獲得醫生、醫生助理、護理師或臨床護理專家的轉診書，本計劃才會承保這項篩檢服務	符合預防性篩檢資格的保戶，不需要支付共同保險金、共付額或自付額。 <i>可能需要事先授權。</i> <i>可能需要轉診。</i>
慢性下背部疼痛針灸 承保服務包括： 在以下情況，Medicare 受益人 90 天內最多 12 次門診： 這項給付針對慢性下背部疼痛的定義為： <ul style="list-style-type: none"> • 持續 12 週以上； • 無特定病因，沒有確切的全身性原因 (即與轉移性、發炎性、感染疾病等無關) ； • 非手術相關；並且 	如果您接受來自主治醫生或專家的服務，您需為 Medicare 承保的針灸服務支付 \$0 共付額，或支付適用的專業人員分攤費用。 如需詳細資訊，請參閱「醫生/執業者服務，包括醫生診所就診」。 <i>可能需要事先授權。</i>

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<ul style="list-style-type: none">• 非懷孕相關。 <p>針對有所改善的患者，將承保額外八次療程。每年不可施用超過 20 次針灸治療。</p> <p>若患者並未改善或反而惡化，則必須中止治療。</p> <p>對於提供者的要求：</p> <p>醫生 (如社會安全法案 [簡稱「法案」] 的 1861(r)(1) 所定義) 可按照適用的州要求提供針灸服務。</p> <p>如果醫生助理 (PA)、護理師 (NP)/ 臨床護理專家 (CNS) (如法案的 1861(aa)(5) 所認定) 以及輔助人員符合所有適用的州要求並且具備以下條件，則可提供針灸服務：</p> <ul style="list-style-type: none">• 經針灸與東方醫學認證委員會 (ACAOM) 認可之學校的針灸或東方醫學碩士或博士學位；以及• 現代、完整、有效且不受限制的執照，可在美國的州、領地或聯邦 (亦即波多黎各) 或哥倫比亞特區進行針灸執業。 <p>根據 42 CFR §§ 410.26 和 410.27 法規的要求，提供針灸服務的輔助人員必須在醫生、PA 或 NP/CNS 的適度監督指導下進行。</p>	<p>可能需要轉診。</p>
<p>針灸 - 例行性*</p> <p>每年不限次數的針灸就診。</p>	<p>您需支付 \$0 共付額</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p>
<p>救護車服務</p> <p>承保的救護車服務 (無論是用於緊急或非緊急情況) 包括固定翼、旋轉翼和地面救護車服務，將病患送到最近且適合提供照護服務的設施機構。但是，僅當保戶因醫療病症限制不能使用其他交通工具 (可能危及此人的健康)，或在本計劃授權的情況下，才能使用此服務。</p> <p>如果承保的救護車服務不是用於緊急情況，則應在記錄中載明保戶因其病症程度，使用其他交通工具可能危及此人的健康，且救護車的交通服務屬於必要的醫療。</p>	<p>您需為每趟地面救護車服務支付 \$150 共付額。</p> <p>您需支付預先安排、非緊急的機構間地面救護車轉送的 \$0 共付額，包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 兩家急症醫院之間• 兩家專業護理機構 (SNF) 之間• 從急症醫院到專業護理機構 (SNF) <p>可能需要事先授權。</p>



您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
	<p>您需為每趟空中救護車服務支付 20% 共同保險金。</p> <p><i>可能需要事先授權。</i></p>
<p>全球急診交通服務承保範圍*</p> <p>我們會為全球接受的急診交通服務提供承保。(全球是指在美國及其領地之外所接受的急診照護)。急診交通服務必須由持有執照的急診交通服務車輛提供。</p> <p>如果您在美國及其領地以外急診，您將必須自行預付所提供的服務費用。您必須提交英文版的出院摘要或同等醫療文件，以及依美元計費的付款證明，才能向中心健保特選計劃 II (HMO) 申請退款。退款前，我們會先審查文件以判斷醫療必要性及適當性。我們可能不會支付您全額自付費用。</p> <p>如果臨床紀錄不是英文版，您將需要提供認證翻譯。如果付款發票不是以美元計費，將使用支票處理時的匯率計算退款金額。款項僅以美元支付。貨幣匯率費用、翻譯費用、郵資、返回美國旅費，以及其他非醫療費用均不予給付。</p>	<p>您需為每趟全球急診交通服務支付 \$0 共付額。</p> <p>全球服務設有一個每年 \$100,000 的年度上限，包括合併計算的全球急診服務、全球緊急需求服務，以及全球急診交通服務。</p>
<p> 年度保健就診</p> <p>如果您投保 Part B 超過 12 個月，您可獲得一次年度保健就診，以根據您目前的健康及風險因素來制定或更新個人的預防性計劃。此承保服務每 12 個月一次。</p> <p>注意：在您進行「歡迎參加 Medicare」預防性就診的 12 個月以內，不能接受第一次年度保健就診。不過，在您已投保 Part B 12 個月之後，不需要進行「歡迎參加 Medicare」就診，即可獲得年度保健就診。</p>	<p>針對年度保健就診，不需要支付共同保險金、共付額或自付額。</p> <p><i>可能需要事先授權。</i></p> <p><i>可能需要轉診。</i></p>
<p> 骨質密度檢測</p> <p>對於符合條件的患者 (通常指有骨質密度流失或有骨質疏鬆症風險的人)，以下服務每 24 個月可獲得一次承保，或者如果屬於必要的醫療，則可以更加頻繁地獲得承保：鑒定骨質密度、檢測骨質流失或鑒定骨質品質的程序，包括醫生對鑒定結果的說明。</p>	<p>針對 Medicare 承保的骨質密度檢測，不需要支付共同保險金、共付額或自付額。</p> <p><i>可能需要事先授權。</i></p> <p><i>可能需要轉診。</i></p>

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<p> 乳癌篩檢 (乳房 X 光攝影)</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 35 至 39 歲之間，一次基準的乳房 X 光攝影• 40 歲和以上的婦女每 12 個月一次乳房 X 光攝影篩檢• 每 24 個月一次臨床乳房檢查	<p>針對承保的乳房 X 光攝影篩檢，不需要支付共同保險金、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p>
<p>心臟復健服務</p> <p>心臟復健服務的綜合計劃為符合特定病症並獲得醫囑為保戶承保的運動、教育及輔導服務。</p> <p>本計劃也承保比心臟復健服務計劃更為嚴格或密集的強化心臟復健服務計劃。</p>	<p>您支付心臟復健每次就診的 \$0 共付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p> <p>您需支付密集心臟復健每次就診的 \$0 共付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p>
<p> 心血管疾病風險降低就診 (心血管疾病治療)</p> <p>每年承保一次主治醫生就診，以幫助您降低心血管疾病風險。就診期間，醫生可能跟您討論阿斯匹靈的使用 (若適用)，測量您的血壓，並對您的飲食健康提供建議。</p>	<p>針對心血管疾病預防性給付的密集行為治療，不需要支付共同保險金、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p>
<p> 心血管疾病檢測</p> <p>驗血以檢測心血管疾病 (或有關心血管疾病風險升高的異常情況)，每 5 年 (即 60 個月) 一次。</p>	<p>針對所承保每 5 年一次的心血管疾病檢測，不需要支付共同保險金、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p>
<p> 子宮頸癌和陰道癌篩檢</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 適用於所有女性：每 24 個月可獲得一次子宮頸抹片檢查和骨盆檢查承保	<p>針對 Medicare 承保的預防性子宮頸抹片檢查和骨盆檢查，不需要支付共同保險金、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>

章 4. 醫療給付表 (承保範圍及費用)

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> 若您是子宮頸癌或陰道癌的高風險者，或是處於生育的年齡，並在過去 3 年內子宮頸抹片檢查異常：每 12 個月一次子宮頸抹片檢查 	<p>可能需要轉診。</p>
<p>整脊服務</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 只承保脊椎半脫位的人工矯正 	<p>您每次就診需支付 \$0 共付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p>
<p> 結腸直腸癌篩檢</p> <p>以下是承保的篩檢項目：</p> <ul style="list-style-type: none"> 結腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制，對於非高風險患者，每 120 個月 (10 年) 一次，或是對於非結腸直腸癌高風險患者，在上次軟式乙狀結腸鏡檢查後 48 個月一次，對於高風險患者，則是在上次結腸鏡篩檢或銀劑灌腸篩檢後，每 24 個月一次。 為 45 歲以上患者進行的軟式乙狀結腸鏡檢查。對於非高風險患者，在接受結腸鏡篩檢後，每 120 個月一次。對於高風險患者，在上次軟式乙狀結腸鏡檢查或銀劑灌腸篩檢後，每 48 個月一次。 為 45 歲以上的患者進行的糞便潛血篩檢。每 12 個月一次。 適用於 45 至 85 歲且不符合高風險標準之患者的多重目標糞便 DNA。每 3 年一次。 適用於 45 至 85 歲且不符合高風險標準之患者的血液生物標記檢驗。每 3 年一次。 在銀劑灌腸篩檢或前次結腸鏡篩檢中，以銀劑灌腸作為結腸鏡檢查的替代方案。 對於 45 歲以上的非高風險患者，以銀劑灌腸作為軟式乙狀結腸鏡檢查的替代方案。在上次銀劑灌腸篩檢或軟式乙狀結腸鏡篩檢後至少 48 個月一次。 <p>結腸直腸癌篩檢包括在 Medicare 承保的非侵入性糞便結腸直腸癌篩檢傳回陽性結果後，進行的後續結腸鏡篩檢。</p>	<p>這些 Medicare 承保的結腸直腸癌篩檢 (其中不包括適用共同保險金的銀劑灌腸) 沒有共同保險金、共付額或自付額。如果您的醫生在結腸鏡或軟式乙狀結腸鏡檢查期間，發現並切除了息肉或其他組織，則篩檢檢查將成為診斷檢查，而且您需支付 \$0 共付額。</p> <p>您需為銀劑灌腸支付 \$0 共付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p>
<p>牙科服務</p> <p>一般來說，Original Medicare 不承保預防性牙科服務 (例如洗牙、例行牙齒檢查和牙科 X 光)。然而，Medicare</p>	<p>您需為 Medicare 承保的牙科服務支付 \$0 共付額</p> <p>可能需要事先授權。</p>


章 4. 醫療給付表 (承保範圍及費用)

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<p>目前在有限的情況下支付牙科服務費用，尤其是當該服務是受益人主要醫療病症之特定治療的一部分時。一些例子包括骨折或受傷後的頷骨重建、為頷骨癌症放射治療做準備而進行的拔牙，或是在腎臟移植前進行的口腔檢查。此外，我們也承保：</p> <p>預防性牙科服務 (例如口腔檢查、X 光、洗牙)</p> <p>綜合性牙科服務</p> <ul style="list-style-type: none"> • 非例行性服務 • 診斷服務 • 修復服務 • 牙髓病學 • 牙周病學 • 拔牙 • 植牙服務、牙科補綴、其他口腔/顎面手術、其他服務 <p>給付可能必須按照 ADA 法規規範遵守排除項目和限制。 請參閱您的牙科承保證明，以取得更詳細的給付資訊。</p>	<p>您需支付 \$0 - \$41 共付額</p> <p>您需支付 \$0 - \$166 共付額。</p> <p>您需支付 \$0 - \$15 共付額</p> <p>您需支付 \$0 - \$424 共付額。</p> <p>您需支付 \$0 共付額。</p> <p>您需支付 \$0 共付額。</p> <p>您需支付 \$0 - \$237 共付額。</p> <p>您需支付 \$0 - \$2,160 共付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p>
<p> 憂鬱症篩檢</p> <p>每年承保一次憂鬱症篩檢服務。篩檢必須在能提供後續治療及/或轉診的初級保健中心進行</p>	<p>針對年度憂鬱症篩檢就診，不需要支付共同保險金、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p>
<p> 糖尿病篩檢</p> <p>如果您有以下任何風險因素，我們承保這項篩檢 (包括禁食血糖測試)：高血壓、膽固醇異常史和三酸甘油酯水平史 (血脂異常)、肥胖症或高血糖 (葡萄糖) 病史。如果</p>	<p>針對 Medicare 承保的糖尿病篩檢，不需要支付共同保險金、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>


您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<p>您因為超重或有糖尿病家族史而符合其他條件，也可獲得承保。</p> <p>根據以上檢驗結果，您可能有資格享有每 12 個月最多兩次的糖尿病篩檢。</p>	<p>可能需要轉診。</p>
<p> 糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務與用品供應</p> <p>適用於所有糖尿患者 (胰島素及非胰島素使用者)。承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 血糖監測用品：血糖監測器、血糖試紙、採血器和採血針、檢驗試紙及檢測器準確度的血糖控制解決方案。• 適用於患有嚴重糖尿病足病的糖尿病患者：每個日曆年度一雙訂製的治療鞋 (包括配套鞋墊) 以及兩雙備用鞋墊，或一雙深鞋和三雙鞋墊 (不含非訂製卸除式配套鞋墊)。試穿也可獲得承保。• 在特定情況下，糖尿病自我管理訓練在承保範圍之內。• 某些糖尿病用品，包括血糖測試產品，僅限於特定品牌和製造商。首選糖尿病產品為 Abbott 品牌 (Freestyle 和 Precision) 和 LifeScan 品牌 (One Touch)。最新的這些糖尿病用品供應商名單可在本公司網站上取得。	<p>您需支付 \$0 共付額 可能需要事先授權。</p> <p>您需支付 \$0 共付額 可能需要事先授權。</p> <p>您需支付 \$0 共付額 可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p>
<p>耐用醫療設備 (DME) 及相關用品</p> <p>(請參閱本文件第 12 章與第 3 章第 7 節，以瞭解有關耐用醫療設備的定義。)</p> <p>承保項目包括但不限於：輪椅、拐杖、動力床墊系統、糖尿病用品、由提供者訂購用於您住家的醫用床、IV 輸液泵、言語發聲裝置、氧氣設備、噴霧器及助行器。</p> <p>我們承保 Original Medicare 所承保的所有必要的醫療 DME。如果我們在您所在地區的供應商不具備特定的品牌或製造商，您可以詢問他們是否可以為您特別訂購。請在我們的網站：www.centralhealthplan.com 查閱最新的供應商名單。</p>	<p>您需支付 \$0 - 20% 共同保險金。</p> <p>針對 Medicare 承保的手杖、便桶、拐杖、助行器和附屬物，不需要支付共同保險金、共付額或自付額。</p> <p>您需為 Medicare 承保的心室輔助裝置和配件、言語發聲裝置和配件、電刺激儀和配件，以及電動移動裝置 (包括輪椅、踏板車) 和配件支付 20% 共同保險金。</p>

章 4. 醫療給付表 (承保範圍及費用)

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
	<p>您需為所有其他 Medicare 承保的 DME 支付 10% 的共同保險金。</p> <p>您的 Medicare 氧氣設備承保分攤費用為每月 10% 共同保險金。</p> <p>您的分攤費用在投保 36 個月後不會改變。</p> <p><i>可能需要事先授權。</i></p>
<p>急診照護</p> <p>急診照護是指以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 由具備急救護理資格的提供者提供的急診服務，及 • 為評估或穩定緊急醫療病症所需的服務。 <p>緊急醫療情況是指您本人或有一般醫學常識的外行人判斷，您的醫療症狀需要立刻得到醫治，否則可能喪失生命（就孕婦而言，則為失去未出生的孩子）、截肢或喪失肢體功能的情況。醫療症狀可包括快速惡化的疾病、受傷、劇痛或醫療病症。</p> <p>由網絡外服務提供者進行的必要急診服務，其分攤費用與由網絡內服務提供者進行者相同。</p> <p>全球急診承保範圍*</p> <p>本計劃承保在全球接受的急診照護（全球包括在美國及其領地之外所接受的急診照護）。服務依在美國及其領地提供相同服務時適用之相同醫療必要性及適當性條件，在全球各地承保。</p> <p>如果您在美國及其領地以外急診，您將必須自行預付所提供的服務費用。您必須提交英文版的出院摘要或同等醫療文件，以及依美元計費的付款證明，才能向中心健保特選計劃 II (HMO) 申請退款。退款前，我們會先審查文件以判斷醫療必要性及適當性。我們可能不會支付您全額自付費用。</p> <p>如果臨床紀錄不是英文版，您將需要提供認證翻譯。如果付款發票不是以美元計費，將使用支票處理時的匯率計算退款金額。款項僅以美元支付。貨幣匯率費用、翻譯費</p>	<p>如果您從先前急診室出院的 72 小時內獲得急診室收治，您需為每次就診支付 \$0 共付額，並且為所有其他急診服務的每次就診支付 \$100 共付額。</p> <p>如果您在 3 天內住院，則免付共付額。</p> <p>如果您在網絡外醫院接受急診照護，並在緊急狀況穩定後需要住院治療，您必須回到網絡內醫院，這樣我們才會繼續給付費用，或者您必須在本計劃授權的網絡外醫院住院治療，且您的費用將是在網絡內醫院支付的分攤費用。</p> <p>您需為全球急診服務的每次就診支付 \$0 共付額。</p> <p>您必須先預付服務費用，然後送出退款申請。</p> <p>全球服務設有一個每年 \$100,000 的年度上限，包括合併計算的全球急診服務、全球緊急需求服務，以及全球急診交通服務。</p>

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
用、郵資、返回美國旅費，以及其他非醫療費用均不予給付。	
<p>隨心卡 (Flex Card)*</p> <p>隨心卡 (Flex Card) 款項會放在 每月 都會獲得補助的借記卡上。每未使用的金額 不會 延續至下一個。</p> <p>每項福利類別中的資金都會放在同張借記卡上，但只能用於該類別中的項目/服務。</p> <ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="256 699 1230 846">• 非處方 (OTC) 項目* 每月 最高 \$50 OTC 項目是不需要處方的藥物和健康相關產品。 您將有購買計劃核准的 OTC 項目的津貼。<li data-bbox="284 863 430 898">草藥目錄*<li data-bbox="284 919 974 989">您可以使用 OTC 津貼購買健康與保健草藥目錄項目。<li data-bbox="256 1014 1222 1140">• 健身津貼* 每月最高 \$20 您將有可用於符合資格的健身費用或健身地點的津貼。<li data-bbox="256 1165 1307 1255">• 牙科津貼* 每 6 個月最高 \$165 您將有可用於符合資格的牙科費用的津貼。 <p>您可以在 www.centralhealthplan.com 找到目錄，上面列出 OTC 和健康和保健草藥項目的核准項目。</p> <p>您必須先啟用借記卡，才能開始使用。如有隨心卡 (Flex Card) 福利相關問題需要協助，請致電保戶服務部 (電話號碼印在本文件的封底)。</p>	
 健康與保健教育計劃	
<p>健身給付*</p> <p>SilverSneakers® 會員資格</p> <p>SilverSneakers 可透過健身與社交連線，幫助您享有更健康、更活躍的生活。您可在 SilverSneakers 的參與地點¹ 獲得健身給付承保。您可以參加由講師帶領的經過特別設計的團體運動課程²。您可以參加在全國各地參與地點¹ 所</p>	<p>您需支付 \$0 共付額</p> <p>可能需要事先授權。</p>

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<p>開設的課程²，以及使用運動設備和其他設施。此外，SilverSneakers FLEX® 提供您多種在傳統健身房之外（例如娛樂中心、購物商場和公園）保持運動的選項。SilverSneakers 也會透過 SilverSneakers LIVE™ 課程、SilverSneakers On-Demand™ 影片、行動應用程式、SilverSneakers GO™，將您連線至支援網絡與虛擬資源。此外，您還可以使用 GetSetUp³，擁有數以千計的線上課程，激發您對烹飪、科技和藝術等主題的興趣。您只需要個人 SilverSneakers ID 號碼，即可開始使用。若要深入瞭解您可享有的給付，請前往 SilverSneakers.com 或致電 1-888-423-4632 (TTY : 711)，週一至週五上午 5 點至晚上 5 點 (PT)。</p> <p>開始運動計劃前，請務必先與醫師討論。</p> <p>¹參與的地點（「PL」）並非由 Tivity Health, Inc. 或其關係企業所擁有或營運。PL 設施和便利設施的使用受限於 PL 基本保戶資格的條款與條件。設施和便利設施依 PL 而異。</p> <p>²會員資格包含 SilverSneakers 講師引導的團體健身課程。有些地點提供保戶額外的課程。課程依地點而異。</p> <p>³GetSetUp 是第三方服務提供者，並非由 Tivity Health, Inc.（「Tivity」）或其關係企業所擁有或營運。使用者必須有網際網路服務才能存取 GetSetUp 服務。使用者需自行負擔網際網路服務費用。可能需要付費才能存取某些 GetSetUp 課程或功能。</p>	
<p>健康教育*</p> <p>健康教育課程是面對面提供，或是以虛擬方式與醫療專業人員進行的互動式教育課程，以提供健康資訊。也會提供健康教育資料，並且可讓您存取含有即時電話指導、即時介入、意見回饋和目標制定的網站。</p>	<p>您需支付 \$0 共付額 可能需要事先授權。</p>
<p>強化疾病管理* - 我們有兩個計劃：</p> <ul style="list-style-type: none">• 糖尿病疾病管理計劃：我們提供每季的糖尿病教育課程、電子報文章、照護缺口信函，以及後續追蹤電話和疾病指導。我們會在可獲得結果時，對 HbA1C 執行例行性監測，並且視情況轉診到照護協調團隊。	<p>您需支付 \$0 共付額 可能需要事先授權。</p>

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<ul style="list-style-type: none">• 高血壓專案：我們提供每季的電子報文章、照護缺口信函，以及後續追蹤電話和疾病指導。針對患有 CAD 的保戶，我們會執行他汀類藥物依從性的例行性監測，並且視情況轉診到照護協調團隊。	
<p>聽力服務</p> <p>由您的提供者進行診斷性聽力與平衡評估，確定您是否需要接受由醫生、聽力學家或其他合格提供者提供醫療治療，可做為門診照護獲得承保。</p> <p>助聽器*</p> <p>除了 Medicare 承保的給付之外，我們也提供下列補充給付：</p> <ul style="list-style-type: none">• 例行聽力檢查*：每年檢查一次。• 助聽器選配評估*：每年一次選配評估• 助聽器* 每年最多兩個助聽器 <p>我們的計劃已與核准的供應商簽約，為您提供非 Medicare 承保的聽力服務。您必須透過計劃核准的供應商取得您的助聽器。</p> <p>請聯絡保戶服務部以取得獲得這項給付的協助 (電話號碼印在本文件的背面) 。</p>	<p>您為每項 Medicare 承保的診斷聽力檢查支付 \$0 共付額。</p> <p>您每年為最多一次例行聽力檢查支付 \$0 共付額。</p> <p>您為每年最多一次的助聽器選配/評估就診支付 \$0 共付額。</p> <p><i>可能需要事先授權。</i></p> <p><i>可能需要轉診。</i></p> <p>每年透過計劃核准的供應商提供最高 \$3,000 的助聽器費用</p> <p><i>可能需要事先授權。</i></p> <p><i>可能需要轉診。</i></p>
<p> 愛滋病毒 (HIV) 篩檢</p> <p>要求進行 HIV 篩檢或 HIV 感染風險較高的人享有的承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 每 12 個月一次篩檢 <p>孕婦享有的承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 孕期最多三次篩檢	<p>若為符合 Medicare 承保的預防性愛滋病篩檢資格的保戶，不需要支付共同保險金、共付額或自付額。</p> <p><i>可能需要事先授權。</i></p> <p><i>可能需要轉診。</i></p>
<p>居家護理機構照護</p> <p>接受居家護理服務之前，醫生必須證明您需要居家護理服務，並會安排居家護理機構提供此服務。您必須因故不能出門，意即離家對您來說是非常困難的。</p> <p>承保服務包括但不限於：</p>	<p>您每次就診需支付 \$0 共付額。</p> <p><i>可能需要事先授權。</i></p> <p><i>可能需要轉診。</i></p>


您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<ul style="list-style-type: none">• 兼職或間歇性專業護理以及居家護理助理員服務 (為了將此類服務納入居家健康照護給付之中，您的專業護理和居家護理助理員服務的總計時間不得超過每天 8 小時以及每週 35 小時)• 物理治療、職業治療和言語治療• 醫療及社會服務• 醫療設備和用品	
<p>居家注射治療</p> <p>居家注射治療涉及在家中對個人施用靜脈或皮下的藥物或生物製品。執行居家注射需要的要素包括藥物 (例如，抗病毒藥、免疫球蛋白)、設備 (例如幫浦) 和用品 (例如配管及導管)。</p> <p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none">• 依護理計劃提供的專業服務，包括護理服務• 耐用醫療設備給付未承保的患者訓練與教育• 遠端監測• 針對由居家注射治療提供的監測服務，以及由合格的居家注射治療供應商調配的居家注射藥物	<p>您每次就診需支付 20% 共同保險金。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
<p>安寧照護服務</p> <p>當您的醫生和安寧醫學主任開立末期預後證明您病情嚴重，若病情持續發展，您將剩 6 個月或更短的存活時間，您便符合安寧照護給付。您可參與任何 Medicare 認證的安寧照護方案。您的計劃有義務協助您找出計劃服務區域內的 Medicare 認證的安寧照護方案，包括 MA 組織擁有、控管或具有財務利益的方案。您的安寧照護醫生可以是網絡內服務提供者，也可以是網絡外服務提供者。</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 症狀控制和緩解疼痛的藥物• 短期臨時照護• 居家照護 <p>當您進入安寧療護機構時，您有權繼續留在您的計劃中；如果您選擇繼續留在您的計劃中，您必須繼續支付計劃保費。</p> <p><u>適用於安寧照護服務及 Medicare Part A 或 Part B 承保的末期預後相關服務：Original Medicare (而非本計劃) 將</u></p>	<p>當您參與 Medicare 認證的安寧照護服務方案時，您獲得的安寧照護服務費用以及與末期預後相關的 Part A 和 Part B 服務費用皆由 Original Medicare (而非中心健保特選計劃 II (HMO)) 給付。</p> <p>安寧照護諮詢為住院護理的一部分。門診諮詢可能會收取醫生服務分攤費用。</p>

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<p>會給付安寧照護以及 Part A 和 Part B 承保的任何有關末期預後的服務。在您參與安寧照護方案期間，您的安寧照護提供者會要求 Original Medicare 給付其負責的服務費用。您將需支付 Original Medicare 分攤費用。</p> <p><u>適用於 Medicare Part A 或 Part B 承保但與末期預後無關的服務：</u>如果您需要 Medicare Part A 或 Part B 承保的非急診、非緊急需求服務且與末期預後無關，這些服務的費用取決於您是否使用本計劃的網絡內服務提供者以及遵守計劃規定（例如是否有取得事先授權的要求）。</p> <ul style="list-style-type: none">• 如果您從網絡內服務提供者獲得承保服務，並且遵守計劃規定來獲得服務，您只需支付網絡內服務的計劃分攤費用• 如果您從網絡外服務提供者獲得承保服務，您需支付網絡外服務的計劃分攤費用 <p><u>適用於 中心健保特選計劃 II (HMO) 所承保但不在 Medicare Part A 或 Part B 承保範圍內的服務：</u>中心健保特選計劃 II (HMO) 將繼續承保計劃所承保但不在 Part A 或 Part B 承保範圍內的服務，不論該服務是否與您的末期預後相關。您需支付這些服務的計劃分攤費用。</p> <p><u>適用於本計劃 Part D 給付可能承保的藥物：</u>如果這些藥物與您的末期安寧照護病症無關，您需支付分攤費用。如果這些藥物與您的末期安寧照護病症有關，則您需支付 Original Medicare 分攤費用。安寧服務和本計劃絕不會同時給付藥物。如需詳細資訊，請參閱第 5 章第 9.4 節（如果您正使用 Medicare 認證的安寧服務設施，該怎麼做？）。</p> <p>注意：如果您需要非安寧照護（與您的末期預後無關），您應該聯繫我們以便為您安排相關服務。</p> <p>本計劃為沒有獲得安寧照護給付的絕症病人提供安寧照護諮詢服務（僅限一次）。</p>	
<p> 疫苗接種</p> <p>承保的 Medicare Part B 服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 肺炎疫苗• 流感疫苗，每個秋冬的流感季，若屬於必要的醫療，則另增流感疫苗注射數量	<p>針對肺炎、流行性感冒、B 型肝炎和 COVID-19 疫苗，不需要支付共同保險金、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p>


您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<ul style="list-style-type: none">• B 型肝炎疫苗，如果您有罹患 B 型肝炎的高度或中度風險• COVID-19 疫苗• 其他疫苗，如果您有罹患相關疾病的風險，而且這些疫苗符合 Medicare Part B 承保規定 <p>我們也承保 Part D 處方藥給付的某些疫苗。</p>	
<p>居家膳食方案*</p> <ul style="list-style-type: none">• 您可獲得送至府上的冷凍加熱即食餐點。• 在手術或住院治療之後，或是如果您因確診或接觸 COVID-19 確診者，而遵照健康照護提供者的囑咐進行 14 天的居家隔離，您可能有資格立即獲得每天兩餐，共 14 天。• 這項給付每年最多可使用 4 次。• 您可在整個日曆年度使用個人禮賓服務。 <p>開始使用：</p> <ul style="list-style-type: none">• 致電保戶服務部 (電話號碼印在本文件的封底) 。	<p>針對餐點，不需要支付共同保險金、共付額或自付額。</p> <p><i>可能需要事先授權。</i></p>
<p>居家安全評估和居家浴室安全裝置及裝修*</p> <p>如果您不符合 Original Medicare 居家護理給付的居家安全評估資格，您可獲得有關您跌倒風險的居家安全評估，由職業治療師或其他合格保健專業人員進行該評估，以判斷您是否符合安裝浴室安全裝置的資格。</p> <p>居家和浴室安全裝置及裝修包含購買及在您的住所安裝 CMS 允許的浴室安全裝置的費用，但必須透過居家安全評估給付並以我們保健專業人員的建議為條件。遵守每年的 \$3,000 給付上限的購買/安裝安全裝置，包括以下各項：</p> <ul style="list-style-type: none">• 固定於浴缸壁面的扶手• 防滑浴墊• 浴缸安全椅，以便您緩慢進入浴缸，而不需要踏進浴缸• 淋浴椅• 手持式蓮蓬頭，能讓您在坐著的時候沐浴• 馬桶椅• 增高馬桶椅	<p>針對居家安全評估，不需要支付共同保險金、共付額或自付額。</p> <p><i>可能需要事先授權。</i></p> <p>針對購買和安裝居家和浴室安全裝置及裝修，您每年可獲得 \$3,000 補貼。</p> <p>如果超出補貼上限，您需負責支付任何超出的金額。</p>

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<p>居家支援服務*</p> <p>從醫院或專業護理機構出院後或透過個案管理轉診的保戶有資格享有服務。福利包括陪伴、日常生活活動、取藥，以及購買食品雜貨或其他必需品的協助。服務必須由計劃的合約供應商取得。</p> <p>每個日曆年上限最多 20 小時。請聯絡保戶服務部以取得更詳細的資訊。</p> <p>居家支援服務與居家護理機構照護是分開的。如需詳細資訊，請參閱本表中的「居家健康機構照護」。</p> <p>透過 Medi-Cal 計劃，Medi-Cal 保戶可能享有不同給付，稱為到府看護服務 (In-Home Supportive Services, IHSS)。Medi-Cal 提供的 IHSS 給付並未由中心健保特選計劃 II (HMO) 管理，且與此承保分開。</p>	<p>針對家庭支援服務，不需要支付共同保險金、共付額或自付額。</p> <p><i>可能需要事先授權。</i></p>
<p>住院照護</p> <p>包括住院急性就診、住院復健、長期照護醫院，以及其他類型的醫院服務。住院照護從您依照醫囑正式入院當天起算。您出院的前一天是住院日的最後一天。</p> <p>本計劃承保 90 天的住院停留。本計劃也承保 60 天「終身儲備天數」。這些是我們承保的「額外」天數。如果您的住院時間超過 90 天，您可以使用這些額外的天數。但一旦您使用完這額外的 60 天，您的住院承保將限制為 90 天。</p> <p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none">• 半私家病房 (或屬於必要的醫療的私家病房)• 膳食，包括特殊飲食• 定期的護理服務• 特殊照護單位 (例如密集照護或冠狀動脈照護單位) 的費用• 藥物• 化驗室檢測• X 光及其他放射科服務• 必要的手術及醫療用品• 器具使用 (例如輪椅)• 手術室及康復室費用• 物理、職能及言語治療	<p>您支付 \$50 共付額/每天 (針對 1-6 天)</p> <p>您支付 \$0 共付額/每天 (針對 7-90 天)</p> <p>您需為每個終生儲備天數支付 \$0 共付額。</p> <p><i>可能需要事先授權。</i></p> <p><i>可能需要轉診。</i></p> <p>給付週期始於您入住醫院或專業護理機構 (SNF) 的當日。當您連續 60 天沒有接受任何住院照護 (或 SNF 的專業照護) 時，給付週期就會結束。如果您在一個給付週期結束後入院或入住 SNF，新的給付週期隨即開始。</p> <p>如果緊急情況穩定後，您在網絡外醫院接受經授權的住院治療，您要支付的費用為在網絡內醫院的最高分攤費用。</p>

