

2024

 elderplan®

帶領您到優質綜合醫療。SM



承保範圍說明書

Elderplan Flex (HMO-POS)

2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日

2024 年 1 月 1 日 – 12 月 31 日

承保範圍說明書：

作為 Elderplan Flex (HMO-POS) 的會員，您的 Medicare 聯邦醫療保險健康福利與服務以及處方藥保險

本文件為您詳細介紹 2024 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期間您的 Medicare 聯邦醫療保險健康護理和處方藥保險。本文件是重要的法律文件。請妥善保管。

如對本文件之資訊有疑問，請致電會員服務部瞭解更多資訊，電話：1-800-353-3765。（聽障人士可致電 711）。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。此電話是免費的。

本計劃 Elderplan Flex (HMO-POS) 由 Elderplan Inc. 提供。（本承保範圍說明書提述「我們」或「我們的」時，表示 Elderplan, Inc.，提述「計劃」或「我們的計劃」時，表示 Elderplan Flex (HMO-POS)。）

本文件免費提供西班牙文和中文版本。

自 2025 年 1 月 1 日起，福利、保費、自付額和/或共付費/共同保險可能會有所調整。

處方藥一覽表、藥房網絡和/或醫療服務提供者網絡可能會不時有所調整。必要時您會收到通知。我們將至少提前 30 天通知受影響的參保者有關變更的資訊。

本文件介紹了您的福利和權利。您可以使用本文件來瞭解：

- 您的計劃保費和費用分攤；
- 您的醫療和處方藥福利；
- 如果您對服務或治療不滿意，該如何提出投訴；
- 如果您需要進一步的幫助，該如何聯絡我們；以及
- Medicare 聯邦醫療保險法律要求提供的其他保障。

H3347_EPC17470_C

2024 年承保範圍說明書

目錄

第 1 章：會員入門.....	7
第 1 節 簡介.....	8
第 2 節 要成為計劃會員需要具備哪些條件？.....	10
第 3 節 您將收到的重要會員資料.....	12
第 4 節 您的 Elderplan Flex (HMO-POS) 月費.....	14
第 5 節 關於 D 部分逾期參保罰金的更多資訊.....	19
第 6 節 及時更新您的計劃會員記錄.....	22
第 7 節 其他保險如何與我們的計劃配合運作.....	23
第 2 章：重要電話號碼和資源.....	26
第 1 節 Elderplan Flex (HMO-POS) 聯絡方式（如何聯絡我們，包括如何聯絡會員服務部）.....	27
第 2 節 Medicare 聯邦醫療保險（如何從聯邦 Medicare 聯邦醫療保險計劃直接獲取幫助和資訊）.....	35
第 3 節 州健康保險援助計劃（關於 Medicare 聯邦醫療保險的問題，免費為您提供幫助、資訊和回答）.....	39
第 4 節 品質改進機構.....	41
第 5 節 社會安全局.....	42
第 6 節 Medicaid 醫療補助.....	44

第 7 節	與協助支付處方藥的計劃有關的資訊.....	46
第 8 節	如何聯絡鐵路職工退休委員會.....	50
第 9 節	您是否有團體保險或僱主提供的其他健康保險？.....	52
第 3 章：	使用本計劃承保您的醫療服務.....	53
第 1 節	作為我們計劃的會員獲得醫療護理的須知.....	54
第 2 節	使用本計劃網絡內的提供者獲得醫療護理.....	58
第 3 節	如何在需要緊急醫療或急症治療護理時或在災難期間獲得服務.....	67
第 4 節	如果您直接收到服務全部費用的賬單，該如何處理？.....	70
第 5 節	參加臨床研究時，您的醫療服務如何獲得承保？.....	71
第 6 節	有關在宗教性非健康護理機構獲得護理的規定.....	75
第 7 節	對擁有耐用醫療設備的規定.....	77
第 4 章：	醫療福利表（承保範圍與支付費用）.....	80
第 1 節	瞭解您為承保服務支付的自付費用.....	81
第 2 節	使用醫療福利表瞭解承保哪些服務以及您將支付多少費用.....	84
第 3 節	哪些服務不能獲得本計劃承保？.....	192

第 5 章：使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保... 197

第 1 節	簡介.....	198
第 2 節	在網絡內藥房或透過計劃的郵購服務配取處方藥.....	199
第 3 節	您的藥物必須列於計劃的「藥物清單」上.....	206
第 4 節	某些藥物具有承保範圍限制.....	210
第 5 節	如果您藥物的承保方式並不是您所想要的，該如何處理？.....	212
第 6 節	如果您藥物的承保範圍變更，該如何處理？.....	218
第 7 節	哪些藥物不能獲得本計劃承保？.....	222
第 8 節	配取處方藥.....	224
第 9 節	特殊情況下的 D 部分藥物保險.....	225
第 10 節	藥物安全與用藥管理的計劃.....	228

第 6 章：對於 D 部分處方藥 您須支付的費用..... 232

第 1 節	簡介.....	233
第 2 節	您須為藥物支付的金額，視您取得該藥時的藥物付款階段而定.....	238
第 3 節	我們會向您寄送報告，說明您藥物的付款與您的付款階段.....	238
第 4 節	在自付額階段，您支付第 4 級和第 5 級藥物的全部費用.....	241

第 5 節	在初始承保階段期間，本計劃將為您的藥物費用支付其應承擔的部分，而您也將支付您應承擔的部分.....	242
第 6 節	承保缺口階段的費用.....	247
第 7 節	在重大傷病承保階段期間，本計劃將為您的承保 D 部分藥物支付全部費用.....	249
第 8 節	D 部分疫苗。您須為此類疫苗接種支付的費用視您如何及於何處取得而定.....	249
第 7 章：	要求我們對您收到的承保醫療服務或藥物賬單支付應承擔的費用.....	253
第 1 節	您應要求我們就您的承保服務或藥物支付計劃費用分攤的情況.....	254
第 2 節	如何要求我們向您退款或就您收到的賬單付款.....	258
第 3 節	我們將考慮您的付款請求並作出回覆.....	260
第 8 章：	您的權利與責任.....	262
第 1 節	我們的計劃必須尊重您的計劃會員權利和文化背景.....	263
第 2 節	作為計劃會員，您應履行一些責任.....	288
第 9 章：	遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）.....	291
第 1 節	簡介.....	292

第 2 節	從何處獲取詳細資訊和個性化協助.....	293
第 3 節	如需解決問題，應採取何種程序？.....	294
第 4 節	承保決定和上訴基準指引.....	295
第 5 節	您的醫療護理：如何要求承保決定或對承保決定提出上訴.....	301
第 6 節	您的 D 部分處方藥：如何要求承保決定或提出上訴.....	315
第 7 節	如果您認為過快讓您出院，如何要求我們延長住院承保.....	331
第 8 節	如果您認為您的保險終止過快，如何要求我們繼續承保某些醫療服務.....	343
第 9 節	將您的上訴升級至第 3 級及以上.....	353
第 10 節	如何就護理品質、等待時間、顧客服務或其他事宜提出投訴.....	358
第 10 章：	終止計劃會員資格.....	365
第 1 節	關於終止計劃會員資格的簡介.....	366
第 2 節	您何時能終止計劃會員資格？.....	366
第 3 節	如何終止計劃會員資格？.....	371
第 4 節	會員資格終止前，您必須繼續透過我們的計劃接受醫療用品、服務和藥物.....	372
第 5 節	在某些情況下，Elderplan Flex (HMO-POS) 必須終止您的計劃會員資格.....	373

第 11 章：	法律通知.....	376
第 1 節	有關管轄法律的通知.....	377
第 2 節	有關非歧視的通知.....	377
第 3 節	有關 Medicare 聯邦醫療保險輔助付費者代 位權的通知.....	378
第 4 節	有關有限代位權的通知.....	379
第 12 章：	重要辭彙的定義.....	380

第 1 章：

會員入門

第 1 章會員入門

第 1 節 簡介

第 1.1 節 您已參保了 **Elderplan Flex (HMO-POS)**，這是一項 **Medicare HMO 服務點計劃**

您是 Medicare 聯邦醫療保險的受保人，並已選擇透過我們的計劃 Elderplan Flex (HMO-POS) 獲得 Medicare 聯邦醫療保險醫療健康護理和處方藥保險。我們需要承保所有 A 部分和 B 部分服務。但是，本計劃中的費用分攤和醫療服務提供者使用權與傳統的聯邦醫療保險有所不同。

Elderplan Flex (HMO-POS) 是經 Medicare 聯邦醫療保險認可並由私營公司運營的 Medicare 聯邦醫療保險優勢 HMO 計劃（HMO 代表健康維護組織）並設有服務點 (POS) 選項。服務點表示您可以使用本計劃網絡外的提供者。（有關使用服務點選項的資訊，請查看第 3 章第 2.4 節。）

本計劃的承保範圍滿足合格健康保險 (**Qualifying Health Coverage, QHC**) 的要求，並達到《患者保護與可負擔醫療法案》(Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) 的個人分擔責任要求。請瀏覽國稅局 (Internal Revenue Service, IRS) 網站 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 瞭解更多資訊。

第 1 章會員入門

第 1.2 節 承保範圍說明書手冊包括哪些內容？

本承保範圍說明書文件向您介紹了如何獲取您的醫療護理和處方藥。它說明了您的權利與義務、承保範圍以及作為計劃會員您應支付的費用，以及如果您對決定或治療不滿意該如何提出投訴。

詞語 *承保範圍* 和 *承保服務* 是指您作為 Elderplan Flex (HMO-POS) 會員可以使用的醫療護理、服務和處方藥。

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

如果您感到困惑、有顧慮或有疑問，請聯絡會員服務部。

第 1.3 節 關於承保範圍說明書的法律資訊

本承保範圍說明書是與您簽署的有關 Elderplan Flex (HMO-POS) 如何承保您的護理服務的合約的一部分。該合約還包括您的參保表、承保藥物清單（處方藥一覽表）以及我們向您提供的任何有關影響您的承保範圍的保險或條件變更的通知。這些通知有時稱為 *附加條款* 或 *修正條款*。

合約在 2024 年 1 月 1 日到 2024 年 12 月 31 日之間，您是 Elderplan Flex (HMO-POS) 參保者的那些月份有效。

第 1 章會員入門

Medicare 聯邦醫療保險允許我們每個曆年對我們提供的計劃進行變更。這意味著我們可在 2024 年 12 月 31 日之後變更 Elderplan Flex (HMO-POS) 的費用和福利。我們也可在 2024 年 12 月 31 日之後選擇在您的服務區停止提供本計劃。

Medicare 聯邦醫療保險（Medicare 聯邦醫療保險與 Medicaid 醫療補助服務中心）每年必須核准 Elderplan Flex (HMO-POS)。只要我們選擇繼續提供計劃並且 Medicare 聯邦醫療保險續批了計劃，您就可每年繼續作為我們計劃的會員獲得 Medicare 聯邦醫療保險的承保。

第 2 節 要成為計劃會員需要具備哪些條件？

第 2.1 節 符合條件的要求

只要您符合以下條件，就可以成為我們計劃的會員：

- 您同時加入了 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分
- -- 並且 -- 居住於我們的地理服務區（下面的第 2.2 節介紹了我們的服務區）。被監禁的人不被視為居住在地理服務區，即使他們實際位於該地理服務區。
- -- 並且 -- 您是美國公民或在美國合法居留

第 2.2 節 以下是 Elderplan Flex (HMO-POS) 計劃服務區

Elderplan Flex (HMO-POS) 僅提供給居住於我們計劃服務區的個人。為保持我們計劃會員的身份，您必須持續居住在此服務區內。服務區在下面進行了介紹。

我們的服務區包含紐約州的以下縣區：布朗士區、國王縣、紐約、皇后區、威徹斯特縣。

如果您計劃搬離服務區，則您無法保持本計劃的會員身份。請致電會員服務部，瞭解我們是否在您新搬至的地區內提供計劃。搬家後，您將有一段特殊參保期，使您可以轉而使用傳統的聯邦醫療保險或參加您所在的新區域提供的 Medicare 聯邦醫療保險健康或藥物計劃。

同時，如果您搬遷或變更郵寄地址，請致電社會安全局變更相關資訊，這一點也非常重要。社會安全局的電話號碼及聯絡資訊列於第 2 章第 5 節。

第 2.3 節 美國公民或合法居留身份

Medicare 聯邦醫療保險健康計劃會員必須為美國公民或可在美國合法居留。Medicare 聯邦醫療保險（Medicare 聯邦醫療保險與 Medicaid 醫療補助服務中心）將通知 Elderplan Flex (HMO-POS) 您在此基礎上是否仍符合會員資格。如果您不符合此要求，Elderplan Flex (HMO-POS) 必須將您退保。

第 1 章會員入門

第 3 節 您將收到的重要會員資料

第 3.1 節 您的計劃會員卡

作為計劃會員，當您獲取本計劃承保的服務以及在網絡內藥房配取處方藥時，請務必使用您的會員卡。您應向醫療服務提供者出示您的 Medicaid 醫療補助卡（如適用）。以下是一張會員卡樣本，用於向您展示您的卡是怎樣的：



成為本計劃的會員後，請勿使用紅白藍 Medicare 聯邦醫療保險卡來獲取承保醫療服務。如果您使用您的 Medicare 聯邦醫療保險卡而非 Elderplan Flex (HMO-POS) 會員卡來獲得承保的服務，您可能需要自己支付醫療服務的全部費用。請妥善保管您的 Medicare 聯邦醫療保險卡。如果您需要住院服務、臨終關懷服務或參與 Medicare 聯邦醫療保險批准的臨床研究（也稱為臨床試驗），可能需要出示此卡。

如果您的計劃會員卡損壞、丟失或被盜，請立即致電會員服務部，我們會發給您一張新卡。

第 3.2 節 醫療服務提供者與藥房目錄

*醫療服務提供者與藥房目錄*列出了我們目前的網絡內提供者和耐用醫療設備供應商。**網絡內提供者**是與我們簽有協議，接受我們付款和任何計劃費用分攤以當作全額支付的醫生和其他醫療保健專業人員、醫療團體、耐用醫療設備供應商、醫院及其他健康護理機構。