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<ul style="list-style-type: none">• 住院病人藥物濫用服務• 在某些情況，將承保以下類型的移植：角膜、腎臟、腎/胰腺、心臟、肝、肺、心/肺、骨髓、幹細胞、腸/多重內臟。如果您需要移植，我們將安排 Medicare 核准的移植中心評估您的病情，並確定您是否適合移植。移植服務提供者可能是服務區域當地或以外的醫療服務提供者。如果我們網絡內的移植服務在社區照護模式外，只要當地移植服務提供者願意接受 Original Medicare 費率，您就可以選擇在當地進行。如果中心健保特選計劃 II (HMO) 在您社區移植照護模式以外的地點提供移植服務，而您選擇在此外地接受移植服務，我們會為您和一位同伴安排住宿及交通或支付適當費用。• 血液 - 包括血液儲存和管理。所有血液構成要素會從使用第一品脫開始承保• 醫生服務 <p>注意：您必須獲得提供者出具的正式書面住院證明之後才算住院。即使您在醫院中過夜，也可能算作門診。如果您不確定自己是住院患者或門診患者，您應詢問醫院工作人員。</p> <p>詳情也請參閱 Medicare 說明書：<i>您屬於醫院的住院還是門診患者？若您已投保 Medicare – 請放心詢問吧！</i>這份說明書可在以下網站查閱：https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf，或請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。這些號碼是免費電話，並可全天候提供服務。</p>	
<p>精神病院的住院服務</p> <p>承保服務包括住院期間的心理健康照護服務。</p> <ul style="list-style-type: none">• 精神病院住院的終身天數限制為 190 天。190 天的限制不適用於在綜合醫院的精神科提供的住院病人心理健康服務。• 本計劃承保 90 天的住院停留。• 本計劃也承保 60 天「終身儲備天數」。這些是我們承保的「額外」天數。如果您的住院時間超過 90 天，您可以使用這些額外的天數。不過，一旦您使用完這額外的 60 天，您的住院承保將限制為 90 天。	<p>您每次住院需支付 \$0 共付額</p> <p>您需為每個終生儲備天數支付 \$0 共付額。</p> <p>給付週期始於您入住醫院或專業護理機構 (SNF) 的當日。當您連續 60 天沒有接受任何住院照護 (或 SNF 的專業照護) 時，給付週期就會結束。如果您在一個給付週</p>

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
	<p>期結束後入院或入住 SNF，新的給付週期隨即開始。</p> <p><i>可能需要事先授權。</i></p> <p><i>可能需要轉診。</i></p>
<p>住院停留：於非承保住院停留期間在醫院或 SNF 獲得的承保服務</p> <p>如果您的住院給付已使用完畢或住院停留是不合理或不必要的，我們將不承保住院停留。不過，在特定情況下，我們將承保您在醫院或專業護理機構 (SNF) 獲得的部分服務。承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none">• 醫生服務• 診斷測試 (例如化驗室檢測)• X 光、鐳和同位素治療，包括技術人員材料和服務• 外科敷料• 用於減少骨折及脫位風險的夾板、石膏及其他裝置• 義肢與矯正設備 (牙科類除外)，用於替代全部或部分體內器官 (包括相鄰組織)，或替代永久失效或失常之體內器官的全部或部分功能。此服務承保以上設備的更換或修理• 腿、手臂、背部、頸部等支架；桁架、假腿、假臂及假眼。此服務涵蓋以上裝置的調整、修理以及因破損、磨損、遺失或患者身體狀況改變引起的必要更換• 物理治療、言語治療和職業治療	<p>當您的住院停留不再受到承保時，這些服務將如以下各節所述承保：</p> <p>請參閱下方的「醫生/執業者服務，包括醫生診所就診」。</p> <p>請參閱下方的「門診診斷檢測和治療服務與用品」。</p> <p>請參閱下方的「義肢裝置及相關用品」。</p> <p>請參閱下方的「門診康復服務」。</p>
<p> 醫學營養治療</p> <p>此給付適用於糖尿病患者、腎病 (但不接受透析治療) 或經醫生囑咐進行腎臟移植之後的患者。</p> <p>您身為 Medicare (包含本計劃、任何 Medicare Advantage 計劃及 Original Medicare) 保戶接受醫學營養治療的第一年內，將享有 3 個小時的一對一諮詢輔導，之後為每年 2 個小時一對一諮詢輔導。如果您的病情、治療或診斷發生改變，您可以在醫生的囑咐下接受更長時間的治療。如果您的治療需要延續到下一個日曆年度，則醫生必須開出服務處方並每年更新醫囑。</p>	<p>若為有資格使用 Medicare 承保的醫學營養治療服務的保戶，不需要支付共同保險金、共付額或自付額。</p> <p><i>可能需要事先授權。</i></p> <p><i>可能需要轉診。</i></p>

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<p> Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP)</p> <p>所有 Medicare 保健計劃承保符合資格之 Medicare 受益人的 MDPP 服務。</p> <p>MDPP 是一項結構健康行為變化干預措施，為長期的飲食習慣變化，身體活動的增加和解決問題的策略提供確實的訓練，以克服挑戰來維持減重和健康的生活方式。</p>	<p>針對 MDPP 給付，不需要支付共同保險金、共付額或自付額。</p> <p><i>可能需要事先授權。</i></p> <p><i>可能需要轉診。</i></p>
<p>Medicare Part B 處方藥</p> <p>下列藥物在 Original Medicare Part B 的承保範圍之內。本計劃保戶可透過本計劃獲得這些藥物給付。承保藥物包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 患者在接受醫生、醫院門診或非住院性手術中心服務時接受的注射或輸液，且通常並非患者自行施打的藥物• 由耐用醫療設備（如醫療上必要的胰島素幫浦）提供的胰島素• 您透過本計劃授權的耐用醫療設備（例如噴霧器）所使用的其他藥物• 如果您有血友病，您透過注射方式輸送給自己的凝血因子• 免疫抑制藥物，如果您在器官移植時已投保 Medicare Part A• 不能離家的患者使用的可注射骨質疏鬆症藥物（經醫生證明骨折與絕經後的骨質疏鬆症相關，且不能自我給藥）• 抗原• 某些口服抗癌藥物和止嘔藥物• 某些居家透析使用的藥物，包括肝素、必要的醫療的肝素解毒劑、局部麻醉劑，以及紅血球生成刺激劑（例如 Epogen®、Procrit®、Epoetin Alfa、Aranesp® 或 Darbepoetin Alfa）• 用於原發性免疫缺陷疾病居家治療的靜脈注射免疫球蛋白 <p>以下連結將前往可能受循序用藥限制的 Part B 藥物清單： https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary</p> <p>我們也承保 Part B 和 Part D 處方藥給付的某些疫苗。</p>	<p>您需支付 Part B 胰島素共付額 \$35。</p> <p>您需支付 Part B 化療/放射性藥物 20% 共同保險金，除非《降低通膨法》（Inflation Reduction Act，簡稱 IRA）的規定設有上限。</p> <p>您需支付其他 Part B 藥物 20% 共同保險金，除非《降低通膨法》（Inflation Reduction Act，簡稱 IRA）的規定設有上限。</p> <p>如果受 CMS 規則限制，您的費用可能更少。</p> <p>某些藥物可能必須遵守循序用藥。</p> <p><i>可能需要事先授權。</i></p>

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<p>第 5 章將說明 Part D 處方藥給付，以及處方藥給付所必須遵循的規定。有關本計劃保戶所需支付的 Part D 處方藥費用，請參閱第 6 章中的說明。</p>	
<p>護理諮詢熱線*</p> <p>24 小時全年無休的護士諮詢專線，由註冊護士接聽。護士將根據病情進行分診，並協助保戶決定醫療疑慮的後續步驟。適用時，護士將視需要與合格的服務提供者討論。</p>	<p>您需支付 \$0 共付額</p> <p>可能需要事先授權。</p>
<p> 肥胖篩檢和促進持續減重治療</p> <p>如果您的身體質量指數達到 30 或以上，我們將為您承保密集治療，協助您減重。您需前去可以配合您的綜合預防計劃的初級保健中心，以便獲得承保。請諮詢您的主治醫生或執業者以瞭解詳情。</p>	<p>針對預防肥胖篩檢和治療，不需要支付共同保險金、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p>
<p>鴉片類藥物治療方案服務</p> <p>如果具有鴉片類藥物使用疾患 (OUD) 的計劃保戶透過包含以下服務的鴉片類藥物治療方案 (OTP) 治療 OUD，則服務可獲得承保：</p> <ul style="list-style-type: none"> • U.S. 食品和藥物管理局 (FDA) 核准的鴉片致效劑及拮抗劑藥物輔助治療 (MAT) 藥物。 • MAT 藥物的配藥和施用 (若適用) • 物質使用諮詢 • 個人治療與團體治療 • 毒性測試 • 攝取活動 • 定期評估 	<p>您每次就診需支付 \$0 共付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p>
<p>門診診斷檢測和治療服務與用品</p> <p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • X 光 • 放射 (鐳和同位素) 治療，包括技術人員材料和用品 • 手術用品 (例如敷料) • 用於減少骨折及脫位風險的夾板、石膏及其他裝置 • 化驗室檢測 • 血液 - 包括血液儲存和管理。所有血液構成要素會從使用第一品脫開始承保 	<p>您需為診斷程序和檢驗支付 \$0 共付額</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p> <p>您需為化驗室服務支付 \$0 共付額</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p>

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<ul style="list-style-type: none">• 其他門診診斷檢驗	<p>您需為治療放射服務支付 20% 共同保險金 可能需要事先授權。 可能需要轉診。</p> <p>您需為門診診斷放射服務支付 \$0 共付額。 可能需要事先授權。 可能需要轉診。</p> <p>您需為 X 光服務支付 \$0 共付額 可能需要事先授權。 可能需要轉診。</p>
<p>門診醫院觀察</p> <p>觀察服務是醫院門診服務，用於判定您是否需要住院或可出院。</p> <p>若要承保門診醫院觀察服務，則必須符合 Medicare 標準，並且視為合理且必要。僅在醫生囑咐或其他州執照法規授權之個人指示，且醫院人員依法讓患者住院或進行門診檢驗時，才能承保觀察服務。</p> <p>注意：除非提供者出具正式書面住院證明，否則您不算住院，並需支付門診醫院服務的分攤費用。即使您在醫院中過夜，也可能算作門診。如果您不確定自己是否為門診患者，您應詢問醫院工作人員。</p> <p>詳情也請參閱 Medicare 說明書：<i>您屬於醫院的住院還是門診患者？若您已投保 Medicare – 請放心詢問吧！</i> 這份說明書可在以下網站查閱：https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf，或請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。這些號碼是免費電話，並可全天候提供服務。</p>	<p>您需為門診醫院觀察服務支付 \$0 共付額</p>
<p>門診醫院服務</p> <p>我們承保您在醫院門診部門因疾病或受傷的診斷或治療所需要的必要的醫療服務。</p>	<p>您需為門診處的乳房 X 光診斷檢查、DEXA 掃描和結腸鏡篩檢支付 \$0 共付額，並為</p>

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none">• 急診室或門診服務，例如觀察服務或門診手術• 醫院收費的化驗室和診斷檢驗• 心理健康照護，包括日間住院計劃中的照護（如果醫生證明若不包含該照護則須住院治療）• 由醫院開立帳單的 X 光及其他放射科服務• 醫療用品，例如夾板和石膏• 無法自己服用的特定藥物和生物製劑 <p>注意：除非提供者出具正式書面住院證明，否則您不算住院，並需支付門診醫院服務的分攤費用。即使您在醫院中過夜，也可能算作門診。如果您不確定自己是否為門診患者，您應詢問醫院工作人員。</p> <p>詳情也請參閱 Medicare 說明書：您屬於醫院的住院還是門診患者？若您已投保 Medicare – 請放心詢問吧！這份說明書可在以下網站查閱：https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf，或請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。這些號碼是免費電話，並可全天候提供服務。</p>	<p>所有其他服務支付 \$150 共付額</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p>
<p>門診心理健康護理</p> <p>承保服務包括：</p> <p>由擁有州政府執照的精神科醫生或醫生、臨床心理學家、臨床社會工作者、臨床專科護士、執業專業諮詢師(LPC)、執業婚姻和家庭治療師 (LMFT)、執業護士 (NP)、醫生助理 (PA) 或其他 Medicare 計劃認定的心理健康照護專業人士，於適用州法律允許的情況下提供的心理健康服務。</p> <ul style="list-style-type: none">• 由精神科醫生提供的服務• 尤其他心理健康照護提供者提供的服務	<p>您為精神科醫生的個人療程每次就診支付 \$0 共付額。</p> <p>您為精神科醫生的團體療程每次就診支付 \$0 共付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p> <p>您與其他心理健康照護提供者進行個人療程每次就診需支付 \$0 共付額。</p> <p>您與其他心理健康照護提供者進行團體療程每次就診需支付 \$0 共付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>


您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
	<p>可能需要轉診。</p>
<p>門診康復服務 承保服務包括物理治療、職業治療及言語治療。 門診康復服務由各種門診設施提供，例如醫院門診部、獨立治療診所以及綜合門診病患復健機構 (CORF)。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 由物理治療師或言語治療師提供的服務 • 由職能治療師提供的服務 	<p>您可能需要轉診。</p> <p>您需為物理治療或言語治療每次就診支付 \$0 共付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p> <p>您需為職能治療每次就診支付 \$0 共付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p>
<p>藥物濫用門診治療服務 本計劃和 Original Medicare 一樣承保藥物濫用治療。</p>	<p>您需為個人療程的每次就診支付 \$0 共付額。</p> <p>您需為團體療程的每次就診支付 \$0 共付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p>
<p>門診手術 (包括醫院門診部及非住院性手術中心提供的服務)</p> <p>注意：如果您在醫院機構接受手術，您應與提供者確認自己是住院患者還是門診患者。除非提供者開立入院醫囑，否則您會被視為門診患者且需支付門診手術的分攤費用。即使您在醫院中過夜，也可能算作門診。</p>	<p>您需為門診處的乳房 X 光診斷檢查、DEXA 掃描和結腸鏡篩檢支付 \$0 共付額，並為所有其他服務支付 \$150 共付額</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p> <p>您需為非住院性手術中心服務支付 \$0 共付額</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p>
<p>日間住院服務和密集門診服務</p> <p>日間住院是一種積極精神治療的結構化方案，由社區心理健康中心作為醫院門診服務提供。它的強度大於醫生或治療師診所的照護，是住院治療的替代方案。</p>	<p>您每天需支付 \$10 共付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p>

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<p>密集門診服務是一種積極行為 (心理) 健康治療的結構化方案，在醫院門診部、社區心理健康中心、聯邦合格健康中心或鄉村醫療診所提供，它的強度大於醫生或治療師診所的照護，但強度小於日間住院。</p>	
<p>個人應急系統 (PERS)* 您將可使用進階醫療警報系統。 您的 PERS 裝置協助獨立成年人在自由與安全間取得平衡，讓您與照護圈內的每個人維持聯繫，包括醫師、護士、家人和朋友。</p>	<p>您需為含有 GPS 和跌倒偵測的行動 PERS 裝置支付 \$0，享受全年無休的監測 <i>可能需要事先授權。</i></p>
<p>醫生/執業者服務，包括醫生診所就診 承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 在醫生診所、認證非住院性手術中心、醫院門診部等其他任何地方，屬於必要的醫療的醫療照護或手術服務• 由專科醫生進行諮詢、診斷和治療• 您的 PCP 或專科醫師進行的基本聽力平衡檢查 (如果有醫囑指示要確知您是否需要治療)• 某些特定遠距醫療服務，包括：主治醫生服務、專科醫師服務、心理健康特殊服務的個人療程、精神科服務的個人療程<ul style="list-style-type: none">◦ 您可以選擇親自就診或透過遠距醫療接受這些服務。如果您選擇透過遠距醫療獲得其中一項服務，您必須使用透過遠距醫療提供服務的網絡內服務提供者。您可透過電話、網際網路或行動應用程式使用遠距醫療服務。◦ 您可以撥打 1-800-TELADOC 與 Teledoc 聯繫，請造訪他們的網站 www.teledoc.com，或從 Apple 或 Google Play 商店下載他們的行動應用程式。若要在線上設定帳戶，請前往 www.teledoc.com，然後按一下「設定帳戶」。若要存取行動應用程式，請從 Apple 或 Google Play 商店下載應用程式，然後按一下「啟動帳戶」。您的帳戶設定好之後，請在您需要照護時隨時請求諮詢，並透過電話、網路或行動應用程式與醫師交談。	<p>您需為 PCP 診所就診支付 \$0 共付額 您需為專科醫師診所就診支付 \$0。 <i>可能需要事先授權。</i> <i>可能需要轉診。</i> 您需為遠距醫療就診支付 \$0 共付額 <i>可能需要事先授權。</i> <i>可能需要轉診。</i></p>

章 4. 醫療給付表 (承保範圍及費用)

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> • 一些遠距醫療服務 (包括醫生或執業者的諮詢、診斷及治療) 會提供給某些鄉村地區的患者，或其他 Medicare 核准的場所 • 於醫院或特約醫院內的腎臟中心、腎臟透析機構或保戶家中，為居家洗腎的保戶提供每月末期腎臟病相關的遠距醫療服務 • 用於診斷、評估或治療中風症狀的遠端醫療服務 (不論您的所在地點) • 對於具有物質使用疾病或併發心理健康疾病的保戶提供的遠距醫療服務 (不論保戶的所在地點) • 診斷、評估和治療心理健康疾病的遠距醫療服務，如果： <ul style="list-style-type: none"> ◦ 在第一次遠距醫療就診之前，您在 6 個月內有一次親自就診 ◦ 您在接受這些遠距醫療服務時，每 12 個月有一次親自就診 ◦ 在特定情況下，可對上述進行例外處理 • 鄉村醫療診所和聯邦合格健康中心提供的心理健康就診的遠距醫療服務 • 若為以下情況，讓醫生進行 5 到 10 分鐘的虛擬問診 (例如透過電話或視訊)： <ul style="list-style-type: none"> ◦ 您不是首次看診，且 ◦ 此次問診與過去 7 天內到診所就診的內容無關，且 ◦ 此次問診不會導致在 24 小時內前往診所就診或預約最近的約診 • 若為以下情況，由醫生評估所傳送的影片和/或圖片，並在 24 小時內為您判讀並追蹤情況： <ul style="list-style-type: none"> ◦ 您不是首次看診，且 ◦ 此次評估與過去 7 天內到診所就診的內容無關 ◦ 此次評估不會導致必須在 24 小時內前往診所就診或預約最近的約診 • 您的醫生與其他醫生透過電話、網際網路或電子健康紀錄所做的諮詢 • 手術前由另一個網絡內服務提供者提供第二意見 • 非例行牙科照護 (承保服務限於顎部及相關結構手術、顎部或面部骨折復位、拔牙以備頷骨腫瘤癌症的放射治療或醫生提供的承保服務) 	


章 4. 醫療給付表 (承保範圍及費用)

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<p>足部治療服務</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 足部 (錘狀趾或足跟骨刺) 受傷或疾病的診斷及醫療或手術治療。 為患有特定醫療病症會影響下肢的保戶提供的例行性足部護理 	<p>您需支付 \$0 共付額</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p>
<p> 前列腺癌篩檢</p> <p>50 歲和以上男性享有以下承保服務 (每 12 個月一次)：</p> <ul style="list-style-type: none"> 數位直腸檢查 前列腺特異性抗原 (PSA) 檢測 	<p>您每次就診需支付 \$0 共付額。</p> <p>針對年度 PSA 檢測，您不需要支付共同保險金、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p>
<p>義肢裝置及相關用品</p> <p>用以替代部分或全部肢體或肢體功能的裝置 (假牙除外)。包括但不限於：與結腸造口術護理直接相關的結腸造口術袋和用品、心臟起搏器、支架、整形外科鞋、義肢和假乳房 (包括乳房切除術後整形乳罩)。包括與特定義肢裝置有關的用品，以及義肢裝置的維修和/或更換。此外也包括某些白內障摘除術或白內障手術後的服務 – 詳情請參閱本節稍後的視力保健。</p>	<p>您需為 Medicare 承保的人工耳蝸裝置、電刺激儀、微處理器/電控矯正設備/義肢及相關配件支付 20% 的共同保險金。</p> <p>您需為所有其他 Medicare 承保的義肢裝置和相關用品支付 10% 共同保險金。</p> <p>如果植入義肢裝置，它會在手術處置的承保範圍內，您不需額外付費。</p> <p>您需為 Medicare 承保的心室輔助裝置和相關配件支付 20% 共同保險金。</p> <p>您需為所有其他 Medicare 承保的醫療用品支付 10% 的共同保險金。</p> <p>可能需要事先授權。</p>

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<p>肺部復健服務</p> <p>為患有中等至非常嚴重的慢性阻塞性肺病 (COPD) 的保戶提供承保的肺部復健綜合性計劃，須獲得治療慢性呼吸性疾病的醫生開具的肺部復健囑咐。</p>	<p>您每次就診需支付 \$0 共付額。</p> <p><i>可能需要事先授權。</i></p> <p><i>可能需要轉診。</i></p>
<p> 減少酒精濫用篩檢和輔導</p> <p>我們為投保 Medicare 有濫用酒精但沒有酒精依賴的成年人 (包括孕婦在內) 承保一次酒精濫用篩檢。</p> <p>如果您的酒精濫用篩檢呈陽性，您可獲得由合格的主治醫生或初級保健中心執業者提供每年最多 4 次簡短的面對面輔導 (您在輔導期間必須要能保持清醒) 。</p>	<p>針對 Medicare 承保的減少酒精濫用篩檢和輔導的預防性給付，您不需要支付共同保險金、共付額或自付額。</p> <p><i>可能需要事先授權。</i></p> <p><i>可能需要轉診。</i></p>
<p> 低放射劑量電腦斷層肺癌篩檢 (LDCT)</p> <p>對於符合資格的人士，每 12 個月進行一次低放射劑量電腦斷層肺癌篩檢 (LDCT) 。</p> <p>符合資格的保戶為：年齡在 50 - 77 歲之間，沒有肺癌徵兆或症狀，但有至少 20 年每天 20 根香菸的吸菸習慣或仍在吸菸者，或過去 15 年已戒菸者，在肺癌篩檢諮詢和共同決策門診期間獲得 LDCT 的書面指示單，該門診不僅符合 Medicare 為該類門診制定的條件，且由醫生或合格的非醫生型執業者所提供。</p> <p>適用於初次 LDCT 篩檢後的 LDCT 肺癌篩檢：保戶必須收到 LDCT 肺癌篩檢的書面指示單，可在與醫生或合格的非醫生執業者的任何適當就診期間提供。如果醫生或合格的非醫生型執業者選擇就後續 LDCT 肺癌篩檢，提供肺癌篩檢諮詢和共同決策就診，則該就診必須符合 Medicare 為該類就診制定的條件。</p>	<p>針對 Medicare 承保的諮詢和共同決策制定的就診或 LDCT，您不需要支付共同保險金、共付額或自付額。</p> <p><i>可能需要事先授權。</i></p> <p><i>可能需要轉診。</i></p>
<p> 性病 (STI) 篩檢及 STI 預防輔導</p> <p>我們承保的性傳播感染 (STI) 篩檢包括披衣菌、淋病、梅毒及 B 型肝炎。孕婦以及經主治醫生醫囑檢測 STI 感染風險較高的特定人群進行這些篩檢可獲得承保。我們的承保範圍包括每 12 個月一次的檢測，以及在懷孕期特定時間進行的檢測。</p>	<p>針對 Medicare 承保的 STI 篩檢和 STI 輔導預防性給付，您不需要支付共同保險金、共付額或自付額。</p> <p><i>可能需要事先授權。</i></p> <p><i>可能需要轉診。</i></p>

章 4. 醫療給付表 (承保範圍及費用)

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<p>我們也為 STI 感染風險較高的性活躍成年人承保每年最多兩次 20 到 30 分鐘的單獨面對面高強度行為輔導。承保服務必須是由主治醫生所提供或在初級保健中心 (例如醫生診所) 進行的預防性服務輔導。</p>	
<p>腎臟病治療服務</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 腎臟病教育服務，教導腎臟護理的常識，並協助保戶對其照護做出明智的決策。經醫生轉診的第四期慢性腎臟病保戶終身可享六次腎臟病教育服務 • 門診透析治療 (如第 3 章所述，此服務包括暫時在服務區域之外的透析治療，或是在此服務的提供者暫時無法提供服務或無法取得聯繫時) • 住院透析治療 (如果院方允許您入院接受特殊照護) • 自我透析訓練 (包括對您和協助您進行居家透析治療的人進行的訓練) • 居家透析器材和用品 • 特定家庭支援服務 (例如必要時請訓練有素的透析工作者到您家中檢查家中透析情況，在緊急情況時提供幫助並檢查您的透析設備和供水) <p>Medicare Part B 藥物給付承保某些透析藥物。請參閱 Medicare Part B 處方藥 一節，以瞭解有關 Part B 藥物承保的資訊。</p>	<p>您需為腎臟透析支付 20% 共同保險金</p> <p><i>可能需要事先授權。</i></p> <p><i>可能需要轉診。</i></p> <p>您需為腎臟病教育支付 \$0 共付額</p> <p><i>可能需要事先授權。</i></p>
<p>專業護理機構 (SNF) 照護</p> <p>(請參閱本文件第 12 章有關專業護理機構照護的定義。專業護理機構有時稱為 SNF。)</p> <p>本計劃可承保在 SNF 中最多 100 日。不需要提前住院治療。</p> <p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 半私家病房 (或屬於必要的醫療的私家病房) • 膳食，包括特殊飲食 • 專業護理服務 • 物理治療、職業治療和言語治療 • 治療計劃中為您施予的藥物 (包括體內自然存在的物質，例如凝血因子。) 	<p>\$0 共付額/ 每天 (第 1 天到第 20 天)</p> <p>最高 \$204 的共付額/ 每天 (第 21 天到第 100 天)</p> <p>第 101 天以後，您需支付費用總額的 100%</p> <p>給付週期始於您入住醫院或專業護理機構 (SNF) 的當日。當您連續 60 天沒有接受任何住院照護 (或 SNF 的專業照護) 時，給付週期就會</p>


您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<ul style="list-style-type: none">• 血液 - 包括血液儲存和管理。所有血液構成要素會從使用第一品脫開始承保• SNF 日常提供的醫療及手術用品• SNF 日常提供的化驗室檢測• SNF 日常提供的 X 光及其他放射科服務• SNF 日常提供的器具使用，例如輪椅• 醫生/執業者服務 <p>通常您可以獲得網絡內機構提供 SNF 護理。不過，在下列特定情況中，如果非網絡內服務提供者的機構接受本計劃的給付金額，那麼您或許可以支付網絡內服務提供者的計劃分攤費用。</p> <ul style="list-style-type: none">• 在您前往醫院之前，您所居住的護理院或連續照護退休者住宅社區 (只要提供專業護理機構照護即可)• 在您離開醫院時，您的配偶或同居伴侶所居住的 SNF	<p>結束。如果您在一個給付週期結束後入院或入住 SNF，新的給付週期隨即開始。</p> <p><i>可能需要事先授權。</i></p> <p><i>可能需要轉診。</i></p>
 戒菸和煙草使用戒除 (戒菸輔導) <p><u>如果您使用菸草但沒有菸害相關疾病的表徵或症狀：</u>我們為您免費承保 12 個月以內兩次戒菸輔導作為預防服務。每次諮詢課程包括最多四次的面對面診查。</p> <p><u>如果您使用菸草並被診斷患有與菸草相關的疾病或正在使用可能受菸草影響的藥物：</u>我們承保戒菸輔導服務。我們承保 12 個月以內兩次戒菸輔導，但是您需支付相應的住院或門診分攤費用。每次諮詢課程包括最多四次的面對面診查。</p>	<p>針對 Medicare 承保的戒菸和煙草使用戒除預防性給付，您不需要支付共同保險金、共付額或自付額。</p> <p><i>可能需要事先授權。</i></p> <p><i>可能需要轉診。</i></p>
慢性疾病的特殊附加福利 (SSBCI) 磅秤* <p>針對不符合聯邦醫療保險規範的承保條件，但患有腎臟疾病或慢性心臟衰竭之符合資格的保戶，提供磅秤。</p> 健康食品津貼* <p>若要符合健康食品津貼資格，您必須擁有下列一項或多項條件。</p> <ul style="list-style-type: none">• 心血管疾病 (限心律不整、冠狀動脈疾病、周邊血管疾病和慢性靜脈血栓性阻塞性血管疾病)• 慢性心臟衰竭	<p>您為計劃核准的磅秤支付 \$0 共付額。</p> <p>您每個月可獲得 \$25 津貼，以便在計劃核可的雜貨店購買健康食品。</p>

章 4. 醫療給付表 (承保範圍及費用)

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> • 失智症 • 糖尿病 • 慢性肺病 <p>您會收到一張借記卡，可讓您向參與活動的零售商購買健康食品，只要在結帳時刷卡即可。您在符合本給付資格時，會收到郵寄的卡片，並在計劃年度中使用。禁止提領現金、購買香菸、槍械及酒精飲料。</p> <p>如有此福利相關問題需要協助，請致電保戶服務部（電話號碼印在本文件的封底）。</p> <p>非醫療接送*</p> <p>若要符合非醫療接送的資格，您必須患有以下一項或多項病症。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 心血管疾病（限心律不整、冠狀動脈疾病、周邊血管疾病和慢性靜脈血栓性阻塞性疾病） • 慢性心臟衰竭 • 失智症 • 糖尿病 • 慢性肺病 <p>您最多可以使用交通（額外的例行性）福利承保的單程行程的一半次數。這些單程行程（上限 50 英里）可用於往返雜貨店、健身俱樂部和老人中心。這些單程行程會計入您的 48 趟單程接送限制（額外的例行性）。請參閱下方接送（額外的例行性）以取得更多資訊。</p>	<p>您為計劃核准的非醫療接送支付 \$0 共付額</p>
<p>監督運動治療 (SET)</p> <p>患有症狀性周邊動脈疾病 (Peripheral Artery Disease, PAD) 的保戶享有 SET 給付，並可由負責 PAD 治療的醫師進行 PAD 轉診。</p> <p>若達 SET 方案要求，則有為期 12 週最多 36 節課程。</p> <p>SET 方案必須：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 包括持續 30-60 分鐘的療程，包含針對跛行患者的 PAD 治療性運動訓練方案 • 在醫院門診環境或醫生診間進行 • 必須由接受過 PAD 運動治療培訓的合格輔助人員提供，以確認好處大過於傷害 	<p>您每次就診需支付 \$0 共付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p>

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<ul style="list-style-type: none">在醫生、醫生助理或必須接受基本及高級生命支持技術培訓的護理師或臨床護理專家的直接監督下進行 <p>如果健康照護提供者認為是必要的醫療，則 SET 可承保 12 週 36 次療程之後，展延期間內的額外 36 次療程。</p>	
<p>交通 (額外的例行性) *</p> <p>您可透過合約交通接送提供者獲得 48 次單程非急診交通服務，前往計劃核准的地點，以獲得網絡內服務提供者的健康照護服務。每趟的上限為 50 英里。可用的交通服務模式包括計程車、廂形車、醫療運輸或共乘服務。至少必須在已排定約診的 2 個工作天之前，事先安排交通服務，以確保能夠使用該服務。請聯絡保戶服務部 (電話號碼印在本文件的封底) 以安排約診。至少必須在接送時間之前的 24 小時內向保戶服務部通知取消，以免計入您的交通服務給付。</p>	<p>您需支付 \$0 共付額</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p>
<p>緊急需求服務</p> <p>緊急需求服務是指在非急診情況下為需要立刻得到醫療照護，而且是為無法預知的疾病、受傷或病症所提供的醫療服務。不過，考慮到您的情況，從網絡內服務提供者取得服務是不可能或不合理的。如果考慮到您的情況，立即從網絡內服務提供者獲得醫療照護並不合理，則您的計劃將承保緊急需求服務。服務必須是立即需要，且屬於必要的醫療。在下列情況下，本計劃必須承保網絡外緊急需求服務：您暫時離開計劃服務區域，並且因不可預見的情況需要立即獲得醫療所需的服務，但這並非緊急醫療情況；或是考慮到您的情況，要立即從網絡內服務提供者處獲得醫療照護是不合理的。由網絡外服務提供者進行的必要緊急需求服務，其分攤費用與由網絡內服務提供者進行者相同。</p>	<p>您每次就診需支付 \$0 共付額。</p>
<p>緊急需求服務 - 全球承保*</p> <p>服務依在美國及其領地提供相同服務時適用之相同醫療必要性及適當性條件，在全球各地承保。</p> <p>如果您在美國及其領地以外急診，您將必須自行預付所提供的服務費用。您必須提交英文版的出院摘要或同等醫療文件，以及依美元計費的付款證明，才能向中心健保特選計劃 II (HMO) 申請退款。退款前，我們會先審查文件以</p>	<p>您需為全球緊急需求服務的每次就診支付 \$0 共付額。</p> <p>您必須先預付服務費用，然後送出退款申請。</p> <p>全球服務設有一個每年 \$100,000 的年度上限，包括合併計算的全球急診服務、</p>

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<p>判斷醫療必要性及適當性。我們可能不會支付您全額自付費用。</p> <p>如果臨床紀錄不是英文版，您將需要提供認證翻譯。如果付款發票不是以美元計費，將使用支票處理時的匯率計算退款金額。款項僅以美元支付。貨幣匯率費用、翻譯費用、郵資、返回美國旅費，以及其他非醫療費用均不予給付。</p>	<p>全球緊急需求服務，以及全球急診交通服務。</p>
<p> 視力保健</p> <p>承保服務包括：</p> <p>門診醫生提供的眼部疾病或傷害的診斷和治療服務，包括增齡性黃斑部病變治療。Original Medicare 不承保普通眼鏡/隱形眼鏡佩戴者的例行性眼睛檢查（眼球屈光檢查）</p> <p>針對青光眼高危險族群，我們每年承保一次青光眼篩檢。青光眼高風險族群包括：有青光眼家族病史、糖尿病患者、年齡 50 歲（含）以上的非裔美國人，以及 65 歲（含）以上的西語裔美國人</p> <p>針對糖尿病患者，糖尿病視網膜病變篩檢每年承保一次</p> <p>每次白內障手術（人工晶狀體植入手術）後需要的普通眼鏡或隱形眼鏡一副。（如果您分別做了兩次白內障手術，您不能把第一次手術後的普通眼鏡保留到第二次手術後一併購買。）</p> <p>例行性眼睛檢查*</p> <p>視網膜成像*</p> <p>由特定服務提供者提供的例行性眼睛檢查。查閱服務提供者名錄以尋找 Vision 提供者。</p> <ul style="list-style-type: none">• 網絡內服務提供者的眼鏡（鏡框和鏡片）或隱形眼鏡（用於取代眼鏡）的眼鏡補貼每年最多\$300。如果超出補貼上限，您需負責支付任何超出的金額。	<p>您為 Medicare 承保的眼睛檢查、Medicare 承保的青光眼篩檢，以及 Medicare 承保的糖尿病視網膜病變篩檢的每次就診支付 \$0 共付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p> <p>您每次就診需支付 \$0 共付額。</p> <p>您為白內障手術後，Medicare 承保的一副眼鏡或隱形眼鏡支付 \$0 共付額。</p> <p>您需為例行眼睛檢查支付 \$0 共付額。</p> <p>每年限 1 次就診。</p> <p>您需為視網膜成像支付 \$0 共付額。</p> <p>每年限 1 次就診。</p>