您必須使用網絡內提供者獲取醫療護理和服務。如果您在未經適當授權的情況下前往其他處看診，您將須全額付款。唯一的一些例外是在網絡內無法及時提供緊急醫療或急症治療服務（即獲得網絡內服務是不合理或不可能的情況下），區域外透析服務，以及 Elderplan Flex (HMO-POS) 授權使用網絡外提供者的情況。

您的計劃還提供服務點 (POS) 選項。POS 選項是一項額外福利，承保由未退出 Medicare 聯邦醫療保險的任何獲得 Medicare 認證的提供者提供的某些服務和福利。如需更多資訊，請查看第 3 章（使用本計劃承保您的醫療服務）瞭解詳細資訊。您可在第 4 章醫療福利表中查看承保服務和福利的詳細資訊。最新的提供者和供應商清單可在我們網站 www.elderplan.org 上找到。

如果您沒有 *醫療服務提供者與藥房目錄* 的副本，可以向會員服務部索取（電子版或紙質版）。如索要紙質版醫療服務提供者目錄，則將在三個工作日內寄給您。

第 3.3 節 計劃的承保藥物清單（處方藥一覽表）

本計劃有一份承保藥物清單（處方藥一覽表）。我們簡稱為「藥物清單」。其中介紹了何種類型的 D 部分處方藥受 Elderplan Flex (HMO-POS) 的 D 部分福利承保。此清單上的藥物皆由計劃在醫生和藥劑師團隊的協助下選定。此清單必須符合 Medicare 聯邦醫療保險規定的要求。Medicare 聯邦醫療保險已批准 Elderplan Flex (HMO-POS) 「藥物清單」。

該「藥物清單」也可告知您的藥物是否有任何限制承保的規則。

我們將為您提供一份「藥物清單」。我們為您提供的「藥物清單」上載有會員最常用的承保藥物的資訊。然而，我們還承保「藥物清單」上未列出的其他藥物。如果您的某種藥物不在「藥物清單」上，您應瀏覽我們的網站或聯絡會員服務部以確認我們是否承保此藥。如需取得最完整且最新的承保藥物資訊，您可以瀏覽計劃的網站 (www.elderplan.org) 或致電會員服務部。

第 4 節 您的 Elderplan Flex (HMO-POS) 月費

您的費用可能包括以下內容：

- 計劃保費（第 4.1 節）
- Medicare 聯邦醫療保險 B 部分每月保費（第 4.2 節）
- D 部分逾期參保罰金（第 4.3 節）
- 按收入每月調整保費（第 4.4 節）

第 1 章會員入門

第 4.1 節 計劃保費

您不需要為 Elderplan Flex (HMO-POS) 單獨支付每月計劃保費。

第 4.2 節 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分每月保費

許多會員需要支付其他 **Medicare 聯邦醫療保險保費**

您必須繼續支付 **Medicare 聯邦醫療保險保費** 以保持該計劃的會員身份。這包括您的 B 部分保費。它還可能包括 A 部分保費，那些不符合免繳 A 部分保費資格的會員需要繳納這部分費用。

第 4.3 節 D 部分逾期參保罰金

一些會員需要支付 **D 部分逾期參保罰金**。D 部分逾期參保罰金是附加的保費，即如果在您的初始參保期結束後的任何時間，連續 63 天或更長時間沒有獲得 D 部分或其他有信譽度的處方藥保險，則必須為 D 部分保險支付的保費。有信譽度的處方藥保險是指滿足 Medicare 聯邦醫療保險最低標準的保險，因其預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 聯邦醫療保險標準處方藥保險。逾期參保罰金的金額取決於您未參保 D 部分保險或其他有信譽度的處方藥保險的時間。只要您仍擁有 D 部分保險，您就需要支付此罰款。

當您首次參保 Elderplan Flex (HMO-POS) 時，我們會告知您該筆罰金的金額。

如果出現以下情況，您**無需**支付逾期參保罰金：

- 您取得 Medicare 聯邦醫療保險的「額外補助」來協助支付您的處方藥費用。
- 您失去有信譽度保險的時間未達連續 63 天。
- 您已透過前僱主、工會、TRICARE 或退伍軍人事務部等其他來源獲得了有信譽度的藥物承保。您的保險公司或您的人力資源部門將會告知每年您的藥物保險是否為有信譽度的保險。本資訊可能透過信件寄送給您，或包含在計劃的新聞通訊中。請保留此資訊，您在之後加入 Medicare 聯邦醫療保險藥物計劃時可能會用到。
 - **註：**所有通知必須註明您擁有過有信譽度的處方藥保險，其預計支付的金額和 Medicare 聯邦醫療保險的標準處方藥計劃相當。
 - **註：**以下列出不是有信譽度的處方藥保險：處方藥折扣卡、義診、藥物折扣網站。

該筆罰金的金額由 Medicare 聯邦醫療保險決定。計算情況如下：

- 如果您在首次符合 D 部分參保資格後連續 63 天以上未擁有 D 部分或其他有信譽度的處方藥保險，則計劃將計算您有多少個全月未擁有保險。該罰金是在您未擁有任何有信譽度的保險的期間，每個月計算 1%。例如，您有 14 個月沒有保險，則罰金為 14%。

第 1 章會員入門

- 接著，Medicare 聯邦醫療保險參考去年決定全國的 Medicare 聯邦醫療保險藥物計劃平均每月保費金額。2023 年，平均保費金額為 \$32.74。此金額在 2024 年可能會有變更。
- 接著將罰金比例和平均每月保費相乘，再四捨五入至 10 美分，即可算出您的月繳罰金。在本例中，用 14% 乘以 \$32.74，得到 \$4.58。四捨五入為 \$4.60。此金額將追加到須支付 D 部分逾期參保罰金之人士的每月保費中。

關於此月繳 D 部分逾期參保罰金，有以下三點重要注意事項：

- 第一點，該罰金可能每年不同，因為平均每月保費每年皆可能變更。
- 第二點，只要您仍然參保提供 Medicare 聯邦醫療保險 D 部分藥物福利的計劃，您就要繼續每月支付罰金（即使您變更計劃）。
- 第三點，如果您未滿 65 歲，且目前有接受 Medicare 聯邦醫療保險福利，則 D 部分逾期參保罰金將會在您年滿 65 歲時重新計算。在 65 歲後，您的 D 部分逾期參保罰金將會僅視您因到達年齡而參保 Medicare 聯邦醫療保險的首次參保期後您未擁有保險的月數而定。

第 1 章會員入門

如果您不同意您的 **D** 部分逾期參保罰金，您或您的代表可以要求對其進行審核。通常，您必須在收到首封信函告知您必須支付逾期參保罰金後的 **60** 天內請求此審核。但是，如果您在加入本計劃前就已經在支付罰金，您將無法再提出逾期參保罰金審核請求。

第 4.4 節 按收入每月調整保費

一些會員可能需要支付額外費用，稱為 **D** 部分按收入每月調整保費，也稱為 **IRMAA**。這筆額外費用透過使用您 2 年前的 **IRS** 納稅申報表上的調整後總收入計算得出。如果此金額超過一定金額，您將需支付標準保費金額和額外的 **IRMAA**。如需瞭解您是否因收入而需支付額外金額，請瀏覽 <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的金額，社會安全局（並非您的 **Medicare** 聯邦醫療保險計劃）將會寄給您一封信函，告知您該筆額外金額為何。這筆額外的金額將會從您的社會安全局、鐵路職工退休委員會、人事管理局的福利支票扣繳，無論您通常支付計劃保費的方式為何，除非您的每月福利不足以支付該筆額外金額。如果您的福利支票不足以支付該筆額外金額，您將會收到 **Medicare** 聯邦醫療保險的賬單。您必須向政府支付額外的金額。它不能與您的每月計劃保費一同支付。如果您不支付這筆額外金額，您將退出計劃並失去處方藥保險。

第 1 章會員入門

如果您不同意支付額外金額，您可以要求社會安全局審核該決定。有關如何處理的細節，請致電社會安全局專線 1-800-772-1213（聽障人士可致電 1-800-325-0778）。

第 5 節 關於 D 部分逾期參保罰金的更多資訊

<h4>第 5.1 節 若您須支付 D 部分逾期參保罰金，我們有幾種罰款支付方式可供您選擇</h4>
--

您可以使用 3 種方式支付罰款。

選項 1：透過支票支付

如果您的逾期參保罰金並非由 Medicaid 醫療補助支付，Elderplan（長老計劃）將會每月向您寄送賬單。請在收到賬單當月 25 號前，將賬單副本連同收款人為 Elderplan（長老計劃）的支票或匯票放入隨附預付郵資的信封內一併寄回。如不記得預付郵資的信封放在何處，可向會員服務部另行索取或將您的付款寄至以下地址：

Elderplan, Inc.
Premium Payment Unit
P.O. Box 71401
Philadelphia, PA 19176

請勿寄送現金。我們只接受支票或匯票。

第 1 章會員入門

選項 2：您可以每月使用信用卡或電子資金轉帳 (EFT) 支付 **D** 部分逾期參保罰金。

您可以每月在銀行賬戶中扣除逾期參保罰金，或可使用信用卡繳納。有關如何用這種方式支付每月罰款的詳細資訊，請聯絡會員服務部。我們很樂意幫助您安排。（會員服務部電話號碼印在本文件封底。）

選項 3：您可以在您的每月社會安全局支票中扣除 **D** 部分逾期參保罰金

您可以在您的每月社會安全局支票中扣除計劃保費。有關如何用這種方式支付每月罰款的詳細資訊，請聯絡會員服務部。我們很樂意幫助您安排。（會員服務部電話號碼印在本文件封底。）

變更支付 **D 部分逾期參保罰金的方式。**

如果您決定變更支付 **D** 部分逾期參保罰金的選項，新付款方法需要三個月才可生效。在我們處理您的新支付方式申請時，您有責任確保按時支付 **D** 部分逾期參保罰金。如需變更您的付款方法，請致電會員服務部，電話：1-800-353-3765。

如果您在支付 D 部分逾期參保罰金上有困難該怎麼辦

我們的辦公室應在 25 號之前收到您的 D 部分逾期參保罰金。如果我們在 25 號前未收到您的付款，我們將向您寄送付款通知，告知您當前應付的金額。如果您需要支付 D 部分逾期參保罰金，則您必須支付該罰金才可維持您的處方藥保險。

如果您按時支付 D 部分逾期參保罰金有困難（若欠付），請聯絡會員服務部，看看我們能否向您介紹對您支付罰款有幫助的計劃。

第 5.2 節 我們能否在一年中變更您的每月計劃保費？

不能。我們不能在一年中變更每月計劃保費金額。如果明年每月計劃保費變更，我們會在九月份告知您，並且變更將於 1 月 1 日生效。

但是，在某些情況下，您可能可以停止支付逾期參保罰金（如果欠付或需要開始支付逾期參保罰金）。如果在一年中，您取得「額外補助」計劃資格或失去「額外補助」計劃資格，則上述情形將可能會發生。

- 如果您目前需要支付 D 部分逾期參保罰金，但在該年中滿足了「額外補助」的資格，您將能夠停止支付罰金。

第 1 章會員入門

- 如果您失去「額外補助」，且連續 63 天或更長時間未擁有 D 部分保險或其他有信譽度的處方藥保險，您可能需要繳納逾期參保罰金。

您可以在第 2 章第 7 節查閱更多關於「額外補助」計劃的細節。

第 6 節 及時更新您的計劃會員記錄

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

計劃網絡內的醫生、醫院、藥房和其他醫療服務提供者需要關於您的正確資訊。這些網絡內提供者使用您的會員記錄來瞭解您獲承保了哪些服務和藥物以及費用分攤。因此，您及時幫我們更新您的資訊非常重要。

請告知我們以下變更：

- 您的姓名、地址或電話號碼的變更
- 您的任何其他醫療保險承保的變更（例如您的僱主、配偶或伴侶的僱主、勞工賠償或 Medicaid 醫療補助提供的保險）
- 如果您有任何責任險賠付要求，例如源自車禍的賠付要求
- 如果您已進入一家療養院
- 如果您從服務區外或網絡外的醫院或急診室接受護理

第 1 章會員入門

- 如果您指定的責任方（例如護理者）發生了變更
- 如果您要參與一項臨床研究（註：我們不會強制要求您告知計劃您打算參加的臨床研究，但我們鼓勵您這樣做）

如果這些資訊有任何變更，請致電會員服務部告知我們。

如果您搬遷或變更郵寄地址，請務必聯絡社會安全局，這一點也非常重要。社會安全局的電話號碼及聯絡資訊列於第 2 章第 5 節。

第 7 節 其他保險如何與我們的計劃配合運作

其他保險

根據 Medicare 聯邦醫療保險要求，我們應從您那裡收集有關您的任何其他醫療或藥物保險承保的資訊。那是因為我們必須將您其他保險與您根據我們的計劃獲得的福利相協調。這稱為**福利協調**。

我們會每年給您發一封信，列出我們所瞭解的任何其他醫療或藥物保險承保情況。請仔細閱讀該資訊。如果資訊正確，您無需採取任何措施。如果資訊不正確，或者如果您有其他保險未列出，請致電會員服務部。您可能需要將您的計劃會員 ID 號提供給您的其他保險商（在您確認其身份之後），以便按時正確支付您的賬單。

第 1 章會員入門

當您有其他保險（如僱主團體健康保險）時，Medicare 聯邦醫療保險設定了一些規則來確定是我們的計劃還是您的其他保險先支付。先支付的保險稱作主要付費者，並且最多支付其承保限額。第二支付的保險稱作輔助付費者，只支付主要保險未支付的費用。輔助付費者可能並不支付主要付費者未支付的所有費用。如果您有其他保險，請告知您的醫生、醫院和藥房。

以下規則適用於僱主或工會團體健康計劃保險：

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

以下類型的保險通常先支付其相關服務的費用：

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

對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的服務，Medicaid 醫療補助與 TRICARE 不會先支付。他們只會在 Medicare 聯邦醫療保險、僱主團體健康計劃和/或 Medigap 支付之後進行支付。

第 2 章： 重要電話號碼和資源

第 2 章重要電話號碼和資源

第 1 節 Elderplan Flex (HMO-POS) 聯絡方式 (如何聯絡我們，包括如何聯絡會員服務部)

如何聯絡我們計劃的會員服務部

要獲取關於賠付要求、賬單或會員卡問題方面的幫助，請致電或寫信至 Elderplan Flex (HMO-POS) 會員服務部。我們很樂意為您提供幫助。

方法	會員服務部 – 聯絡資訊
致電	1-800-353-3765 撥打此號碼是免費的。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。 會員服務部還為不說英語的人士提供免費的翻譯服務。
聽障專線	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。
傳真	718-759-3643
寫信	ELDERPLAN, INC. ATTN: MEMBER SERVICES 55 WATER STREET, 46 th FLOOR NEW YORK, NY 10041

第 2 章重要電話號碼和資源

方法	會員服務部 – 聯絡資訊
網站	www.elderplan.org

要求就您的醫療護理作出承保決定或提出上訴時，如何聯絡我們

承保決定是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您的醫療服務或 D 部分處方藥支付的金額所作出的決定。上訴是指要求我們審核並變更我們已作出的承保決定的正式方式。有關請求就您的醫療護理或 D 部分處方藥作出承保決定或提出上訴的詳細資訊，請查看第 9 章（*遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）*）。

方法	醫療護理的承保決定 – 聯絡資訊
致電	1-800-353-3765 撥打此號碼是免費的。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。
聽障專線	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。

第 2 章重要電話號碼和資源

方法	醫療護理的承保決定 – 聯絡資訊
傳真	718-759-3643
寫信	ELDERPLAN, INC. ATTN: MEMBER SERVICES 55 WATER STREET, 46 TH FLOOR NEW YORK, NY 10041
網站	www.elderplan.org

方法	就醫療護理進行上訴 – 聯絡資訊
致電	1-800-353-3765 撥打此號碼是免費的。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。
聽障專線	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。
傳真	718-765-2027

第 2 章重要電話號碼和資源

方法	就醫療護理進行上訴 – 聯絡資訊
寫信	ELDERPLAN, INC. ATTN: APPEALS & GRIEVANCES 55 WATER STREET, 46 TH FLOOR NEW YORK, NY 10041
網站	www.elderplan.org

方法	D 部分處方藥的承保決定 – 聯絡資訊
致電	1-866-490-2102 撥打此號碼是免費的。服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。
聽障專線	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。
傳真	1-855-633-7673

第 2 章重要電話號碼和資源

方法	D 部分處方藥的承保決定 – 聯絡資訊
寫信	CVS CAREMARK COVERAGE DETERMINATIONS P.O. BOX 52000, MC109 PHOENIX, AZ 85072-2000
網站	http://www.caremark.com

方法	就 D 部分處方藥進行上訴 – 聯絡資訊
致電	1-866-490-2102 撥打此號碼是免費的。服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。
聽障專線	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。
傳真	1-855-633-7673
寫信	CVS CAREMARK STANDARD/EXPEDITED APPEALS P.O. BOX 52000, MC109 PHOENIX, AZ 85072-2000
網站	www.caremark.com

第 2 章重要電話號碼和資源**就您的醫療護理進行投訴時，如何聯絡我們**

您可以對我們或我們的網絡內提供者或藥房提出投訴，包括投訴您獲得的護理品質。該類型的投訴不涉及承保或付款爭議。有關就您的醫療護理提出投訴的詳細資訊，請查看第 9 章（*遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）*）。

方法	就醫療護理和 D 部分處方藥進行投訴 – 聯絡資訊
致電	1-800-353-3765 撥打此號碼是免費的。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。
聽障專線	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。
傳真	718-765-2027
寫信	ELDERPLAN, INC. ATTN: APPEALS & GRIEVANCES 55 WATER STREET, 46 th FLOOR NEW YORK, NY 10041

第 2 章重要電話號碼和資源

方法	就醫療護理和 D 部分處方藥進行投訴 – 聯絡資訊
MEDICARE 聯邦醫療保險網站	您可直接向 Medicare 聯邦醫療保險提出有關 Elderplan Flex (HMO-POS) 的投訴。要向 Medicare 聯邦醫療保險提交線上投訴，請瀏覽 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。

如要我們就您已獲得的醫療護理或藥物支付我們應承擔的費用，應將請求遞交至何處

如果您收到了賬單或已為某項服務付費（例如醫療服務提供者賬單），但您認為這應由我們支付，您可能需要向我們申請報銷或支付該醫療服務提供者賬單。請查看第 7 章（*要求我們對您收到的承保醫療服務或藥物賬單支付應承擔的費用*）。

請注意：如果您向我們發送付款請求，而我們拒絕您任何部分的請求，您都可以上訴我們的決定。請查看第 9 章（*遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）*），瞭解詳細資訊。

第 2 章重要電話號碼和資源

方法	付款請求 – (醫療賠付) 聯絡資訊
致電	1-800-353-3765 撥打此號碼是免費的。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。
聽障專線	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。
傳真	718-759-3643
寫信	ELDERPLAN, INC. CLAIMS DEPARTMENT P.O. BOX 73111 NEWNAN, GA 30271
網站	www.elderplan.org

方法	付款請求 (處方藥賠付) – 聯絡資訊
致電	1-866-490-2102 撥打此號碼是免費的。服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。

第 2 章重要電話號碼和資源

方法	付款請求（處方藥賠付）– 聯絡資訊
聽障專線	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。
傳真	1-855-633-7673
寫信	CVS CAREMARK MEDICARE PART D CLAIMS PROCESSING P.O. BOX 52066 PHOENIX, AZ 85072-2066
網站	http://www.caremark.com

第 2 節**Medicare 聯邦醫療保險**

（如何從聯邦 Medicare 聯邦醫療保險計劃直接獲取幫助和資訊）

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

負責 Medicare 聯邦醫療保險的聯邦機構是 Medicare 聯邦醫療保險與 Medicaid 醫療補助服務中心（有時稱為「CMS」）。該機構與 Medicare 聯邦醫療保險優勢組織（包括我們在內）簽有合約。

第 2 章重要電話號碼和資源

方法	Medicare 聯邦醫療保險 - 聯絡資訊
致電	1-800-MEDICARE 或 1-800-633-4227 撥打此號碼是免費的。 服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。
聽障專線	1-877-486-2048 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。
網站	www.medicare.gov 這是 Medicare 聯邦醫療保險的官方政府網站。它為您提供有關 Medicare 聯邦醫療保險和當前 Medicare 聯邦醫療保險問題的最新資訊。它也提供有關醫院、療養院、內科醫生、居家護理機構和透析設施的資訊。它提供了一些可以直接從電腦列印的文件。您也可找到您所在州的 Medicare 聯邦醫療保險聯絡資訊。 Medicare 聯邦醫療保險網站還包含以下工具，提供有關您的 Medicare 聯邦醫療保險資格和參保選項的詳細資訊： <ul style="list-style-type: none">● Medicare 聯邦醫療保險資格工具：提供 Medicare 聯邦醫療保險資格狀態資訊。

第 2 章重要電話號碼和資源

方法

Medicare 聯邦醫療保險 - 聯絡資訊

網站 (續)

- **Medicare 聯邦醫療保險計劃搜尋器**：提供關於您所在區域中可用 Medicare 聯邦醫療保險處方藥計劃、Medicare 聯邦醫療保險健康計劃和 Medigap (Medicare 聯邦醫療保險補充保險) 政策的個性化資訊。這些工具可為您估計在各個 Medicare 聯邦醫療保險計劃中您的自付費用可能是多少。

方法

Medicare 聯邦醫療保險 - 聯絡資訊

網站 (續)

您也可以使用網站將您對 Elderplan Flex (HMO-POS) 的任何投訴告訴 Medicare 聯邦醫療保險：

- 將您的投訴告訴 Medicare 聯邦醫療保險：您可直接向 Medicare 聯邦醫療保險提出有關 Elderplan Flex (HMO-POS) 的投訴。要向 Medicare 聯邦醫療保險提交投訴，請瀏覽 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。

Medicare 聯邦醫療保險會認真對待您的投訴，並且會運用這些資訊協助改進 Medicare 聯邦醫療保險計劃的品質。

如果您沒有電腦，您當地的圖書館或長者中心可能有電腦，他們可以幫您瀏覽此網站。或者，您也可以致電 Medicare 聯邦醫療保險，告知您想查找的資訊。他們會在網站上查找資訊並與您一起查看該等資訊。（您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare 聯邦醫療保險，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。聽障人士可致電 1-877-486-2048。）

第 2 章重要電話號碼和資源

第 3 節 州健康保險援助計劃

(關於 Medicare 聯邦醫療保險的問題，免費為您提供幫助、資訊和回答)

州健康保險援助計劃 (SHIP) 是一項政府計劃，在每個州都有受過專業訓練的顧問。在紐約州，SHIP 被稱為老年人健康保險資訊、諮詢及援助計劃 (Aging Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP) 辦公室。

HIICAP 是一項獨立的州計劃（與任何保險公司或健康計劃都沒有關係），由聯邦政府出資為 Medicare 聯邦醫療保險受保人提供本地免費健康保險諮詢。

HIICAP 顧問可以幫您瞭解您的 Medicare 聯邦醫療保險權利，幫您就您的醫療護理或治療提出投訴，並幫您解決與您的 Medicare 聯邦醫療保險賬單有關的問題。HIICAP 顧問還可以幫助您解決與 Medicare 聯邦醫療保險有關的疑問或問題，以及幫助您瞭解您的 Medicare 聯邦醫療保險計劃選擇並回答有關轉換計劃的問題。

獲取 SHIP 及其他資源的方法：

- 請瀏覽 <https://www.shiphelp.org>（按一下頁面中間的 SHIP 查找器）
- 從清單中選擇您所在的州。此頁將包含您所在州特有的電話號碼和資源。

第 2 章重要電話號碼和資源

方法	老年人健康保險資訊、諮詢及援助計劃 (HIICAP) 辦公室：（紐約州 SHIP）- 聯絡資訊
致電	1-212-602-4180（行政區內） 1-800-701-0501（行政區外） 威徹斯特縣 914-813-6400
聽障專線	711 或 (212) 504-4115 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。
寫信	NEW YORK CITY HIICAP 2 LAFAYETTE STREET, 17TH FLOOR NEW YORK, NY 10007 WESTCHESTER COUNTY DEPARTMENT OF SENIOR PROGRAMS & SERVICE 9 SOUTH FIRST AVENUE, 10TH FLOOR MT. VERNON, NY 10550
網站	https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance

第 2 章重要電話號碼和資源

第 4 節 品質改進機構

各州均有指定的品質改進機構為 Medicare 聯邦醫療保險受益人提供服務。紐約的品質改進機構稱為 Livanta。

Livanta 是由 Medicare 聯邦醫療保險資助的醫生及其他醫療保健專業人員組成的團體，旨在檢查並幫助改進 Medicare 聯邦醫療保險受保人獲得的護理的品質。Livanta 是一個獨立組織。它與我們的計劃無關。

在以下任何一種情形下，您均應聯絡 Livanta：

- 您要投訴護理的品質。
- 您認為您的住院承保結束得太早。
- 您認為您的居家護理、專業護理機構護理或綜合門診復健機構 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服務的承保結束得太早。

方法	Livanta (紐約州品質改進機構) - 聯絡資訊
致電	1-866-815-5440 服務時間為週一至週五早上 9 點至下午 5 點，提供 24 小時語音信箱服務。
聽障專線	1-866-868-2289 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。

第 2 章重要電話號碼和資源

方法	Livanta (紐約州品質改進機構) - 聯絡資訊
寫信	LIVANTA BFCC-QIO PROGRAM 10820 GUILFORD ROAD, SUITE 202 ANNAPOLIS JUNCTION, MD 20701
網站	https://livantaqio.com

第 5 節 社會安全局

社會安全局負責確定資格以及處理 Medicare 聯邦醫療保險參保事宜。年滿 65 歲或以上、殘障或患有晚期腎病並滿足某些條件的美國公民和永久合法居民符合 Medicare 聯邦醫療保險計劃的條件。如果您已獲得社會安全局支票，您則自動參保 Medicare 聯邦醫療保險。如果您未獲得社會安全局支票，則您必須參加 Medicare 聯邦醫療保險計劃。若要申請 Medicare 聯邦醫療保險，您必須致電社會安全局或訪問您當地的社會安全局辦事處。

社會安全局也負責決定哪些人需要因為高收入而為 D 部分藥物保險支付額外的金額。如果您收到社會安全局寄給您的信函，告知您需要支付額外的金額，而您對該筆金額有疑問或您的收入因生活發生改變而減少，您可以致電社會安全局要求重新考慮。

第 2 章重要電話號碼和資源

如果您搬遷或變更郵寄地址，請聯絡社會安全局以告知他們此事，這一點非常重要。

方法	社會安全局 - 聯絡資訊
致電	<p>1-800-772-1213 撥打此號碼是免費的。 服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 7 點。 您可以使用社會安全局的自動電話服務每天 24 小時隨時獲取記錄的資訊及辦理某些業務。</p>
聽障專線	<p>1-800-325-0778 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。 服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 7 點。</p>
網站	<p>www.ssa.gov</p>

第 6 節 Medicaid 醫療補助

Medicaid 醫療補助是一項聯邦與州政府的聯合計劃，幫助為某些收入和資產有限的人士支付醫療費用。某些 Medicare 聯邦醫療保險受保人也符合 Medicaid 醫療補助的資格。Medicaid 醫療補助提供一些其他計劃，幫助 Medicare 聯邦醫療保險受保人支付其 Medicare 聯邦醫療保險費用，比如 Medicare 聯邦醫療保險保費。這些 **Medicare 聯邦醫療保險節省計劃**包括：