您可獲得的承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<p> 「歡迎參加 Medicare」預防性就診</p> <p>本計劃承保一次性的「歡迎參加 Medicare」預防性就診。就診包括您的健康評估、有關您需要的預防服務 (包括特定篩檢和注射) 之教育和輔導，以及其他需要的醫療保健轉診。</p> <p>重要：我們只有在您投保 Medicare Part B 的前 12 個月內，才會承保「歡迎參加 Medicare」預防性就診。當您進行約診時，請告知醫生診所您希望安排「歡迎參加 Medicare」預防性就診。</p>	<p>針對「歡迎參加 Medicare」預防性就診，您不需要支付共同保險金、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉診。</p>

節 3 計劃不承保哪些服務？

節 3.1 我們不承保的服務 (排除情況)

本節向您說明 Medicare 承保排除在外的服務，因此本計劃不予以承保。

下表列出在任何情況下皆不承保或僅在特定條件下承保的服務和項目。

如果您獲得排除在外 (不承保) 的服務，就必須自行支付其費用，但以下列出的特定情況除外。即使您在急診設施接受排除在外的服務，本計劃仍不承保排除在外的服務，也不會給付。唯一的例外是，如果服務經過上訴，並且上訴判定為我們應給付的醫療服務，或因您的特定情況而判定為在承保範圍內。(如需有關對我們做出不承保某個醫療服務的裁定提出上訴的資訊，請參閱本文件第 9 章第 5.3 節。)

Medicare 不承保的服務	在任何情況下均不承保	僅在特定情況下承保
整形手術或處置		<ul style="list-style-type: none"> 承保因意外受傷案例或改善肢體畸形功能。 承保乳房切除手術之後乳房重建的所有階段，包括未受影響的乳房，以形成對稱的外觀。
監護照護 監護照護是不需要經訓練的醫療或急救人員的持續照護的個人照護，比如幫助您日常起居	在任何情況下均不承保	

章 4. 醫療給付表 (承保範圍及費用)

Medicare 不承保的服務	在任何情況下均不承保	僅在特定情況下承保
活動的照護，例如洗澡或穿衣。		
實驗性醫療和手術處置、設備和用藥。 實驗性處置和項目是經 Original Medicare 決定，一般情況下不被醫療界接受的項目和處置。		<ul style="list-style-type: none"> Original Medicare 可能承保在 Medicare 或本計劃核可的臨床試驗研究。 (請參閱第 3 章第 5 節，以瞭解有關臨床試驗研究的詳細資訊。)
由您的直系親屬或家庭成員提供照護的應付費用。	在任何情況下均不承保	
急救人員費用	在任何情況下均不承保	
您家中的全職護理照護。	在任何情況下均不承保	
居家送餐		請參閱上方醫療給付表瞭解您的居家送餐福利說明。
家事服務包括基礎的家庭幫助，例如輕量的內務或便餐準備。		請參閱上方醫療給付表瞭解您的家庭支援服務福利說明。
自然療法服務 (使用自然或替代療法) 。	在任何情況下均不承保	
矯形鞋或足部支撐裝置		<ul style="list-style-type: none"> 鞋子是腿部支架的一部分，並且包含在支架的費用中。 患有糖尿病足部疾病者適用的骨科治療用鞋。
醫院或專業護理機構病房中的個人物品，例如電話或電視機。	在任何情況下均不承保	
醫院內的私人病房。		<ul style="list-style-type: none"> 僅在判定為必要的醫療時提供承保。
絕育逆轉手術和或非處方避孕用品。	在任何情況下均不承保	
例行整脊照護		<ul style="list-style-type: none"> 承保修正半脫位的人工整脊。

章 4. 醫療給付表 (承保範圍及費用)

Medicare 不承保的服務	在任何情況下均不承保	僅在特定情況下承保
放射狀角膜切開術、LASIK 手術以及其他低視力助視器不在本計劃眼科附加福利的承保範圍內。	在任何情況下均不承保	
例行足部護理		<ul style="list-style-type: none"> • 某些有限承保範圍會根據 Medicare 規範提供 (例如若您罹患糖尿病) 。
根據 Original Medicare 標準被認為是不合理和不必要的服務	在任何情況下均不承保	

章 5: 使用本計劃對您的 D 部分處方藥的 承保

節 1 簡介

本章說明使用您的 D 部分藥物承保的規定。請參閱第 4 章以瞭解聯邦醫療保險 B 部分藥物給付和安寧藥物給付。

節 1.1 本計劃 D 部分藥物承保的基本規定

只要您遵守以下基本規定，本項計劃通常會承保您的藥物：

- 您必須有一位提供者（醫生、牙醫或其他處方開立者）為您開立處方，必須根據適用的州立法律生效。
- 您的處方開立者不得在聯邦醫療保險的排除或阻卻清單上。
- 通常情況下，您必須到網絡內藥房領取處方藥。（請參閱第 2 節：向網絡內藥房或透過本計劃的郵購服務配取處方藥）。
- 您的藥物必須在本計劃的承保藥物清單（處方集）（我們簡稱為「藥物清單」）上。（請參閱第 3 節：您的藥物必須在本計劃的「藥物清單」上）。
- 您的藥物必須根據醫學上所接受的引證使用。醫學上所接受的引證，是指藥物的使用得到食品與藥物管理局批准或某些醫學參考資料的支持。（如需有關醫學上所接受的引證的詳細資訊，請參閱第 3 節。）

節 2 向網絡內藥房或透過計劃的郵購服務購買處方藥

節 2.1 使用網絡內藥房

在大多數情況下，只有在您從本計劃網絡內藥房配藥時，您的處方藥才能獲得承保。（請參閱第 2.5 節，以瞭解向網絡外藥房配取處方藥的承保規定。）

網絡內藥房是與本項計劃簽約，為您提供承保處方藥的藥房。承保藥物一詞是指本計劃「藥物清單」上的所有 Part D 處方藥。

節 2.2 網絡內藥房

如何在您所在地區找到網絡內藥房？

若要尋找網絡內藥房，您可以查閱藥房名錄、造訪我們的網站 (www.centralhealthplan.com)，及/或致電保戶服務部。

您可以到我們任何的一家網內藥局領藥。

如果您一直在使用的藥房退出網絡，該怎麼辦？

如果您一直在使用的藥房退出本項計劃的網絡，您必須尋找一家新的網絡內藥房。若要尋找您所在區域內的其他藥房，您可以向保戶服務部尋求協助或使用藥房名錄。您也可以我們的網站 www.centralhealthplan.com 上找到相關資訊。

章 5. 使用本計劃對您的 D 部分處方藥的承保

如果您需要專科藥房，該怎麼辦？

某些處方藥必須在專科藥房配取。特殊的專科藥局包括：

- 提供居家注射治療藥物的藥局。
- 為住在長期護理 (LTC) 設施的保戶供藥的藥房。通常，LTC 設施（例如護理院）有自己的藥房。如果您在 LTC 設施獲取 Part D 給付時遇到任何困難，請聯絡保戶服務部。
- 為印第安衛生局/部落/城市印第安健康計劃提供服務的藥房（不適用於波多黎各）。除急診外，僅美國原住民或 Alaska 原住民可使用我們網絡內的此類藥房。
- 分發由 FDA 限制在某些地點配取或需要特別處理、服務提供者對藥物使用進行協調或教育的藥物的藥房。（注意：此類情況應很少出現。）

若要找出專科藥房，請查閱藥房名錄或致電保戶服務部。

節 2.3 使用本計劃的郵購服務

您可以使用本計劃的網絡郵購服務購買某些特定種類的藥物。通常，透過郵購提供的藥物是您因慢性或長期醫療病症而需定期服用的藥物。這些藥物在我們的藥物清單中標示為「MO」。

本計劃的郵購服務允許您訂購最多 100 天的藥量。

若要透過郵寄方式取得配取處方藥的訂購表格和資訊，請造訪我們的郵購供應商 Express Scripts Pharmacy。他們的網站是 [express-scripts.com](https://www.express-scripts.com)。

郵購藥房訂單通常會在 5 天之內遞送給您。Express Scripts 會儘快處理您的處方，但訂單在出貨後可能需要 3-5 天才能送達。有時候，您的郵購可能會延遲。如有追蹤訂單或訂單延遲相關問題需要協助，請致電保戶服務部（電話號碼印於本手冊封底）。

藥房直接從您的醫生診所收到的新處方。

若有下列情況，藥房將會自動配取並遞送從健康照護提供者所接收的新處方，而不會事先與您確認：

- 您過去使用了本計劃的郵購服務，或
- 您針對從健康照護提供者直接收到的所有新處方，登記了自動遞送。您可以隨時要求自動遞送所有新處方，只要撥打 Express Scripts 客戶服務專線：(877) 657-2498（TTY 800-899-2114），本專線全年無休、造訪 [express-scripts.com](https://www.express-scripts.com) 或登入 Express Scripts 行動應用程式即可。

如果您收到不需要的自動郵寄處方，且在寄送前沒有人與您聯繫確認，您可能符合退款資格。

如果您過去曾使用郵購，但不希望藥房自動配藥和運送每個新處方，請致電 Express Scripts 客服專線 (877) 657-2498 與我們聯絡，或造訪 [express-scripts.com](https://www.express-scripts.com)，或登入 Express Scripts 行動應用程式。

如果您未曾使用過我們的郵購寄送和/或決定停止自動配取新處方，藥房將在每次從健康照護提供者收到新處方時聯絡您，以瞭解您是否想要立即配取藥物和寄送。每次藥房與您聯繫時，請務必答覆，告訴他們是否要寄送、延後或取消新處方。

章 5. 使用本計劃對您的 D 部分處方藥的承保

若要選擇退出自動遞送直接從您的健康照護提供者診所收到的新處方，請透過致電 Express Scripts 客戶服務專線、造訪 [express-scripts.com](https://www.express-scripts.com) 或登入 Express Scripts 行動應用程式與我們聯絡。

以郵購方式續配處方藥。針對續藥問題，您可以選擇註冊參加自動續藥計劃。在這個計劃中，當我們的記錄顯示您快要用完藥物時，我們會自動開始處理您的下一次續藥。藥房會在每次郵寄續配藥之前與您聯繫，以便核實您需要更多的藥物，如果您有足夠的藥物或者您的藥物已經改變，您可以取消預先安排的續配藥。

如果您選擇不使用我們的自動續藥計劃，但仍希望郵購藥局寄送您的處方，請在目前處方用完前 10 天聯絡您的藥局。這可確保您的訂單及時送達。

如欲退出自動準備郵購續藥的計劃，請透過致電 Express Scripts 客戶服務專線、造訪 [express-scripts.com](https://www.express-scripts.com) 或登入 Express Scripts 行動應用程式與我們聯絡。

如果您收到不需要的自動郵寄續藥，您可能符合退款資格。

節 2.4 如何獲得長期藥量？

在您獲得長期藥量時，您的分攤費用可能會較低。本計劃提供兩種方法來獲得本計劃「藥物清單」上維持性藥物的長期藥量（也稱為延長藥量）。（維持性藥物是指，您因慢性或長期醫療病症而需定期服用的藥物。）

1. 您的藥房名錄說明我們網絡內哪些藥房可向您供應維持性藥物的長期藥量。您也可以致電保戶服務部，進一步瞭解細節。
2. 您也可以透過我們的郵購計劃獲得維持性藥物。請參閱第 2.3 節，瞭解更多資訊。

節 2.5 您在什麼情況下可以使用非本計劃網絡內的藥房？

您的處方藥在某些情況可能獲得承保

通常我們僅在您無法使用網絡內藥房時，才承保在網絡外藥房配取的藥物。我們在服務區域外也有網絡內藥局，協助您以本計劃保戶的身分在此領取處方藥。請先洽詢保戶服務部，確定附近是否有網絡內藥房。您很有可能必須支付您在網絡外藥房支付藥物的費用與我們在網絡內藥房承保的費用之間的差額。

以下是我們承保在網絡外藥房配取處方藥的情況：

- 處方是關於緊急醫療情況或緊急護理。
- 您在計劃服務區域以外的地方旅遊（在美國境內），無法使用網絡內藥房，但您服完承保的 D 部分藥物、您遺失承保的 D 部分藥物，或因生病而需要承保的 D 部分藥物。
- 您無法在您的服務區域內及時獲得承保的 D 部分藥物，因為在合理的駕駛距離內沒有提供全天候服務的網絡內藥房。
- 您必須及時續配承保的 D 部分藥物的處方，而且該特定承保的 D 部分藥物（例如，孤兒型藥物或其他製藥商或特別供應商通常會直接寄送的專門藥物）在可使用的網絡內零售或郵購藥房並沒有定期存貨。

章 5. 使用本計劃對您的 D 部分處方藥的承保

- 若您是急診部門、服務提供者診所、門診手術或其它門診環境的病患，無法在網絡內藥房配取您的 D 部分藥物，因而在網絡外機構的藥房配取 D 部分藥物。
- 因在聯邦災難聲明或其他公共健康緊急情況聲明期間，您必須撤離或前往居住地外安置，而無法合理期待可以在網絡內藥房取得承保的 D 部分藥物。

如何向本項計劃申請退款？

如果您必須使用網絡外藥房，在配取處方藥時，您通常必須支付全額費用（而不是支付您的正常分攤費用）。您可要求我們向您償還我們的分攤費用。（第 7 章第 2 節說明了如何向本計劃申請給付費用。）

節 3 您的藥物應在計劃的「藥物清單」中

節 3.1 「藥物清單」說明哪些 Part D 藥物在承保範圍內

本計劃有一份承保藥物清單（處方集）。在本承保證明中，我們將其簡稱為「藥物清單」。本計劃經由醫生與藥劑師組成的團隊協助選出這份藥物清單。該清單符合聯邦醫療保險的要求，並且已經聯邦醫療保險批准。

「藥物清單」上的藥物只有聯邦醫療保險 Part D 承保的藥物。

只要您遵守本章所述其他承保規定，且藥物使用是醫學上所接受的引證，我們通常會承保本計劃「藥物清單」上的藥物。醫學上所接受的引證指符合以下任一種情形的藥物使用：

- 獲得食品與藥物管理局批准，可將此種藥物按照醫囑用於診斷或治療病症。
- -- 或 -- 由特定參考資料支援，例如美國醫院處方集目錄服務藥物資訊和 DRUGDEX 資訊系統。

特定藥物可能在某些醫療病症下獲得承保，但在其他醫療病症被視為非處方集。這些藥物將會標示在我們的「藥物清單」和聯邦醫療保險計劃查詢工具中，以及它們所承保的特定醫療病症。

藥物清單包括原廠藥、非專利藥物和生物相似性藥物。

原廠藥是一種由製藥商根據擁有的商標名稱銷售的處方藥。比一般藥物更複雜的原廠藥（例如基於蛋白質的藥物）稱為生物製劑產品。在「藥物清單」上，當我們提及藥物時，這可能是指藥物或生物製劑產品。

副廠藥指活性成分與原廠藥相同的處方藥。由於生物製品比一般藥物更為複雜，它們具有一個稱為生物相似性藥物的替代形式，而非基因形式。一般來說，學名藥和生物相似性藥物的效用與原廠藥或生物製劑相同，而且價格通常較低。許多原廠藥和生物製品都有替代的副廠藥或生物相似性藥物。

哪些藥物不在「藥物清單」上？

本項計劃並不承保所有的處方藥。

- 在某些情況，法律不允許任何聯邦醫療保險計劃承保特定類型的藥物（詳情請參閱本章第 7.1 節）。

章 5. 使用本計劃對您的 D 部分處方藥的承保

- 另外一種情況是，我們決定不將某個特定藥物納入「藥物清單」。在某些情況，您可能可以獲得不在「藥物清單」上的藥物。如需詳細資訊，請參閱第 9 章。

節 3.2 「藥物清單」上的藥物共有六種分攤費用層級

本計劃「藥物清單」上的每一種藥物都屬於六個分攤費用層級之一。通常分攤費用層級越高，您的藥費就越高：

- 分攤費用層級 1：首選副廠藥
層級 1 為最低等級，包括首選副廠藥。
- 分攤費用層級 2：副廠藥
層級 2 包括副廠藥。
- 分攤費用層級 3：首選原廠
層級 3 包括首選原廠藥和非首選副廠藥。
- 分攤費用層級 4：非首選藥物
層級 4 包括非首選原廠藥和非首選副廠藥。
- 分攤費用層級 5：專門等級
層級 5 包括極昂貴的原廠和副廠藥，這可能需要特殊處理和/或密切監測。
- 分攤費用層級 6：選擇護理藥物
層級 6 是最高等級，包括用於治療疾病的選擇護理藥物，例如糖尿病、高血壓和高膽固醇，以及某些 Part D 計劃通常不承保的藥物。

如需瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用層級，請在本計劃的「藥物清單」中查找。

第 6 章 (您所需支付的 *Part D* 處方藥費用) 中包含您為每個分攤費用層級中的藥物所支付的費用金額。

節 3.3 如何瞭解「藥物清單」是否包括某種特定藥物？

您有四種查明的方式：

1. 查看我們最近提供的電子版「藥物清單」。
2. 造訪本計劃網站 (www.centralhealthplan.com)。網站上的「藥物清單」內容通常是最新的。
3. 請致電保戶服務部，以瞭解某個特定藥物是否在本計劃「藥物清單」上，或索取一份「藥物清單」副本。
4. 使用本計劃的「即時福利工具」<https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> (或致電保戶服務部)。您可以使用此工具，在「藥物清單」上搜尋藥物，查看您將支付的費用估計金額，以及「藥物清單」上是否有可治療相同病症的替代藥物。

節 4 有些藥物的承保有限制

節 4.1 為什麼某些藥物有限制？

特別規定對本項計劃如何和何時承保某些處方藥有限制。由醫生和藥劑師組成的團隊制定了這些規定，鼓勵您和您的提供者以最有效的方式使用藥物。如需確認此類限制是否適用於您在服用或想要服用的藥物，請查閱「藥物清單」。

若有某種安全且費用較低的藥物與其他費用較高的藥物具有同等療效，本計劃規定鼓勵您和您的服務提供者選擇該費用較低的藥物。

請注意，有時藥物可能會不止一次出現在我們的「藥物清單」上。這是因為相同藥物可能會根據健康照護服務提供者所開立之藥物的強度、數量或劑型而有所不同，且不同版本的藥物可能會有不同的限制或分攤費用（例如 10 mg 與 100 mg；每天一顆與每天兩顆；錠狀與液狀）。

節 4.2 有哪些類型的限制？

下面的章節會詳細告訴您我們針對某些藥物採用的限制類型。

如果您的藥物受到限制，這通常意味著您或您的服務提供者需要採取額外步驟，才能獲得我們的承保。請聯絡保戶服務部，以瞭解您或您的提供者必須怎麼做，才能獲得該藥物的承保。如果您想要我們為您豁免限制，您需要使用承保決定程序，請求我們申請例外處理。我們可能同意、也可能不同意為您豁免限制。（請參閱第 9 章）

有副廠藥或可互換的生物相似性藥物可使用時，限制原廠藥或原始生物製劑

一般來說，副廠藥或可互換的生物相似性藥物的藥效與原廠藥或原始生物製劑相同，但價格比較便宜。在大多數情況下，當原廠藥或原始生物製劑有副廠藥或可互換的生物相似性藥物代替品時，我們的網絡內藥房會向您提供副廠藥或可互換的生物相似性藥物，而不是原廠藥或原始生物製劑。不過，如果您的提供者將副廠藥或可互換的生物相似性藥物不適合您的醫療原因告訴我們，我們將會承保原廠藥或原始生物製劑。（您的原廠藥或原始生物製劑分攤費用可能高於副廠藥或可互換的生物相似性藥物分攤費用。）

事先取得計劃批准

對於某些藥物，您或您的服務提供者需要先獲得本項計劃的批准，然後我們才會同意承保。這稱為**事先授權**。實施此機制是為了確保藥物安全，並協助引導適當地使用某些藥物。如果您沒有獲得該批准，您的藥物可能不會獲得本項計劃的承保。

先試用不同的藥物

此要求鼓勵您在本計劃承保另一種藥物之前，先試用費用更低、但是通常療效相同的藥物。例如，若藥物 A 和藥物 B 均可治療同一種醫療病症，本項計劃可能要求您先嘗試藥物 A。如果藥物 A 對您無療效，本計劃則會承保藥物 B。這項先嘗試另一種藥物的要求稱為**循序用藥**。

章 5. 使用本計劃對您的 D 部分處方藥的承保

供藥量限制

對於某些藥物，我們會限制您在每次配取處方藥時，可以領取多少藥量。例如，如果一般認為某一藥物每天僅服用一粒是安全的，我們會把您的處方藥承保限制在每天不超過一粒。

節 5 如果您對某藥物的承保方式不滿意該怎麼做？

節 5.1 如果您的藥物承保方式與您希望的不一樣，有解決的辦法

在某些情況下，您正在服用的處方藥，或您和您的提供者認為您應該服用的處方藥，並不在我們的處方集中，或在我們的處方集中但有限制。例如：

- 該藥物可能根本不屬於承保範圍。或者該藥物的副廠藥屬於承保範圍，但您想要服用的原廠藥不屬於承保範圍。
- 如第 4 節所述，該藥物屬於承保範圍，但該藥物的承保有額外的規定或限制。
- 該藥物屬於承保範圍，但所屬的分攤費用層級使您的分攤費用高於您的預期。
- 如果您的藥物承保方式與您希望的不一樣，有解決的辦法。如果您的藥物不在「藥物清單」上，或您的藥物受到限制，請參閱第 5.2 節，以瞭解解決方法。
- 如果您的藥物所屬的分攤費用層級使您的分攤費用高於您的期待，請參閱第 5.3 節，以瞭解解決方法。

節 5.2 如果您的藥物不在「藥物清單」上，或您的藥物受到某種限制，該怎麼做？

如果您的藥物不在「藥物清單」上或受到限制，您有以下幾種選擇：

- 您可能可以獲得臨時性供藥。
- 您可以改服用其他藥物。
- 您可以請求作為例外處理，請求本項計劃承保該藥物或取消該藥物的限制。

您可能可以獲得臨時性供藥

在某些情況，本計劃必須針對您已經在服用的藥物提供臨時性供藥。此臨時性供藥會讓您有時間與您的提供者商討承保變更問題，並決定要怎麼做。

您正在服用的藥物已不在本計劃的「藥物清單」上，或現在已受到某種限制，才能符合臨時性供藥的資格。

- **如果您是新的保戶**，我們會在您成為本計劃保戶的前 90 天期間，承保您藥物的臨時性供藥。
- **如果您已在去年投保本計劃**，我們會在日曆年度的前 90 天期間，承保您藥物的臨時性供藥。

章 5. 使用本計劃對您的 D 部分處方藥的承保

- 該臨時性供藥最多為 30 天藥量。如果您的處方天數較少，我們允許最多配取 30 天藥量。處方藥必須在網絡內藥房配取。（請注意，長期照護藥房可能一次提供少量藥物以避免浪費。）
- 對於已參加本項計劃超過 90 天、住在長期護理設施、並立即需要藥物的保戶：
我們承保某些藥物的一次性 31 天緊急供藥藥量或您的處方所開具的較少天數的藥量。這是除上述規定的臨時性供藥以外的給付。

如果您有臨時性供藥的相關問題，請致電保戶服務部。

在您使用臨時性供藥期間，您應該與您的提供者商討，以決定臨時性供藥用完後該怎麼辦。您有兩種選擇：

1) 您可以改成其他藥物

與您的提供者討論是否有另一種藥物，屬於本計劃的承保範圍且療效相同。您可以致電保戶服務部，索取用於治療相同醫療病症的承保藥物清單。此清單可協助您的醫療服務提供者尋找可能適合您的承保藥物。

2) 您可以申請例外處理

您和您的提供者可以要求本計劃做出例外處理，以您希望的方式承保該藥物。如果您的提供者認為您有合理的醫療理由，可以要求我們做出例外處理，您的提供者可協助您要求做出例外處理。例如，您可以請求本計劃承保不在本計劃「藥物清單」上的某種藥物。您也可以請求本計劃作例外處理，無限制地承保您的藥物。

如果您和您的提供者想申請例外處理，請參閱第 9 章第 6.4 節，以瞭解相關處理方法。該章節對聯邦醫療保險為確保您的要求能夠得到及時且公平的處理而設定的程序與截止日期做出說明。

節 5.3 如果您認為藥物的分攤費用層級過高，該怎麼辦？

如果您認為您的藥物所屬的分攤費用層級過高，以下是解決辦法：

您可以改服用其他藥物

如果您認為您的藥物所屬的分攤費用層級過高，請與您的提供者商討。可能有另一種屬於較低分攤費用層級且療效相同的藥物。請致電保戶服務部，索取用於治療相同醫療病症的承保藥物清單。此清單可協助您的醫療服務提供者尋找可能適合您的承保藥物。

您可以申請例外處理

您和您的提供者可以向本計劃申請例外處理，變更藥物的分攤費用層級，減低您支付的費用。如果您的服務提供者認為您的醫療理由充分，可以請求我們作為例外處理，您的服務提供者可幫助您請求作為規定的例外處理。

如果您和您的提供者想申請例外處理，請參閱第 9 章第 6.4 節，以瞭解相關處理方法。該章節對聯邦醫療保險為確保您的要求能夠得到及時且公平的處理而設定的程序與截止日期做出說明。

章 5. 使用本計劃對您的 D 部分處方藥的承保

我們第 5 級中的藥物不符合此例外處理類型的資格。我們不會降低這個層級的分攤費用金額。

節 6 如果您有一樣藥物的承保範圍發生變更，該怎麼辦？

節 6.1 「藥物清單」可能在一年當中發生變更

大多數藥物承保變更發生在每年年初 (1 月 1 日)。不過，本計劃可能在一年當中對「藥物清單」做出一些變更。例如，本計劃可能：

- 增加或刪除「藥物清單」上的藥物。
- 提高或降低藥物的分攤費用層級。
- 新增或刪除藥物承保的相關限制。
- 以副廠藥替代原廠藥。
- 以可互換的生物相似性藥物替代原始生物製劑。

在變更本計劃的「藥物清單」之前，我們必須遵守 Medicare 規定。

節 6.2 如果您正在服用的藥物承保發生變更，該怎麼做？

藥物承保變更的相關資訊

當「藥物清單」發生變更時，我們會在網站上公佈這些變更的相關資訊。我們也會定期更新線上「藥物清單」。您會收到直接通知的情況包括您服用的藥物出現變更。

會在目前計劃年度期間影響到您的藥物承保變更

事前一般通知，說明計劃贊助商可以立即以新副廠藥來替代：為了立即以新的治療等效的副廠藥取代原廠藥（新增新的副廠藥後，適用於原廠藥的層級變更或限制，或兩者並行），符合條件的計劃贊助商必須事先提供以下的事前一般變更通知：

- **以新的副廠藥替代「藥物清單」上的原廠藥（或我們變更分攤費用層級，或新增對原廠藥的新限制，或兩者並行）**
 - 如果我們使用同一藥物的新批准副廠藥代替品來替換原廠藥，我們可能會立即刪除藥物清單上的原廠藥。副廠藥會顯示在相同或較低的分攤費用層級，且具有相同或較少的限制。新增新的副廠藥時，我們可能會決定將原廠藥保留在藥物清單上，但立即將其移至較高的分攤費用層級，或增加新的限制，或兩者並行。
 - 我們也可能不會在我們做出變更之前通知您 - 即使您正在使用原廠藥亦然。如果您在我們做出變更時正在服用原廠藥，我們會提供您有關該特定變更的資訊。這也會包括您在要求例外處理以承保原廠藥時，可採取之步驟的相關資訊。您可能不會在我們做出變更前收到此通知。
 - 您或您的處方開立者可以要求我們例外處理，繼續為您承保原廠藥。如需有關如何要求例外處理的資訊，請參閱第 9 章。
- **不安全的藥物和「藥物清單」中從市場召回的其他藥物**

章 5. 使用本計劃對您的 D 部分處方藥的承保

- 有時候藥物可能被視為不安全，或因其他原因而下市。如果發生這類情況，我們可能會立即從「藥物清單」中刪除該藥物。如果您正在服用該藥物，我們會立即通知您。
- 您的處方開立者也會得知這項變更，進而為您尋找另一種能治療您病症的藥物。
- **「藥物清單」內藥物的其他變更**
 - 年度開始時，我們可能進行影響您服用藥物的其他變更。例如，我們可能會新增一種市場上已有的副廠藥以替代藥物清單上的原廠藥，或變更分攤費用層級，或增加對原廠藥的新限制，或兩者並行。我們也可能基於 FDA 盒裝警告或聯邦醫療保險認定的新臨床準則進行變更。
 - 針對這些變更，我們必須至少提前 30 天通知您變更，或是通知您並在網絡內藥房提供您正在服用之藥物的 30 天續藥。
 - 收到變更通知後，您應與處方開立者商討，以切換至不同的承保藥物，或滿足您正在服用之藥物的任何新限制。
 - 您或您的處方開立者可以要求我們例外處理，繼續為您承保該藥物。如需有關如何要求例外處理的資訊，請參閱第 9 章。

不會在本計劃年度期間影響到您的「藥物清單」變更

我們可能會對「藥物清單」進行上文未提及的某些變更。在這些情況下，如果您在做出變更時正在服用該藥物，該變更將不適用於您。不過，如果您繼續投保同一個計劃，這些變更自下一個計劃年度的 1 月 1 日起很可能會影響到您。

一般來說，以下是不會在目前計劃年度期間影響到您的變更：

- 我們把您的藥物移入較高的分攤費用層級。
- 我們對您的藥物使用增加新的限制。
- 我們從「藥物清單」中刪除您的藥物。

如果您正在服用的藥物發生上述任何一種變更（除了市場召回、以副廠藥替代原廠藥，或以上幾節所提到的其他變更以外），在下一年度 1 月 1 日之前，這些變更不會影響您的藥物使用或您支付的分攤費用。在該日期之前，您支付的費用可能不會有任何增加，也不會對您的藥物使用增加限制。

在目前計劃年度期間，我們不會直接向您說明這些類型的變更。您將須查閱下一個計劃年度的「藥物清單」（可在開放投保期內取得該清單時），以瞭解您正在服用的藥物是否有會在下一個計劃年度期間影響到您的任何變更。

節 7 計劃不承保哪類藥物？

節 7.1 我們不承保的藥物類型

本節向您介紹哪些處方藥被排除在外。這代表聯邦醫療保險不會為這些藥物支付費用。

章 5. 使用本計劃對您的 D 部分處方藥的承保

如果您購買排除在外的藥物，您必須自行負擔其費用（除了我們增強藥物承保所承保的特定排除在外的藥物）。如果您提出上訴，且發現 Part D 並未排除您所要求的藥物，我們會給付費用並將其列為承保項目。（如需有關對決定提出上訴的資訊，請參閱第 9 章。）

以下是聯邦醫療保險藥物計劃依據 Part D 不承保的藥物的三項通用規定：

- 本計劃的 Part D 藥物承保不能承保聯邦醫療保險 Part A 或 Part B 承保的藥物。
- 本計劃不承保在美國境外或其領地之外購買的藥物。
- 本項計劃通常不承保核准標示以外的用途。**核准標示以外的用途**指藥物標籤上標示的、經食品與藥物管理局批准用途之外的其他用途。
- 核准標示以外的用途的承保僅在該使用獲得特定參考資料支持時才允許，例如美國醫院處方集目錄服務藥品資訊和 DRUGDEX 資訊系統。

此外，根據法律規定，聯邦醫療保險藥物計劃不承保以下類別的藥物：（針對下列我們的計劃透過我們的增強藥物承保來承保的特定藥物，您可能需要支付額外的保費。更多資訊請見下方。）

- 非處方藥（亦稱為櫃檯購買藥物）
- 用於促進受孕的藥物
- 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物
- 用於美容與促進毛髮生長的藥物
- 處方維他命和礦物質產品，產前維他命和氟化物製劑除外
- 用於治療性功能或勃起障礙的藥物
- 用於治療厭食、減重或增重的藥物
- 門診藥物，作為銷售條件，該藥物的製造商要求相關測試或監測服務專門從該製造商處購買

針對聯邦醫療保險處方藥計劃通常不給付的部分處方藥，我們會提供額外給付（增強藥物承保）。如要瞭解我們承保範圍排除在外的藥物的更多資訊，包括承保限制，請查閱我們的藥物清單。這些藥物在我們的藥物清單上標有「EX」。您為這些藥物支付的金額，不計入使您擁有重大傷病承保階段資格的費用。（重大傷病保險階段如本文件第 6 章第 7 節所述。）

此外，如果您正在接受「額外補助」以支付您的處方藥，本「額外補助」計劃將不會給付通常不承保的藥物。然而，若您透過聯邦醫療補助獲得藥物承保，則您所在州的聯邦醫療補助計劃可承保某些聯邦醫療保險藥物計劃通常不承保的處方藥。請與您所在州的聯邦醫療補助計劃聯繫，以確定您可享有的藥物承保。（您可在第 2 章第 6 節中找到聯邦醫療補助的電話號碼和聯絡資訊。）