- **符合條件的 Medicare 聯邦醫療保險受益人 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB)**：幫助支付 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分保費及其他費用分攤（如自付額、共同保險和共付費）。（某些 QMB 受保人也符合完整 Medicaid 醫療補助福利的條件 (QMB+)。）
- **特定低收入 Medicare 聯邦醫療保險受益人 (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB)**：幫助支付 B 部分保費。（某些 SLMB 受保人也符合完整 Medicaid 醫療補助福利的條件 (SLMB+)。）
- **符合條件的個人 (Qualifying Individual, QI)**：幫助支付 B 部分保費。
- **符合條件的殘疾與個人工作者 (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI)**：幫助支付 A 部分保費。

若要瞭解更多關於醫療補助及其計劃的資訊，請聯絡紐約州衛生署（社會服務部）。

第 2 章重要電話號碼和資源

方法	紐約州衛生署（社會服務部）：紐約州 Medicaid 醫療補助計劃 - 聯絡資訊
致電	HRA Medicaid 醫療補助幫助熱線： 1-888-692-6116 紐約市：718-557-1399 服務時間為週一至週五，早上 9 點至下午 5 點 威徹斯特縣：914-995-3333 服務時間為週一至週五，早上 8:30 至下午 5 點
聽障專線	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。
寫信	NEW YORK CITY HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION 785 ATLANTIC AVENUE, 1ST FLOOR BROOKLYN, NY 11238 WESTCHESTER COUNTY DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES 85 COURT STREET WHITE PLAINS, NEW YORK 10601
網站	http://www.health.ny.gov/health_care

第 7 節 與協助支付處方藥的計劃有關的資訊

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>) 提供有關如何降低處方藥費用的資訊。對於收入有限的人士，還有其他計劃可以提供補助，如下所述。

Medicare 聯邦醫療保險的「額外補助」計劃

Medicare 聯邦醫療保險提供「額外補助」來為收入與資產有限之人士支付處方藥的費用。資產包含您的儲蓄與股票，但不包含您的住宅或汽車。如果您符合資格，您可以取得協助來支付任何 Medicare 聯邦醫療保險藥物計劃每月保費、年度自付額，以及處方藥共付費。此「額外補助」同時也可計入您的自付費用中。

如果您自動符合「額外補助」資格，Medicare 聯邦醫療保險將寄送一封信函給您。您無需申請。如果您未自動符合資格，您可能可以取得「額外補助」來支付您的處方藥保費與費用。若要瞭解自己是否符合獲得「額外補助」的資格，請致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士可致電 1-877-486-2048，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天；

第 2 章重要電話號碼和資源

- 社會安全局辦事處，電話 1-800-772-1213，服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 7 點。聽障人士可致電 1-800-325-0778（提出申請）；或
- 您所在的州的 Medicaid 醫療補助辦公室（提出申請）（聯絡資訊請查看本章第 6 節）。

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

- 請向會員服務部提交以下其中一份文件，證明您符合額外補助的資格。會員服務部地址列於本章開頭。
 - 來自社會安全局的額外補助授予函。一封來自 SSA 的重要資訊信函，確認您「自動符合額外補助」的資格。
 - 療養院居住者 - 藥房將代您提供必要的證明。
- 收到所需文件後，我們將與 Medicare 聯邦醫療保險確認您額外補助中的共付費等級。
- 如果您無法找到證明文件，我們將協助您獲取證明，例如代表您聯絡 Medicare 聯邦醫療保險來確定正確的共付費等級。

第 2 章重要電話號碼和資源

- 當我們收到表明您共付費等級的證明時，我們將會更新系統，讓您下次在藥房取得處方藥時可以支付正確的共付費。如果您多付了共付費，我們將會向您報銷。我們會給您一張價值等同於您多付之金額的支票，或者我們將會用該金額抵消未來的共付費。如果該藥房尚未向您收取共付費，並將您的共付費視作您所欠下的款項，則我們可能會直接向該藥房付款。如果州代表您支付了款項，則我們可能會直接向該州付款。如果您有疑問，請聯絡會員服務部。

如果您獲州政府醫藥補助計劃 (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) 承保會怎樣？

許多州和美屬維爾京群島提供補助，以供支付處方藥、藥物計劃保費和/或其他藥物費用。如果您參加州政府醫藥補助計劃 (SPAP) 或提供 D 部分藥物承保的任何其他計劃（「額外補助」除外），對於承保的原廠藥，您仍可以獲得 70% 的折扣。本計劃還會在承保缺口階段為原廠藥支付 5% 的費用。本計劃提供的 70% 的折扣和所支付的 5% 的費用，適用於任何 SPAP 或其他保險償付之前的藥物價格。

第 2 章重要電話號碼和資源

如果您獲 AIDS 藥物補助計劃 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 承保會怎樣？

什麼是 AIDS 藥物補助計劃 (ADAP)？

AIDS 藥物補助計劃 (ADAP) 可以幫助符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 患者獲取挽救生命的 HIV 藥物。同樣列於 ADAP 處方藥一覽表上的 Medicare 聯邦醫療保險 D 部分處方藥有資格從紐約州 AIDS 藥物補助計劃 (ADAP) 獲得處方藥費用分攤補助。

註：如要符合參加所在州的 ADAP 的資格，您必須滿足特定條件，包括能夠提供所在州的居住證明和 HIV 患病狀況證明、符合州規定的低收入標準的證明，以及未獲承保/承保不足的證明。如果您變更了計劃，請通知您當地的 ADAP 參保工作人員，以便您繼續獲得補助。如需瞭解關於資格標準、承保藥物或如何參加該計劃的資訊，請致電紐約州 AIDS 藥物補助計劃 (ADAP)，電話：1-800-542-2437。

州政府醫藥補助計劃

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

在紐約州，州政府醫藥補助計劃為 老年人藥物保險 (EPIC) 計劃。

第 2 章重要電話號碼和資源

方法	老年人藥物保險 (EPIC) 計劃：（紐約州政府醫藥補助計劃）– 聯絡資訊
致電	1-800-332-3742 服務時間為週一至週五，早上 8:30 至下午 5 點
聽障專線	1-800-290-9138 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。
寫信	EPIC P.O. BOX 15018 ALBANY, NY 12212
網站	http://www.health.ny.gov/health_care/epic

第 8 節 如何聯絡鐵路職工退休委員會

鐵路職工退休委員會是獨立的聯邦機構，管理國家鐵路工作人員及其家庭成員的綜合福利計劃。如果您透過鐵路職工退休委員會獲取 Medicare 聯邦醫療保險福利，當您搬遷或變更郵寄地址時請通知其變更相關資訊，這一點非常重要。如果對於您透過鐵路職工退休委員會獲得的福利有疑問，請聯絡該機構。

第 2 章重要電話號碼和資源

方法	鐵路職工退休委員會 - 聯絡資訊
致電	<p>1-877-772-5772</p> <p>撥打此號碼是免費的。</p> <p>按「0」可接通 RRB 代表，其服務時間為週一至週五，早上 9 點至下午 3:30（週三除外，該天的服務時間為早上 9 點至中午 12 點）。</p> <p>按「1」則會接通 RRB 自動應答服務熱線，您可以利用此專線查詢一些資訊記錄，服務時間為每天 24 小時，包括週末與節假日。</p>
聽障專線	<p>1-312-751-4701</p> <p>撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。</p> <p>撥打該電話不是免費的。</p>
網站	<p>rrb.gov/</p>

第 2 章重要電話號碼和資源

第 9 節 您是否有團體保險或僱主提供的其他健康保險？

如果您（或您的配偶或伴侶）因本計劃而從您的（或您配偶或伴侶的）僱主處或退休人士團體處獲得福利，在您有任何疑問時，請致電僱主/工會福利管理員或會員服務部。您可以諮詢有關您的（您配偶或伴侶的）僱主或退休人士健康福利、保費或參保期的問題。（會員服務部電話號碼印在本文件封底。）您也可致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227；聽障專線：1-877-486-2048），詢問與您在本計劃下獲得的與 Medicare 聯邦醫療保險承保有關的問題。

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

第 3 章：

使用本計劃承保您的醫療服務

第 3 章使用本計劃承保您的醫療服務

第 1 節 作為我們計劃的會員獲得醫療護理的須知

本章介紹有關使用本計劃承保您的醫療護理所需要瞭解的事項。其中提供了一些術語的定義，並介紹了要讓本計劃承保您的醫療、服務、設備、處方藥和其他醫療護理，您需要遵守的一些規定。

有關我們計劃所承保醫療護理以及獲得此護理時您應支付的費用的詳情，請查看第 4 章（*醫療福利表，承保範圍與支付費用*）中的福利表。

第 1.1 節 什麼是網絡內提供者和承保服務？

- **提供者**是經州許可的，提供醫療服務和護理的醫生以及其他醫療保健專業人員。提供者一詞還包含醫院以及其他健康護理機構。
- **網絡內提供者**是指與我們達成協議，接受我們的付款以及您的費用分攤金額作為完整付款的醫生以及其他醫療保健專業人員、醫療團體、醫院以及其他健康護理機構。我們已安排這些提供者為參與本計劃的會員提供承保服務。對於為您提供的護理，我們的網絡內提供者會直接向我們開出賬單。接受網絡內提供者的服務時，您只需為他們提供的服務支付您的費用分攤。
- **承保服務**包括本計劃所承保的所有醫療護理、健康護理服務、用品、設備以及處方藥。第 4 章中的福利表列出了您的醫療護理承保服務。第 5 章將介紹您的處方藥承保服務。

第 1.2 節 獲得本計劃所承保醫療護理的基本規定

作為一項 Medicare 聯邦醫療保險健康計劃，Elderplan Flex (HMO-POS) 必須承保傳統的聯邦醫療保險所承保的所有服務，且必須遵守傳統的聯邦醫療保險的承保規定。

只要符合以下情況，Elderplan Flex (HMO-POS) 通常會承保您的醫療護理：

- 您所接受的護理包括在本計劃的醫療福利表中（該表在本文件第 4 章中）。
- 您所接受的護理被視為屬於醫療必需的護理。醫療必需表示服務、用品、設備或藥物是預防、診斷或治療您的疾病所需要的，且符合可接受的醫療實踐標準。
- 您有一個網絡內主治醫生 (**Primary Care Provider, PCP**) 來為您提供和監管護理。作為我們計劃的會員，您必須選擇一個網絡內 PCP（有關詳細資訊，請查看本章中的第 2.1 節）。
 - 通常，您前往社區的網絡內或網絡外專科醫生處就診時，不需要獲得您的 PCP 事先批准。但是，您的 PCP 獲取此資訊非常重要，因此我們鼓勵您與您的醫生討論您正在接受的服務和醫療護理。對於某些服務，例如您的 PCP 以外的家庭醫生就診，或經過認證的居家護理，您將需要獲得我們計劃的授權（請查看第 4 章關於需要授權的醫療服務）。您的 PCP 可以幫助您取得我們計劃的授權。

第 3 章使用本計劃承保您的醫療服務

- 緊急護理或急症治療服務不需要從您的 PCP 處轉診。您還可以獲得一些其他類型的護理，而無需您的 PCP 事先批准（有關詳細資訊，請查看本章中的第 2.2 節）。
- **您必須從網絡內提供者處獲得護理**（有關詳細資訊，請查看本章中的第 2 節）。在大多數情況下，您從網絡外提供者（不在我們計劃網絡內的提供者）處接受的護理將無法獲得承保。這意味著您必須就所提供的服務向醫療服務提供者全額付款。*以下三項例外：*
 - 本計劃會對您從網絡外提供者處獲得的緊急護理或急症治療服務進行承保。有關詳細資訊以及緊急護理或急症治療服務的含義，請查看本章中的第 3 節。
 - 如果您需要 Medicare 聯邦醫療保險要求我們的計劃承保的醫療護理，但我們的網絡內沒有提供這種護理的專科醫生，那麼您可以從網絡外提供者處獲得此護理，費用分攤與您通常為網絡內護理支付的相同。從網絡外提供者處尋求護理前，您的提供者應獲得本計劃的授權。在此情況下，您將按從網絡內提供者處獲得護理的費用支付相同的金額。有關獲得批准以向網絡外醫生求診的資訊，請查看本章中的第 2.4 節。

第 3 章使用本計劃承保您的醫療服務

- 本計劃承保當您暫時離開本計劃的服務區時，或當您的透析服務提供者暫時不可用或無法營業時，在經 **Medicare** 聯邦醫療保險認證的透析機構獲得的腎透析服務。您就透析服務向計劃支付的費用分攤絕不會超過傳統的聯邦醫療保險的費用分攤。如果您在計劃的服務區之外並從計劃網絡之外的提供者處獲得透析，您的費用分攤不能超過您在網絡內支付的費用分攤。但是，如果您常用的網絡內透析服務提供者暫停服務，您選擇在服務區內從計劃網絡外提供者處獲得服務，則透析的費用分攤可能會更高。
- 根據服務點 (POS) 選項，您可以使用網絡外提供者，從任何未退出 **Medicare** 聯邦醫療保險且經 **Medicare** 聯邦醫療保險認證的提供者處獲得有限的承保服務和福利。並非所有服務都在服務點 (POS) 選項的網絡外承保範圍內。有關這些服務的詳細資訊以及如何使用這些服務，請查看第 2.4 節（如何從網絡外提供者處獲得護理）。

第 2 節 使用本計劃網絡內的提供者獲得醫療護理

第 2.1 節 您必須選擇一個主治醫生 (PCP) 來提供和監管您的醫療護理

什麼是 **PCP** ? **PCP** 會為您做什麼？

- 什麼是 *PCP* ?

當您成為 Elderplan Flex (HMO-POS) 的會員時，您必須選擇一名計劃提供者來作為您的 **PCP**。您的 **PCP** 是一名符合州要求的醫生，接受過可為您提供基本醫療護理的訓練。您將從您的 **PCP** 處獲得常規或基礎護理服務，下文將作具體解釋。

- 哪些類型的醫療服務提供者可以擔任 *PCP* ?