節 8 配取處方藥

節 8.1 提供您的保戶資格資訊

若要配取處方藥，請向您選擇的網絡內藥房提供您的計劃保戶資格資訊（可在保戶卡上找到）。網絡內藥房會自動向本計劃開立帳單，要求我們為您的藥物支付我們的分攤費用。在您領取處方藥時，您需要向藥房支付您的分攤費用。

節 8.2 如果您沒有帶保戶資格資訊，該怎麼辦？

如果在配取處方藥時，您沒有帶計劃保戶資格資訊，您或藥房可以致電本計劃，以獲得必要的資訊，或是您可以要求藥房查閱您的計劃投保資訊。

如果藥房無法取得必要的資訊，您可能必須在領藥時支付處方藥的全額費用。（隨後您可要求我們償還我們應付的分攤費用。如需有關如何要求本計劃退款的資訊，請參閱第 7 章第 2 節。）

節 9 特殊情況下的 D 部分藥物保險

節 9.1 如果您在本計劃承保的醫院或專業護理設施住院，該怎麼辦？

如果您在由本計劃承保的醫院或專業護理設施收治住院期間，我們通常會承保您住院期間的處方藥費用。當您離開醫院或專業護理設施，只要藥物符合本章所述的所有承保規定，本計劃將承保您處方藥。

節 9.2 如果您是居住在長期護理 (LTC) 設施內的患者，該怎麼辦？

通常，長期護理 (LTC) 設施（例如護理院）會有自己的藥房，或者會使用為其全部入住者提供藥物的藥房。如果您住在 LTC 設施，只要該設施的藥房在我們的網絡內，您就可以透過該設施的藥房或其使用的藥房配取處方藥。

請查閱您的藥房名錄，瞭解您 LTC 設施的藥房或其使用的藥房是否在我們的網絡內。如果不是，或如果您需要更多資訊或協助，請聯絡保戶服務部。如果您住在 LTC 設施內，我們必須確保您能夠透過我們的 LTC 藥房網絡例行獲取您的 Part D 給付。

如果您住在長期護理 (LTC) 設施，且需要某種不在我們「藥物清單」上或受到某些限制的藥物，該怎麼辦？

請參閱第 5.2 節中有關臨時性或緊急情況供藥的資訊。

節 9.3 如果您也有雇主或退休人員團體計劃的藥物承保，該怎麼做？

如果您（或您的配偶或同居伴侶）的雇主或退休人員團體目前提供其他處方藥承保，請聯絡**該團體的給付管理員**。他或她可幫助您確定您目前的處方藥承保如何與本項計劃合併使用。

一般來說，如果您有員工或退休人員團體承保，您從我們獲得的藥物承保會次於您的團體承保。這意味著您的團體承保會首先支付費用。

關於可信承保的特別說明：

您的雇主或退休人員團體應每年寄給您一份通知，告訴您下一日曆年度您的處方藥承保是否為可信的承保。

如果團體計劃提供的承保是「可信」的承保，這代表該計劃應承保的金額通常至少不會低於聯邦醫療保險的標準處方藥承保。

請妥善保管此份有關可信承保的通知，因為您以後可能需要用到該通知。如果您投保的聯邦醫療保險計劃包括 Part D 藥物承保，您可能需要用這些通知來證明您有可信承保。如果您沒有收到可信承保通知，請向雇主或退休人員計劃的給付管理員、雇主或工會索取副本。

節 9.4 如果您正使用聯邦醫療保險認證的安寧服務設施，該怎麼做？

安寧服務和本計劃不會同時承保相同的藥物。如果您投保聯邦醫療保險安寧服務，並要求取得安寧服務不承保的特定藥物（例如抗噁心藥、止瀉藥、止痛藥物或抗焦慮藥），因為這些藥物與您的末期疾病和相關病症無關，本計劃必須先收到處方開立者或安寧服務提供者的通知，說明該藥物與您的末期疾病和相關病症無關，才能給付該藥物。為了防止延遲收到本計劃應承保的這些藥物，在配取處方藥之前，請先要求您的安寧服務提供者或處方開立者提供通知。

如果您撤銷安寧服務選擇或從安寧服務設施出院，本計劃應如本文件所述為您的藥物提供承保。為了防止在您的聯邦醫療保險安寧服務給付終止時出現任何藥房配藥延遲的情形，請攜帶相關證明文件到藥房，確認您已撤銷安寧服務或已從安寧服務設施出院。

節 10 藥物安全和藥物管理方案

節 10.1 協助保戶安全用藥的計劃

我們對保戶進行藥物使用審查，幫助確保保戶獲得安全和適當的護理。

我們在您每次配取處方藥時進行審查。我們還會定期審查我們的記錄。在審查期間，我們查找潛在的問題，例如：

- 可能發生的藥物錯誤
- 可能沒有必要使用的藥物，因為您已使用另一種治療相同病症的藥物
- 因您的年齡或性別可能不安全或不適當的藥物

章 5. 使用本計劃對您的 D 部分處方藥的承保

- 同時服用時可能對您造成傷害的某些藥物組合
- 處方藥中含有使您過敏的成分
- 您正在服用的藥量 (劑量) 可能有誤
- 所含鴉片類止痛藥的含量不安全

如果我們發現您的藥物使用方面的問題，我們會與您的服務提供者一起糾正。

節 10.2 協助保戶安全使用類嗎啡藥物的藥物管理計劃 (DMP)

我們有一項計劃，有助於確保保戶安全使用處方鴉片類藥物，以及其他經常遭到濫用的藥物。該計劃稱為藥物管理計劃 (DMP)。如果您從數個醫生或藥房領取鴉片類藥物，或者最近發生鴉片使用過量情事，我們可能會聯繫您的醫師，以確保您的鴉片類用藥適量且屬於必要的醫療。如果我們與您的醫生一同判定您無法安全使用鴉片類或苯二氮平類處方用藥，我們可能會限制您取得這些藥物。如果我們讓您加入 DMP，可能會有以下限制：

- 要求您從特定一家藥房取得所有鴉片類或苯二氮平類處方用藥
- 要求您從特定一位醫生取得所有鴉片類或苯二氮平類處方用藥
- 限制我們為您給付鴉片類或苯二氮平類用藥的數量

如果我們計劃限制您獲得這些藥物的方式或您可以領取的藥量，我們會事先寄出一封信函給您。這封信將告訴您，我們是否會限制為您承保這些藥物，或者您是否只能從特定醫生或藥房取得這些藥物的處方。您可以藉此機會告訴我們您的首選醫生或藥房，以及您認為我們必須知道的其他任何重要資訊。在您有回應的機會後，如果我們決定限制對這些藥物的承保，我們會寄出另一封信函給您，以確認此限制。如果您認為我們犯了錯，或您不同意我們的決定或限制，您和您的處方開立者有權提出上訴。如果您提出上訴，我們將審查您的個案並為您做出新的決定。如果我們繼續拒絕您與該適用藥物使用限制相關要求的任何部分，我們會自動將您的個案送至本計劃外的獨立審核組織。如需有關如何提出上訴的資訊，請參閱第 9 章。

如果您有特定醫療病症（例如活性癌症相關疼痛或鎌狀細胞疾病），您接受安寧服務、緩和服務、臨終照護，或待在長期照護設施，則不會讓您加入 DMP。

節 10.3 協助保戶管理其藥物的藥物療法管理 (MTM) 計劃

我們有一項可幫助我們的保戶應對複雜的健康需求的計劃。我們的這項計劃稱為藥物療法管理 (MTM) 計劃。參加本項計劃是自願性的，免費提供。藥劑師和醫生所組成的團隊為我們制定了該計劃，協助確保我們的保戶從他們服用的藥物中獲得最大的利益。

某些因患有多種不同醫療病症而需服用藥物和有高藥物費用的保戶，或參與 DMP 以協助保戶安全使用其鴉片藥物時，可能可以透過 MTM 計劃接受服務。如果您有資格參加該計劃，藥劑師或其他保健專業人員將綜合評估您服用的所有藥物。在審查期間，您可以討論您的藥物、費用，以及有關處方藥和非處方藥的任何問題或疑問。您會獲得一份含有建議待辦事項清單的書面摘要，其中包括您應採取的步驟，以便從您的藥物中獲得最佳結果。您也會獲得一份藥物清單，其中包括您目前服用的所有藥物、領取的劑量，以及領取的時間和原因。此外，MTM 計劃保戶也會收到有關管制物質處方藥物的安全棄置資訊。

章 5. 使用本計劃對您的 D 部分處方藥的承保

您最好與醫生討論您的建議待辦事項清單及藥物清單。請在門診或與您的醫生、藥劑師和其他健康照護提供者討論時，隨身攜帶該摘要。此外，請持續更新並隨身攜帶您的藥物清單（例如，與身分證放在一起），以便您前往醫院或急診室時使用。

如果我們有一項符合您的需求的計劃，我們會自動讓您加入該項計劃，並將相關資訊寄給您。如果您決定不參加，請通知我們，我們會讓您退出。如果您對本計劃有任何疑問，請聯絡保戶服務部。

章 6: 您為 *Part D* 處方藥支付的費用

章 6. 您為 Part D 處方藥支付的費用

您目前是否正在接受藥物支付幫助？

如您已參加藥物支付幫助計劃，本承保證明中有關 Part D 處方藥費用的某些資訊可能不適用於您。我們已寄出一份單獨插頁，名為得到處方藥費用「Extra Help」者適用的承保證明附加條款（也稱為「低收入津貼附加條款」或「LIS 附加條款」），說明您的藥物給付範圍。如果您沒有收到此插頁，請致電保戶服務部並索取「LIS 附加條款」。

節 1 簡介

節 1.1 請將本章與其他介紹藥物承保的資料結合起來使用

本章重點是您所需支付的 Part D 處方藥物費用。為了簡單起見，我們在本章中用「藥物」來指 Part D 處方藥。如第 5 章所述，並非所有藥物都是 Part D 藥物，一些藥物由聯邦醫療保險 Part A 或 Part B 承保，而有些藥物則依據法律規定不獲聯邦醫療保險承保。

為了瞭解付款資訊，您必須瞭解哪些藥物屬於承保藥物、要在何處配取處方藥，以及獲得承保藥物時須遵守哪些規定。第 5 章第 1 節到第 4 節說明了這些規定。當您使用本計劃的「即時給付工具」查詢藥物承保時（請參閱第 3 章第 3.3 節），顯示的費用是「即時」費用，表示您在工具中看到的費用，反映出當下您預期應支付的自費費用估計金額。您也可以致電保戶服務部，取得「即時給付工具」所提供的資訊。

節 1.2 您為承保藥物支付的自費費用類型

Part D 藥物有多種不同類型的自費費用。您為某種藥物支付的金額稱為分攤費用，可能要求您用三種方式付費。

- **自付額**是指在本計劃開始支付其分攤費用之前，您支付的藥物金額。
- **共付額**是指您每次配取處方藥時所支付的固定金額。
- **共同保險金**是指您每次配取處方藥時所支付的總費用的百分比。

節 1.3 聯邦醫療保險如何計算您的自費費用

對於哪些費用計入、哪些費用不計入自費費用，Medicare 都設有規定。以下是我們追蹤您的自費費用時必須遵守的 Medicare 規定。

以下款項包括在您的自費費用中

您的自費費用包括下列款項（只要它們是用於 Part D 承保藥物支付的款項，並且您遵守第 5 章說明的藥物承保規定即可）：

- 當您處於以下任何一個藥物付款階段時，您為藥物支付的金額：
 - 初始承保期
 - 承保缺口階段

章 6. 您為 Part D 處方藥支付的費用

- 加入本計劃之前，您在本日曆年度內作為另外一項 Medicare 處方藥計劃保戶期間支付的任何款項。

誰是付款人很重要：

- 如果是**您自己**支付這些款項，這些款項會計入您的自費費用。
- 如果**其他特定個人或組織**以您的名義支付這些款項，這些款項也**包括在內**。這包括朋友或親屬、大部分慈善組織、愛滋病藥物協助計劃、或印地安衛生局代您支付的藥物款項。Medicare 的「Extra Help」計劃支付的款項也**包括在內**。
- Medicare 承保缺口優惠計劃支付的某些款項**包括在內**。製造商為您的原廠藥支付的金額也**包括在內**。但是本計劃為您的副廠藥支付的金額**不包括在內**。

進入重大傷病承保期：

當您（或他人以您的名義）支付的自費費用在一個日曆年度內總計達到 \$8,000 之後，您將從承保缺口階段進入重大傷病承保階段。

以下款項**不包括**在您的自費費用中

您的自費費用**不包括**以下任何類型的款項：

- 您的每月保費。
- 在美國境外及其領地以外購買的藥物。
- 不受本計劃承保的藥物。
- 在網絡外藥房購買不符合本計劃有關網絡外承保規定的藥物。
- Part A 和 Part B 承保的處方藥。
- 針對我們的額外保險有承保，但通常不受 Medicare 處方藥計劃承保的藥物，您所支付的款項。
- 為 Medicare 處方藥計劃通常不承保的處方藥所支付的款項。
- 本計劃在承保缺口期為您的原廠藥或副廠藥支付的款項。
- 由團體保健計劃為您支付的藥物款項，包括雇主保健計劃。
- 由某些特定保險計劃和政府資助的保健計劃為您支付的藥物款項，例如政府的健康計劃和 Veterans Affairs。
- 由具有法律義務為您支付處方藥物費用的第三方（例如勞工賠償）支付的藥物款項。

提醒：如果諸如以上列出的任何其他組織支付了您藥物的自費費用的全額或部分費用，您必須致電保戶服務部以通知本計劃。

您如何追蹤您的自費費用總額？

- **我們可以幫助您。**您收到的 Part D EOB 報告包括您自費費用的目前金額。當此金額達到 \$8,000 時，此報告會通知您已脫離承保缺口階段並進入重大傷病承保階段。

章 6. 您為 Part D 處方藥支付的費用

- **請確保我們有所需的資訊。** 第 3.2 節說明您可以採取的措施，確保我們能夠得到您的支出金額方面的完整和最新記錄。

節 2 您支付的藥費視獲得藥物時所處的藥物付款階段而定

節 2.1 中心健保特選計劃 II (HMO) 保戶有哪些藥物付款階段？

根據中心健保特選計劃 II (HMO)，您的處方藥承保共有四個**藥物付款階段**。您支付的金額多寡取決於您配取或續配處方藥時所處的階段。如需有關每個階段的詳細資訊，請參閱本章第 4 節到第 7 節。這些階段如下：

第 1 階段：年度自付額階段

第 2 階段：初始承保期

第 3 階段：承保缺口期

第 4 階段：重大傷病承保期

節 3 我們會寄給您報告說明藥物相關費用和您所處的付款階段

節 3.1 我們會寄給您一份每月摘要，稱為「Part D 給付說明」(Part D EOB)

本項計劃會記錄您的處方藥費用和在藥房領取或續取處方藥時支付的數額。這樣我們就能告訴您，您已經從一個藥物付款階段進入另一個階段。我們特別會記錄兩種類型的費用：

- 我們會追蹤您已經支付的數額。這稱為您的**自費費用**。
- 我們會追蹤您的**總藥費**。這是您支付的自費費用金額，或者其他人代表您支付的金額，加上本計劃支付的金額。

如果您在前一個月透過本計劃配取了一種或多種處方藥，我們會寄給您一份 Part D EOB。Part D EOB 包含：

- **該月資訊**。這份報告會提供您上個月配取的處方藥的詳細付款資料。其中包括總藥費、本計劃給付的金額，以及您或他人以您的名義所支付金額。
- **自 1 月 1 日以來的年度總費用**。這稱為年度至今資訊。顯示從年初開始您的總藥費以及您支付的總藥費。
- **藥價資訊**。此資訊會顯示總藥物價格，以及與同數量各處方領取第一次開具時相比的價格上漲相關資訊。
- **適用於您的較低費用替代處方**。這將包括其他可取得藥物的相關資訊，以及各處方領取的較低分攤費用。

節 3.2 協助我們維持有關您的藥物付款的最新資訊

我們會追蹤您的藥費和您支付的藥費，我們也會使用藥房提供的記錄。以下是您如何幫助我們保持正確和最新資訊的方法：

- **每當您配取處方藥時，請出示您的保戶卡。**這有助於確保我們瞭解您配取的處方藥，以及您要支付的費用。
- **請確保我們有所需的資訊。**有時您可能需要支付處方藥的全額費用。在這些情況下，我們無法自動取得所需資訊，因而無法追蹤您的自費費用。為了幫助我們追蹤您的自費費用，請提供收據影本。以下是您應該將藥物收據影本提供給我們的範例：
 - 當您在網絡內藥房購買特價的承保藥物，或使用不屬於我們計劃給付的折扣卡購買承保藥物。
 - 當您支付共付額購買製藥商患者協助計劃所提供的藥物。
 - 任何時候在網絡外藥房購買承保藥物，或者在特殊情況下您針對承保藥物支付的全額費用。
 - 如果藥房向您收取承保藥物的費用，您可以要求本計劃支付我們的分攤費用。如需有關此做法的說明，請參閱第 7 章第 2 節。
- **將他人已代您支付之費用的相關資訊寄給我們。**其他個人和組織代為支付的費用也會計入您的自費費用。例如，愛滋病藥物協助計劃(ADAP)、印地安衛生局以及大多數慈善機構所支付的款項均可計入您的自費費用。請保留這些付款記錄，並寄給我們，這樣我們才能追蹤您的費用。
- **查閱我們寄給您的書面報告。**當您收到 *Part D* EOB 時，請詳細閱讀，確保其中的資訊完整無誤。如果您認為報告內容有任何遺漏，或者您有任何問題，請致電保戶服務部。請務必留存這些報告。

節 4 中心健保特選計劃 II (HMO) 沒有自付額

中心健保特選計劃 II (HMO) 沒有自付額。您今年度第一次配取處方藥時，初始承保期即開始。如需有關初始承保期的承保範圍的資訊，請參閱第 5 節。

節 5 在初始承保期，本計劃會為您支付其藥物分攤費用，您支付您的分攤費用**節 5.1 您支付的藥物費用因藥物和配取處方藥的地點而異**

在初始承保期，本計劃會為您的承保處方藥支付其分攤費用，您也需支付您的分攤費用（您的共付額或共同保險金的金額）。您的分攤費用因您的藥物和配取處方藥的地點不同而異。

章 6. 您為 Part D 處方藥支付的費用

本計劃共有六個分攤費用層級

本計劃「藥物清單」上的每一種藥物都屬於六個分攤費用層級之一。一般來說，分攤費用層級數字越高，您的藥費就越高：

- 分攤費用層級 1：首選副廠藥
層級 1 為最低等級，包括首選副廠藥。
- 分攤費用層級 2：副廠藥
層級 2 包括副廠藥。
- 分攤費用層級 3：首選原廠
層級 3 包括首選原廠藥和非首選副廠藥。
- 分攤費用層級 4：非首選藥物
層級 4 包括非首選原廠藥和非首選副廠藥。
- 分攤費用層級 5：專門等級
層級 5 包括極昂貴的原廠和副廠藥，這可能需要特殊處理和/或密切監測。
- 分攤費用層級 6：選擇護理藥物
層級 6 是最高等級，包括用於治療疾病的選擇護理藥物，例如糖尿病、高血壓和高膽固醇，以及某些 Part D 計劃通常不承保的藥物。

如需瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用層級，請在本計劃的「藥物清單」中查找。

您選擇的藥局

配藥時，您應支付的金額取決於您取得藥物的地方：

- 網絡內零售藥房
- 本計劃網絡外的藥房。我們僅在有限的情況下對在網絡外藥房配取的處方藥提供承保。請參閱第 5 章第 2.5 節，以瞭解我們何時對在網絡外藥房配取的處方藥提供承保。
- 本計劃的郵購藥房。

如需有關這些藥房選擇和配取處方藥的詳細資訊，請參閱第 5 章和本計劃的藥房名錄。

節 5.2 顯示藥物一個月藥量的費用表

在初始承保期內，您將以共付額或共同保險金的方式支付承保藥物的分攤費用。

如下表所示，共付額或共同保險金的金額取決於您的分攤費用層級。

有時候藥物費用會低於您的共付額。在這些情況下，您應支付較低的藥物價格，而不是共付額。

章 6. 您為 Part D 處方藥支付的費用

當您配取承保 Part D 處方藥的一個月藥量時，您的分攤費用如下：

層級	標準零售分攤費用 (網絡內) (最多 30 天的藥量)	郵購分攤費用 (最多 30 天的藥量)	長期護理 (LTC) 分攤費用 (最多 31 天的藥量)	網絡外分攤費用 (承保僅限某些情況；詳情請參閱第 5 章。) (最多 31 天的藥量)
分攤費用第 1 級 (首選副廠藥)	共付額 \$0	郵購不適用 30 天藥量。	共付額 \$0	共付額 \$0
分攤費用第 2 級 (副廠藥物)	共付額 \$0	郵購不適用 30 天藥量。	共付額 \$0	共付額 \$0
分攤費用第 3 級 (首選原廠藥)	共付額 \$35	郵購不適用 30 天藥量。	共付額 \$35	共付額 \$35
分攤費用第 4 級 (非首選藥物)	共付額 \$75	郵購不適用 30 天藥量。	共付額 \$75	共付額 \$75
分攤費用第 5 級 (專用藥物)	共同保險金 33%	共同保險金 33%	共同保險金 33%	共同保險金 33%
分攤費用第 6 級 (選擇護理藥物)	共付額 \$0	郵購不適用 30 天藥量。	共付額 \$0	共付額 \$0

針對第 3 級的每種承保胰島素產品一個月供應量，您不會支付超過 \$35。

請參閱本章第 9 節，以瞭解 Part D 疫苗之 Part D 疫苗分攤費用的更多資訊。

節 5.3 如果您的醫生所開的藥量不到一個月，您可能不需要支付一整個月藥量的費用

通常，您針對處方藥支付的金額包含一整個月的供藥量。在某些情況，您或您的醫生可能希望您領取少於一個月的藥量（例如，當您首次嘗試一種藥物時）。您還可以要求您的醫生開具（並要求您的藥劑師配發）少於一整個月的藥量，以便協助您更完善地規劃不同處方藥的續配日期。

如果您在特定藥物獲得少於一整個月的藥量，則不必針對一整個月的藥量支付費用。

- 如果您需要負責支付共同保險金，您將按總藥費的百分比付款。由於共同保險金是基於總藥費，您的費用將會比較低，因為總藥費比較低。

章 6. 您為 Part D 處方藥支付的費用

- 如果您必須負責支付藥物的共付額，您只須針對您所獲得藥量的天數（而不是一整個月）來支付費用。我們將計算您每天為藥物支付的金額（每日分攤費用率），然後乘以您領取的藥物天數。

節 5.4 顯示藥物長期（最多 100 天）藥量的費用表

某些藥物可以獲得長期供藥量（也稱為延長供藥量）。長期供藥量是指長達100天的用藥。下表顯示使用長期供藥量時，您需要支付的費用。

- 有時候藥物費用會低於您的共付額。在這些情況下，您應支付較低的藥物價格，而不是共付額。

當您配取承保 Part D 處方藥的長期供藥量時，您的分攤費用如下：

層級	標準零售分攤費用（網絡內） （最多 100 天藥量）	標準郵購分攤費用 （最多 100 天藥量）
分攤費用第 1 級 （首選副廠藥）	共付額 \$0	共付額 \$0
分攤費用第 2 級 （副廠藥物）	共付額 \$0	共付額 \$0
分攤費用第 3 級 （首選原廠藥）	共付額 \$70	共付額 \$70
分攤費用第 4 級 （非首選藥物）	共付額 \$150	共付額 \$150
分攤費用第 5 級 （專用藥物）	不為第 5 級中的藥物提供長期供藥量。	不為第 5 級中的藥物提供長期供藥量。
分攤費用第 6 級 （選擇護理藥物）	共付額 \$0	共付額 \$0

針對第 3 級的每種承保胰島素產品最多三個月供應量，您不會支付超過 \$70。

節 5.5 在您的年度總藥費達到 \$5,030 之前，您會一直處於初始承保期

在您配取處方藥的總金額達到**初始承保期的限額 \$5,030**之前，您會一直處於初始承保期。

針對 Medicare 處方藥計劃通常不給付的部分處方藥，我們會提供額外承保。支付這些藥物的費用，不會記入您的初始承保限額或自費費用總額內。

章 6. 您為 Part D 處方藥支付的費用

您收到的 Part D EOB 將協助追蹤您、本計劃以及任何第三方在年度內以您的名義支出了多少費用。許多人在一年期間都不會達到 \$5,030 的限額。

如果您達到此金額，我們會通知您。如果您達到此金額，就會離開初始承保期，並進入承保缺口期。請參閱第 1.3 節，以瞭解 Medicare 如何計算您的自費費用。

節 6 承保缺口階段的費用

當您在承保缺口階段時，Medicare 承保缺口優惠計劃為原廠藥提供製造商折扣。我們的計劃在保險缺口階段為第 1 級、第 2 級和第 6 級藥物提供全額藥物保險。您為第 1 級、第 2 級和第 6 級的藥物支付 \$0。對於所有其他層級的藥物，您為原廠藥支付議定價格的 25%（外加部分配藥費），以及不超過 25% 的副廠藥費用。您支付的金額和製藥商提供的折扣額會計入您的自費費用中，就像您已經支付了這些費用一樣，從而幫助您通過承保缺口。

您同時接受一些副廠藥承保。您只需支付不超過 25% 的副廠藥費用，剩下的部分由本計劃給付。只有您支付的數額計入您的自付額，幫助您通過承保缺口。

您繼續支付這些費用，直到您支付的年度自費費用達到了 Medicare 已設定的最高自付額。達到此金額 \$8,000 後，您就會離開承保缺口期，並進入重大傷病承保期。

對於哪些費用計入、哪些費用不計入自費費用，Medicare 都設有規定（第 1.3 節）。

承保缺口期共同保險金要求不適用於 Part D 承保的胰島素產品和大多數成人 Part D 疫苗，包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗。

針對第 3 級的每種承保胰島素產品一個月供應量，您不會支付超過 \$35。

請參閱本章第 9 節，以瞭解 Part D 疫苗和 Part D 疫苗分攤費用的更多資訊。

節 7 在重大傷病承保階段，本計劃將全額給付您的 Part D 承保藥物費用

如果您在本日曆年度的自費費用已達到 \$8,000 上限，即可進入重大傷病承保期。一旦進入重大傷病承保階段，您就會處於該付款階段，直到當曆年度年底為止。

- 在這個付款階段，本計劃將全額給付您的 Part D 承保藥物費用與我們增強福利承保的排除藥物。您無需支付任何費用。

節 8 Part D 疫苗。您支付的費用取決於您的取得方式和地點

有關您支付的疫苗接種費用之重要訊息 - 有些疫苗被視為醫療給付項目。有些疫苗則被視為 Part D 藥物。您可以在本計劃的「藥物清單」中找到這些疫苗。我們的計劃為您免費承保大多數成人 Part D 疫苗，即使您沒有支付自付額亦然。有關特定疫苗的承保和分攤費用詳細資料，請參閱本計劃的「藥物清單」或聯絡保戶服務部。

我們的 Part D 疫苗承保範圍分為兩個部分：

- 承保的第一部分是**疫苗本身**的費用。
- 承保的第二部分是**為您注射疫苗**的費用。(這有時稱為疫苗注射費。)

您的 Part D 疫苗費用取決於三個因素：

1. 諮詢委員會或免疫接種實務 (ACIP) 組織是否建議成人接種該疫苗。

- 大多數的 Part D 成人疫苗皆為 ACIP 所建議，您無需支付任何費用。

2. 您在何處接種疫苗。

- 疫苗本身可能由藥房分發或由醫生診所提供。

3. 誰為您注射疫苗。

- 藥劑師或其他服務提供者可以在藥房施打疫苗。或者，服務提供者也可以在醫師診所施打疫苗。

您接受 Part D 疫苗時需要支付的費用可能依情況，以及您所處的**藥物付款階段**而有所不同。

- 有時候，當您接種疫苗時，您必須支付疫苗本身的全額費用，以及為您注射疫苗之提供者的費用。您可以請求本項計劃將我們的分攤費用償還您。對於大多數的 Part D 成人疫苗，這表示您將獲得全額給付。
- 有時候，當您接種疫苗時，您只須根據您的 Part D 給付支付分攤費用。對於大多數的 Part D 成人疫苗，您無需支付任何費用。

以下是您接種 Part D 疫苗之三種方式的範例。

情況 1： 您在網絡內藥房接種 Part D 疫苗。(您是否有這項選擇取決於您的居住地。有些州不允許藥房提供某些疫苗。)

- 對於大多數的 Part D 成人疫苗，您無需支付任何費用。
- 對於其他 Part D 疫苗，您將針對疫苗本身向藥房支付您的共付額，其中包括疫苗注射費。
- 本項計劃將支付剩餘的費用。

情況 2： 您在您的醫生診所接種 Part D 疫苗。

- 當您接種疫苗時，您可能需要支付疫苗本身的全額費用，以及為您注射疫苗之服務提供者的費用。
- 然後，您可以使用第 7 章所述的程序，要求本計劃支付我們的分攤費用。
- 對於大多數的 Part D 成人疫苗，您將獲得您支付的全額補償。對於其他 Part D 疫苗，您所獲得的償還金額是，您所支付的金額，扣除疫苗(包括施打)的共付額，再扣除醫生收費和我們通常給付金額兩者間的差額。(如果您接受「Extra Help」，我們會償還該差額給您。)

章 6. 您為 Part D 處方藥支付的費用

- 情況 3 :** 您在網絡內藥房購買 Part D 疫苗本身，然後拿到您的醫生診所，請對方為您接種疫苗。
- 對於大多數的 Part D 成人疫苗，您無需為疫苗本身支付任何費用。
 - 對於其他 Part D 疫苗，您需要向藥房支付疫苗本身的共付額。
 - 當醫生幫您注射疫苗時，您可能需要支付該項服務的所有費用。
 - 然後，您可以使用第 7 章所述的程序，要求本計劃支付我們的分攤費用。
 - 對於大多數的 Part D 成人疫苗，您將獲得您支付的全額補償。對於其他 Part D 疫苗，您所獲得的償還金額是您所支付的金額，扣除疫苗施打的任何共同保險金。
 - 您所獲得的償還金額是，您付給醫生的疫苗注射費用，扣除醫生收費和我們通常給付金額兩者間的差額。(如果您接受「Extra Help」，我們會償還該差額給您。)

章 7:

要求我們攤付您就承保醫療服務或
藥物所收到的帳單

節 1 您應要求我們支付您的承保服務和藥物的分攤費用的情況

有時在獲得醫療照護或處方藥時，您可能需要支付全部費用。有時，您可能覺得在本計劃承保規定下您支付的費用比您預期多。在這些情況，您可以要求本計劃退款（退款常被稱為將款項償還給您）。每當您為計劃承保的醫療服務或藥物所支付的費用高於您應該支付的分攤費用時，您都有權要求我們償還您。您可能必須遵守的期限規定，才能獲得退款。請參閱本章第 2 節。

也許還有一些情況是，提供者會寄給您帳單，要求您支付所獲醫療照護的全額費用，或是可能超過您需要支付的分攤費用（如本文件所述）。首先，請嘗試聯絡提供者以解決帳單問題。如果這樣做沒有效，請將帳單寄給我們，而不要支付費用。我們會仔細查閱帳單並裁定服務是否獲得承保。若我們裁定這些服務應獲得承保，我們會直接給付提供者。若我們裁定不支付費用，我們將通知提供者。您不應支付超過計劃允許的分攤費用。如果此提供者已簽訂合約，您仍有權獲得治療。

以下是一些您可能需要要求我們償還您或為您支付已收到的帳單的情況範例：

1. 當您獲得本計劃網絡外提供者提供的急診或緊急需求醫療照護

在服務區域外，無論服務提供者是否在本計劃網絡內，您都可以接受他們提供的急診或緊急需求服務。在這些情況，

- 您僅需負責支付您的急診或緊急需求服務的分攤費用。急診服務提供者依法必須提供急診照護。如果您在接受照護時自行支付了全額費用，請要求我們將您的分攤費用償還您。請將帳單連同您已支付之任何款項的證明文件寄給我們。
- 您可能會從該醫療服務提供者處收到您不認為自己有欠款的帳單。請將這份帳單連同您已支付之任何款項的證明文件寄給我們。
 - 如果還欠提供者一些費用，我們會直接給付提供者。
 - 如果您已經支付超過您服務的分攤費用，我們會決定您應支付的金額，並將您的分攤費用償還給您。

2. 當網絡內服務提供者寄給您帳單，要求您支付您認為不應該支付的費用時

網絡內服務提供者應一律直接向本計劃開立帳單，並要求您僅支付您的分攤費用。但有時他們會犯錯，並要求您支付多於您的分攤費用。

- 當您接受承保服務時，您只須支付您的分攤費用金額。我們不允許服務提供者增加額外的個別費用，即所謂的收取差額負擔。即使我們支付給服務提供者的金額少於他們所收的服務費用，以及由於我們未支付特定的服務提供者費用而產生糾紛，此項保護措施（您不需支付超過您分攤費用的金額）仍適用。
- 每當您收到網絡內服務提供者的帳單，要求您支付超過您應該支付的金額時，請將帳單寄給我們。我們將與提供者直接聯繫並解決帳單問題。
- 如果您已支付某個網絡內服務提供者開立的帳單，但覺得自己支付的金額過高，請將帳單連同您已支付之任何款項的證明文件寄給我們。針對您實際支付的金額與您在本計劃中應支付金額之間的差額，您應該要求我們償還該差額。

章 7. 要求我們攤付您就承保醫療服務或藥物所收到的帳單

3. 如果您以回追溯性方式投保本計劃

有時，投保本項計劃具有追溯性。（這是指投保的第一天已經過去，而投保日期甚至可能發生在去年。）

如果您以追溯性方式投保本計劃，並且在投保日期之後支付了任何承保服務或藥物的自付費用，您可以要求我們償還我們的分攤費用。您需要向我們提交收據和帳單等書面文件，以便處理退款。

4. 當您使用網絡外藥房來領取處方藥時

如果您前往網絡外藥房，藥房可能無法將索賠直接提交給我們。發生這種情況時，您必須支付處方藥的全部費用。

請保留您的收據，並在要求我們償付我們的分攤費用時將收據副本寄給我們。請記住，我們僅在有限的情況下對網絡外藥房提供承保。請參閱第 5 章第 2.5 節中有關這些情況的討論。

5. 當您因沒有隨身攜帶計劃保戶卡而需要支付處方藥的全額費用

如果您沒有隨身攜帶計劃保戶卡，您可以要求藥房致電本計劃，或查閱您的計劃投保資訊。但是，如果藥房無法立刻取得投保資訊，您可能需要自己先支付處方藥的全部費用。

請保留您的收據，並在要求我們償付我們的分攤費用時將收據副本寄給我們。

6. 當您遇到其他情況需要支付處方藥的全額費用

您因為發現因某種原因藥物不受承保，您需要支付該處方藥的全部費用。

- 例如，這種藥物可能不在本計劃的「藥物清單」上；或者這種藥物可能有您不知道或不認為應適用於您的要求或限制。如果您決定立即配取該藥物，您可能需要先支付全部費用。
- 請保留收據，當您請求我們向您退款時，請把收據副本寄給我們。在某些情況下，我們或需向您的醫師瞭解更多資訊，以向您償付我們應攤付的費用。

以上所有舉例是承保決定的類型。這意味著如果我們否決了您的付款請求，您可以對我們的決定提出上訴。本文件第 9 章提供了有關如何提出上訴的資訊。

節 2 如何要求我們償還您或支付您所收到的帳單

您可以以書面方式寄送要求給我們，以償還您。如果您以書面形式傳送要求，請將您已支付的任何款項的帳單和證明文件寄給我們。最好將您的帳單和支付費用的收據複印一份留底。自您獲得服務、品項或藥物的日期起算，您必須在 **12 個月內** 向我們提出索賠。

針對醫療索賠或 D 部分處方藥索賠，請將您的付款要求以及任何帳單或已付收據一併寄到「醫療服務索賠」給我們：

醫療服務索賠
中心健保聯邦紅藍卡計劃 Medicare Advantage 索賠
ATTN: Member Services
PO Box 14246
Orange, CA 92863
D 部分處方藥索賠：
Express Scripts
Attn: Medicare Part D
PO Box 14718
Lexington, KY 40512-4718

節 3 我們將考慮您的付款請求，然後批准或拒絕您的請求

節 3.1 我們將查證計劃是否應承保服務或藥物，並決定計劃應給付多少費用

當我們收到您的給付請求時，我們會告訴您是否需要提供任何其他資訊。否則，我們會考慮您的請求，並作出承保決定。

- 如果我們裁定醫療照護或藥物可以獲得承保，而且您遵守了所有規定，我們將給付分攤費用。如果您已經支付服務或藥物的費用，我們會將分攤費用退款郵寄給您。如果您還未支付服務或藥物的費用，我們會將費用直接寄給服務提供者。
- 如果本計劃決定醫療照護或藥物不被承保，或您沒有遵守所有規定，我們將不支付我們的分攤費用。我們會寄一封信給您，說明我們沒有寄出款項的原因，以及您對該裁定提出上訴的權利。

節 3.2 如果我們拒絕支付醫療照護或藥物的全額或部分費用，您有權提出上訴

如果您認為我們拒絕您的給付要求是錯誤的決定，或您不同意我們給付的金額，您有權提出上訴。如果您提出上訴，則表示您請求我們改變拒絕您的給付請求的決定。上訴程序是一種正式流程，包括詳細的程序和重要的截止日期。請參閱本文件第 9 章，以瞭解如何提出上訴的相關詳情。

章 8:

您的權利和責任

章 8. 您的權利和責任**節 1 我們的計劃必須尊重您身為計劃保戶的權利和文化敏感度****節 1.1 我們必須以適合您且符合您文化敏感度的方式（英文以外的其他語言、盲文點字法、大字體印刷或其他替代格式等）提供資訊**

您的計劃必須確保所有臨床和非臨床服務均以具有跨文化能力的方式提供，並且所有投保人皆能取得，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力不全，或具有不同文化和種族背景的人。計劃符合這些無障礙要求的範例包括但不限於：提供翻譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY（文字電話或電傳打字機電話）連線。

本計劃有免費口譯員服務，可回答不會講英文的保戶提出的問題。我們可能會以多種語言與您通訊。為了以您偏好的語言接收特定資料，您可以在投保申請書上註明這一點，或致電保戶服務部（電話號碼印於本手冊的封底）。請注意，篇幅較長的資料（例如本手冊）僅提供英文和西班牙文版本。如果需要，我們也可以免費為您提供點字版、大字體印刷或替代格式的資訊。我們必須以無障礙和適合您的方式向您提供計劃相關的給付資訊。若要向我們取得適合您使用的資訊，請致電保戶服務部。

我們的計劃必須讓女性投保人可以選擇直接與網絡內的女性專科醫師聯絡，以取得女性例行性和預防性健康照護服務。

如果計劃網絡內的專科醫師無法提供服務，計劃有責任在網絡外尋找能提供您必要照護的專科醫師。在這種情況下，您只需支付網絡內分攤費用。如果您發現計劃的網絡中沒有您所需承保服務的專科醫師，請致電本計劃，瞭解如何透過網絡內分攤費用獲得此服務。

如果您無法以方便且適合您的方始從我們的計劃獲取資訊、至婦女健康專科醫生處就診或尋找網絡內專科醫生，請致電保戶服務部 (866) 314-2427（TTY 使用者請致電 711）提出申訴。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或直接致電民權辦公室，電話是 1-800-368-1019，或 TTY 1-800-537-7697。

節 1.2 我們必須確保您及時獲得承保服務和藥物

您有權從本計劃的網絡內選擇一名主治醫生 (PCP)，為您提供和安排承保服務。您也有權去看婦女健康專科醫生（例如婦科醫生）而無需轉診。

您有權在一段合理的時間內從本計劃的網絡內服務提供者獲得就診預約和承保服務。這包括有權在您需要照護的時候獲得專科醫生及時的服務。您還有權在我們的任何一家網絡內藥房配取或續配您的處方藥，並且沒有長時間的延遲。

如果您認為您沒有在一段合理的時間內獲得醫療照護或 Part D 藥物，第 9 章說明了您可以採取的措施。

節 1.3 我們必須保護您的個人健康資訊隱私

聯邦和州政府法律會保護您的醫療記錄和個人健康資訊的隱私。我們會依照這些法律規定保護您的個人健康資訊。

章 8. 您的權利和責任

- 您的個人健康資訊包括當您投保本項計劃時提供給我們的個人資訊，以及您的醫療記錄和其他醫療健康資訊。
- 您擁有與您的資訊有關的權利，以及控制健康資訊使用方式的相關權利。我們會給您一份名為**隱私權保護方法通知**的書面通知，告訴您有關這些權利的資訊，並說明我們如何保護您的健康資訊的隱私。

我們如何保護您的健康資訊的隱私？

- 我們確保未經授權的人不會看到或更改您的記錄。
- 如果我們打算將您的健康資訊揭露給未向您提供照護或為您的照護付費的任何人，我們必須事先向您，或您授予法律權力替您作出決定的人取得許可，但下述情況除外。
- 在一些例外的情況下，我們無需事先獲得您的書面許可。這些例外情況是受到法律允許或要求的情況。
 - 我們必須將健康資訊揭露給檢查照護品質的政府機構。
 - 因為您是透過聯邦醫療保險成為本計劃保戶，所以我們必須將您的健康資訊提供給聯邦醫療保險，包括有關您的 Part D 處方藥的資訊。如果聯邦醫療保險出於研究目的或其他用途而公佈您的資訊，則須依據聯邦法令及法規予以公佈；通常，這會要求不可分享與您個人識別有關的專屬資訊。

您可以查看您記錄中的資訊，並瞭解如何與他人分享這些資訊

您有權查閱在本項計劃中保存的您的醫療記錄，並可以獲得您的記錄副本。我們可以在複印副本時向您收取費用。您也有權請求我們在您的醫療記錄中新增資訊或做修改。如果您要求我們這樣做，我們會與您的健康服務提供者合作以決定是否應該變更。

您有權知道您的健康資訊因任何非例行性的目的而與其他人分享。

如果您對個人健康資訊的隱私權有任何相關的問題或疑慮，請致電保戶服務部。

我們可能以符合 1996 年《健康保險可攜性與責任法案》（簡稱「HIPAA 法規」）的方式使用或揭露您的受保護健康資訊（簡稱「PHI」）。我們可能會視治療、付款及健康照護作業的需要向其他方揭露您的 PHI，包括但不限於聯邦醫療保險、其他計劃、您的主治醫生和其他服務提供者。

節 1.4	我們必須為您提供關於本計劃、其網絡內服務提供者和您的承保服務等資訊
--------------	--

作為中心健保特選計劃 II (HMO) 的保戶，您有權向我們索取幾種資訊。

如果您想要以下任何類型的資訊，請致電保戶服務部：

- **有關本計劃的資訊。**例如，這包括關於計劃財務狀況的資訊。
- **我們的網絡內服務提供者和藥房的資訊。**您有權獲取有關我們網絡內服務提供者和藥房之資格，以及我們如何給付網絡內服務提供者的資訊。
- **有關您的承保和在使用您的承保時必須遵守的規定的資訊。**第 3 章和第 4 章提供有關醫療服務的資訊。第 5 章和第 6 章提供有關 Part D 處方藥承保的資訊。

章 8. 您的權利和責任

- **有關某些項目不受承保的原因以及該如何處理的資訊。**第 9 章提供有關如何索取書面說明的資訊，以便瞭解為何某項醫療服務或 Part D 藥物不在承保範圍內，或您的承保範圍受到限制。第 9 章也提供有關如何要求我們改變決定（也稱為上訴）的資訊。

節 1.5 我們必須支持您為自己的照護作出決定的權利

您有權瞭解您的治療選擇並參與決定您的健康照護

您有權向您的醫生和其他健康照護提供者要求充分的資訊。您的健康照護提供者必須以您能夠理解的方式說明您的醫療病症和治療選擇。

您也有權充分參與您健康照護的相關決策。為了幫助您與您的醫生作出最適合您的治療決定，您享有以下權利：

- **瞭解您的所有選擇。**您有權被告知所有針對您病情建議的治療方案，無論其費用或是否在本計劃承保範圍內。這也包括得知我們計劃針對幫助保戶管理藥物和安全用藥所提供的方案。
- **瞭解相關的風險。**您有權被告知您的照護所涉及的任何風險。您必須被提前告知任何建議的醫療照護或治療是否為研究實驗的一部分。您總是可以選擇拒絕接受任何實驗性的治療。
- **有權說「不」。**您有權利拒絕任何建議的治療。這包括，您有權離開醫院或其他醫療設施，即使醫生建議您不要離開亦然。您也有權停止服藥。當然，如果您拒絕接受治療或停止服藥，您必須對自己的身體會發生的情況承擔全部責任。

您有權作出指示，讓醫療人員知道當您無法自己作出醫療決定時該如何處理

有時，因為事故或嚴重疾病，有人會無法自己作出健康護理決定。如果您處於這種情況，您有權說明您想執行的事情。這意味著，如果您想，您可以：

- **填寫書面表格，**在您無法自行做決定時，提供賦予某人替您做出醫療決定的法律授權。
- **向您的醫生提供書面指示，**告訴他們如果您無法自己做決定，該如何處理您的醫療照護。

在發生這些情況之前用來提前提供指示的法律文件稱為**預立醫療指示**。預立醫療指示有幾種不同的類型和名稱。稱為**生前預囑**和**健康照護委託書**的文件是預立醫療指示的範例。

如果您要使用預立醫療指示提供您的指示，做法如下：

- **索取表格。**您可以向您的律師、社工或從一些辦公用品店索取預立醫療指示表格。有時，您也可以向提供 Medicare 資訊的機構索取預立醫療指示表格。
- **填寫表格並簽名。**無論您是從哪裡索取表格，請記住這是一份法律文件。您應該考慮請律師幫您準備這份文件。
- **把副本交給適當的人。**您應提供一份表格副本給您的醫生，並提供一份給您在表格中指定為在您無法做決定時替您決定的人。您可以把副本交給好朋友或家人。在家中留一份副本。

章 8. 您的權利和責任

如果您已經事先知道您將要住院，並且已經在預立醫療指示上簽名，請攜帶一份副本到醫院。

- 醫院會問您是否有已簽名的預立醫療指示表格，以及是否帶在身上。
- 如果您尚未在預立醫療指示表格上簽名，而醫院也有表格可提供，他們會詢問您是否要在表格上簽名。

請記住，是否填寫預立醫療指示完全由您自己決定（包括如果您住院，也是由您自己決定是否在醫院簽署表格）。根據法律規定，沒有任何人可以根據您是否有簽署的預立醫療指示而拒絕為您提供護理或對您歧視。

如果您的指示未被遵守怎麼辦？

如果您已簽署預立醫療指示，但您認為醫師或醫院並未遵照指示，您可進行投訴。如果您想對醫生提出投訴，您可以致電 Medical Board of California (加州醫學委員會)，電話號碼為：1-800-633-2322。如果您希望投訴醫院，可以在 <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CHCQ/LCP/CalHealthFind/Pages/Complaint.aspx> 向「加州公共衛生營業許可與證明部」(California Department of Public Health Licensing and Certification)。

節 1.6 您有權提出投訴並要求我們重新考慮我們所做的決定

如果您有任何問題、疑慮或需要投訴，並且需要要求給付，或是提出上訴，請參閱本文件第 9 章，以瞭解您可以採取的措施。無論您做什麼 – 要求承保決定、提出上訴或提出投訴 – 我們都必須公平地對待您。

節 1.7 如果您認為您受到了不公平對待或您的權利未受到尊重，該怎麼辦？

如果是有關歧視的問題，請致電民權辦公室

如果您認為您因您的種族、殘障、宗教、性別、健康、民族、信條（信仰）、年齡、性取向或原國籍受到不公平對待或您的權利未受到尊重，您應致電 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)，聯絡健康與公眾服務部民權辦公室，或致電您當地的民權辦公室。

是有關其他方面的問題嗎？

如果您認為您受到不公平對待或您的權利未受到尊重，而且這與歧視無關，您可以藉由下列方式獲得幫助，以解決您的問題：

- 您可以致電保戶服務部。
- 您可以致電 SHIP。請參閱第 2 章第 3 節，以瞭解詳細資訊。
- 或者，您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 以聯絡聯邦醫療保險，本專線全天候提供服務 (TTY 1-877-486-2048)。

節 1.8 如何獲得有關您的權利的更多資訊

有幾個地點可獲得有關您的權利的更多資訊：

- 您可以致電保戶服務部。

章 8. 您的權利和責任

- 您可以致電 SHIP。請參閱第 2 章第 3 節，以瞭解詳細資訊。
- 您可聯絡聯邦醫療保險。
 - 您可以造訪聯邦醫療保險網站，閱讀或下載聯邦醫療保險權利和保護刊物。(此刊物可在以下網址取得：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)，本專線全天候提供服務 (TTY 1-877-486-2048)。

節 2 您身為計劃保戶負有某些責任

身為計劃保戶，您有下列責任。如果您有任何問題，請致電保戶服務部。

- **熟悉您的承保服務和您獲得這些承保服務必須遵守的規定。** 使用本承保證明，瞭解您享有哪些承保服務，以及必須遵守哪些規則才能獲得承保服務。
 - 第 3 章和第 4 章詳細說明您的醫療服務。
 - 第 5 章和第 6 章詳細說明您的 Part D 處方藥承保。
- **如果您除了本計劃之外還有任何其他健康保險承保或處方藥承保，您必須告訴我們。** 第 1 章說明如何協調這些給付。
- **請告訴您的醫生和其他健康照護提供者您已投保本計劃。** 在您獲得醫療照護或 Part D 處方藥物時，請出示您的計劃保戶卡。
- **向您的醫生和其他服務提供者提供資訊、提出問題和遵守護理指示，協助他們向您提供幫助。**
 - 為了有助於獲得最佳照護，請向您的醫生和其他健康服務提供者告知您的健康問題。請遵守您與您的醫生同意的治療計劃和指示。
 - 請確保您的醫生瞭解您正在服用的所有藥物，包括非處方藥、維他命和營養補充劑。
 - 如果您有任何問題，請務必提問，直到獲得您可以理解的答案為止。
- **體諒他人。** 我們期待所有的保戶都能夠尊重其他病患的權利。我們也希望您的行為舉止有助於您的醫生診所、醫院和其他辦公室順暢運作。
- **支付您的應付款項。** 身為本計劃的保戶，您有支付以下付款的責任：
 - 您必須支付您的計劃保費。
 - 您必須繼續支付您 Medicare Part B 的保費，才能繼續成為本計劃的保戶。
 - 對於您獲得計劃承保的大多數醫療服務或藥物，當您獲得服務或藥物時，您必須支付您的分攤費用。
 - 如果您需要支付逾期投保罰金，您必須支付罰金才能繼續享有處方藥保險。
 - 如果您由於年收入而需要支付 Part D 的額外款項，則您必須繼續直接向政府支付額外款項以保持計劃保戶資格。
- **如果您在我們的計劃服務區域內搬遷，您必須通知我們，** 這樣我們才能更新您的保戶記錄，並且知道如何與您聯絡。
- **如果您搬到本項計劃服務區域外，您就無法繼續成為本項計劃的保戶。**

章 8. 您的權利和責任

- 如果您搬家，一定要通知社會安全局（或鐵路退休委員會）。

章 9:

如果您遇到困難或想要投訴
(承保決定、上訴、投訴) 該怎麼
做

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

節 1 簡介

節 1.1 如果您有疑問或顧慮該怎麼做

本章說明處理問題和疑慮的兩類程序：

- 對於某些問題，您需要使用**承保決定和上訴程序**。
- 對於其他問題，您需要使用**提出投訴程序**；也稱為申訴。

這兩種都是經過聯邦醫療保險批准的程序。每個程序都有一套您和我們都必須遵守的規定、程序和截止日期。

第 3 節中的指南將協助您確定要使用的正確程序，以及您應該做什麼。

節 1.2 關於法律術語？

本章說明與一些規定、程序和截止日期類型有關的法律術語。大部分人對這些術語不熟悉，有些術語很難理解。為求簡單明瞭，本章內容包括：

- 使用更簡單的詞彙來代替某些法律術語。例如，本章一般使用「提出投訴」而非「提出申訴」，「承保決定」而非「組織裁定」或「承保裁定」或「風險裁定」，「獨立審核組織」而非「獨立審查實體」。
- 我們還會儘量少用縮略語。

然而，瞭解正確的法律術語對您來說可能有幫助，有時甚至相當重要。瞭解要使用哪些術語有助於您更準確地溝通，以獲得適合您的情況的協助或資訊。為了幫助您瞭解應該使用的術語，當我們提供如何處理特定類型情況的詳細資料時，也會提供法律術語。

節 2 何處獲得更多資訊及個人化的協助

我們會很樂意幫助您。即使您要投訴我們對待您的方式，我們也有義務尊重您的投訴權利。因此，您應隨時聯絡客戶服務尋求協助。但在某些情況，您可能也希望得到與我們沒有關聯的人的幫助或指導。以下是兩個可以協助您的實體機構。

州健康保險協助計劃 (SHIP)

每個州都有一項政府計劃，由訓練有素的顧問提供。該項計劃與本項計劃或任何保險公司或保健計劃都沒有關聯。該項計劃的顧問可幫助您瞭解應該使用哪項程序處理您的問題。他們也可以回答您的問題、向您提供更多資訊以及提供具體措施方面的指南。

SHIP 顧問提供的服務是免費的。您可以在本文件的第 2 章，第 3 節中找到電話號碼和網站 URL。

聯邦醫療保險

您也可以聯絡聯邦醫療保險以獲得幫助。若要聯絡聯邦醫療保險：

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 一週 7 天、全天 24 小時提供服務。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。
- 您可以造訪聯邦醫療保險網站 (www.medicare.gov)。

節 3 您應當使用何種程序處理問題？

如果您有疑問或顧慮，只需閱讀本章適用於您情況的部分即可。以下指南可提供幫助。

您的疑問或顧慮與您的給付或承保有關嗎？

這包括關於醫療照護（醫療物品、服務和/或 Part B 處方藥）是否承保、以何種方式承保的問題，以及醫療照護付款相關問題。

是的。

請查閱本章的下一節，第 4 節「承保決定和上訴基本內容指南」。

否。

請跳至本章最後的第 10 節：如何針對照護品質、等待時間、客戶服務，或其他疑慮提出投訴。

承保決定和上訴

節 4 承保決定與上訴基本內容指南

節 4.1 請求作出承保決定和提出上訴：概況

承保決定和上訴處理與您的給付和醫療照護承保（服務、項目和處方藥，包括付款）相關的問題。為了簡單起見，我們通常將醫療項目、服務和聯邦醫療保險 Part B 處方藥稱為醫療照護。您可以使用承保決定和上訴程序來處理某個項目是否承保及其承保方式等問題。

在接受給付之前要求承保決定

承保決定是我們對於您的給付及承保，或對於我們就您的醫療照護將支付的金額所作出的決定。例如，如果您的計劃網絡內醫生將您轉介給網絡外的專科醫師，此轉診會被視為有利的承保決定，除非您的網絡內醫生可以證明您已收到此專科醫師的標準拒絕通知，或承保證明明確指出在任何情況下都不承保轉介服務。如果您的醫師不確定我們是否將給付特定醫療服務，或拒絕為您提供您認為必要的醫療照護，您或您的醫師也可以聯絡我們並要求給付裁定。換句話說，如果您想要在接受醫療照護前，瞭解我們是否將給付該照護，您可以要求我們為您作出承保決定。在少數有限的情況中，承保決定的要求會被駁回，亦即

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

我們不會審查此要求。要求會被駁回的例子包括要求不完整、有人代表您提出要求但並未經過合法授權，或是您請求將您的要求撤回。如果我們駁回承保決定的要求，我們會送出通知書說明要求被駁回的原因，以及如何要求審查駁回決定。

每當我們為您裁定給付服務的項目以及我們應支付多少時，即表示我們正為您做出給付裁定。在某些情況下，我們可能會判定醫療照護不在給付範圍內，或聯邦醫療保險不再為您給付該醫療照護。如果您不同意此給付裁定，可以提出上訴。

提出上訴

如果我們作出承保決定，但您不滿意，無論給付是否已接受，您都可以對此決定提出上訴。上訴是要求我們審查及變更我們所做出的承保決定的一項正式方法。在某些情況（下文會討論），您可以要求對承保決定作出加急或**快速上訴**。您的上訴將由不同審閱員處理，而不是由做出最初決定的人處理。

當您首次對某項決定提出上訴時，稱為 1 級上訴。在這次上訴中，我們會審查我們作出的承保決定，以檢查我們是否正確地遵守所有規定。我們將在完成審查之後告知您我們的決定。

在少數有限的情況中，1 級上訴的要求會被駁回，亦即我們不會審查此請求。要求會被駁回的例子包括要求不完整、有人代表您提出要求但並未經過合法授權，或是您請求將您的要求撤回。如果我們駁回 1 級上訴的要求，我們會送出通知書說明要求被駁回的原因，以及如何要求審查此駁回決定。

如果我們拒絕您全部或部分的醫療照護 1 級上訴，您的上訴將自動進入 2 級上訴。2 級上訴是由與我們無關聯的獨立審核組織進行。

- 您不需要做任何事就能開始 2 級上訴。聯邦醫療保險規定，如果我們不完全同意您的 1 級上訴，我們會自動將您的醫療照護上訴轉為 2 級。
- 請參閱本章第 6.4 節瞭解更多 2 級上訴相關資訊。
- 對於 Part D 藥物上訴，如果我們拒絕您的全部或部分上訴，您將需要要求進行 2 級上訴。本章第 7 節將進一步討論 Part D 上訴。

如果您對 2 級上訴的決定不滿意，您可能可以繼續進行更高級的上訴（本章第 9 節說明了 3 級、4 級和 5 級上訴程序）。

節 4.2 當您要求承保決定或提出上訴時，如何獲得幫助

如果您決定要求作出某種類型的承保決定或對決定提出上訴，以下為可用資源：

- 您可以致電保戶服務部與我們聯絡。
- 您可以從州健康保險協助計劃獲得免費幫助。
- 您的醫生可以為您提出要求。如果您的醫生協助您進行 2 級以上的上訴，您必須委任他們作為您的代表。請致電保戶服務部索取代表委任書表格。（該表格也可在聯邦醫療保險網站上取得，網址為：www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf。）
 - 針對醫療照護或 Part B 處方藥，您的醫生可代表您要求承保決定或提出 1 級上訴。若您的上訴在 1 級時遭到駁回，上訴會自動轉送至 2 級。

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

- 對於 Part D 處方藥，您的醫生或其他處方開立者可以代表您要求承保決定或提出 1 級上訴。如果您的 1 級上訴遭到駁回，您的醫生或處方開立者可以提出 2 級上訴。
- **您可以請其他人代表您上訴。** 如果您願意，您也可以讓其他人擔任您的代表，請求作出承保決定或提出上訴。
 - 如果您想要讓一位朋友、親戚或其他人成為您的代表，請致電保戶服務部索取代表委任書表格。(該表格也可在聯邦醫療保險網站上取得，網址：www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf。) 此表賦予此人代表您行事的許可權。該表一定要由您及將要擔任您代表的人簽名。您必須將簽名後的表格副本交給我們。
 - 雖然我們可以在沒有上訴表的情況下接受上訴請求，但在我們收到上訴表之前，無法開始或完成審查。如果我們在收到您的上訴請求後的 44 個日曆日內 (我們對您的上訴作出承保決定的期限) 未收到該表格，您的上訴請求將被撤銷。如果發生這種情況，我們會寄送書面通知給您，說明您有權要求獨立審核組織審查我們駁回您上訴的決定。
- **您也有權聘請律師。** 您可以聯絡您自己的律師，或者向您當地的律師協會或其他轉診服務取得一位律師姓名。若您符合資格，還有一些團體可向您提供免費法律服務。然而，**您並不一定要聘請律師**才能要求任何類型的承保決定或提出上訴。

節 4.3 本章哪一節會詳細說明您的情況？

有四種不同情況涉及到承保決定和上訴。因為每種情況都有不同的規定和期限，因此我們在不同的章節中詳細說明各種情況：

- 本章第 5 節：「醫療照護：如何要求承保決定或提出上訴」
- 本章第 6 節：「D 部分處方藥：如何要求承保決定或提出上訴」
- 本章第 7 節：「如果您認為醫生過早讓您出院，如何向我們申請延長承保的住院停留時間」
- 本章第 8 節：「如果您認為特定醫療服務的承保過早結束，如何要求我們繼續承保」(僅適用於以下服務：家庭健康照護、專業護理設施照護，以及綜合門診病患復健機構 [CORF] 服務)

如果您不確定應查閱哪一章節，請致電保戶服務部。您也可以從政府機構，例如您的 SHIP 獲得協助或資訊。

節 5 您的醫療照護：如何要求承保決定或對承保決定提出上訴

節 5.1 本節講述當您在取得醫療照護承保時遇到困難，或您希望我們就您的照護償還我們的分攤費用時該怎麼做

本節說明關於您醫療照護的給付。這些給付在本文件的第 4 章中有說明：醫療給付表 (承保範圍及費用)。在某些情況，對 Part B 處方藥的要求適用不同的規定。在這些情況下，我們將說明 Part B 處方藥的規定與醫療項目和服務的規定有何不同。

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

本節說明當您處於以下五種狀況中時該怎麼做：

1. 您沒有獲得您希望得到的特定醫療照護，而且您認為我們的計劃應承保這項照護。**要求承保決定。第 5.2 節。**
2. 我們的計劃未批准您的醫生或其他醫療服務提供者想要為您提供的醫療照護，而您認為本計劃應承保這項照護。**要求承保決定。第 5.2 節。**
3. 您接受了您認為應該在本計劃承保範圍內的醫療照護，但是我們已經表示不支付該項照護的費用。**提出上訴。第 5.3 節。**
4. 您接受了您認為應該在本計劃承保範圍內的醫療照護並已付費，您想要求本計劃向您償還該項照護的費用。**請將帳單寄給我們。第 5.5 節。**
5. 您被告知我們先前就您所接受特定醫療照護承保所給予的核准將減少或終止，而且您認為減少或終止這項照護將損害您的健康。**提出上訴。第 5.3 節。**

注意：如果將被終止的承保是醫院照護、居家健康照護、專業護理設施或綜合門診病患復健機構 (CORF) 的服務，您需要閱讀本章第 7 節和第 8 節。這些類型的照護適用特殊規定。

節 5.2 逐步說明：如何要求承保決定

法律術語

當承保決定涉及您的醫療照護時，稱為**組織裁定**。

快速承保決定稱為**加急裁定**。

步驟 1：決定您是**需要標準承保決定或快速承保決定**。

標準承保決定通常在 14 天內作出決定；針對 Part B 藥物則在 72 小時內作出決定。針對醫療服務，快速承保決定通常在 72 小時內作出決定；針對 Part B 藥物則在 24 小時內作出決定。若要獲得快速承保決定，您必須符合兩項規定：

- 您**只能**要求承保醫療項目和/或服務（**不能**要求為已接受的項目和/或服務付款）。
- 只有在採用標準期限可能會對您的健康造成嚴重傷害，或損害您的身體功能時，您才可以獲得快速承保決定。
- 如果您的醫生告知我們，您的健康狀況需要快速承保決定，我們將自動同意給予您快速承保決定。
- 如果您在您的醫生未予以支持的情況下請求快速承保決定，我們將判斷您的健康狀況是否需要我們作出快速承保決定。如果我們不核准快速承保決定，我們會寄信給您，說明：
 - 說明我們將使用標準期限。
 - 說明如果您的醫生要求快速承保決定，我們將自動給予您快速承保決定。
 - 說明您可以對我們作出標準承保決定而非您要求的快速承保決定，提出快速投訴。

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

步驟 2：要求本計劃作出承保決定或快速承保決定。

- 首先，透過打電話、寫信或傳真與本計劃聯絡，要求我們授權或承保您想要的醫療照護。您、您的醫生或您的代表人可以提出此要求。第 2 章有聯絡資訊。

步驟 3：我們考慮您的醫療照護承保要求，並給您答覆。

對於標準承保決定，我們使用標準期限。

這表示我們將在收到您的醫療項目或服務要求後的 **14 個日曆日內答覆您**。如果您的要求是關於聯邦醫療保險 Part B 處方藥，我們會在接獲您的要求後 **72 小時內** 向您提出答覆。

- 然而，如果您要求更多時間，或者我們需要收集更多可能對您有利的資訊，如果您的要求是針對醫療項目或服務，**我們最多會再需要 14 天**。如果我們需要更多時間，我們會以書面方式通知您。如果您的要求是關於聯邦醫療保險 Part B 處方藥，我們無法延長作出決定的時間。
- 如果您認為我們不應延長作決定的時間，您可以提出快速投訴。我們會在作出決定後，盡快回覆您的投訴。(提出投訴的程序與承保決定和上訴的程序不同。請參閱本章第 10 節以瞭解投訴資訊。)

對於快速承保決定，我們使用加速時限

若您要求的是醫療項目或服務，快速承保決定代表我們將在 **72 小時內** 答覆。如果您的要求是關於聯邦醫療保險 Part B 處方藥，我們將在 **24 小時內** 答覆。

- 然而，如果您要求更多時間，或者如果我們需要收集更多可能對您有利的資料，**我們最多會再需要 14 天**。如果我們需要更多時間，我們會以書面方式通知您。如果您的要求是關於聯邦醫療保險 Part B 處方藥，我們無法延長作出決定的時間。
- 如果您認為我們不應延長作決定的時間，您可以提出快速投訴。(請參閱本章第 10 節以瞭解投訴資訊。) 一旦我們作出決定，我們會打電話通知您。
- 如果我們拒絕您的部分或全部要求，我們會寄出書面通知給您，說明我們拒絕的原因。

步驟 4：如果我們拒絕您的醫療照護承保要求，您可以提出上訴。

- 如果我們拒絕，您有權透過上訴要求我們重新考慮此決定。這表示再次要求獲得您想要的醫療照護承保。如果您提出上訴，代表您將進入 1 級上訴程序。

節 5.3 逐步說明：如何提出 1 級上訴

法律術語

對醫療照護承保決定向計劃提出上訴，稱為計劃的**重新考慮**。

快速上訴也稱為**加速重新裁決**。

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

步驟 1：決定您是需要標準上訴或快速上訴。

標準上訴通常在 30 天內提出；針對 Part B 藥物則在 7 天內提出。快速上訴通常會在 72 小時內提出。

- 如果您針對您尚未得到的照護，對我們所作的承保決定提出上訴，您和/或您的醫生需要決定您是否需要快速上訴。如果您的醫生告訴我們您的健康狀況需要快速上訴，我們會為您提供快速上訴。
- 獲得快速上訴的要求與本章第 5.2 節中獲得快速承保決定的要求相同。

步驟 2：向本計劃提出上訴或快速上訴

- 如果您要求標準上訴，請以書面方式提出標準上訴。第 2 章有聯絡資訊。
- 如果您要求快速上訴，請以書面方式提出標準上訴。第 2 章有聯絡資訊。
- 您必須在我們寄給您的承保決定通知書所示日期的**60 個日曆日內提出上訴要求**。如果您錯過這個截止日期，但有正當的理由，提出上訴時請說明延遲上訴的原因。我們可能會給您更多的時間提出上訴。正當理由可能包括您因患有重病而無法與我們聯絡，或是我們向您提供了關於要求上訴期限的不正確或不完整的資訊。
- 您可以索取與您的醫療決定相關的資訊副本。您和您的醫生可以補充更多資訊以支持您的上訴。