您可從各類醫生中選擇一名作為 **PCP**。例如，其中包括同意以主治醫生身份向我們會員提供服務的內科醫生和家庭醫生。

- 說明 *PCP* 在計劃中的職責。

您的主治醫生將向您提供大部分常規及預防性健康護理服務。

- *PCP 在協調承保服務方面的職責是什麼？*

PCP 還負責幫助協調您可能需要的額外醫療保健和服務，如專科醫生諮詢、化驗室和診斷檢查。「協調」您的服務包含和其他計劃內提供者就您的護理及進展進行核對或諮詢。由於您的 PCP 將會提供並協調您的醫療保健服務，因此您應將所有過去的醫療記錄寄送至 PCP 的辦公室。您的主治醫生保存您的完整醫療記錄，其中包括您在其他醫療服務提供者處接受的所有內科及外科記錄、目前和過往的問題、用藥及服務記錄文件。

- *PCP 在作出關於事先授權的決策或獲取事先授權 (Prior Authorization, PA) (如適用) 時有什麼作用？*

在某些情況下，您的 PCP 將需要獲得我們針對若干類型承保服務或用品的事先授權（事先批准）。

如何選擇您的 PCP？

當您成為 Elderplan Flex (HMO-POS) 的會員時，您必須選擇一名計劃提供者來作為您的 PCP。您的 PCP 是一名符合州要求的醫生，接受過可為您提供基本醫療護理的訓練。參保後，您將從我們的計劃內主治醫生名單中選擇一名 PCP。我們可協助參保者選擇 PCP 或安排約診。如需獲取 Elderplan（長老計劃）的協助，請撥打您的身份卡上的會員服務部電話號碼。

更換您的 PCP

您可以隨時因任何原因更換您的 PCP。此外，您的 PCP 也可能會脫離我們計劃的醫療服務提供者網絡，這樣您將需要尋找新的 PCP。

若要更換您的 PCP，請致電會員服務部。當您致電時，請務必告知會員服務部您是去看專科醫生或獲取您的 PCP 管理任何事先授權或核准的其他承保服務。當您更換 PCP 時，會員服務部將會協助確保您可以繼續取得原本專科醫生的護理和其他服務。他們也將會為您確認您所指定的 PCP 是否接受新患者。會員服務部會將新 PCP 的姓名記錄在您的會員記錄中，並告知您新 PCP 更換的生效日期。所有變更將在收到請求之後立即作出。他們也將郵寄給您一張新的會員卡，註明您新 PCP 的姓名與電話號碼。

若您的醫療服務提供者脫離了網絡，只要您的醫療服務提供者接受按計劃費率的付款，且遵守計劃的品質保障及其他政策，並向計劃提供關於護理的醫療資訊，則在符合特定資格條件的情況下，您正在進行的療程或治療可能可以在最長 90 天的過渡期內持續。

第 2.2 節 您不需要經過您的 PCP 轉診也可獲得哪些種類的醫療護理？

您不需要經過您的 PCP 事先批准也可獲得下列服務。

- 常規女性健康護理，包括乳腺檢查、乳腺照影篩檢（乳腺 X 光檢查）、子宮頸塗片檢查和盆腔檢查，只要是從網絡內提供者處接受這些服務即可。
- 流感疫苗、COVID-19 疫苗、B 型肝炎疫苗以及肺炎疫苗，只要是從網絡內提供者處接受這些護理即可。
- 從網絡內提供者或網絡外提供者處獲得的緊急醫療服務。
- 急症治療服務是指不屬於緊急醫療的承保服務，在網絡內提供者暫時不可用或無法營業或參保人不在服務區時提供。例如，您在週末需要立即獲得醫療護理。服務必須為即時需要獲取的，且必須具備醫療必需性。
- 當您暫時離開本計劃的服務區時，在經 Medicare 聯邦醫療保險認證的透析機構獲得的透析服務。如果可能，請在離開服務區之前致電會員服務部，以便我們可以安排您在離開期間接受維持透析。
- 計劃內提供者專科醫生就診。

第 2.3 節 如何從專科醫生和其他網絡內提供者處獲得護理

專科醫生是指為一種特定疾病或身體特定部位提供健康護理服務的醫生。有許多種類的專科醫生。以下是一些例子：

- 腫瘤科醫生，負責治療癌症患者。
- 心內科醫生，負責治療心臟有問題的患者。
- 骨科醫生，負責骨頭、關節或肌肉有某些問題的患者。

如何使用專科醫生和其他網絡內提供者？

您可以在 www.elderplan.org 使用我們的醫療服務提供者與藥房目錄找到專科醫生及其他網絡內提供者。您也可致電會員服務部（電話號碼印在本文件封底）。

- *PCP 在將會員轉診至專科醫生和其他提供者時發揮什麼作用（如有）？*

對於您看專科醫生的時間，您的 PCP 是提供建議的最佳人選。雖然您可自行選擇計劃內專科醫生，但您的 PCP 會提供建議，協調您的保健需要。

- *如果您需要獲得事先授權，該怎麼做？*

一般而言，您需透過主治醫生或專科醫生來獲取事先授權。您的醫生將聯絡本計劃的事先授權部來討論您的服務需求。隨後，本計劃將把所作的決定告知您和您的醫生。

第 3 章使用本計劃承保您的醫療服務

- 對於何種服務，您的 PCP 可能需要本計劃的事先授權？

對於各類服務，您的 PCP 都可能需要本計劃的授權。這包括但不限於計劃外提供者或機構提供的服務、自選住院。請查看第 4 章第 2.1 節，瞭解需要事先授權的服務的資訊。

如果專科醫生或其他網絡內提供者離開我們的計劃，該如何處理？

我們可能會在一年當中對您計劃內的醫院、醫生和專科醫生（醫療服務提供者）進行變更。如果您的醫生或專科醫生退出您的計劃，您擁有以下權利並受到以下保護：

- 儘管我們的醫療服務提供者網絡可能會在一年當中發生變更，但 Medicare 聯邦醫療保險要求我們必須讓您不間斷地獲得由合格的醫生和專科醫生提供的服務。
- 我們將通知您，您的提供者將離開我們的計劃，以便您有時間選擇新的提供者。
 - 如果您的主治醫生或行為健康提供者將離開我們的計劃，若您在過去三年內曾在該提供者處就診，我們將通知您。
 - 如果您的任何其他提供者將離開我們的計劃，若您被安排給該提供者，目前從該提供者處接受護理，或在過去三個月內曾到該提供者處就診，我們將通知您。

第 3 章使用本計劃承保您的醫療服務

- 我們將協助您選擇一位您可獲取持續護理的符合資格的網絡內新提供者。
- 如果您正在接受當前提供者的醫學治療或療法，您有權要求且我們將與您合作，確保您繼續獲得正在接受的醫療必需治療或療法。
- 有關可用的不同參保期以及變更計劃的選項，我們將向您提供具體資訊。
- 當網絡內提供者或福利無法或不足以滿足您的醫療需求時，我們將在我們的提供者網絡之外安排任何醫療必需的承保福利，按網絡內費用分攤支付費用。如果您正在接受本章第 2.4 節所列出的醫療服務提供者提供的護理，您的提供者應致電本計劃，瞭解您正在接受的服務是否「需要授權」。
- 如果您發現您的醫生或專科醫生打算離開計劃，請與我們聯絡，以便我們協助您找到新的醫療服務提供者以管理您的護理。
- 如果您認為我們沒有向您提供合格的醫療服務提供者以取代您之前的醫療服務提供者，或者認為您的護理沒有得到恰當管理，您有權向 QIO 提出護理品質投訴、向計劃提出護理品質申訴，或提出兩者。請查看第 9 章。

第 2.4 節 如何從網絡外提供者處獲得護理

本計劃是一項 HMO-POS 計劃。服務點 (POS) 選項可讓您從獲得 Medicare 聯邦醫療保險認證且未選擇退出 Medicare 聯邦醫療保險的提供者處獲得特定承保服務和福利。在接受服務前先諮詢您的提供者，確認他們沒有退出 Medicare 聯邦醫療保險。網絡外醫療服務提供者可能選擇不接受我們計劃會員作為患者。如果網絡外提供者拒絕接受我們的計劃，建議您從我們簽約的網絡內提供者處尋求護理。

如果網絡外提供者向您發出您認為應由我們支付的賬單，請聯絡會員服務部，或將賬單寄送給我們付款。我們將向您的醫生支付我們應承擔的費用，且您的醫生可能會向您收取您應支付的金額（如有）。接受 Medicare 聯邦醫療保險的網絡外提供者的賬單費用不得超過傳統的聯邦醫療保險允許的金額。最好要求網絡外提供者先向我們收取費用，但如果您已經支付了承保服務，我們將向您報銷我們應承擔的費用。如果我們確定這些服務不獲承保或沒有醫療必需性，我們可能會拒絕承保，您將負責支付全部費用。請查看第 4 章，瞭解 POS（網絡外）福利包含的承保服務清單，以及您應承擔的費用。

作為我們計劃的會員，您可以選擇從網絡外提供者處獲得護理，但僅限以下服務：

- 補充性預防牙科服務
- 補充性綜合牙科服務
- 精神健康專科服務（個人與團體就診）

第 3 章使用本計劃承保您的醫療服務

- 職業治療服務
- 其他健康護理專業人員服務
- 物理治療及言語/語言病理學服務
- Medicare 聯邦醫療保險承保的足病學服務
- 常規（補充性）足病學服務
- 精神科服務（個人和團體就診）
- 專科醫生服務

對於某些類型的服務，您的醫生可能需要經過我們計劃的事先批准（這稱為獲得「事先授權」）。請查看第 4 章第 2.1 節，瞭解「需要授權」的服務的資訊。

註：會員有權從網絡外醫療服務提供者處獲得緊急醫療或急症治療服務。此外，對於前往計劃服務區外且無法獲取簽約 ESRD 醫療服務提供者服務的 ESRD 會員，計劃必須承保透析服務。

第 3 章使用本計劃承保您的醫療服務

第 3 節 如何在需要緊急醫療或急症治療護理時或在災難期間獲得服務

第 3.1 節 在發生緊急醫療情況時獲得護理

什麼是緊急醫療情況？發生緊急醫療情況時您應該做什麼？

緊急醫療情況是指您或任何其他具有一般健康和醫學知識的謹慎外行人認為自己出現的症狀需要立即就醫以防發生生命危險（若您是孕婦，以防流產）、肢體缺損或肢體功能喪失、或身體機能喪失或嚴重受損的醫療症狀。醫療症狀可以是疾病、受傷、劇痛或快速惡化的醫療情況。

如果您發生緊急醫療情況，請：

- **儘快尋求幫助。**撥打 911 求救或前往最近的急診室或醫院。如果需要，請叫救護車。您不需要經過您的 PCP 核准或先從您的 PCP 處轉診。您並非必須使用網絡內醫生。任何時候您有需要時，您可以從美國或其領土中的任何地點獲得承保的緊急醫療護理，也可從任何擁有適當州執照的醫療服務提供者處獲取，即使他們不屬於我們的網絡。
- **請務必儘快向我們的計劃通知您的緊急情況。**我們需要跟進您的緊急護理。您或其他人士應致電（通常在 48 小時內）說明您的緊急護理情況。請致電會員服務部（電話號碼載於您的身份卡上）。

第 3 章使用本計劃承保您的醫療服務

在發生緊急醫療情況時承保哪些護理？

如果以任何其他方式前往急診室會危及您的健康，我們的計劃會承保救護車服務。我們還承保緊急情況下的醫療服務。此外，我們的計劃可在您需要時提供全球緊急醫療承保/全球急症治療承保/全球緊急載送服務，最高金額達 \$50,000。有關詳細資訊，請查看本文件第 4 章中的醫療福利表。

為您提供緊急護理的醫生將決定您的狀況什麼時候穩定，以及緊急醫療情況什麼時候結束。

在緊急情況結束後，您有權接受後續護理，以確保您的狀況持續穩定。您的醫生將繼續為您治療，直到您的醫生聯絡我們並制定其他護理計劃。您的後續護理將受到我們計劃的承保。

如果您接受了網絡外提供者提供的緊急護理，我們會在您的身體狀況和環境允許的情況下，立即安排網絡內提供者接管您的護理工作。

如果不是緊急醫療情況，該如何處理？

有時，可能難以判斷自己是否發生了緊急醫療情況。例如，您可能要求緊急護理，認為您的健康狀況非常危險，但醫生可能會說這根本不是緊急醫療情況。如果結果發現這不是緊急情況，只要您有理由認為自己的健康狀況非常危險，我們就會為您的護理承保。

第 3 章使用本計劃承保您的醫療服務

但是，在醫生說這不是緊急情況後，我們就不會再承保其他護理，除非您透過以下兩種方法之一獲得其他護理：

- 您到網絡內提供者處獲得其他護理。
- -- 或者 -- 您所接受的其他護理被視為急症治療服務，且您遵守針對獲得該緊急護理的相關規定（有關詳細資訊，請查看下文第 3.2 節）。

第 3.2 節 獲得急症治療服務

什麼是急症治療服務？

急症治療服務是指需要立即就醫的非緊急情況，但鑒於您的情況，從網絡內醫療服務提供者處獲得醫療服務是不可能的或不合理的。計劃必須承保網絡外提供的急症治療服務。一些急症治療服務的例子是 i) 在週末發生的嚴重喉嚨痛，或 ii) 當您暫時不在服務區內時意外突發已知疾病。

如要尋找提供急症治療服務的網絡內提供者，請查看網站 www.elderplan.org 上醫療服務提供者與藥房目錄中的急症護理中心。

此外，我們的計劃可在您需要時提供全球緊急醫療承保/全球急症治療承保/全球緊急載送服務，最高金額達 \$50,000。（請查看第 4 章的福利表，瞭解詳細資訊。）

第 3.3 節 災難期間獲取護理

如果您所在州州長、美國衛生與公眾服務部部長或美國總統宣佈您所在區域處於災難或緊急狀態，您仍有權獲取您計劃提供的護理。

請瀏覽以下網站：www.elderplan.org，瞭解如何在災難期間獲取所需護理。

如果您在災難期間無法使用網絡內提供者，您的計劃將允許您從網絡外提供者處獲取護理，並可享受網絡內的費用分攤。如果您在災難期間無法使用網絡內藥房，您可在網絡外藥房配取您的處方藥。請查看第 5 章第 2.5 節瞭解更多資訊。

第 4 節 如果您直接收到服務全部費用的賬單，該如何處理？

第 4.1 節 您可以要求我們支付我們對承保服務應承擔的費用

如果您為承保服務支付的費用已超過您的計劃費用分攤，或您收到承保醫療服務全部費用的賬單，請前往第 7 章（要求我們對您收到的承保醫療服務或藥物賬單支付應承擔的費用），以瞭解該怎麼做。

第 3 章使用本計劃承保您的醫療服務

第 4.2 節 如果我們的計劃不承保服務，您必須支付全部費用

Elderplan Flex (HMO-POS) 承保本文件第 4 章的醫療福利表中列出的所有醫療必需服務。如果接受的服務不是計劃承保服務，或是在網絡外接受且未授權的，您有責任支付這些服務的全部費用。

對於有福利限制的承保服務，在使用完該類型承保服務的福利後，您也需要支付所接受的任何服務的全部費用。如果您支付費用，在達到福利限制後，您所支付的這些費用將不會計入您的合併網絡內和網絡外最高自付費用。如果想要知道您已使用了多少福利限額，您可以致電會員服務部。

第 5 節 參加臨床研究時，您的醫療服務如何獲得承保？

第 5.1 節 什麼是臨床研究？

臨床研究（也叫做**臨床試驗**）是醫生和科學家測試新類型的醫療護理的方法，例如一種新癌症藥物的療效如何。某些臨床研究已獲得 Medicare 聯邦醫療保險批准。Medicare 聯邦醫療保險批准的臨床研究通常要求志願者參與研究。

在 Medicare 聯邦醫療保險批准研究且您表示感興趣後，研究人員會與您聯絡並進一步介紹該研究，看看您是否符合執行研究的科學家規定的要求。只要您符合研究要求**並且**完全瞭解和接受參與研究的一切後果，您就可以參與研究。

第 3 章使用本計劃承保您的醫療服務

如果您參與 Medicare 聯邦醫療保險批准的研究，傳統的聯邦醫療保險會為您在研究中接受的承保服務支付大部分費用。如果您告訴我們您正在進行合資格的臨床試驗，那麼您只需負責該試驗中各項服務的網絡內費用分攤。如果您多付了一些費用，例如，如果您已經支付了傳統的聯邦醫療保險的費用分攤，我們將報銷您支付的費用與網絡內費用分攤之間的差額。但是，您需要提供相關文件證明您支付的金額。參與臨床研究時，您仍然可以參保我們的計劃，並透過我們的計劃繼續獲得其餘護理（與研究無關的護理）。

如果您想參與 Medicare 聯邦醫療保險批准的任何臨床研究，並不需要告訴我們或經過我們或您的 PCP 批准。作為臨床研究的一部分為您提供護理的醫療服務提供者不需要屬於我們計劃的醫療服務提供者網絡。請注意，這不包括我們計劃負責的福利，其中包括評估福利的臨床試驗或註冊。這些福利其中包括國家承保範圍裁決 (NCD) 和研究設備試驗 (IDE) 中指定的某些福利，並且可能需要事先授權遵循其他計劃規則。

雖然您不需要經過我們計劃的許可即可參與由傳統的聯邦醫療保險為 Medicare 聯邦醫療保險優勢參保者承保的臨床研究，但我們鼓勵您在選擇參加符合 Medicare 聯邦醫療保險資格的臨床試驗時提前通知我們。

如果您參加 Medicare 聯邦醫療保險尚未批准的研究，*您需要負責支付參加此研究的所有費用。*

第 5.2 節 參與臨床研究時，如何進行費用分攤？

在您參與 Medicare 聯邦醫療保險批准的臨床研究後，傳統的聯邦醫療保險將承保在研究中接受的常規項目和服務，包括：

- 即使不參與研究，Medicare 聯邦醫療保險也會為您支付的住院食宿。
- 用於研究的手術或其他醫療程序。
- 對新護理的副作用和併發症的治療。

在 Medicare 聯邦醫療保險支付了其對這些服務的費用分攤後，我們的計劃將支付傳統的聯邦醫療保險費用分攤與您作為計劃會員的網絡內費用分攤之間的差額。這就是說，參與研究時您為所接受的服務支付的費用將和從我們的計劃接受這些服務時相同。但是，您需要提交證明您支付了多少費用分攤的文件。有關提交付款請求的更多資訊，請查看第 7 章。

第 3 章使用本計劃承保您的醫療服務

以下是如何支付費用分攤的例子：假設您有一個價值 \$100 的化驗室檢查，是研究的一部分。我們再假設，根據傳統的聯邦醫療保險的規定，您為這個檢查分攤的費用為 \$20，但這個檢查在我們的計劃福利之下只需 \$10。在這種情況下，傳統的聯邦醫療保險會為檢查支付 \$80，您應支付傳統的聯邦醫療保險規定的 \$20 共付費。然後，您要通知您的計劃您接受了合格的臨床試驗服務，並向計劃提交證明文件，例如醫療服務提供者賬單。然後，本計劃將直接向您支付 \$10。因此，您的付款淨額為 \$10，與您在我們的計劃福利下支付的金額相同。請注意，為了從您的計劃獲得付款，您必須向該計劃提交證明文件，例如醫療服務提供者賬單。

參與臨床研究時，**Medicare** 聯邦醫療保險和我們的計劃均不會支付以下任何費用：

- 通常，**Medicare** 聯邦醫療保險不會為研究正在測試的新項目或服務支付費用，除非是即使不參與研究，**Medicare** 聯邦醫療保險也會承保的項目或服務。
- 只用於收集資料而不是直接對您進行健康護理而提供的項目或服務。例如，在您的治療狀況通常只需一次 CT 掃描時，**Medicare** 聯邦醫療保險將不會為在研究中進行的每月 CT 掃描支付費用。

第 3 章使用本計劃承保您的醫療服務

想知道更多資訊嗎？

有關參與臨床研究的詳細資訊，您可以瀏覽 Medicare 聯邦醫療保險網站，閱讀或下載刊物《*Medicare and Clinical Research Studies*》。（刊物載於：www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf。）您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

第 6 節 有關在宗教性非健康護理機構獲得護理的規定

第 6.1 節 什麼是宗教性非健康護理機構？

宗教性非健康護理機構是為通常在醫院或專業護理機構接受護理的狀況提供護理的機構。如果在醫院或專業護理機構接受護理違反了會員的宗教信仰，取而代之，我們將在宗教性非健康護理機構提供護理承保。僅會為 A 部分住院服務（非健康護理服務）提供該福利。

第 6.2 節 從宗教性非醫療健康護理機構接受護理

若要獲得宗教性非健康護理機構的護理，您必須簽署一份法律文件，申明您意識清晰地反對接受非強制性的醫學治療。

- **非強制性醫學護理或治療**是指自願而並非聯邦、州或地方法律要求的任何醫學護理或治療。

第 3 章使用本計劃承保您的醫療服務

- **強制性**醫學治療是指 *非*自願而是聯邦、州或地方法律要求的醫學護理或治療。

要獲得本計劃承保，您從宗教性非健康護理機構接受的護理必須符合以下條件：

- 提供護理的機構必須經過 Medicare 聯邦醫療保險認證。
- 本計劃對所接受服務的承保僅限於護理的 *非*宗教方面。
- 如果您從該機構獲得的服務在機構中提供，則下列條件適用：
 - 您的醫療狀況必須允許您接受住院治療或專業護理機構護理的承保服務。
 - -- *並且* -- 您必須在進入該機構之前事先得到本計劃的核准，否則您的住院將無法獲得承保。

Medicare 聯邦醫療保險住院治療承保範圍限制適用。請查看第 4 章第 2.1 節中的醫療福利表。

第 3 章使用本計劃承保您的醫療服務

第 7 節 對擁有耐用醫療設備的規定

第 7.1 節 根據我們的計劃，您是否能在一定次數的付款後擁有耐用醫療設備？

耐用醫療設備 (Durable Medical Equipment, DME) 包括以下物品：氧氣設備和用品、輪椅、助行器、電動床墊系統、拐杖、糖尿病用品、語音生成裝置、靜脈輸液幫浦、霧化器和醫療服務提供者訂購用於家庭的醫院病床。某些物品（例如假體）將始終由會員擁有。在本節中，我們將討論您必須租用的其他類型的 DME。

在傳統的聯邦醫療保險中，租用某些類型的 DME 的人在為該設備支付 13 個月的共付費後即可擁有該設備。但是，作為 Elderplan Flex (HMO-POS) 的會員，即使您在加入我們計劃之前，已在傳統的聯邦醫療保險下為 DME 連續支付 12 次，無論您以我們計劃會員的身份為設備支付多少次共付費，您都無法獲得所租用 DME 的所有權。

如果您轉到傳統的聯邦醫療保險，您已為耐用醫療設備支付的費用會怎樣？

如果您在我們的計劃中未獲得 DME 的所有權，則在轉至傳統的聯邦醫療保險後，您需要重新為該設備連續支付 13 次費用才能擁有該設備。參保計劃期間支付的款項不計算在內。

第 3 章使用本計劃承保您的醫療服務

範例 1：在加入我們的計劃之前，您為傳統的聯邦醫療保險下的設備連續付款不超過 12 次。您在傳統的聯邦醫療保險下支付的款項不計算在內。

範例 2：在加入我們的計劃之前，您為傳統的聯邦醫療保險下的設備連續付款不超過 12 次。您之前在我們的計劃中，但是在您加入計劃期間沒有獲得設備的所有權。然後，您轉回了傳統的聯邦醫療保險。返回傳統的聯邦醫療保險後，您必須再連續支付 13 次才能擁有該設備。所有之前的付款（無論是支付給我們的計劃還是傳統的聯邦醫療保險）都不計算在內。

第 7.2 節對氧氣設備、用品和維修的規定

您享有哪些氧氣福利？

若您符合 Medicare 聯邦醫療保險氧氣設備承保的條件，Elderplan Flex (HMO-POS) 將為您承保：

- 氧氣設備的租賃
- 氧氣和含氧物質的輸送
- 用於輸送氧氣和含氧物質的管子及相關供氧配件
- 氧氣設備的保養與修理

如果您退出 Elderplan Flex (HMO-POS) 或者氧氣設備不再具有醫療必需性，則必須歸還氧氣設備。

如果您退出該計劃並返回至傳統的聯邦醫療保險，將會如何？

傳統的聯邦醫療保險要求氧氣設備供應商必須為您提供為期五年的服務。在前 36 個月內，您需要租用設備。在餘下的 24 個月內，供應商負責提供設備和進行維護（您仍需支付氧氣的共付費）。五年之後，您可以繼續選擇同一家公司或另選一家公司。屆時，為期五年的服務週期將再次開始，即使您繼續選擇同一家公司，您也必須在前 36 個月支付共付費。如果您加入或退出我們的計劃，那麼為期五年的服務週期將重新開始。

第 4 章：
醫療福利表
(承保範圍與支付費用)

第 1 節 瞭解您為承保服務支付的自付費用

本章提供一個醫療福利表，上面列有您作為 Elderplan Flex (HMO-POS) 會員獲得的承保服務，並顯示您必須為每項承保服務支付多少費用。在本章後文部分，您可以瞭解有關不予承保的醫療服務的資訊，其中也說明了某些服務的限制。

第 1.1 節 您為承保服務支付的自付費用類型

要瞭解我們在本章中為您提供的支付資訊，您需要瞭解您可能會為承保服務支付的自付費用類型。

- **自付額**是指在本計劃開始支付其應承擔費用前，您必須先為您的醫療服務支付的金額。（第 1.2 節告訴您關於您的計劃自付額的詳細資訊。）
- **共付費**是指您每次接受特定醫療服務時所支付的固定金額。您需要在接受醫療服務時支付共付費。（第 2 節中的醫療福利表介紹有關您的共付費的詳細資訊。）
- **共同保險**是指您支付特定醫療服務總費用的百分比。您需要在接受醫療服務時支付共同保險。（第 2 節中的醫療福利表介紹了有關您的共同保險的詳細資訊。）

大部分滿足 Medicaid 醫療補助或符合條件的 Medicare 聯邦醫療保險受益人 (QMB) 計劃要求的人都無需支付自付額、共付費或共同保險。請務必向您的提供者出示您的 Medicaid 醫療補助或 QMB 資格證明（如適用）。

**第 1.2 節 您最多需要為 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分
和 B 部分的承保醫療服務支付多少費用？**

由於您參加了 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃，因此對於您每年需要為我們計劃承保的合併網絡內和網絡外醫療服務支付的自付費用總額有一定限制。該限制稱為醫療服務的合併最高自付費用 (MOOP) 金額。在 2024 年，此金額為 \$7,550。

您為合併網絡內和網絡外承保服務支付的共付費和共同保險將計入這個合計的最高自付費用金額。您就 D 部分逾期參保罰金（如適用）和 D 部分處方藥支付的金額不計入合計的最高自付費用金額。如果達到 \$7,550 的合計最高自付費用金額，您將不需要為該年剩餘時間內的合併網絡內和網絡外 A 部分和 B 部分承保服務支付任何自付費用。但是，您必須繼續支付您的 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分保費（除非您的 B 部分保費由 Medicaid 醫療補助或其他第三方為您支付）。

第 1.3 節 我們的計劃不允許醫療服務提供者向您收取差額費用

作為 Elderplan Flex (HMO-POS) 的會員，您獲取我們的計劃所承保的服務時，只須支付計劃的費用分攤，這是對您的一個重要保障。醫療服務提供者不得新增其他單獨費用，也叫做**差額費用**。即使我們向提供者支付的費用少於提供者對此服務收取的費用，或者因為有爭議和我們沒有支付特定提供者收取的費用，這項保護也適用。