步驟 3：我們將考慮您的上訴，並給您答覆。

- 當我們的計劃審核您的上訴時，我們會仔細查看所有資訊。我們會透過審查以判斷在拒絕您的要求時，是否遵守了所有規定。
- 我們會視需要收集更多資訊，可能會聯絡您或您的醫師。

快速上訴的期限

- 對於快速上訴，我們必須在**收到您的上訴後 72 小時內**向您提出答覆。如果您的健康狀況需要，我們會更快向您作出答覆。
 - 然而，如果您要求更多時間，或者我們需要收集更多可能對您有利的資訊，如果您的要求是針對醫療項目或服務，我們**最多會再需要 14 個日曆日**。如果我們需要更多時間，我們會以書面方式通知您。如果您的要求是針對聯邦醫療保險 Part B 處方藥，我們不會花費額外的時間來做決定。
 - 如果我們在 72 小時內沒有給您答覆（或如果我們花更多時間，則在延長期結束之前）我們，我們必須自動將您的要求轉到 2 級上訴程序，由獨立審核組織審查。第 5.4 節說明 2 級上訴程序。
- 如果我們同意您的部分或全部要求，我們必須在收到您的上訴後 72 小時內授權或提供我們同意的承保。
- 如果我們拒絕您的部分或全部要求，我們會以書面方式將我們的決定寄給您，並自動將您的上訴轉送至獨立審核組織進行 2 級上訴。獨立審核組織收到您的上訴時，將以書面方式通知您。

標準上訴的期限

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

- 對於標準上訴，我們必須在收到您的上訴後 **30 個日曆日內** 向您提出答覆。如果您的要求是關於您尚未獲得的聯邦醫療保險 Part B 處方藥，我們會在接獲您的上訴後 **7 個日曆日內** 向您提出答覆。如果您的健康狀況需要更早收到答覆，我們會更快給您答覆。
 - 然而，如果您要求更多時間，或者我們需要收集更多可能對您有利的資訊，如果您的要求是針對醫療項目或服務，**我們最多會再需要 14 個日曆日**。如果我們需要更多時間，我們會以書面方式通知您。如果您的要求是關於聯邦醫療保險 Part B 處方藥，我們無法延長作出決定的時間。
 - 如果您認為我們不應延長作出決定的時間，您可以提出快速投訴。當您提出快速投訴時，我們會在 24 小時內對您的投訴做出答覆。(請參閱本章第 10 節以瞭解投訴資訊。)
 - 如果我們在期限 (或延長期限結束前) 並未給您答覆，我們會將您的要求送至 2 級上訴，由獨立審核組織審查上訴。第 5.4 節說明 2 級上訴程序。
- **如果我們同意您的部分或全部要求**，關於醫療物品或服務的要求，我們必須在 30 個日曆日內授權或提供承保；關於聯邦醫療保險 Part B 處方藥的要求，則必須在 **7 個日曆日內** 授權或提供。
- **如果我們的計劃拒絕您的部分或全部上訴**，我們將自動將您的上訴送到獨立審核組織進行 2 級上訴。

節 5.4 逐步說明：如何進行 2 級上訴

法律術語

獨立審核組織的正式名稱為**獨立審核實體**。有時稱為 **IRE**。

獨立審核組織是聯邦醫療保險聘用的獨立機構。該組織與本計劃毫無關聯，亦非政府機構。此組織決定我們所做的決定是否正確，或是否應予以變更。聯邦醫療保險監督其工作。

步驟 1：獨立審核組織審查您的上訴。

- 我們將把您的上訴資訊發送至此組織。此類資訊稱為您的個案檔案。**您有權向我們索取一份個案檔案副本。**
- 您有權向獨立審核組織提供更多的資料，支持您的上訴。
- 獨立審核組織的審查員會仔細地檢查所有與您的上訴有關的資料。

如果您在 1 級採用快速上訴，則在 2 級也會採用快速上訴

- 對於快速上訴，審核組織必須在收到您的上訴後 **72 小時內** 回覆您的 2 級上訴。
- 但是，如果您的要求是針對醫療物品或服務，並且獨立審核組織需要收集更多對您有利的資訊，**最多會再需要 14 個日曆日**。如果您的要求是關於聯邦醫療保險 Part B 處方藥，獨立審核組織無法延長作出決定的時間。

如果您在 1 級採用標準上訴，則在 2 級也會採用標準上訴

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

- 對於標準上訴，如果您的要求是關於醫療物品或服務，審核組織必須在收到您的上訴後 **30 個日曆日內** 回覆您的 2 級上訴。如果您的要求是針對聯邦醫療保險 Part B 處方藥，審核組織必須在收到您上訴後 **7 個日曆日內** 回覆您的 2 級上訴。
- 但是，如果您的要求是針對醫療物品或服務，並且獨立審核組織需要收集更多對您有利的資訊，**最多會再需要 14 個日曆日**。如果您的要求是關於聯邦醫療保險 Part B 處方藥，獨立審核組織無法延長作決定的時間。

步驟 2：獨立審核組織向您提出答覆。

獨立審核組織將以書面形式告知您其決定，並說明原因。

- 如果審核組織同意對於醫療物品或服務的部分或全部要求，我們必須在 72 小時內授權醫療照護承保，或在我們收到審核組織對標準要求的決定後 14 個日曆日內提供服務。對於加速要求，我們擁有自收到審核組織決定之日起 72 小時的時限。
- 如果審核組織同意聯邦醫療保險 Part B 處方藥的部分或全部要求，我們必須在收到審核組織對標準要求的決定後 **72 小時內**，授權或提供 Part B 處方藥。對於**加速要求**，我們擁有自收到審核組織決定之日起 **24 小時**的時限。
- 如果此組織拒絕您的部分或全部上訴，代表他們同意我們，認為不應核准您的醫療照護承保的要求（或您的部分要求）。（這稱為維持原判或駁回上訴）。在這種情況下，獨立審核組織會寄信給您：
 - 說明其決定。
 - 如果醫療照護承保金額達到某個特定最低值，即會通知您具有提出 3 級上訴的權利。您從獨立審核組織收到的書面通知將告知您，若要繼續上訴程序需達到的金額。
 - 告訴您如何提出 3 級上訴。

步驟 3：如果您的條件符合規定，您可選擇是否繼續上訴。

- 上訴程序中在 2 級之後還有另外三級（共有五級上訴）。如果您想進行 3 級上訴，您在 2 級上訴之後收到的書面通知中可找到關於如何進行的詳細資料。
- 3 級上訴由行政法官或律師仲裁人處理。本章第 9 節說明 3 級、4 級和 5 級上訴程序。

節 5.5 如果您要求我們就您已接受的醫療照護償還我們的分攤費用時該怎麼做？

第 7 章說明您何時可能需要申請退款，或要求支付您從醫療服務提供者處收到的帳單。此外，該章節也會說明如何將要求我們付款的文書寄給我們。

要求退款是向我們要求承保決定

如果您把要求退款的文件寄給我們，您就是在要求作出承保決定。在作出此決定時，我們將查看您付費的醫療照護是否在承保範圍內。我們也將檢查您是否遵守使用醫療照護承保的所有規定。

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

- **如果我們同意您的要求：**如果醫療照護獲得承保且您遵守所有規定，我們會在收到您的要求後 60 個日曆日內，將我們的分攤費用給付給您。如果您尚未支付醫療照護的費用，我們將直接支付給服務提供者。
- **如果我們拒絕您的要求：**如果該醫療照護未獲承保，或您未遵守所有規定，我們將不會給付費用。相反地，我們將寄給您一封信函，說明我們不會支付醫療照護的費用及其理由。

如果您不同意我們拒絕您的決定，**您可以提出上訴**。如果您提出上訴，這代表您要求我們改變拒絕您的付款要求時做出的承保決定。

如需提出上訴，請遵守第 5.3 節所述的上訴程序。關於退款的上訴，請注意：

- 我們必須在收到您的上訴後的 60 個日曆日內向您提出答覆。如果您要求我們償還您已接受且自付費用的醫療照護，則您不可要求快速上訴。
- 如果獨立審核組織決定我們應該支付費用，我們必須在 30 個日曆日內將款項寄給您或服務提供者。如果您的上訴在 2 級之後的任何上訴程序階段獲得同意，我們必須在 60 個日曆日內支付費用給您或您的服務提供者。

節 6 您的 Part D 處方藥：如何要求承保決定或提出上訴

節 6.1 本節說明您在取得 D 部分藥物時遇到困難，或是希望我們給付您的 D 部分藥物時該怎麼做

您的給付包括對許多處方藥的承保。藥物必須按照醫學上所接受的引證使用，才能被承保。（請參閱第 5 章以瞭解更多有關醫學上所接受的引證資訊）。有關 Part D 藥物、規定、限制和費用的詳細資料，請參閱第 5 章和第 6 章。**本節僅與您的 Part D 藥物相關。**為了簡單起見，在本節的其餘部分，我們通常使用「藥物」一詞，而不是每次都重複**門診承保處方藥**或 **Part D 藥物**。我們也會使用「藥物清單」一詞，而非**承保藥物清單**或**處方集**。

- 如果您不知道某項藥物是否承保，或您是否符合規定，您可以向我們詢問。有些藥物需要您獲得我們的核准，我們才能承保。
- 如果您的藥房告知您，您的處方無法依照處方箋內容進行配藥，您將會收到藥房的書面通知，說明如何聯絡我們以要求承保決定。

Part D 藥物承保決定和上訴

法律術語

有關您的 Part D 藥物的最初承保決定稱為**承保裁定**。

承保決定是我們對於您的給付及承保，或對於我們就您的藥物將支付的金額所作出的決定。本節會說明如何處理下列情況：

- 要求我們承保不在本計劃**承保藥物清單**中的 Part D 藥物。**要求例外處理**。第 6.2 節

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

- 要求撤除本計劃對某種藥物的承保限制 (例如，可領取的藥量限制)。要求例外處理。第 6.2 節
- 要求對較高分攤費用等級的承保藥物支付較低的分攤費用金額。要求例外處理。第 6.2 節
- 要求取得藥物的事先核准。要求承保決定。第 6.4 節
- 為您已購買的處方藥支付費用。要求我們償還您。第 6.4 節

如果您不同意我們做出的承保決定，您可以對我們的決定提出上訴。

本節告訴您如何要求作出承保決定和如何提出上訴。

節 6.2 何謂例外處理？

法律術語

針對不在「藥物清單」中的藥物要求承保，有時稱為要求**處方集例外處理**。

要求取消對某種藥物的承保限制，有時稱為要求**處方集例外處理**。

對承保的非首選藥物支付更低的價格之要求，有時稱為要求**等級例外處理**。

如果藥物未按照您所希望的給付方式給付，您可以要求我們進行**例外處理**。例外處理是一種承保決定。

為了讓我們考慮您的例外處理要求，您的醫生或其他處方開立者將需要說明您需要獲批准例外處理的醫學原因。以下是您或您的醫生或其他處方開立者可以要求我們例外處理的三個範例：

- 1. 為您承保不在我們「藥物清單」上的 Part D 藥物。** 如果我們同意給付不在「藥物清單」上的藥物，您將須支付適用於第 5 級藥物的分攤費用金額。您不可以針對我們要求您為藥物支付的分攤費用金額要求例外處理。
- 2. 取消承保藥物的限制。** 第 5 章說明適用於我們「藥物清單」上特定藥物的額外規定或限制。如果我們同意做出例外處理並為您撤除限制，您可以就我們要求您支付的藥物共付額或共同保險金申請例外處理。
- 3. 將藥物承保變更為更低的分攤費用等級。** 我們「藥物清單」中的每一種藥物都屬於六個分攤費用層級的其中之一。一般來說，分攤費用層級數越低，您需要分擔的藥費就越少。
 - 如果我們「藥物清單」中含有可治療您醫療病症的替代藥物，且其分攤費用層級低於您的藥物，您可以要求我們以適用於該替代藥物分攤費用的金額承保您的藥物。
 - 如果您服用的藥物屬於生物製劑，您可以要求我們以較低的分攤費用金額來承保您的藥物。這是包含用於治療您的病症的生物製劑替代藥品的最低等級。
 - 如果您正在服用的藥物是原廠藥，您可以要求我們以適用於包含原廠藥品替代藥物的最低等級分攤費用金額，承保您的藥物以治療您的病症。

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

- 如果您正在服務的藥物為副廠藥，您可以要求我們以原廠藥或副廠藥替代藥物所適用之最低等級分攤費用金額，承保您的藥物以治療您的病症。
- 您不能要求我們變更任何第 5 級藥物的分攤費用等級。
- 如果我們核准您的等級例外處理要求，而且有您無法服用之替代藥物的較低分攤費用等級不只一個，您通常會支付最低的金額。

節 6.3 要求例外處理的重要須知事項

您的醫生必須告訴我們醫療原因

您的醫生或其他處方開立者必須向我們提供書面聲明，說明要求作為例外處理的醫療原因。想要作出更快的決定，要求作為例外處理時，請您的醫生或其他處方開立者提供的醫療資料。

通常，我們的「藥物清單」包括多種用於治療某種疾病的藥物。這些不同的藥物稱為**替代藥物**。如果某個替代藥物與您要求的藥物同樣有效，而且不會引起更多的副作用或其他健康問題，我們通常不會核准您作為例外處理的請求。如果您申請分攤費用等級的例外處理，我們通常不會核准您的申請，除非所有較低分攤費用等級的替代藥物對您都無效，或者可能造成不良反應或其他傷害。

我們會同意或拒絕您的要求

- 如果我們批准您的例外處理要求，我們的批准有效期通常是到計劃年度的年底。只要您的醫師繼續開立該藥物的處方，且該藥物對於治療您的疾病維持安全且有效時，就會持續適用。
- 如果我們拒絕您的要求，您可以提出上訴，請求另作審查。

節 6.4 逐步說明：如何要求承保決定，包括例外處理

法律術語

快速承保決定稱為**加速承保裁定**。

步驟 1：決定您是需要標準承保決定或快速承保決定。

在我們收到您的醫生聲明後 **72 小時**內作出**標準承保決定**。在我們收到您的醫生聲明後 **24 小時**內作出**快速承保決定**。

如果您有健康上的需求，請要求我們進行快速承保決定。若要得到快速承保決定，您必須符合下列兩項要求：

- 您必須要求一項您尚未獲得的藥物。(對於您已購買的藥物的退款，您不能要求快速承保決定)。
- 採用標準期限可能對您的健康造成嚴重傷害，或損害您的身體功能。
- 如果您的醫生或其他處方開立者告知我們，您的健康狀況需要快速承保決定，我們將自動給您快速承保決定。

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

- 如果沒有醫生或處方開立者的支持，而僅依靠您個人要求快速承保決定，我們將判斷您的健康狀況是否需要我們作出快速承保決定。如果我們不核准快速承保決定，我們會寄信給您，說明：
 - 說明我們將使用標準期限。
 - 說明如果您的醫生或其他處方開立者要求快速承保決定，我們將自動為您提供快速承保決定。
 - 說明您如何對我們作出的標準承保決定而非您要求的快速承保決定，提出快速投訴。我們將在收到您的投訴後 24 小時內回覆。

步驟 2：要求標準承保決定或快速承保決定。

首先，透過打電話、寫信或傳真與本計劃聯絡，要求我們授權或承保您想要的醫療照護。您也可以從我們的網站瞭解承保決定程序。我們必須接受任何書面要求，包括利用我們網站上提供的 *CMS 模型承保裁定申請表* 所提出的要求。第 2 章有聯絡資訊。為了協助我們處理您的要求，請務必提供您的姓名、聯絡資訊，以及可辨識針對哪個遭拒請款提出上訴的資訊。

您、您的醫生（或其他處方開立者）或您的代表提出要求。您也可以請律師代您行事。本章第 4 節說明您可以如何提供書面授權，指定其他人擔任您的代表。

- 如果您要求例外處理，請提供支持聲明作為例外處理的醫療原因。您的醫生或其他處方開立者可以將聲明傳真或郵寄給我們。或者讓您的醫生或其他處方開立者打電話給我們，並在必要時用傳真或郵寄的方式提供書面聲明。

步驟 3：我們將考慮您的要求，並給您答覆。

快速承保決定的期限

- 我們一般必須在收到您的要求後 **24 小時內** 向您提出答覆。
 - 針對例外處理，我們將在收到您醫生的支持聲明後的 24 小時內答覆您。如果您的健康狀況需要，我們會更快向您作出答覆。
 - 如果我們未滿足期限要求，我們必須將您的要求送至 2 級上訴程序，由外部獨立審核組織審查。
- 如果我們同意您的部分或全部要求，我們必須在收到您的要求或醫生的支持聲明後 24 小時內提供我們同意的承保。
- 如果我們拒絕您的部分或全部要求，我們會寄出書面通知給您，說明我們拒絕的原因。我們也會告訴您如何提出上訴。

有關您尚未取得之藥物的標準承保決定期限

- 我們一般必須在收到您的要求後 **72 小時內** 向您提出答覆。
 - 針對例外處理，我們將在收到您醫生的支持聲明後的 72 小時內答覆您。如果您的健康狀況需要，我們會更快向您作出答覆。
 - 如果我們未滿足期限要求，我們必須將您的要求送至 2 級上訴程序，由外部獨立審核組織審查。

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

- 如果我們同意您的部分或全部要求，我們必須在收到您的要求或您醫生的支持聲明後 72 小時內提供承保。
- 如果我們拒絕您的部分或全部要求，我們會寄出書面通知給您，說明我們拒絕的原因。我們也會告訴您如何提出上訴。

有關您已購買藥物之費用的標準承保決定期限

- 我們必須在收到您的要求後 14 個日曆日內向您提出答覆。
 - 如果我們未滿足期限要求，我們必須將您的要求送至 2 級上訴程序，由外部獨立審核組織審查。
- 如果我們同意您的部分或全部要求，我們必須在收到您的要求後的 14 個日曆日內付款給您。
- 如果我們拒絕您的部分或全部要求，我們會寄出書面通知給您，說明我們拒絕的原因。我們也會告訴您如何提出上訴。

步驟 4：如果我們拒絕您的承保要求，您可以提出上訴。

- 如果我們拒絕，您有權透過上訴要求我們重新考慮此決定。這表示再次要求獲得您想要的藥物承保。如果您提出上訴，表示您即將進入 1 級上訴程序。

節 6.5 逐步說明：如何提出 1 級上訴

法律術語

就 Part D 藥物承保決定對本計劃提出上訴稱為計劃重新裁決。

快速上訴也稱為加速重新裁決。

步驟 1：決定您是需要標準上訴或快速上訴。

標準上訴通常會在 7 天內提出。快速上訴通常會在 72 小時內提出。如果您有健康上的需求，則可要求快速上訴。

- 如果您針對您尚未收到的藥物，對我們所作的決定提出上訴，您和您的醫生或其他處方開立者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 節中獲得快速承保決定的要求相同。

步驟 2：您、您的代表、醫生或其他處方開立者必須聯絡我們並提出 1 級上訴。如果您因為健康狀況而需要快速回覆，您必須要求快速上訴。

- 若是標準上訴，請提交書面要求或致電我們。第 2 章有聯絡資訊。
- 針對快速上訴，請以書面方式提出上訴，或致電 (866) 314-2427 聯絡我們。第 2 章有聯絡資訊。
- 我們必須接受任何書面要求，包括利用我們網站上提供的 CMS 模型承保裁定申請表所提出的要求。請務必附上您的姓名、聯絡資訊及索賠相關資訊，以協助我們處理您的要求。

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

- 您必須在我們寄給您的承保決定通知書所示日期的**60 個日曆日內**提出上訴要求。如果您錯過這個截止日期，但有正當的理由，提出上訴時請說明延遲上訴的原因。我們可能會給您更多的時間提出上訴。正當理由可能包括您因患有重病而無法與我們聯絡，或是我們向您提供了關於要求上訴期限的不正確或不完整的資訊。
- 您可以索取一份您的上訴資料副本，並補充更多資訊。您和您的醫生可以補充更多資訊以支持您的上訴。

步驟 3：我們將考慮您的上訴，並給您答覆。

- 當我們審核您的上訴時，我們會再仔細查閱有關您的承保要求的所有資訊。我們會透過審查以判斷在拒絕您的要求時，是否遵守了所有規定。我們可能聯絡您或您的醫師或其他處方開立者，以取得更多資訊。

快速上訴的期限

- 對於快速上訴，我們必須在收到您的上訴後**72 小時內**向您提出答覆。如果您的健康狀況需要，我們會更快向您作出答覆。
 - 如果我們在 72 小時內未向您作出答覆，我們必須自動將您的要求送到 2 級上訴程序，由獨立審核組織對您的要求進行審查。第 6.6 節說明 2 級上訴程序。
- 如果我們同意您的部分或全部要求，我們必須在收到您的上訴後 72 小時內提供我們同意的承保。
- 如果我們拒絕您的部分或全部要求，我們會寄出書面通知給您，說明我們拒絕的原因，以及您如何對我們的決定提出上訴。

有關您尚未取得之藥物的標準上訴期限

- 對於標準上訴，我們必須在收到您的上訴後**7 個日曆日內**向您提出答覆。如果您尚未收到藥物，但是您的健康狀況要求我們這樣做，我們會更快作出決定。
 - 如果我們沒有在 7 個日曆日內向提出答覆，我們必須將您的要求送到 2 級上訴程序，由獨立審核組織對您的要求進行審查。第 6.6 節說明 2 級上訴程序。
- 如果我們同意您的部分或全部要求，我們必須按照您的健康狀況要求儘快提供保險，但不得晚於我們收到您的上訴後的**7 個日曆日內**。
- 如果我們拒絕您的部分或全部要求，我們會寄出書面通知給您，說明我們拒絕的原因，以及您如何對我們的決定提出上訴。

有關您已購買藥物之費用的標準上訴期限

- 我們必須在收到您的要求後**14 個日曆日內**向您提出答覆。
 - 如果我們未滿足期限要求，我們必須將您的要求送至 2 級上訴程序，由外部獨立審核組織審查。
- 如果我們批准您的部分或全部要求，我們必須在收到您的要求後的 30 個日曆日內付款給您。
- 如果我們拒絕您的部分或全部要求，我們會寄出書面通知給您，說明我們拒絕的原因。我們也會告訴您如何提出上訴。

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

步驟 4：如果我們拒絕您的上訴，您可決定是否繼續上訴程序，並再次提出上訴。

- 如果您決定再次提出上訴，則表示您的上訴進入 2 級上訴程序。

節 6.6 逐步說明：如何提出 2 級上訴

法律術語

獨立審核組織的正式名稱為**獨立審核實體**。有時稱為 **IRE**。

獨立審核組織是聯邦醫療保險聘用的**獨立機構**。該組織與本計劃毫無關聯，亦非政府機構。此組織決定我們所做的決定是否正確，或是否應予以變更。聯邦醫療保險監督其工作。

步驟 1：您（或您的代表、您的醫生或其他處方開立者）必須聯絡獨立審核組織，並要求審查您的情況。

- 如果我們拒絕您的 1 級上訴，我們寄給您的書面通知會包括**如何向獨立審核組織提出 2 級上訴的指示**。這些指示會說明誰可以提出 2 級上訴、您必須遵守的期限，以及如何聯絡審核組織。然而，如果我們沒有在適用期間內完成審查，或是根據我們的藥物管理計劃的**風險**裁定做出不利的決定，我們會自動將您的索賠轉送給 IRE。
- 我們將把您的上訴資訊發送至此組織。此類資訊稱為您的**個案檔案**。您有權向我們索取一份個案檔案副本。
- 您有權向獨立審核組織提供更多的資料，支持您的上訴。

步驟 2：獨立審核組織審查您的上訴。

獨立審核組織的審查員會仔細地檢查所有與您的上訴有關的資料。

快速上訴的期限

- 如果您有健康上的需求，則可向獨立審核組織要求快速上訴。
- 如果該組織同意您快速上訴，在收到您的上訴要求之後的**72 個小時內**，該組織必須就 2 級上訴答覆您。

標準上訴的期限

- 對於標準上訴，如果是針對您尚未收到的藥物，審核組織必須在收到您的 2 級上訴後的**7 個日曆日內**給您答覆。如果您要求我們償還您已購買藥物的費用，審核組織必須在收到您的 2 級上訴後的**14 個日曆日內**給您答覆。

步驟 3：獨立審核組織向您提出答覆。

針對快速上訴：

- 如果獨立審核組織同意您的部分或全部請求，我們必須在收到審核組織決定後的**24 小時內**提供審核組織批准的藥物承保。

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

針對標準上訴：

- 如果獨立審核組織同意您的部分或全部承保要求，我們必須在收到審核組織的決定後 72 小時內提供審核組織批准的藥物承保。
- 如果獨立審核組織同意償還您的部份或全部藥物費用的要求，我們必須在收到審核組織的決定後的 30 個日曆日內支付費用給您。

如果審核組織拒絕您的上訴，怎麼辦？

如果此組織拒絕您的部分或全部上訴，代表他們同意我們不核准您要求（或您部分要求）的決定。（這稱為維持原判，也稱為駁回上訴。）在這種情況下，獨立審核組織會寄信給您：

- 說明其決定。
- 如果您所要求的藥物承保金額達到特定最低值，即會通知您具有提出 3 級上訴的權利。如果您所要求的藥物承保金額過低，您不可再次上訴，這代表 2 級的決定為最終決定。
- 向您說明必須有引起爭議的金額價值，才能繼續進行上訴程序。

步驟 4：如果您的條件符合規定，您可選擇是否繼續上訴。

- 上訴程序中在 2 級之後還有另外三級（共有五級上訴）。
- 如果您想繼續進行 3 級上訴，您在 2 級上訴判決之後收到的書面通知中可找到關於如何進行的詳細資料。
- 3 級上訴由行政法官或律師仲裁人處理。本章第 9 節會告訴您更多有關 3 級、4 級和 5 級上訴程序的資訊。

節 7 如果您認為自己過早出院，如何要求我們承保更長的住院停留

如果您被醫院收治，您有權獲得診斷及治療疾病和損傷之所有承保的醫院服務。

在獲得承保的住院治療期間，您的醫生和醫院工作人員將與您一起為離院後的事宜做準備。他們將幫助安排您離院後可能需要的照護。

- 您離開醫院的那一天稱為出院日期。
- 決定出院日後，您的醫生或醫院工作人員將告訴您。
- 如果您認為過早出院，您可以要求更長的住院治療時間，我們將考慮您的要求。

節 7.1 在您住院期間，將收到聯邦醫療保險的書面通知，告知您的權利

在您入院後兩天內，您將收到名為聯邦醫療保險關於您的權利的重要資訊的書面通知。聯邦醫療保險的每個保戶都會收到此通知副本。如果您沒有從醫院工作人員（例如，社工或護士）收到此通知，可向任何醫院員工索取。如果您需要幫助，請致電保戶服務部或電話號碼：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。(TTY 1-877-486-2048)。

1. 請仔細閱讀此通知，如有不理解之處，請提問。此表會告訴您：

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

- 您有權在住院治療期和結束之後，按照醫囑接受聯邦醫療保險承保服務。這包括您有權獲知這些服務的內涵、付款方以及您可以從何處獲得服務。
- 您有權參與任何有關您住院治療的決定。
- 對您的醫院照護品質有疑問時，瞭解該向哪個單位舉報。
- 如果您認為過早出院，您有權**要求立即審查**出院決定。要求立即審查是以正式、合法的方式要求延遲出院時間，以使我們承保更長時間的醫院照護。

2. 您必須在書面通知上簽名，表示您已經收到通知並理解您的權利。

- 您或您的代表必須在通知上簽名。
- 在通知上簽名僅代表您已收到您的權利相關資訊。通知不會提供您的出院日期。在通知上簽名**並不表示**您已同意出院日期。

3. 請保留您的通知副本，以便您在日後需要提出上訴 (或報告護理品質問題) 時擁有相關資訊。

- 如果您的通知簽字時間早於出院日期兩日以上，那麼您在計劃出院之前將收到另一份副本。
- 欲事先參閱此通知副本，您可以致電保戶服務部或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。您亦可透過 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices，在線上查看該通知。

節 7.2 逐步說明：如何提出 1 級上訴，變更您的出院日期

如果您希望我們承保更長的住院服務，您需要使用上訴程序提出要求。在您開始之前，請理解您需要做的事情及期限。

- **遵守程序。**
- **遵守期限規定。**
- **需要時請尋求協助。**如果您有任何問題或需要協助，請隨時致電保戶服務部。或致電您的州立健康保險協助計劃，這是提供個人化協助的政府組織。

在 1 級上訴期間，品質改善組織將審查您的上訴。它將審查並判斷您的出院日期是否在醫療上適當。

品質改善組織是由聯邦政府給薪的執業醫師和其他健康照護專業人士組成的小組，負責檢查並協助改善聯邦醫療保險保戶的照護品質。這包括審查聯邦醫療保險保戶患者的出院日期。這些專家與本計劃並無關聯。

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

如何聯絡該組織？

- 您收到的書面通知 (**關於您的聯邦醫療保險權利的重要資訊**) 中包括如何聯絡該組織的資訊。您也可以在第 2 章中找到您所在州品質改善組織的名稱、地址和電話號碼。

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

快速行動：

- 若要提出上訴，您必須在出院之前與品質改善組織聯絡，且不能晚於您出院日的午夜。
 - 如果您遵守期限規定，在等待品質改善組織的決定期間，您可以在出院日期之後繼續住院而無需付費。
 - 如果您未遵守此期限規定，且您決定在預定出院日期之後仍留在醫院，您可能需要支付預定出院日期之後，醫院醫療照護的所有費用。
- 如果您未在期限內聯絡品質改善組織，但仍希望提出上訴，您必須直接向本計劃提出上訴。若需要其他上訴方式的詳細資訊，請參閱第 7.4 節。

一旦您要求立即審查您的出院情況，品質改善組織將與我們聯絡。在聯絡我們之後的次日中午，我們將為您提供**出院詳細通知**。本通知將提供您計劃的出院日期，並詳細說明為何您的醫生、醫院和我們認為您在該日期出院是正確的（醫療上適當）。

您可以致電保戶服務部或每週 7 天，每天 24 小時隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，獲得出院詳細通知的樣本。（TTY 使用者請致電 1-877-486-2048）。您也可以在线上查閱通知樣本，網址：www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices。

步驟 2：品質改善組織對您的情況進行獨立審查。

- 品質改善組織中的專業醫事人員（**審查員**）將詢問您（或您的代表），為何您認為服務承保應持續的原因。您不必準備任何書面資料，不過準備與否可依您自己的意願而定。
- 審查員將查閱您的醫療資訊，與您的醫生交流，並審查醫院與我們報送給他們的資訊。
- 審查員將您的上訴告知我們之後的次日中午，您將收到我們的書面通知，告知您的預定出院日期。本通知還會詳細說明為何您的醫生、醫院和我們認為您在該日期出院是正確的（醫療上適當）。

步驟 3：在獲得全部所需資訊後的一整天內，品質改善組織將對您的上訴做出答覆。

如果審核組織同意上訴要求會如何？

- 如果審核組織同意，則只要承保的住院服務是必要的醫療，我們就必須持續承保這些服務。
- 您將繼續支付您的分攤費用（如果適用，如自付額或共付額）。此外，您獲承保的醫院服務可能有限制。

如果審核組織否決上訴要求會如何？

- 如果審核組織拒絕，代表他們認為您的計劃出院日期是醫療上適當。若發生此情況，在品質改善組織對您的上訴提出答覆後的次日中午，我們提供的住院服務承保將終止。
- 如果審核組織拒絕您的上訴，且您決定留在醫院，則在品質改善組織對您的上訴提出答覆後的次日中午過後，您可能必須全額支付醫院照護的費用。

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

步驟 4：如果您的 1 級上訴被拒絕，您需決定是否再次提出上訴。

- 如果品質改善組織拒絕您的上訴，而且您在計劃的出院日期後仍留在醫院，則您可以提出另一次上訴。再次提出上訴代表您將進入 2 級上訴程序。

節 7.3 逐步說明：如何提出 2 級上訴，變更您的出院日期

在 2 級上訴期間，您要求品質改善組織再次審查他們對您初次上訴所作的決定。如果品質改善組織駁回您的 2 級上訴，則您可能必須自行負擔預定出院日期後的全額住院費用。

步驟 1：再次聯絡品質改善組織，要求重新審查。

- 您必須在品質改善組織拒絕您的 1 級上訴後 60 個日曆日內，提出重新審查的要求。您必須在照護給付終止當日過後仍繼續住院，才能要求重審。

步驟 2：品質改善組織再次審查您的情況。

- 品質改善組織的審查人員會重新仔細審閱所有上訴相關資訊。

步驟 3：在收到 2 級上訴要求的 14 個日曆日內，審查員將決定您的上訴，並告知您他們的決定。

如果審核組織同意：

- 在品質改善組織拒絕您的初次上訴的次日中午以後，我們將償還您您接受的醫院照護費用中我們應負責的分攤費用。只要住院照護是必要的醫療，我們就必須持續為其承保。
- 您必須繼續支付您的分攤費用，且可能須適用承保限制。

如果審核組織拒絕：

- 這表示他們同意他們對您的 1 級上訴作出的判決。這稱為維持原判，
- 您將收到的書面通知中將告知您，如果您希望繼續審查程序該怎麼做的資訊。

步驟 4：如果得到的答覆是拒絕，您需要決定是否繼續 3 級上訴。

- 上訴程序中在 2 級之後還有另外三級（共有五級上訴）。如果您想進行 3 級上訴，您在 2 級上訴判決之後收到的書面通知中可找到關於如何進行的詳細資料。
- 3 級上訴由行政法官或律師仲裁人負責處理。本章第 9 節會告訴您更多有關 3 級、4 級和 5 級上訴程序的資訊。