這項保護的具體適用情況如下。

- 如果您應分攤的費用為共付費（固定的金額，例如 \$15.00），您只需要為網絡內提供者提供的任何承保服務支付該金額即可。
- 如果您應分攤的費用為共同保險（占總費用的百分比），則您支付的費用絕對不會超過該百分比。但是，您的費用取決於您看的是哪種類型的醫療服務提供者：
 - 如果您從網絡內提供者處獲得承保服務，您支付的費用為共同保險百分比乘以本計劃的報銷率（由醫療服務提供者與本計劃簽訂的合約決定）。

- 如果您從參與 Medicare 聯邦醫療保險的網絡外提供者處獲得承保服務，您支付的費用為共同保險百分比乘以計劃內提供者的 Medicare 聯邦醫療保險支付率。（請記住，本計劃只在特定情況下，例如您獲得轉診或需要緊急醫療或急症治療服務時，才會承保網絡外提供者提供的服務。）
- 如果您從未參與 Medicare 聯邦醫療保險的網絡外提供者處獲得承保服務，您支付的費用為共同保險百分比乘以計劃外提供者的 Medicare 聯邦醫療保險支付率。（請記住，本計劃只在特定情況下，例如您獲得轉診或需要緊急醫療或處於服務區外需要急症治療服務時，才會承保網絡外提供者提供的服務。）
- 如您認為醫療服務提供者向您收取差額費用，請致電會員服務部。

第 2 節 使用醫療福利表瞭解承保哪些服務以及您將支付多少費用

第 2.1 節 您作為本計劃會員的醫療福利和費用

以下各頁上的醫療福利表列出了 Elderplan Flex (HMO-POS) 承保的服務，以及您應該為每項服務支付的自付費用。D 部分處方藥保險見第 5 章。只有在符合以下承保要求時，醫療福利表中所列的服務才能獲得承保：

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

- 您的 Medicare 聯邦醫療保險承保服務必須根據 Medicare 聯邦醫療保險所制定的承保指導方針進行提供。
- 您的服務（包括醫療護理、服務、用品、設備和 B 部分處方藥）必須具有醫療必需性。醫療必需表示服務、用品或藥物是預防、診斷或治療您的疾病所需要的，且符合可接受的醫療實踐標準。
- 您從網絡內提供者處接受護理。您也可從網絡外醫療服務提供者處獲得護理。您的計劃有一個服務點 (POS) 選項，承保網絡外醫療服務提供者提供的特定服務和福利。第 3 章提供有關使用網絡內提供者的要求以及何種情況下我們會承保網絡外提供者所提供服務的詳細資訊。
- 您有一個主治醫生 (PCP) 來為您提供和監管護理。
- 只有在您的醫生或網絡內提供者或網絡外提供者事先經過我們核准（有時稱為事先授權）時，醫療福利表中所列的某些服務才能獲得承保。醫療福利表中以「需要授權」標出了需獲得預先核准的每項承保服務。

承保範圍的其他重要注意事項：

- 像所有的 Medicare 聯邦醫療保險健康計劃一樣，我們承保傳統的聯邦醫療保險承保的所有項目。對於這些福利中某些項目，您在我們的計劃中需支付比傳統的聯邦醫療保險更多的費用。除這些項目以外，您支付較少的費用。（如要瞭解承保範圍和傳統的聯邦醫療保險的費用詳情，請查看「2024 年 Medicare 聯邦醫療保險與您」手冊。線上瀏覽 www.medicare.gov 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。聽障人士可致電 1-877-486-2048。）
- 對於所有在傳統的聯邦醫療保險下免費承保的預防性服務，我們也免費為您承保這些服務。但是，如果您在接受預防性服務的同時也接受針對現有醫療狀況的治療或監視，您將需要為針對現有醫療狀況所接受的護理支付共付費。
- 如果 Medicare 聯邦醫療保險在 2024 年新增任何新服務的承保，Medicare 聯邦醫療保險或我們的計劃將為這些服務承保。

關於罹患慢性病的參保者的重要福利資訊

- 如果您被診斷出患有下列某種（某些）慢性病並符合特定的醫療標準，您可能有資格獲得針對慢性疾病的特殊補充福利。
 - 慢性酒精及其他藥物依賴症

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

- 自身免疫性疾病，包括但不限於以下各項：
 - 結節性多動脈炎
 - 風濕性多肌痛症
 - 多肌炎
 - 類風濕性關節炎
 - 全身性紅斑狼瘡
- 癌症
- 癌症包括但不限於：
 - 白血病
 - 何杰金氏淋巴瘤
- 心血管疾病，包括但不限於以下各項：
 - 心律失常
 - 冠狀動脈疾病
 - 周邊血管疾病
 - 慢性靜脈血栓栓塞症
- 慢性心力衰竭
- 心臟病，包括但不限於以下各項：
 - 高血壓
- 失智症
- 糖尿病，包括但不限於糖尿病併發症，例如：
 - 糖尿病視網膜病變

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

- 糖尿病腎病
- 糖尿病神經病變
- 糖尿病
- 晚期肝病
- 需要透析的晚期腎病 (ESRD)
- 嚴重的血液疾病，包括但不限於以下各項：
 - 再生障礙性貧血
 - 貧血
 - 血友病
 - 自身免疫性血小板減少性紫癜症
 - 骨髓增生異常綜合症
 - 鐮狀細胞病（不包括鐮狀細胞性狀）
 - 慢性靜脈血栓栓塞症
 - 真性紅血球增多症
 - 地中海型貧血
 - 血小板減少症
 - 原發性巨球蛋白血症
 - 原發性血小板增多症
 - 血色素沉著症
- HIV/AIDS 艾滋病


第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

- 慢性肺病，包括但不限於以下各項：
 - 哮喘
 - 慢性支氣管炎
 - 支氣管炎
 - 肺氣腫
 - 慢性阻塞性肺病 (Chronic obstructive pulmonary disease, COPD)
 - 肺纖維化
 - 肺動脈高血壓
- 慢性和致殘性精神健康疾病，包括但不限於以下各項：
 - 躁鬱症
 - 嚴重抑鬱症
 - 偏執性障礙
 - 精神分裂症
 - 精神分裂感情型障礙
- 神經功能障礙，包括但不限於以下各項：
 - 阿茲海默症和其他失智症
 - 肌萎縮性脊髓側索硬化症 (Amyotrophic lateral sclerosis, ALS)
 - 癲癇


- 大範圍癱瘓（即偏癱、四肢癱瘓、截癱、單癱）
- 亨廷頓氏病
- 多發性硬化
- 帕金森病
- 多發性神經病變
- 椎骨狹窄症
- 中風相關的神經功能缺損
- 中風
- 關節炎，包括但不限於以下各項：
 - 類風濕性關節炎
- 慢性腎病
- 飲食失調
- B 型肝炎
- C 型肝炎
- 囊腫纖維化症
- 肥胖症
- 骨質疏鬆症
- 反射性交感神經失養 (Reflex sympathetic dystrophy, RSD) 症候群
- 菸草使用及相關症狀

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

- Elderplan（長老計劃）為患有某些慢性疾病的會員提供食品雜貨福利、送餐到家服務。加入本計劃後，會員需要證明自己符合資格。Elderplan（長老計劃）也會審核醫療服務提供者提供的賠付要求資料。
- 請查看以下醫療福利表中的 *慢性病特殊補充福利* 瞭解詳細資訊。
- 請聯絡我們以確切瞭解您可能有的資格獲得的福利。

 您會在福利表中預防性服務的旁邊看到這個蘋果。

醫療福利表

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p> 腹主動脈瘤篩檢</p> <p>對有患病風險的人進行一次性超音波篩檢。僅在您可獲得醫生、醫生助理、執業護士或臨床專科護士的轉診進行此篩檢時，本計劃才會予以承保。</p>	<p>網絡內</p> <p>符合此預防性篩檢資格的會員無需支付共同保險、共付費或自付額。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
針灸服務（非 Medicare 聯邦醫療服務 承保）	網絡內 每次就診無需支 付共同保險或共 付費。對於以下 服務，每年限 20 次就診： <ul style="list-style-type: none">• 針灸• 拔罐/艾灸• 指壓• 推拿• 刮痧• 反射療法• 紅外線療法

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>治療慢性腰背痛的針灸</p> <p>承保服務包括：</p> <p>在下列情況下，可為 Medicare 聯邦醫療保險受益人承保 90 天內最多 12 次就診：</p> <p>對於此福利來說，慢性腰背痛的定義為：</p> <ul style="list-style-type: none">• 持續 12 週或更長時間；• 非特異性的，無法找到明確的系統性原因（即與轉移性、發炎性、傳染性疾病等無關）；• 與手術無關；以及• 與懷孕無關。 <p>對於症狀有所好轉的患者，還將承保 8 次額外的就診。每年不得超過 20 次針灸治療。</p> <p>如果患者病情沒有好轉或出現惡化，則必須中止治療。</p> <p>醫療服務提供者要求：</p> <p>醫生（如《社會安全法》（下稱「法案」）第 1861(r)(1) 節規定）可根據適用的州要求提供針灸服務。</p>	<p>網絡內</p> <p>不需要為 Medicare 聯邦醫療保險承保的慢性腰背痛針灸服務支付共同保險、共付費或自付額。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務

獲得這些服務時
您必須支付多少
費用

治療慢性腰背痛的針灸（續）

醫生助理 (PA)、執業護士 (NP)/臨床護士專科醫生 (CNS)（參見法案 1861(aa)(5)）以及輔助人員在符合所有適用州要求且符合以下條件時可以提供針灸：

- 擁有針灸和東方醫學認證委員會 (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) 認證的學校頒發的針灸或中醫學碩士或博士學位；和
- 獲得目前完整有效和不受限制的許可，在美國的州、地區或聯邦（即波多黎各）或哥倫比亞特區進行針灸。

根據我們的法規 42 CFR §§ 410.26 和 410.27 的規定，提供針灸的輔助人員必須受到醫生、PA 或 NP/CNS 的適當監督。



第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>救護車服務</p> <p>承保的救護車服務（無論是緊急還是非緊急情況）包括固定翼救護機、旋翼救護機和地面救護車服務，載送到可提供護理的最近的適當機構（如果接受護理的會員的身體狀況無法使用其他交通手段，否則可能會危及患者的健康，或經過本計劃授權）。如果承保的救護車服務不是用於緊急情況，則應記錄該會員的狀況，表明其他交通方式可能危及該會員的健康，並且出於醫療原因需要使用救護車進行運輸。</p>	<p>網絡內</p> <p>每次單程載送 \$215 的共付費。</p> <p>非緊急服務需獲得授權。</p>


第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>年度體檢</p> <p>除了「歡迎加入 Medicare 聯邦醫療保險檢查」和「健康年檢」外，此項檢查也獲承保。</p> <ul style="list-style-type: none">● Medicare 聯邦醫療保險未作為預防性服務另行承保的常規化驗，包括有醫學指徵的情況：<ul style="list-style-type: none">○ 綜合代謝功能檢測組合○ 促甲狀腺激素○ 全血細胞計數○ 維生素 D● 手動體檢，包括檢查身體的主要部位● 審查當前存在的病症、制定特定的治療計劃以及檢查	<p>網絡內</p> <p>不需要為年度體檢（限每年檢查一次）支付共同保險或共付費。</p> <p>不需要為 Medicare 聯邦醫療保險承保的化驗服務支付共同保險或共付費。</p>
<p>註：對於年度體檢期間提供的其他服務，費用分攤可能適用。</p>	



第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）


為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p> 健康年檢</p> <p>如果您已加入 B 部分 12 個月以上，您可以進行健康年檢，以便根據您目前的健康狀況和風險因素，制定或更新個性化的預防計劃。每 12 個月承保一次。</p> <p>註：您不能在參加歡迎加入 Medicare 聯邦醫療保險預防性診斷後的 12 個月內接受您的第一次健康年檢。但是，在已加入 B 部分 12 個月以後，您不必參加歡迎加入 Medicare 聯邦醫療保險診斷，也可獲得健康年檢承保。</p>	<p>網絡內</p> <p>不需要為健康年檢支付共同保險、共付費或自付額。</p>
<p> 骨質測量</p> <p>對於符合資格的個人（通常，這意味著有骨質流失或骨質疏鬆患病風險的人），每 24 個月或更頻繁（如果屬於醫療必需）承保以下服務一次：鑒定骨質、檢測骨質流失或鑒定骨骼品質的醫療程序，包括醫生對檢測結果的解釋。</p>	<p>網絡內</p> <p>不需要為 Medicare 聯邦醫療保險承保的骨質測量支付共同保險、共付費或自付額。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p> 乳腺癌篩檢（乳腺照影）</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 35 歲到 39 歲之間，一次基本乳房 X 光檢查• 年滿 40 歲的女性，每 12 個月一次篩檢乳腺照影• 每 24 個月一次臨床乳腺檢查	<p>網絡內</p> <p>不需要為承保的 乳腺照影篩檢支 付共同保險、共 付費或自付額。</p>
<p>心臟復健服務</p> <p>會為滿足特定條件且有醫囑的會員承保包括練習、培訓和顧問服務在內的心臟復健服務綜合計劃。本計劃還承保強化心臟復健計劃，這些計劃通常比心臟復健計劃更嚴格或強度更大。</p>	<p>網絡內</p> <p>對於 Medicare 聯 邦醫療保險承保 的心臟復健服 務，\$10 的共付 費。需要授權。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p> 心血管疾病風險降低診斷（對於心血管疾病的治療）</p> <p>我們為您承保每年一次的主治醫生診斷，幫助您降低心血管疾病的風險。在本次診斷中，您的醫生可能會討論阿司匹靈的使用（如果合適）、檢查您的血壓並給予您確保膳食健康的提示。</p>	<p>網絡內</p> <p>不需要為強化行為治療心血管疾病預防福利支付共同保險、共付費或自付額。</p>
<p> 心血管疾病檢查</p> <p>透過血液檢查來檢查心血管疾病（或與心血管疾病風險提高相關的異常情況），每 5 年（60 個月）一次。</p>	<p>網絡內</p> <p>不需要為心血管疾病檢查（承保每 5 年一次）支付共同保險、共付費或自付額。</p>