節 7.4 如果您錯過提出 1 級上訴以變更出院日期的截止日期，該怎麼辦？

法律術語

快速審查（或快速上訴）也稱為加急上訴。

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

您可以向我們提出上訴

如上所述，您必須快速採取行動，針對出院日期事宜展開 1 級上訴。如果您錯過聯絡品質改善組織的期限，您還有另一種方式可以提出上訴。

如果您使用另一種上訴方式，*上訴的最初兩個等級有所不同。*

逐步說明：如何提出 1 級替代上訴

步驟 1：聯絡我們，要求快速審查。

- **要求快速審查。**這代表您要求我們使用快速期限而非標準期限給您答覆。第 2 章有聯絡資訊。

步驟 2：我們快速審查您的計劃出院日期，查核是否在醫療上適當。

- 在此審查過程中，我們會審閱您住院的所有相關資訊。我們查核您的計劃出院日期是否在醫療上適當。我們查核判斷您的出院決定是否公正，是否遵守了所有規定。

步驟 3：我們將在您要求快速審查後 72 小時內告知您我們的決定。

- **如果我們同意您的上訴**，這表示我們已與您達成共識，您在出院日期後仍需要留在醫院。只要住院服務是必要的醫療，我們將持續為您提供承保的住院服務。也就是說我們將償還您，自我們通知承保結束日期後起算的照護分攤費用。(您必須繼續支付您的分攤費用，且可能須適用承保限制。)
- **如果我們拒絕您的上訴**，這表示我們認為您的計劃出院日期屬醫療上適當。我們先前所說的承保終止日期，即為我們停止為您的住院服務提供承保的日期。
 - 如果您在預定出院日期過後仍繼續住院，則您從預定出院日期後起所接受的所有住院照護的全額費用，可能需由您自行承擔。

步驟 4：如果我們拒絕您的上訴，您的上訴案將自動轉送至下一級的上訴程序。

逐步說明：2 級替代上訴程序

法律術語

獨立審核組織的正式名稱為**獨立審核實體**。有時稱為 **IRE**。

獨立審核組織是聯邦醫療保險聘用的**獨立機構**。它與我們的計劃毫無關聯，並非政府機構。此組織決定我們所做的決定是否正確，或是否應予以變更。聯邦醫療保險監督其工作。

步驟 1：我們將自動把您的情況轉送至獨立審核組織。

- 在我們告知您我們拒絕了您第一次上訴的 24 小時內，我們必須將您的 2 級上訴資訊轉送至獨立審核組織。(如果您認為我們沒有遵守此期限或其他期限，您可以提出投訴。本章第 10 節說明如何提出投訴) 。

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

步驟 2：獨立審核組織對您的上訴進行快速審查。審查員將在 72 小時內答覆您。

- 獨立審核組織的審查員將仔細查閱所有與您的出院上訴相關的資訊。
- 如果此組織同意您的上訴，我們必須針對您在計劃出院日期接受的醫院醫療照護，向您償還我們的分攤費用。只要住院服務是必要的醫療，我們就必須繼續為您的住院服務承保。您必須繼續支付您的分攤費用。如果有承保限制，可能會限制我們償還您的金額及我們繼續承保的時間。
- 如果該組織拒絕您的上訴，這代表他們都認為您的計劃出院日期在醫療上適當。
 - 您從獨立審核組織收到的書面通知將告知您如何開始 3 級上訴與審核程序，此上訴等級由行政法官或律師仲裁人處理。

步驟 3：如果獨立審核組織拒絕了您的上訴，您可以選擇是否要繼續上訴。

- 上訴程序中在 2 級之後還有另外三級（共有五級上訴）。如果審查員拒絕了您的 2 級上訴，由您決定是否接受此決定，或繼續進行 3 級上訴。
- 本章第 9 節會告訴您更多有關 3 級、4 級和 5 級上訴程序的資訊。

節 8 如果您認為特定醫療服務承保過早結束，如何要求我們繼續承保

節 8.1 本節僅包括三項服務： 居家護理、專業護理設施照護，以及綜合門診病患復健機構 (CORF) 服務

當您獲得家庭健康服務、專業護理照護，或復健照護（綜合門診病患復健機構）時，只要照護是診斷和治療您的疾病或受傷所需，您就有權利繼續獲得該類照護的服務。

如果我們決定停止為您承保三種類型保險的其中一種，我們必須提前告知您。如果該項醫療照護的承保終止，我們將停止為您的醫療照護給付分攤費用。

如果您認為我們太早終止您照護的承保，可就我們的判定提出上訴。本節說明如何提出上訴。

節 8.2 我們會事先告知您的承保將終止

法律術語

聯邦醫療保險不承保通知。此通知說明您如何要求快速跟蹤上訴。要求快速跟蹤上訴是以正式、合法的方式，要求改變我們對何時停止您照護的承保決定。

1. 在我們計劃將停止承保您的照護前至少兩天，您將收到書面通知。該通知告訴您：

- 我們將停止為您承保照護的日期。
- 如何要求快速跟蹤上訴，以要求我們繼續承保您的照護更長時間。

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

2. 您或您的代表必須在書面通知上簽名，以表示您已收到通知。在通知上簽名僅表示您收到了告知您承保何時終止的資訊。簽名並不表示您同意本計劃停止照護的決定。

節 8.3 逐步說明：如何提出 1 級上訴，使我們的計劃承保您更長時間的照護

如果您希望我們為您的照護提供更長時間的承保，您需要使用上訴程序，提出要求。在您開始之前，請理解您需要做的事情及期限。

- 遵守程序。
- 遵守期限規定。
- 需要時請尋求協助。如果您有任何問題或需要協助，請隨時致電保戶服務部。或致電您的州立健康保險協助計劃，這是提供個人化協助的政府組織。

在 1 級上訴期間，品質改善組織會審查您的上訴。這會判定您的照護結束日期是否為醫療上適當

品質改善組織是由聯邦政府給薪的執業醫師和其他健康照護專業人士組成的小組，負責檢查並協助改善聯邦醫療保險保戶的照護品質。這包括審查關於何時停止承保特定種類的醫療照護的計劃決定。這些專家與本計劃並無關聯。

步驟 1：提出 1 級上訴：聯絡品質改善組織，要求快速跟蹤上訴。您必須迅速行動。

如何聯絡該組織？

- 您收到的書面通知（聯邦醫療保險不承保通知）會告訴您如何聯絡該組織。您也可以在第 2 章中找到您所在州品質改善組織的名稱、地址和電話號碼。

快速行動：

- 您必須在聯邦醫療保險不承保通知的生效日期前一天中午之前聯絡品質改善組織，開始上訴程序。
- 如果您未在期限內聯絡品質改善組織，而且仍希望提出上訴，您必須直接向我們提出上訴。若需要其他上訴方式的詳細資訊，請參閱第 8.5 節。

步驟 2：品質改善組織對您的情況進行獨立審查。

法律術語

不承保的詳細說明。此通知詳細說明終止承保的理由。

此審查中將發生什麼情況？

- 品質改善組織中的專業醫事人員（審查員）將詢問您或您的代表，為何您認為服務承保應持續的原因。您不必準備任何書面資料，不過準備與否可依您自己的意願而定。
- 審核組織將查閱您的醫療資訊，與您的醫生交流，並審查醫院與我們報送給他們的資訊。

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

- 在審查員告訴我們您的上訴的當日結束前，您將收到我們提供的**不承保**的詳細說明，詳細說明我們終止對您的服務承保的原因。

步驟 3：在審查員獲得全部所需資料後一整日以內，將告知您他們的決定。

若審查人員同意您的上訴會如何？

- 如果審核員**同意**您的上訴，只要承保服務是必要的醫療，我們就必須持續為這些服務提供承保。
- 您將繼續支付您的分攤費用（如果適用，如自付額或共付額）。您的承保服務可能有限制。

若審查人員拒絕您的上訴會如何？

- 如果審查員**拒絕**您的上訴，您的承保將於我們之前告知您的日期終止。
- 如果您決定在承保結束後繼續獲得家庭健康照護、專業護理設施照護或綜合門診病患復健機構 (CORF) 的服務，您將必須自己支付全額醫療照護費用。

步驟 4：如果您的 1 級上訴被拒絕，您需決定是否再次提出上訴。

- 如果審查人員**拒絕**您的 1 級上訴，而且您選擇在承保的照護結束後繼續獲得照護，那麼您可以提出 2 級上訴。

節 8.4 逐步說明：如何提出 2 級上訴，使我們的計劃承保您更長時間的照護

在 2 級上訴期間，您要求品質改善組織再次審查初次上訴的決定。如果品質改善組織拒絕您的 2 級上訴，您必須支付在我們告訴您承保將終止的日期後接受的家庭健康照護、專業護理設施照護或綜合門診病患復健機構 (CORF) 的服務之全額費用。

步驟 1：再次聯絡品質改善組織，要求重新審查。

- 您必須在品質改善組織**拒絕**您的 1 級上訴後 **60 天內**，提出重新審查的要求。您必須在照護給付終止當日過後仍繼續接受照護，才能要求進行審查。

步驟 2：品質改善組織再次審查您的情況。

- 品質改善組織的審查人員會重新仔細審閱所有上訴相關資訊。

步驟 3：在收到您的上訴要求後 14 天內，審查員將決定您的上訴，並告知您他們的決定。

若審核組織同意您的上訴會如何？

- 我們將**償還**您自我們告訴您承保將終止的當天起，您所接受的照護費用中我們的分攤費用。只要是必要的醫療，**我們必須繼續為您承保**您所接受的照護。
- 您必須繼續支付您的分攤費用，且可能有適用的承保限制。

若審核組織否決您的上訴會如何？

- 這表示他們同意您的 1 級上訴決定。
- 您將收到的書面通知中將告知您，如果您希望繼續審查程序該怎麼做的資訊。其中包括如何提出下一級上訴的詳細資訊，屆時將由行政法官或律師仲裁人處理。

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

步驟 4：如果答覆是拒絕，您需要決定是否繼續上訴。

- 2 級之後還有另外三級（共有五級上訴）。如果您想繼續進行 3 級上訴，您在 2 級上訴判決之後收到的書面通知中可找到關於如何進行的詳細資料。
- 3 級上訴由行政法官或律師仲裁人負責處理。本章第 9 節會告訴您更多有關 3 級、4 級和 5 級上訴程序的資訊。

節 8.5 如果錯過提出 1 級上訴的期限怎麼辦？

您可以向我們提出上訴

如上所述，您必須迅速聯絡品質改善組織，開始第一次上訴（一天內或最多兩天內）。如果您錯過聯絡該組織的期限，您還有另一種方式可以提出上訴。如果您使用另一種上訴方式，上訴的最初兩個等級有所不同。

逐步說明：如何提出 1 級替代上訴

法律術語

快速審查（或快速上訴）也稱為加急上訴。

步驟 1：聯絡我們，要求快速審查。

- **要求快速審查。**這代表您要求我們使用快速期限而非標準期限給您答覆。第 2 章有聯絡資訊。

步驟 2：我們對之前做出何時終止承保您服務的決定進行快速審查。

- 在審查中，我們再次查閱與您案例相關的所有資訊。我們查核並判斷，在設定您所接受的計劃服務承保終止日期時，是否遵守了所有規定。

步驟 3：我們將在您要求快速審查後 72 小時內告知您我們的決定

- **如果我們同意您的上訴**，表示我們同意您需要更長時間的服務，只要所承保服務是必要的醫療，我們將繼續提供承保。也就是說我們將償還您，自我們通知承保結束日期後起算的照護分攤費用。（您必須繼續支付您的分攤費用，且可能須適用承保限制。）
- **如果我們拒絕您的上訴**，您的承保將於我們之前所說的終止日期結束，我們在此日期之後將不再給付任何分攤費用。
- 如果您在我們告知您的承保結束日期之後，繼續獲得家庭健康照護、專業護理設施照護或綜合門診病患復健機構 (CORF) 的服務，您將必須支付全額醫療照護費用。

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

步驟 4：如果我們拒絕您的上訴，您的案例將自動前往下一級的上訴程序。

法律術語

獨立審核組織的正式名稱為**獨立審核實體**。有時稱為 **IRE**。

逐步說明：2 級替代上訴程序

在 2 級上訴期間，**獨立審核組織**會審查我們對您的快速上訴所作的決定。該組織會裁定是否應該變更該決定。**獨立審核組織是聯邦醫療保險聘用的獨立機構**。該組織與本計劃毫無關聯，也並非政府機構。此組織是由聯邦醫療保險選擇的公司，處理獨立審核組織的工作。聯邦醫療保險監督其工作。

步驟 1：我們自動將您的案例轉送至獨立審核組織。

- 在我們告知您我們拒絕了您第一次上訴的 24 小時內，我們必須將您的 2 級上訴資訊轉送至獨立審核組織。(如果您認為我們沒有遵守此期限或其他期限，您可以提出投訴。本章第 10 節說明如何提出投訴) 。

步驟 2：獨立審核組織對您的上訴進行快速審查。審查員將在 72 小時內答覆您。

- 獨立審核組織的審查員會仔細地檢查所有與您的上訴有關的資料。
- 如果該組織同意您的上訴，我們必須針對您在承保將終止的日期接受的醫療照護，向您償還我們的分攤費用。只要所承保照護是必要的醫療，我們就必須繼續提供承保。您必須繼續支付您的分攤費用。如果有承保限制，可能會限制我們償還的金額及我們繼續承保服務的時間。
- 如果該組織拒絕您的上訴，表示他們認同我們的計劃對您的初次上訴所做的決定，且將不變更決定。
 - 您從獨立審核組織收到的書面通知將告知您，如果您希望進行 3 級上訴，該怎麼做。

步驟 3：如果獨立審核組織拒絕了您的上訴，您可以選擇是否要繼續上訴。

- 2 級之後還有另外三級 (共有五級上訴)。如果您想繼續進行 3 級上訴，您在 2 級上訴判決之後收到的書面通知中可找到關於如何進行的詳細資料。
- 3 級上訴由行政法官或律師仲裁人負責審查。本章第 9 節會告訴您更多有關 3 級、4 級和 5 級上訴程序的資訊。

節 9 進行 3 級及更高級的上訴

節 9.1 醫療服務請求的上訴 3 級、4 級和 5 級

如果您已提出 1 級上訴和 2 級上訴，而且兩次都被拒絕，本節可能適合您。

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

如果您對某醫療服務或項目提出上訴，且其金額額度滿足特定的最低水準，那麼您可以進行更高級的上訴。如果上訴金額低於最低限制，您不可再繼續上訴。您收到的 2 級上訴的書面回覆中將說明如何提出 3 級上訴。

對於大部分涉及上訴的情況，最後三級上訴的運作方式基本相同。以下是關於每一級由誰審理您的上訴。

3 級上訴 行政法官或為聯邦政府工作的律師仲裁人將審查您的上訴，並向您作出答覆。

- 如果行政法官或律師仲裁人拒絕您的上訴，上訴程序 **可能終止，但也可能不會終止**。與 2 級上訴的判決不同，我們有權針對有利於您的 3 級判決提出上訴。如果我們決定上訴，將會進入 4 級上訴。
 - 如果我們決定不上訴，在收到行政法官或律師仲裁人決定後 60 個日曆日內，我們必須向您授權或提供醫療照護。
 - 如果我們決定對該判決提出上訴，我們將把 4 級上訴要求的副本隨同其他文件一起寄送給您。在授權或提供有爭議的醫療照護之前，我們可能會等待 4 級上訴的判決。
- 如果行政法官或律師仲裁人拒絕您的上訴，上訴程序 **可能終止，但也可能不會終止**。
 - 如果您決定接受拒絕您的上訴的決定，上訴程序終止。
 - 如果您不願意接受該上訴決定，您可以繼續進入下一級審查程序。您收到的通知將告知您如何進行 4 級上訴。

4 級上訴 聯邦醫療保險上訴委員會 (委員會) 將審查您的上訴，並作出答覆。委員會是聯邦政府的一部分。

- 如果答覆為同意，或委員會否決我們對有利於您的 3 級上訴判決提出的審查請求，上訴程序 **可能終止，但也可能不會終止**。與 2 級判決不同，我們有權針對對您有利的 4 級判決提出上訴。我們將會決定是否將此判決上訴至 5 級。
 - 如果我們決定不對該判決提出上訴，我們必須在收到委員會的判決後 60 個日曆日內為您授權或提供醫療照護。
 - 如果我們決定對該判決提出上訴，我們將以書面形式通知您。
- 如果您的上訴遭拒或委員會否決了審查請求，上訴程序 **可能終止，但也可能不會終止**。
 - 如果您決定接受拒絕您的上訴的決定，上訴程序終止。
 - 如果您不願意接受該上訴決定，您也許能繼續進入下一級審查程序。如果委員會拒絕您的上訴，您收到的通知將告知您相關規定是否允許您繼續進行 5 級上訴，以及如何繼續進行 5 級上訴。

5 級上訴 聯邦地方法院的法官將審查您的上訴。

- 法官會審查所有資訊，並決定 **同意** 或 **拒絕** 您的要求。這是最終的答案。聯邦地方法院之後沒有其他上訴等級。

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

節 9.2 D 部分藥物請求的上訴 3 級、4 級和 5 級

如果您已提出 1 級上訴和 2 級上訴，而且兩次都被拒絕，本節可能適合您。

如果您上訴的藥物價值達到某一數額，您可能可以繼續進入更高級別的上訴。如果低於該規定的數額，您就不能再進一步上訴。您收到的 2 級上訴的書面回覆中，將包括聯絡人資訊以及如何要求 3 級上訴。

對於大部分涉及上訴的情況，最後三級上訴的運作方式基本相同。以下是關於每一級由誰審理您的上訴。

3 級上訴 行政法官或為聯邦政府工作的律師仲裁人將審查您的上訴，並向您作出答覆。

- 如果答覆是同意，上訴程序結束。我們必須在行政法官或律師仲裁人批准後 72 小時內 (加急上訴則為 24 小時) 授權或提供藥物承保，或者在我們收到決定後 30 個日曆日內付款。
- 如果答覆是拒絕，上訴程序可能會結束，但也有可能不會結束。
 - 如果您決定接受拒絕您的上訴的決定，上訴程序終止。
 - 如果您不願意接受該上訴決定，您可以繼續進入下一級審查程序。您收到的通知將告知您如何進行 4 級上訴。

4 級上訴 聯邦醫療保險上訴委員會 (委員會) 將審查您的上訴，並作出答覆。委員會是聯邦政府的一部分。

- 如果答覆是同意，上訴程序結束。我們必須在該委員會批准後 72 小時內 (加急上訴則為 24 小時) 授權或提供藥物承保，或者在我們收到決定後 30 個日曆日內付款。
- 如果答覆是拒絕，上訴程序可能會結束，但也有可能不會結束。
 - 如果您決定接受拒絕您的上訴的決定，上訴程序終止。
 - 如果您不願意接受該上訴決定，您也許能繼續進入下一級審查程序。如果該委員會拒絕您的上訴或拒絕您的上訴複審要求，我們將在通知中說明依規定您是否能夠提出 5 級上訴。通知也會告知您，如果您選擇繼續上訴，該與誰聯絡，以及接下來該怎麼做。

5 級上訴 聯邦地方法院的法官將審查您的上訴。

- 法官會審查所有資訊，並決定同意或拒絕您的要求。這是最終的答案。聯邦地方法院之後沒有其他上訴等級。

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

提出投訴

節 10 如何對照護品質、等待時間、客戶服務或其他事宜提出投訴

節 10.1 投訴程序處理哪些類型的問題？

投訴程序僅適用於特定類型的問題。這包括與照護品質、等候時間和客戶服務相關的問題。以下舉例說明可經由投訴程序處理的問題。

投訴	例如：
醫療照護品質	<ul style="list-style-type: none"> • 您對所接受的照護品質 (包括醫院照護) 是否不滿意？
尊重隱私	<ul style="list-style-type: none"> • 有人不尊重您的隱私權或分享機密資訊嗎？
不尊重、差勁的客戶服務或其他不當行為	<ul style="list-style-type: none"> • 有人對您態度粗魯或不禮貌嗎？ • 您對我們的保戶服務部不滿意嗎？ • 您認為有人想說服您離開本項計劃嗎？
等候時間	<ul style="list-style-type: none"> • 您是否在預約時遇到困難，或需要等待很久？ • 醫生、藥劑師或其他專業醫事人員是否讓您等待過久？或是我們的保戶服務部或計劃的其他工作人員讓您等待過久？ <ul style="list-style-type: none"> ◦ 範例包括在電話中、在等待室或檢查室，或在取得處方時等待過久。
清潔程度	<ul style="list-style-type: none"> • 您對診所、醫院或醫生辦公室的清潔程度與衛生狀況是否不滿？
您從我們這裡獲得的資訊	<ul style="list-style-type: none"> • 我們是否未向您發出必要的通知？ • 我們的書面資訊是否難以理解？
時效性 (這些類型的投訴都與我們和承保決定及上訴相關行動的時效性有關)	<p>如果您要求作出承保決定，或提出上訴，但是您認為我們的反應不夠迅速，您可以要求對我們的遲緩提出投訴。下面舉一些例子說明：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您要求我們作出快速承保決定或快速上訴，而我們拒絕；則您可以提出投訴。 • 您認為我們不符合承保決定或上訴的期限；您可以提出投訴。 • 您認為我們不符合為您承保或償還已核准之特定醫療項目、服務或藥物的期限；您可以提出投訴。 • 您認為我們未能在必要期限內將您的案件轉寄至獨立審核組織；您可以提出投訴。

章 9. 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做

節 10.2 如何提出投訴

法律術語

- 投訴也稱為申訴。
- 提出投訴也稱為提出申訴。
- 採用投訴程序也稱為採用提出申訴的程序。
- 快速投訴也稱為加速申訴。

節 10.3 逐步說明：提出投訴

步驟 1：請立即致電或寫信聯絡我們。

- 通常，打電話給保戶服務部是第一步。如果還有其他您需要做的事，保戶服務部會通知您。
- 如果您不想致電 (或者您已致電但不滿意)，您可以寫信給我們，提出投訴。如果您以書面形式提交投訴，我們會以書面形式給予您回覆。
- 投訴必須在事件或事端發生後 60 天內提交。請在信件中附上名稱、日期和問題的完整說明。我們必須根據您的健康狀態並依您的個案要求盡快處理您的投訴，最遲不超過收到投訴後 30 天。如果您要求延長，或如果我們證明需要其他資訊且該延遲符合您的最佳利益，我們最多可將此時間範圍延長 14 天。如果您要提出投訴是因為我們否決您的「快速承保決定」或「快速上訴」要求，我們會將其視為「快速投訴」進行考量，並在 24 小時以內給您回覆。
- 提出投訴的期限是自您遇到想投訴的問題時起的 60 個日曆日。

步驟 2：我們將考慮您的投訴，並給予答覆。

- 若有可能，我們會立即回覆您。如果您來電投訴，我們也許能直接在電話上解決您的問題。
- 大部分投訴會在 30 個日曆日內獲得答覆。如果我們需要更多資料，並且延遲符合您的最佳利益，或者您請求更多時間，我們最多可能會再需要 14 個或更多的日曆日 (總共 44 個日曆日) 答覆您的投訴。如果我們需要更多時間，我們會以書面方式通知您。
- 如果您因為我們否決了您的快速承保決定或快速上訴請求而提出投訴，我們將自動採取快速投訴的方式處理。如果您提出快速投訴，我們會在 24 小時內向您作出答覆。
- 如果我們對您的部分或全部投訴有異議，或者不就您所投訴的問題負責，我們將在給您的答覆中說明我們的理由。

節 10.4 您可以向品質改善組織提出醫療保健品質相關的投訴

當您的投訴與照護品質相關時，您也有兩種額外選擇：

**章 9. 如果您遇到困難或想要投訴
(承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做**

- 您可以向品質改善組織提出投訴。品質改善組織由執業醫師和其他醫事專業人員團隊組成，由聯邦政府出資，對聯邦醫療保險患者所接受的照護進行查核和改進。第 2 章有聯絡資訊。

或

- 您可以同時向品質改善組織和我們提出投訴。

節 10.5	您也可以向聯邦醫療保險提出投訴
---------------	------------------------

您可以直接向聯邦醫療保險提交對 中心健保特選計劃 II (HMO) 的投訴。如需向聯邦醫療保險提交投訴，請造訪：www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。您也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY/TDD 使用者應撥打 1-877-486-2048。

章 10: 終止您於計劃中的保戶資格

節 1 終止計劃保戶身份的介紹

您可以**自願**（您自己的選擇）或**非自願**（非您自己的選擇）終止您的中心健保特選計劃 II (HMO) 保戶資格：

- 您可以自己決定要退出而退出我們的計劃。第 2 和第 3 節提供有關自願終止您的保戶資格的資訊。
- 在有限的情況下，我們需要終止您的保戶資格。第 5 節說明我們在何種情況下必須終止您的保戶資格。

如果您要離開我們的計劃，我們的計劃必須繼續為您提供醫療照護和處方藥，而您將繼續支付分攤費用，直到您的保戶資格終止為止。

節 2 您何時可以終止您的計劃保戶身份？

節 2.1 您可以在年度投保期間終止您的保戶身份

您可在**年度投保期**（也稱為**年度開放投保期**）期間終止您在我們計劃中的保戶資格。在此期間，請審核您的健康和藥物承保，並決定您來年的承保計劃。

- 年度投保期為 10 月 15 日至 12 月 7 日。
- 選擇保留您目前的承保，或對來年的承保作出變更。如果您選擇換到一項新計劃，您可以選擇以下任何類型的計劃：
 - 其他包含或不包含處方藥承保的聯邦醫療保險保健計劃。
 - 包含獨立聯邦醫療保險處方藥計劃的傳統聯邦醫療保險。
 - 不含獨立聯邦醫療保險處方藥計劃的傳統聯邦醫療保險。
 - 如果您選擇此選項，聯邦醫療保險可能為您投保一項藥物計劃，除非您已選擇退出自動投保。

注意：如果您從聯邦醫療保險處方藥承保退保而沒有可信的處方藥承保連續超過 63 天（含）以上，之後加入聯邦醫療保險藥物計劃時可能需要支付 Part D 逾期投保罰金。

- 當您的新計劃承保於 1 月 1 日開始時，您在我們計劃中的保戶資格將終止。

節 2.2 您可以在聯邦醫療保險優惠計劃開放投保期間終止您的保戶身份

您有機會在**聯邦醫療保險優惠開放投保期**對健康承保進行一項變更。

- 年度聯邦醫療保險優惠開放投保期自 1 月 1 日起至 3 月 31 日止。
- 在年度聯邦醫療保險優惠開放投保期內，您可以：
 - 切換到其他包含或不包含處方藥承保的聯邦醫療保險優惠計劃。
 - 從本計劃退保，並透過傳統聯邦醫療保險取得承保。如果在此期間，您選擇切換到傳統聯邦醫療保險，您也可以同時加入另外的聯邦醫療保險處方藥計劃。

章 10. 終止您於計劃中的保戶資格

- **您的保戶資格**將於您投保不同的傳統聯邦醫療保險計劃，或我們收到您切換到傳統聯邦醫療保險的要求之後的下個月第一天起終止。如果您也選擇投保聯邦醫療保險處方藥計劃，您的藥物計劃保戶資格將於藥物計劃收到您的投保申請之後的下個月第一天起生效。

節 2.3 在某些情況，您可以在特別投保期終止您的保戶身份

在某些情形下，中心健保特選計劃 II (HMO) 保戶有資格在一年內其他時間終止保戶資格。這段時間稱為**特殊投保期**。

如果以下任何情況適用於您，**您可能**有資格在特殊投保期內終止保戶資格。以下只是舉例，請與本計劃聯絡，致電 Medicare 或造訪 Medicare 網站 (www.medicare.gov)，以獲得完整清單：

- 通常是當您搬家後。
- 如果您有 Medi-Cal (Medicaid)。
- 如果您有資格享有為您 Medicare 處方藥付費的「Extra Help」。
- 如果我們違反與您的合約。
- 如果您從護理院或長期護理 (LTC) 醫院等機構獲得照護。
- 如果您投保老年人全方位照護計劃 (PACE)。
- **注意：**如果您投保了一項藥物管理計劃，則可能無法變更計劃。第 5 章第 10 節詳細說明了藥物管理計劃的內容。

投保期間會根據您的情況而有所不同。

若要瞭解您是否有資格享有特殊投保期，請致電 Medicare，電話號碼為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。如果您有特殊情況而有資格終止保戶資格，您可以選擇改變您的 Medicare 健康承保和處方藥承保。您可以選擇：

- 其他包含或不包含處方藥承保的 Medicare 保健計劃。
- 包含獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。
- – 或是 – 不含獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。

注意：如果您從 Medicare 處方藥承保退保而沒有可信的處方藥承保連續超過 63 天 (含) 以上，之後加入 Medicare 藥物計劃時可能需要支付 Part D 逾期投保罰金。

您的保戶資格通常會在您的計劃收到您要求變更後下一個月第一天終止。

如果您從 Medicare 獲得「Extra Help」來支付您的處方藥物費用：如果您轉到 Original Medicare，但沒有投保獨立的 Medicare 處方藥計劃，除非您已選擇退出自動投保，Medicare 可能為您投保一項藥物計劃。

節 2.4 您可以在何處查詢關於何時可以終止保戶身份的有關詳情？

如果您有任何終止保戶資格的相關問題，您可以：

- 致電保戶服務部

- 尋找《2024 年聯邦醫療保險與您》手冊中的資訊。
- 請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 以聯絡聯邦醫療保險，本專線全天候提供服務 (TTY 1-877-486-2048)。

節 3 您如何終止您的計劃保戶身份？

下表說明您如何在本項計劃中終止您的保戶資格。

如果您想從本項計劃轉至：	您應該這樣做：
<ul style="list-style-type: none">• 另一項聯邦醫療保險保健計劃。	<ul style="list-style-type: none">• 投保新的聯邦醫療保險保健計劃。• 當您的新計劃承保開始生效時，您會自動從中心健保特選計劃 II (HMO) 退保。
<ul style="list-style-type: none">• 包含獨立聯邦醫療保險處方藥計劃的傳統聯邦醫療保險。	<ul style="list-style-type: none">• 投保新的聯邦醫療保險處方藥計劃。• 當您的新計劃承保開始生效時，您會自動從中心健保特選計劃 II (HMO) 退保。
<ul style="list-style-type: none">• 不含獨立聯邦醫療保險處方藥計劃的傳統聯邦醫療保險。	<ul style="list-style-type: none">• 寄一份書面退保要求給我們。如果您需要有關如何進行這項作業的詳細資訊，請聯絡保戶服務部。• 您也可以聯絡聯邦醫療保險，電話號碼為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休，然後要求退保。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。• 當您的傳統聯邦醫療保險承保開始生效時，您會從中心健保特選計劃 II (HMO) 退保。

節 4 除非您的保戶身份終止，否則您必須一直透過我們的計劃獲得醫療項目、服務和藥物

在您的保戶資格終止且新的聯邦醫療保險承保開始之前，您必須繼續透過本計劃獲得醫療服務、項目和處方藥。

- 繼續使用我們的網絡內服務提供者，以獲得醫療照護。
- 繼續使用我們的網絡內藥房或郵購，以配取您的處方藥。
- 如果您在保戶資格終止之日住院，住院期間仍可獲得本計劃的承保，直到您出院（即使您是在新的健康承保生效之後才出院）。

節 5 在某些情況，中心健保特選計劃 II (HMO) 必須終止您的計劃保戶身份

節 5.1 我們何時必須終止您的計劃保戶資格？

如果發生以下任何情況，中心健保特選計劃 II (HMO) 必須終止您的計劃保戶資格：

- 如果您不再擁有 Medicare Part A 和 Part B。
- 您搬離我們的服務區域。
- 您離開我們的服務區域達六個月以上。
 - 如果您打算搬家或度長假，請致電保戶服務部，以查詢您欲遷往或欲前往旅行的地點是否位於本計劃的區域內。
- 如果您被監禁 (入獄)。
- 如果您不再是美國公民，或非法居住在美國。
- 如果您謊報或隱瞞有關您享有提供處方藥承保的其他保險的資訊。
- 您投保本計劃時蓄意提供我們不實資訊，且該資訊影響您投保本計劃的資格。(我們不能因這個原因要求您離開本項計劃，除非我們首先獲得 Medicare 的批准)
- 您持續實施破壞性行為，妨礙我們為您或其他本計劃保戶提供醫療照護。(我們不能因這個原因要求您離開本項計劃，除非我們首先獲得 Medicare 的批准)
- 如果您讓其他人使用您的保戶卡以獲得醫療照護服務。(我們不能因這個原因要求您離開本項計劃，除非我們首先獲得 Medicare 的批准)
 - 若您因此退保，Medicare 可能會將您的個案送交監察長進行調查。
- 如果您已有 2 個月未支付本計劃保費。
 - 我們必須以書面形式通知您，你必須在我們結束您的保戶資格之前支付的保費計劃。
- 如因個人收入原因須支付 Part D 額外款項但您未支付，Medicare 會將您從計劃中退保，您將失去處方藥承保。

您在何處可以獲得更多資訊？

如果您有任何問題，或想瞭解有關我們何時可以終止您的保戶資格的詳細資訊，請致電保戶服務部。

節 5.2 我們不能因任何健康相關理由要求您離開本計劃

中心健保特選計劃 II (HMO) 不能因任何健康相關理由要求您離開本計劃。

如果發生這種情況，您應該怎麼做？

如果您認為我們因健康相關理由要求您離開本計劃，請致電聯邦醫療保險，電話號碼為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。(TTY 1-877-486-2048)。

節 5.3 如果我們終止您的計劃保戶資格，您有權提出投訴

如果我們終止您在本項計劃的保戶資格，必須以書面形式告訴您終止您的保戶資格的原因。我們也必須說明您如何就我方終止您保戶資格的裁定，提交申訴或投訴。

章 11: 法律聲明

章 11. 法律聲明

節 1 適用法律公告

適用於本**承保證明**文件的主要法律是社會安全法案第 XVIII 篇，以及由聯邦醫療保險與聯邦醫療補助服務中心（簡稱 CMS）按照社會安全法案制定的規定。此外，其他聯邦法律也可能適用，在某些情況，您所在州的法律也可能適用。這可能會影響您的權利和責任，即使這些法律沒有包括在本文件中或在本文件中未加以說明。

節 2 反歧視行為聲明

我們不會因為人種、族裔、原國籍、膚色、宗教、生理性別、社會性別、年齡、性別認同、心理或身體殘疾、健康狀況、索賠經歷、病史、遺傳資訊、可保性證據或在服務區域內的地理位置而歧視任何人。所有提供聯邦醫療保險優惠計劃的組織，如我們的計劃，都必須遵守反歧視的聯邦法律，包括 1964 年民權法第六條、1973 年康復法、1975 年年齡歧視法、美國殘障人士法、平價醫療法案第 1557 款、所有其他適用於獲取聯邦資金組織的法律，以及任何其他適用於任何其他原因的法律和法規。

如果您想瞭解更多資訊或對歧視或不公平待遇有疑慮，請撥 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) 致電健康與人類服務部的**民權辦公室**或您當地的民權辦公室。您也可以查看健康與人類服務部的民權辦公室的資訊，網址是 <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>。

如果您有殘疾並且需要獲得照護方面的協助，請致電保戶服務部與我們聯絡。如果您要投訴，例如無法使用輪椅進出的問題，請致電保戶服務部以獲得幫助。

節 3 聯邦醫療保險作為次要付款方的代位權公告

我們有責任和義務收取聯邦醫療保險並非主要付款人的聯邦醫療保險承保服務費用。根據 CMS 第 42 CFR 章 422.108 節和 423.462 節中的規定，中心健保特選計劃 II (HMO) 作為聯邦醫療保險優惠組織，將行使與秘書長根據 CMS 在第 42 CFR 章 411 節 B 至 D 子節中的規定下所行使的相同權利，而且本節中確立的法規效力凌駕於任何州立法律之上。

節 4 關於第三方責任的通知

如果第三方的疏忽或故意行為或不作為導致您生病或受傷，我們將向您發送一份該傷害或疾病相關服務的合理費用聲明。費用計算方式如下所示。然而，在透過和解、法院判決或其他方式確立財務責任之前，您無需支付任何款項給我們。

如果您向負責的第三方收回任何款項，您必須立即通知我們。我們應從此第三方收回的款項中得到補償，以支付我們向您發送的聲明中所列的費用，但須遵守以下段落所述之限制。

章 11. 法律聲明

- a. 我們的留置權金額計算如下：
 - i. 對於非論人計酬支付的健康照護服務，為本計劃、醫療群體或獨立醫師協會 (Independent Physician Association, IPA) 實際支付給提供治療的醫療服務提供者之金額；或
 - ii. 如果服務是論人計酬支付的，則為在提供服務的另一地理區域內，以論人計酬支付方式提供相同服務的通常和慣例收費的百分之八十 (80%)。
 - iii. 如果同時向您提供了非論人計酬支付服務和論人計酬支付服務，並且我們論人計酬支付服務的簽約服務提供者為您獲得的非論人計酬支付服務付款，則任何此類留置權不得超過：
 1. 為完善留置權而實際支付的合理費用，以及
 2. 根據上述「i」和「ii」確定的金額。
- b. 我們的最大留置權追償受以下限制：
 - i. 如果您聘請了律師，則留置權不得超過以下金額較小者：
 1. 上述 (a.) 項確定的最大金額；或
 2. 您根據任何最終判決、妥協或和解協議有權獲得的款項的三分之一 (1/3)。
 - ii. 如果您沒有聘請律師，則留置權不得超過以下金額較小者：
 1. 上述 (a.) 項確定的最大金額；或
 2. 您根據任何最終判決、妥協或和解協議有權獲得的款項的二分之一 (1/2)。
- c. 我們的留置權追償受以下因素進一步減少：
 - i. 如果法官、陪審團或仲裁員做出特別裁決，認定您存在部分過錯，則我們的留置權追償將與您的追償依照同樣的相對過錯百分比減少。
 - ii. 按比例減少您合理的律師費 (如有) 和費用。

上述的追償限制不適用於勞工賠償留置權。

本節不適用於 Medi-Cal 計劃，因為針對 Medi-Cal 的留置權屬於 California Department of Health Care Services (加州健康照護服務部) 的管轄範圍。此外，本節不適用於醫院服務的留置權。在符合上述限制的情況下，您授予中心健保特選計劃 II (HMO) 通過和解、判決或裁決追回的任何金額的轉讓、索賠和留置權。我們可能會要求您簽署文件並提供必要的資訊，以確定轉讓、索賠或留置權，從而確定追償權利。

在對第三方提交或提出索賠或法律訴訟後的 30 天內，您必須將索賠或法律訴訟的書面通知寄送至中心健保特選計劃 II (HMO) (電話號碼印於本手冊的封底)。

此外，根據合約，我們已授權我們的服務提供者針對提供者所提供或為其安排的健康照護服務，對我們的保戶主張第三方留置權。對保戶主張留置權的簽約醫療群體、醫生及 Independent Physician Association (獨立醫師協會)，必須遵守上述程序。

章 12:

重要詞彙定義

章 12. 重要詞彙定義

Ambulatory Surgical Center (非住院性手術中心) – 非住院性手術中心是專門為不需要住院的患者提供門診手術服務的實體，患者在此不會停留超過 24 小時。

Annual Enrollment Period (年度投保期) – 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日期間，保戶可以更改自己的健康或藥物計劃，或轉換到 Original Medicare。

Appeal (上訴) – 如果您對我們所作拒絕健康照護服務或處方藥承保，或拒絕您已接受的服務或藥物費用的決定有異議，您可以採取的行動。如果您對我們作出停止您正在接受的服務的決定有異議，您也可以提起上訴。

Balance Billing (差額負擔) – 服務提供者（如醫生或醫院）開給患者的帳單金額超過計劃允許的分攤費用金額的情況。您身為中心健保特選計劃 II (HMO) 的保戶，在接受計劃承保的服務時，只需支付計劃的分攤費用金額。我們不允許服務提供者向您收取差額負擔，或以其他方式向您收取超過您的計劃規定您必須支付的分攤費用。

Benefit Period (給付週期) – 我們的計劃和 Original Medicare 衡量您的醫院或專業護理機構 (SNF) 服務使用情況的方式。「給付週期」始於您住進醫院或專業護理機構的當日。當您連續 60 天沒有接受任何住院照護（或在 SNF 中接受專業照護），給付週期就會結束。如果您在一個給付週期結束後進入醫院或專業護理機構，則開始新的給付週期。給付週期沒有次數的限制。

Biological Product (生物製劑) – 由動物細胞、植物細胞、細菌或酵母菌等天然活體來源製成的處方藥。生物製劑比其他藥物更複雜，無法完全複製，因此替代形式被稱為生物相似性藥物。生物相似性藥物通常與原始生物製劑一樣安全有效。

Biosimilar (生物相似性藥物) – 被認為與原始生物製劑非常相似但不完全相同的處方藥。生物相似性藥物通常與原始生物製劑一樣安全有效，但生物相似性藥物通常需要新的處方來替代原始的生物製劑。可互換的生物相似性藥物符合額外的要求，可在無需新處方的情況下，於藥房替代原始生物製劑，但需遵守州法律。

Brand Name Drug (原廠藥) – 由研發藥物的製藥公司生產、銷售的處方藥。原廠藥與副廠藥具有相同的活性成配方。然而，副廠藥由其他製藥商製造和銷售，通常要等到原廠藥專利失效後才能買到。

Catastrophic Coverage Stage (重大傷病承保階段) – 從您（或代表您的其他合格方）在承保年度內，為 Part D 承保藥物支付的金額達到 \$8,000 時開始的 Part D 藥物給付階段。在這個付款階段，本計劃將全額給付您的 Part D 承保藥物費用與我們增強福利承保的排除藥物。您無需支付任何費用。

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (美國醫療服務中心，CMS) – 負責經營 Medicare 的聯邦機構。

Chronic-Care Special Needs Plan (C-SNP，慢性病照護特殊需求計劃) – C-SNP 是一種 SNP，限制患有一或多種嚴重或致殘慢性病症（如 42 CFR 422.2 所定義）之符合 MA 資格的人士投保，包括根據 42 CFR 422.4(a)(1)(iv) 中指定的多種常見合併症和臨床相關病症分組來限制投保。

Coinsurance (共同保險金) – 您可能需要支付的金額，以百分比表示（例如 20%），作為您支付任何自付額後的服務或處方藥的分攤費用。

章 12. 重要詞彙定義

Complaint (投訴) – 提出申訴是提出投訴的正式名稱。投訴程序僅適用於特定類型的問題。這包括與照護品質、等候時間和您所得到的客戶服務相關的問題。還包括如果您的計劃未遵守上訴程序的期限而提出的投訴。

Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF, 綜合門診病患復健機構) – 主要提供疾病或受傷後的復健服務，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職業治療、言語病理學服務，以及家庭環境影響評估服務的機構。

Copayment (或「copay」) (共付額) – 您可能必須支付的醫療服務或用品的分攤費用，例如醫生診所就診、醫院門診就診或處方藥的費用。共付額是固定的金額（例如 \$10），而不是百分比。

Cost Sharing (分攤費用) – 分攤費用是指保戶接受服務或藥物時必須支付的金額。（這是除了計劃每月保費之外的額外費用。）分攤費用包括以下三種付款方式的任何組合：(1) 在服務或藥物獲得承保之前，計劃可能規定的自付額；(2) 接受特定服務或藥物時，計劃要求的任何固定共付額；或 (3) 接受特定服務或藥物時，計劃所要求之服務或藥物支付總額的一定百分比的共同保險金。

Cost-Sharing Tier (分攤費用層級) – 承保藥物清單中的每種藥物都處於六個分攤費用層級之一。通常，分攤費用層級越高，藥費越高。

Coverage Determination (承保裁定) – 關於計劃是否為您承保某種處方藥，以及您必須為處方支付的金額的決定。通常，如果您攜帶處方到藥房，而藥房告訴您該處方藥不在您的計劃承保範圍內，這不是承保裁定。您需要致電或寫信給您的計劃，請求關於承保的正式決定。在本文件中，承保裁定稱為**承保決定**。

Covered Drugs (承保藥物) – 用於表示本計劃所承保的所有處方藥的術語。

Covered Services (承保服務) – 用於表示本計劃所承保的所有健康照護服務和用品的術語。

Creditable Prescription Drug Coverage (可信的處方藥承保) – 按照平均水準，至少應支付與 Medicare 標準處方藥承保同樣費用的處方藥承保（例如由雇主或工會提供的承保）。擁有該承保的人士在滿足 Medicare 資格後，如果決定投保 Medicare 處方藥承保，通常可以維持該承保而無需繳納罰款。

Custodial Care (監護照護) – 當您不需要專業醫療照護或專業護理時，在護理院、安寧療護或其他設施環境中提供的個人照護。監護照護是由沒有醫療專業技能或訓練之人員提供的個人照護，包括協助進行日常活動，如洗澡、穿衣、吃飯、上下床、坐進椅子、起身、四處走動、如廁等。也可能包括大多數人可自行完成的健康相關照護，如使用眼藥水。Medicare 不給付監護照護費用。

Daily cost-sharing rate (每日分攤費用率) – 當您的醫生開給您的特定藥物處方藥量不到一個月時，可能適用每日分攤費用率，而且您必須支付共付額。每日分攤費用率是共付額除以一個月藥量的天數。以下舉例說明：如果您一個月的藥物供應量共付額為 \$30，而計劃規定的一個月供應量為 30 天，則您的每日分攤費用率即為每天 \$1。

Deductible (自付額) – 在我們的計劃開始給付之前，您必須支付的健康照護或處方藥費用。

Disenroll 或 Disenrollment (退保) – 終止您在本計劃中的保戶資格的程序。

章 12. 重要詞彙定義

Dispensing Fee (配藥費) – 每次配取承保藥物時收取的費用，以支付處方藥配藥的費用，例如藥劑師準備和包裝處方藥的時間。

Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP, 雙重資格特殊需求計劃) – D-SNP 投保有權享有 Medicare (社會安全法第 XVIII 條) 和 Medicaid (第 XIX 條) 下州計劃提供的醫療協助的個人。各州承保一些 Medicare 費用，具體取決於各州及個人資格。

Durable Medical Equipment (DME, 耐用醫療設備) – 您的醫生因醫療原因開具的特定醫療設備。範例包括：助行器、輪椅、拐杖、動力床墊系統、糖尿病用品、IV 輸液幫浦、言語發聲裝置、氧氣設備、噴霧器，或供居家服務提供者訂購的病床。

Emergency (緊急情況) – 緊急醫療情況是指當您或任何其他具有一般健康與醫學常識的謹慎外行人認為您具有需要立刻就診的醫療症狀，以避免您喪失生命 (如果您是孕婦，則為失去未出生的孩子)、失去肢體，或失去肢體功能，或失去或嚴重損害身體功能的情況。醫療症狀可包括快速惡化的疾病、受傷、劇痛或醫療病症。

Emergency Care (急診照護) – 承保以下服務：(1) 由符合資格提供急診服務的服務提供者提供的服務，以及 (2) 為治療、評估或穩定緊急醫療病症所需的服務。

Evidence of Coverage (EOC) and Disclosure Information (承保證明 [EOC] 和披露資訊) – 本文件和您的投保登記表，以及說明您的承保內容、我們的義務、您的權利和您身為計劃保戶之義務的其他附件和條款，或其它精選的承保選項。

Exception (例外處理) – 一種承保決定，如果獲得核准，將允許您獲得不在我們處方集內的藥物 (處方集例外處理)，或以較低的分攤費用等級獲得非首選藥物 (等級例外通融)。如果本計劃要求您在獲得所要求藥物之前試用其他藥物，或本計劃限制您所要求藥物的數量或劑量，您也可以要求例外處理 (處方集例外處理)。

Extra Help (額外幫助) – Medicare 或州計劃，用來幫助收入和資源有限的人士支付 Medicare 處方藥計劃費用，如保費、自付額和共同保險金。

Generic Drug (副廠藥) – 由食品和藥物管理局 (FDA) 批准，與原廠藥有相同活性成分的處方藥。一般來說，副廠藥的藥效與原廠藥相同，但價格比較便宜。

Grievance (申訴) – 您對我們的計劃、服務提供者或藥房所提出的一種投訴形式，包括與您的照護品質相關的投訴。申訴不涉及承保或付款爭議。

Home Health Aide (居家護理助理員) – 提供不需要由有執照護士或治療師所提供服務的人士，例如幫助個人照護 (洗澡、如廁、穿衣或按指示運動等)。

Hospice (安寧) – 此為經醫療認證患有絕症 (即預期壽命為 6 個月或更短) 的保戶，提供特殊治療的給付。我們 (您的計劃) 必須向您提供您所在地理區域內的安寧療護機構名單。如果您選擇安寧療護並繼續支付保費，您仍是我們計劃的保戶。您仍可取得所有必要的醫療服務，和我們提供的補充給付。

Hospital Inpatient Stay (住院停留) – 當醫院正式收治您以提供專業醫療服務時，即為住院。即使您在醫院中過夜，也可能算作門診。

Income Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA, 收入相關每月調整金額) – 如果您 2 年前的 IRS 納稅申報單顯示的修改調整後總收入高於一定金額，您將需支付標準

章 12. 重要詞彙定義

保費以及與收入相關的每月調整金額，也稱為 IRMAA。IRMAA 是加至您保費的額外收費。此項影響到的 Medicare 保戶不到 5%，因此大多數人無須支付較高的保費。

Initial Coverage Limit (初始承保限額) – 初始承保期的最高承保限額。

Initial Coverage Stage (初始承保期) – 這是在一年中您的總藥費 (包括您已支付的費用以及您的計劃代表您支付的費用) 達到 \$5,030 之前您所處於的階段。

Initial Enrollment Period (最初投保期) – 當您符合 Medicare 的資格時，可以投保 Medicare Part A 和 Part B 的時期。例如，如果您在年滿 65 歲時獲得 Medicare 的資格，則您的最初投保期將長達 7 個月，包括您年滿 65 歲之前的 3 個月、您達到 65 歲的當月以及您年滿 65 歲後 3 個月。

Institutional Special Needs Plan (SNP · 特殊需求計劃) – 接受持續居住，或應當在長期護理 (LTC) 設施中持續居住 90 天或更長時間的合格人士的計劃。這些機構可能包括專業護理機構 (SNF)、護理設施 (NF)、(SNF/NF)、智力障礙者中級護理設施 (ICF/IDD) 或住院精神病科設施，和/或經 CMS 核准、提供類似長期醫療照護服務的設施，且由 Medicare Part A、Part B 或 Medicaid；其住民與其他具名機構類型有類似需求和醫療照護狀態。特殊需求計劃 (SNP) 必須與特定 LTC 機構 (或擁有並經營) 簽訂合約。

Institutional Equivalent Special Needs Plan (SNP · 機構相當的特殊需求計劃) – 接受居住在社區中符合條件的個人的計劃，但是基於所在州的評估，需要機構水準的照護。進行評估時，必須使用相同的各別州水準的照護評估工具，由非計劃提供方的實體管理。如有需要，此類特殊需求計劃可能會限制居住在合約幫助居住設施 (ALF) 中的個人投保，以確保提供一致的特別照護。

List of Covered Drugs (Formulary or “Drug List”) (承保藥物清單 [處方集或「藥物清單」]) – 計劃承保的處方藥清單。

Low Income Subsidy (LIS · 低收入津貼) – 請參閱「Extra Help」。

Maximum Out-of-Pocket Amount (最高自付額) – 您在日曆年度內為網絡內承保的 Part A 和 Part B 服務支付的最高自費費用。您為計劃保費、Medicare Part A 和 Part B 保費，以及處方藥所支付的金額不計入最高自付額。

Medicaid (or Medical Assistance) (Medicaid [或醫療協助]) – 聯邦和州聯合計劃，幫助低收入及資源有限的特定人士支付醫療費用。各州的 Medicaid 計劃不同，但是如果您符合 Medicare 和 Medicaid 的要求，大部分的健康照護費用可獲承保。

Medically Accepted Indication (醫學上所接受的引證) – 經食品與藥物管理局批准，或由特定醫學參考書所支持的藥物用途。

Medically Necessary (必要的醫療) – 為預防、診斷或治療您的醫療病症所需，並符合公認醫療實踐標準的服務、用品或藥物。

Medicare – 聯邦健康保險計劃，適用對象為年滿 65 歲或以上的人士，或年齡在 65 歲以下的某些殘障人士，以及患有末期腎臟疾病的人士 (一般是需要透析或腎臟移植的永久腎衰竭患者)。

Medicare Advantage Open Enrollment Period (Medicare Advantage 開放投保期) – 從 1 月 1 日至 3 月 31 日期間，當 Medicare Advantage 計劃保戶可以取消其計劃投保，

章 12. 重要詞彙定義

並轉換到另一個 Medicare Advantage 計劃，或透過 Original Medicare 獲得承保。如果在此期間，您選擇切換到 Original Medicare，您也可以同時加入另外的 Medicare 處方藥計劃。在個人首次符合 Medicare 資格後，Medicare Advantage 計劃開放投保期有 3 個月的時間。

Medicare Advantage (MA) Plan (Medicare Advantage [MA] 計劃) – 有時稱為 Medicare Part C。這是與 Medicare 簽約的私營公司所提出的計劃，為您提供所有 Medicare Part A 和 Part B 的給付。Medicare Advantage 計劃可以是 i) HMO、ii) PPO、iii) 私人付費服務 (PFFS) 計劃，或 iv) Medicare Medical Savings Account (MSA) 計劃。除了可從這些類型的計劃中選擇，還有 Medicare Advantage。HMO 或 PPO 計劃也可以是特殊需求計劃 (SNP)。在大多數情況下，Medicare Advantage 計劃也提供 Medicare Part D (處方藥承保)。這些計劃稱為**附帶處方藥承保的 Medicare Advantage 計劃**。

Medicare Coverage Gap Discount Program (Medicare 承保缺口優惠計劃) – 為達到承保缺口階段且未獲得「Extra Help」的 Part D 保戶，提供大部分承保 Part D 原廠藥折扣的計劃。折扣以聯邦政府和特定製藥商之間的協議為依據。

Medicare-Covered Services (Medicare 承保服務) – Medicare Part A 和 Part B 承保的服務。所有 Medicare 保健計劃都必須承保 Medicare Part A 和 Part B 承保的所有服務。Medicare 承保服務一詞不包括 Medicare Advantage 計劃可能提供的額外給付，例如視力、牙科或聽力。

Medicare Health Plan (Medicare 保健計劃) – 由與 Medicare 簽約的私營公司提供的 Medicare 保健計劃，為 Medicare 保健計劃中的投保人提供 Part A 與 Part B 的給付。此術語包括所有 Medicare Advantage 計劃、Medicare Cost 計劃、特殊需求計劃、演示/試點方案，以及老年人全方位照護計劃 (PACE)。

Medicare 處方藥承保 (Medicare Part D) – 幫助支付門診處方藥、疫苗、生物製劑和不在 Medicare Part A 或 Part B 承保範圍內的某些用品的保險。

Medigap (Medicare 補充保險) 保單 – 由私營保險公司銷售、用於填補 Original Medicare 承保缺口的 Medicare 補充保險。Medigap 保單僅與 Original Medicare 配合使用。(Medicare Advantage 計劃不是 Medigap 保單)

Member (Member of our Plan, or Plan Member) (保戶 [們的計劃保戶或計劃保戶]) – Medicare 中，有資格獲得承保服務並已投保我們計劃的人士，且其登記投保已經由美國醫療服務中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 確認。

Member Services (保戶服務部) – 我們的計劃中負責答覆對您的保戶身份、給付、申訴和上訴問題的部門。

Network Pharmacy (網絡內藥房) – 與我們的計劃簽約的藥房，我們的計劃保戶可以在這裡獲得處方藥給付。在大多數的情況下，您必須在網絡內藥房購買處方藥，我們才予以給付。

Network Provider (網絡內服務提供者) – 服務提供者是一般術語，指經過 Medicare 和州的認證，提供健康照護服務的醫生、其他專業醫護人員、醫院和其他健康照護機構。**網絡內服務提供者**與我們的計劃有協議，接受我們的付款作為全額付款，在某些情況下，協調並為本計劃的保戶提供承保服務。網絡內服務提供者也可稱為**計劃服務提供者**。

章 12. 重要詞彙定義

Organization Determination (組織裁定) – 我們的計劃針對項目或服務是否承保，或您必須為承保項目或服務支付多少費用，所作出的決定。在本文件中，組織裁定稱為承保決定。

Original Medicare (「傳統 Medicare」或「有償服務」Medicare) – Original Medicare 由政府提供，而非如 Medicare Advantage 計劃和處方藥計劃等的私營保健計劃。在 Original Medicare 中，透過向醫生、醫院及其他醫療照護服務提供者支付，由國會制定的費用數額來為 Medicare 服務提供承保。您可以向任何接受 Medicare 的醫師、醫院或其他醫療照護提供者求診。您必須支付自付額。Medicare 支付 Medicare 批准金額的分攤費用，您支付自己的分攤費用。Original Medicare 分為兩個部分：Part A (醫院保險) 和 Part B (醫療保險)，在美國各地皆可取得。

Out-of-Network Pharmacy (網絡外藥房) – 與我們的計劃沒有合約協作，也未提供計劃保戶承保藥物的藥房。除非有特定情況，否則您從網絡外藥房購買的大多數藥物都不在本計劃的承保範圍內。

Out-of-Network Provider 或 Out-of-Network Facility (網絡外服務提供者或網絡外機構) – 與本計劃沒有合約協作，也未提供計劃保戶承保服務的服務提供者或機構。網絡外服務提供者是指不受僱於、不屬於或不由本計劃營運的服務提供者。

Out-of-Pocket Costs (自費費用) – 見上文分攤費用的定義。保戶為已接受的部分服務或藥物支付分攤費用的規定，也稱為保戶的自費費用規定。

PACE plan (PACE 計劃) – PACE (老年人全方位照護計劃) 計劃結合醫療、社交和長期護理 (LTC) 服務，幫助身體虛弱者儘可能保持獨立並生活在自己的社區裡 (而不是住進護理院)。投保 PACE 計劃的人透過本計劃獲取他們的 Medicare 與 Medicaid 給付。

Part C – 請查閱 Medicare Advantage (MA) 計劃。

Part D – 自願性的 Medicare 處方藥給付計劃。

Part D Drugs (Part D 藥物) – Part D 承保的藥物。我們可能提供或不提供所有的 Part D 藥物。某些類別的藥物已由國會排除在承保的 Part D 藥物之外。每個計劃都必須承保特定類別的 Part D 藥物。

Part D Late Enrollment Penalty (Part D 逾期投保罰金) – 在您一開始有資格加入 Part D 計劃後，如果您連續 63 天以上沒有可信承保 (按照平均水準，應當給付至少與標準 Medicare 處方藥承保相同的承保)，則除了 Medicare 藥物承保的每月保費之外，您需要額外繳納的費用。

Preferred Provider Organization (PPO) Plan (首選服務提供者機構 [PPO] 計劃) – 首選服務提供者機構計劃是一個具有合約服務提供者網絡的 Medicare Advantage 計劃，這些合約服務提供者同意以特定費用金額治療計劃保戶。PPO 計劃必須承保所有的計劃給付，包括從網絡內以及網絡外服務提供者獲得的給付。一般來說，從網絡外服務提供者獲得計劃給付時，保戶的分攤費用較高。PPO 計劃對您從網絡內 (首選) 服務提供者獲得的服務所支付的自付費用有年度限額，對您從網絡內 (首選) 與網絡外 (非首選) 服務提供者獲得的服務所支付的合計自費費用的限額更高。

Premium (保費) – 支付給 Medicare、保險公司或健康照護計劃 (健康或處方藥保險) 的週期性費用。

章 12. 重要詞彙定義

Primary Care Provider (PCP , 主治醫生) – 針對大多數健康問題，您最先去看的醫生或其他服務提供者。在許多 Medicare 保健計劃中，您必須先至主治醫生處就診，之後才能請其他醫療照護提供者看診。

Prior Authorization (事先授權) – 取得服務或特定藥物的事先核准。第 4 章給付表中標示出需要事先授權的承保服務。處方集中有標記出需要事先授權的承保藥物。

Prosthetics and Orthotics (義肢和矯正設備) – 醫療器材，包括但不限於：手臂、背部和頸部支架；義肢；義眼；以及取代體內部位或機能所需的器材，包括造口用品以及腸內和腸外營養治療。

Quality Improvement Organization (QIO , 品質改善組織) – 由聯邦政府出資、執業醫師和其他醫事專業人員團隊組成的小組，負責查核和改進 Medicare 患者所接受的照護。

Quantity Limits (供藥量限制) – 因品質、安全或使用原因對所選藥物的使用進行限制的管理工具。我們可能對我們承保的藥物，設定每張處方的藥量限制或限制一定時段內的藥量。

Real-Time Benefit Tool (即時給付工具) – 為一入口網站或電腦應用程式，可供投保人查詢完整、準確、及時、臨床上適當的投保人專用處方集和給付資訊。這包括分攤費用金額、可用於與指定藥物相同健康狀況的替代處方集藥物，以及適用於替代藥物的承保限制（事先授權、循序用藥、供藥量限制）。

Rehabilitation Services (復健服務) – 這些服務包括物理治療、言語和語言治療以及職業治療。

Service Area (服務區域) – 您要加入特定健康計劃必須居住的地理區域。有關對於您可使用之醫師與醫院做出限制的計劃，一般也指您可接受例行性（非緊急）服務的區域。如果您永久搬離本項計劃的服務區域，本計劃可能會讓您退保。

Skilled Nursing Facility (SNF) Care (專業護理機構 [SNF] 照護) – 專業護理機構中持續提供的日常專業護理照護和復健服務。照護的範例包括僅能由註冊護士或醫師進行的物理治療或靜脈注射。

Special Enrollment Period (特殊投保期) – 允許保戶改變他們的保健或藥物計劃，或回到 Original Medicare 的固定時間。您可能符合特殊投保期資格的情況包括：如果您搬離服務區域、您獲得「Extra Help」支付您的處方藥物費用、您搬入護理院或者我們違反了與您簽署的合約。

Special Needs Plan (特殊需求計劃) – 這項特別的 Medicare Advantage 計劃針對待在護理院或有特定慢性醫療病症，且同時享有 Medicare 和 Medicaid 的特定族群，提供更為專注的健康照護。

Step Therapy (循序用藥) – 在承保您的醫生最初所開的處方藥之前，此效用工具會要求您先嘗試可治療您醫療病症的另一種藥物。

Supplemental Security Income (SSI , 補充社會安全收入) – 社會安全局每月支付給收入和資源有限、身體有殘障、盲人或年滿 65 歲者的給付金。SSI 給付與社會安全局給付不同。

章 12. 重要詞彙定義

Urgently Needed Services (緊急需求服務) – 非急診服務的承保服務，但前提是網絡內服務提供者暫時無法提供服務、無法到達，或投保人不在服務區域內。例如，您在週末需要立即照護。服務必須是立即需要，且屬於必要的醫療。



反歧視聲明

中心健保 Medicare 計劃 CHMP 遵守聯邦和州法律，不會因種族、膚色、原國籍、年齡、心理或身體殘疾、生理性別、宗教、祖先、族裔認同、醫療病症、遺傳資訊、婚姻狀態、社會性別、性別認同或性取向而歧視或排除人們。

CHMP 為殘疾人提供免費的幫助和服務，以便與我們有效溝通，如：合格的手語翻譯，以及其他格式的書面資訊（大型字體、語音版、無障礙電子格式、其他格式）。我們也為主要語言不是英語的人提供免費語言服務，例如：其他語言的合格口譯員和資訊。

如果您需要這些服務，請聯絡 CHMP：(866) 314-2427 (TTY 711)。我們的營業時間為 上午 8:00 到晚上 8:00 (PT)，每週 7 天。

如何提出申訴

如果您認為 CHMP 無法提供這些服務，或有基於上述非法理由的歧視，您可以透過電話、傳真、電子郵件或郵寄信件至：

中心健保 Medicare 計劃 (收件人：Member Services)
PO Box 14244
Orange, CA 92863
電話：(866) 314-2427 · TTY：711 傳真：1-626-388-2361
電子郵件：memberservices@centralhealthplan.com

民權辦公室 – CALIFORNIA 健康照護服務部

您也可以透過電話、書面或電子方式，向 California 健康照護服務部民權辦公室提出民事投訴：

- 電話：請撥 916-440-7370。如果您不方便清楚說話或接聽，請致電 711
- 書面：填寫投訴表格或寄信至：Deputy Director, Office of Civil Rights

Department of Health Care Services—Office of Civil Rights
PO Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

投訴表格可以在此處 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 取得
電子方式：傳送電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.gov

民權辦公室 – 美國衛生署和公眾服務部 (HHS)

如果您認為受到基於種族、膚色、原國籍、生理性別、年齡或殘障的歧視，您可以透過電話、書面或電子方式向 HHS 民權辦公室提出民事投訴：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
電話：1-800-368-1019 · TTY：1-800-537-7697
電子方式：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ·
投訴表格可以在此處 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 取得

多語言插頁
多語言口譯服務

英文：We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-314-2427 (TTY:711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

西班牙文：Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-314-2427 (TTY:711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

中文華語：我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-314-2427 (TTY:711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

中文廣東話：您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-314-2427 (TTY:711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

塔加拉文：Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-314-2427 (TTY:711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

法文：Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-314-2427 (TTY:711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

越南文：Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-314-2427 (TTY:711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

德文：Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-314-2427 (TTY:711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

韓文：당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-314-2427 (TTY:711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

俄文：Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-314-2427 (TTY:711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

阿拉伯文：

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-314-2427 (TTY:711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية مساعدتك. هذه خدمة مجانية.

印度文：

हमारे 'I' (या दवा की योजना के बारे में) आपके किसी भी 89 के जवाब देने के लिए हमारे पास मु= दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया 81D करने के लिए, बस हमें 1-866-314-2427 (TTY:711) पर फोन करें। कोई QRS जो हिंदी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मु= सेवा है।

義大利文：È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-314-2427 (TTY:711). Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

葡萄牙語：Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-314-2427 (TTY:711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

法式克里奧文：Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-314-2427 (TTY:711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

波蘭文：Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-314-2427 (TTY:711). Ta usługa jest bezpłatna.

日文：当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-314-2427 (TTY:711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

中心健保特選計劃 II (HMO) 保戶服務部

方法	保戶服務部–聯絡資訊
致電	(866) 314-2427 此號碼為免費電話。上午 8:00 到晚上 8:00 (PT)，每週 7 天 保戶服務部亦為英語非母語者提供免費的翻譯服務。
TTY	711 這個號碼需要特殊電話設備，專供聽障或語障人士使用。 此號碼為免費電話。上午 8:00 到晚上 8:00 (PT)，每週 7 天
傳真	(877) 852-4070
致函	PO Box 14244 Orange, CA 92863
網站	www.centralhealthplan.com

醫療保險顧問和權益促進計劃 (HICAP) (California SHIP)

醫療保險顧問和權益促進計劃 (HICAP) 由聯邦政府提供經費，專為投保 Medicare 的人提供關於當地健康保險的免費諮詢服務。

方法	聯絡資訊
致電	1-800-434-0222
TTY	711 這個號碼需要特殊電話設備，專供聽障或語障人士使用。
致函	California Department of Aging Attention: Public Records Act Request 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
網站	http://www.aging.ca.gov/hicap

PRA 揭露聲明根據《1995 年文書簡化法》(Paperwork Reduction Act of 1995)，除非出示有效的 OMB 控制碼，否則任何人皆無必要回應資訊收集。本資訊收集系統的有效 OMB 控制碼為 0938-1051。如果您有改進此表格的意見或建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。