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<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">• 為所有女性承保：每 24 個月承保一次子宮頸塗片檢查和盆腔檢查• 如果您患子宮頸癌或陰道癌的風險較高，或您處於生育年齡且在過去 3 年內的子宮頸塗片檢查結果不正常：每 12 個月一次子宮頸塗片檢查	<p>網絡內</p> <p>不需要為 Medicare 聯邦醫療保險承保的預防性子宮頸塗片檢查和盆腔檢查支付共同保險、共付費或自付額。</p>
<p>脊椎推拿服務</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 人工矯治脊椎以矯正半脫位	<p>網絡內</p> <p>對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的脊椎推拿服務，\$15 的共付費。</p>

為您承保的服務

獲得這些服務時
您必須支付多少
費用 結腸直腸癌篩檢

承保以下篩檢：

- 結腸鏡檢查無最低或最高年齡限制，對於非高危患者，每 120 個月（10 年）承保一次；對於非結腸直腸癌高危患者，在先前接受過軟式乙狀直腸內視鏡檢查後，每 48 個月承保一次；對於高危患者，在先前接受過結腸鏡篩檢或鋇灌腸檢查後，每 24 個月承保一次。
- 對於 45 歲及以上的患者提供軟式乙狀直腸內視鏡檢查。對於非高危患者，在先前接受過結腸鏡篩檢後，每 120 個月承保一次。對於高危患者，在軟式乙狀直腸內視鏡或鋇灌腸檢查後，每 48 個月承保一次。
- 對於 45 歲或以上的患者提供糞便隱血檢查。每 12 個月一次。
- 對於 45 至 85 歲且不符合高危標準的患者，提供多目標糞便 DNA 檢測。每 3 年一次。

網絡內

不需要為 Medicare 聯邦醫療保險承保的結腸直腸癌篩檢（不包括鋇灌腸檢查，此檢查需支付共同保險）支付共同保險、共付費或自付額。如果您的醫生在結腸鏡檢查或軟式乙狀直腸內視鏡檢查中發現並切除了息肉或其他組織，則篩檢變成診斷性檢查。

為您承保的服務

獲得這些服務時
您必須支付多少
費用

 結腸直腸癌篩檢（續）

- 對於 45 至 85 歲且不符合高危標準的患者，提供血液生物標記物檢測。每 3 年一次。
- 鋇灌腸作為結腸鏡檢查的替代方法，適用於自上一次鋇灌腸篩檢或最後一次結腸鏡檢查以來已有 24 個月的高危患者。
- 鋇灌腸作為軟式乙狀直腸內視鏡檢查的替代方法，適用於 45 歲或以上的非高危患者。自上次鋇灌腸篩檢或軟式乙狀直腸內視鏡檢查後至少 48 個月一次。

結腸直腸癌篩檢包括 Medicare 聯邦醫療保險承保的非侵入性糞便結腸直腸癌篩檢返回陽性結果後進行的後續結腸鏡篩檢。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>牙科服務</p> <p>一般情況，傳統的聯邦醫療保險不會承保預防性牙科服務（例如洗牙、常規牙科檢查和牙科 X 光）。但是，在少數情況下，Medicare 聯邦醫療保險目前會為牙科服務支付費用，特別是當該服務是受益人主要病情的特定治療的一部分。一些例子包括骨折或受傷後的顎骨重建、為顎骨癌症放射治療做準備而進行的拔牙、或腎移植前的口腔檢查。此外，我們承保以下服務：</p> <p>補充性預防牙科服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 口腔檢查 ● 洗牙（預防治療） ● 補充性牙科 X 光 	<p>網絡內和網絡外 合計</p> <p>補充性預防牙科 服務</p> <p>補充性預防牙科服務的承保範圍僅限於從以下合併網絡內和網絡外類別中所選的服務代碼。</p> <p>不需要為以下補充性預防牙科服務支付共同保險或共付費：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 口腔檢查： 每 6 個月 1 次

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>牙科服務（續）</p> <p>Medicare 聯邦醫療保險承保的綜合牙科服務</p> <p>補充性綜合牙科服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 修復服務 • 牙髓治療服務 • 牙周病治療服務 • 假牙修復、其他口腔/頷面外科手術、其他服務 	<ul style="list-style-type: none"> • 洗牙（預防治療）：每 6 個月 1 次 • 牙科 X 光檢查：每 12 個月 1 次 • 全口系列牙科 X 光檢查：每 36 個月 1 次 • 全景攝片與頭部測量攝片：每 12 個月 1 次

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
牙科服務（續）	<p>網絡內綜合牙科服務</p> <p>對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的綜合牙科福利，20% 的共同保險。Medicare 聯邦醫療保險將僅支付您在住院時獲取的某些牙科服務的費用。如果您需要進行緊急或複雜的牙科手術，Medicare 聯邦醫療保險可支付相關住院護理費用。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
牙科服務（續）	<p>網絡內和網絡外 合計</p> <p>補充性綜合牙科 服務</p> <p>補充性綜合牙科 服務的承保範圍 僅限於從以下合 併網絡內和網絡 外類別中所選的 服務代碼。</p> <p>您需為補充性綜 合牙科服務支付 \$0 的共付費，每 年最多 \$1,500 的 網絡內和網絡外 合計總額。預防 性牙科不計入年 度最高網絡內和 網絡外合計 總額。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
牙科服務（續）	<p>每年的 \$1,500 合計福利限額用完之後，會員將承擔網絡內和網絡外的全部費用。</p> <p>根據 ADA 指引，福利頻次可能限於每顆牙/每一牙弓/每象限 1 次服務。</p>

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
牙科服務（續）	<p data-bbox="1094 533 1289 583"><u>修復服務</u></p> <ul data-bbox="1094 636 1463 1373" style="list-style-type: none"><li data-bbox="1094 636 1463 869">● 選定代碼，每顆牙共付費僅為 \$0/每 6 個月承保 1 次。<li data-bbox="1094 890 1463 1123">● 選定代碼，每顆牙共付費僅為 \$0/每 24 個月承保 1 次。<li data-bbox="1094 1144 1463 1373">● 選定代碼，每顆牙共付費為 \$0/每 60 個月承保 1 次。 <p data-bbox="1094 1423 1382 1474"><u>牙髓治療服務</u></p> <ul data-bbox="1094 1526 1463 1759" style="list-style-type: none"><li data-bbox="1094 1526 1463 1759">● 選定代碼，每顆牙共付費僅為 \$0/終身承保 1 次。



第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
牙科服務（續）	<u>牙周病治療服務</u> <ul style="list-style-type: none">• 選定代碼，共 付費僅為 \$0/每 36 個月承保 1 次。• 選定代碼，每 象限共付費僅 為 \$0/每 36 個 月承保 1 次。• 選定代碼，每 象限共付費僅 為 \$0/每 60 個 月承保 1 次。

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
牙科服務（續）	<p data-bbox="1094 533 1289 583"><u>頷面服務</u></p> <ul data-bbox="1094 638 1463 1247" style="list-style-type: none"><li data-bbox="1094 638 1463 743">• 選定代碼，共 付費僅為 \$0。<li data-bbox="1094 764 1463 995">• 選定代碼，共 付費僅為 \$0/每 12 個月承保 1 次。<li data-bbox="1094 1016 1463 1247">• 選定代碼，共 付費僅為 \$0/每 60 個月承保 1 次。 <p data-bbox="1094 1297 1382 1348"><u>假牙修復服務</u></p> <ul data-bbox="1094 1402 1463 1822" style="list-style-type: none"><li data-bbox="1094 1402 1463 1570">• 選定代碼，每 副假牙共付費 僅為 \$0。<li data-bbox="1094 1591 1463 1822">• 選定代碼，每 顆牙共付費僅 為 \$0/每 60 個 月承保 1 次。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
牙科服務（續）	<p data-bbox="1094 533 1430 646"><u>口腔和頷面手術 服務</u></p> <ul data-bbox="1094 695 1463 1310" style="list-style-type: none"><li data-bbox="1094 695 1463 808">• 選定代碼，共 付費僅為 \$0。<li data-bbox="1094 825 1463 1058">• 選定代碼，每 顆牙共付費僅 為 \$0/終身承保 1 次。<li data-bbox="1094 1075 1463 1310">• 選定代碼，每 象限共付費僅 為 \$0/每 12 個 月承保 1 次。 <p data-bbox="1094 1358 1382 1413"><u>附加一般服務</u></p> <ul data-bbox="1094 1461 1463 1575" style="list-style-type: none"><li data-bbox="1094 1461 1463 1575">• 選定代碼，共 付費僅為 \$0。 <p data-bbox="1094 1623 1430 1856">如需詳細瞭解哪 些服務受保， 請聯絡會員服 務部。</p>

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p> 憂鬱症篩檢</p> <p>我們對每年一次的憂鬱症篩檢承保。必須在可以提供後續治療和/或轉診的初級醫療環境中完成篩檢。</p>	<p>網絡內</p> <p>不需要為年度憂鬱症篩檢就診支付共同保險、共付費或自付額。</p>
<p> 糖尿病篩檢</p> <p>如果您有以下任何風險因素，我們會為您承保此篩檢（包括快速葡萄糖檢測）：高血壓、膽固醇和甘油三酸酯異常（血脂異常）歷史、肥胖或高血糖歷史。如果您符合其他要求（例如，超重和有糖尿病家族史），也可以承保檢查。</p> <p>根據這些檢查的結果，您可能有資格每 12 個月獲得最多兩次糖尿病篩檢承保。</p>	<p>網絡內</p> <p>不需要為 Medicare 聯邦醫療保險承保的糖尿病篩檢測試支付共同保險、共付費或自付額。</p>

為您承保的服務

獲得這些服務時
您必須支付多少
費用
 糖尿病自我管理培訓、糖尿病服務和用品

網絡內


適用於患有糖尿病的所有人（胰島素和非胰島素使用者）。承保服務包括：

不需要為以下由 Medicare 聯邦醫療保險承保的服務支付共同保險或共付費：

- 用於檢測您的血糖的用品：血糖監測器、血糖試紙、刺血設備和刺血針，以及用於檢查試紙和監測器精確度的血糖控制液。
- 對於患有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者：每個曆年可獲得一雙定制的治療用鞋（包括與這類鞋子一起提供的鞋墊）和另外兩雙鞋墊，或一雙高幫鞋和三雙鞋墊（不包括與這類鞋子一起提供的非定製可拆卸鞋墊）。承保包括試穿。
- 在某些情況下，會承保糖尿病自我管理培訓。

- 糖尿病自我管理培訓。
- 青光眼篩檢
- 糖尿病用品。僅限使用指定製造商製造的糖尿病試紙和血糖儀：Abbott Diabetes Care 和 Ascensia Diabetes Care。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
 糖尿病自我管理培訓、糖尿病服務和用品 (續)	對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的糖尿病治療用鞋或鞋墊，20% 共同保險。
<p>耐用醫療設備 (DME) 和相關用品</p> <p>(有關耐用醫療設備的定義，請查看本文件的第 12 章以及第 3 章第 7 節。)</p> <p>承保物品包括但不限於：輪椅、柺杖、電動床墊系統、糖尿病用品、醫療服務提供者訂購用於家庭的醫院病床、靜脈輸液幫浦、語音生成裝置、氧氣設備、霧化器和助行器。</p> <p>我們可承保傳統的聯邦醫療保險承保的所有醫療必需 DME。如果您區域中的供應商沒有特定品牌或製造商，您應該詢問他們是否可以特地為您預訂。最新的供應商清單可在我們網站 www.elderplan.org 上找到。</p>	<p>網絡內</p> <p>對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的耐用醫療設備 (DME) 和相關用品，20% 的共同保險。</p> <p>僅特定物品（譬如但不限於高價值、機動和定製設備或物品）才需獲得授權。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
耐用醫療設備 (DME) 和相關用品（續）	<p>對於 Medicare 聯邦醫療保險氧氣設備承保，您的費用分攤為每月 20% 的共同保險。</p> <p>在加入計劃的 36 個月內，您的費用分攤不變。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）


為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>緊急護理</p> <p>緊急護理是指以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none">• 由具備提供緊急醫療服務資格的人員提供，及• 屬評估或穩定緊急病情需要。 <p>緊急醫療情況是指您或任何其他具有一般健康和醫學知識的謹慎外行人認為您出現的症狀需要立即就醫以防發生生命危險（若您是一名孕婦，以防流產）、肢體缺損或肢體功能喪失的情況。醫療症狀可以是疾病、受傷、劇痛或快速惡化的醫療情況。</p> <p>在網絡外提供的必要緊急醫療服務的費用分攤，與在網絡內提供該等服務的費用相同。</p>	<p>對於每次 Medicare 聯邦醫療保險承保的急診室就診，\$90 的共付費。</p> <p>若您在 24 小時內因相同病症住院，則不需要支付費用分攤。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>緊急護理（續）</p> <p>全球緊急醫療/緊急載送服務/急症治療承保</p> <p>不需要為全球緊急醫療/緊急載送服務/急症治療承保支付共同保險或共付費（最高福利金額為 \$50,000）。</p>	<p>如果您在網絡外醫院接受緊急醫療護理且在緊急狀況穩定後需要住院治療，您必須返回網絡內醫院才能繼續獲得承保，或者您必須在計劃授權的網絡外醫院接受住院治療，且您應支付的費用為您在網絡內醫院應支付的費用分攤。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）


為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
現金 Flex 卡	<p>不需要為現金 Flex 卡支付共同保險或共付費。</p> <p>您在 2024 年將獲得用於牙科、視力、聽力和/或健身服務的自付費用補貼為 \$500。</p> <p>任何未使用的福利金將於該曆年結束時或您退出計劃時到期。</p>

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p> 保健和健康教育計劃</p> <p>健身福利（健身房的使用）</p> <p>Silver&Fit[®] 健康老齡化和鍛煉計劃讓 Elderplan（長老計劃）會員能夠使用網絡內的健身中心，並且會員還可以選擇家庭健身套件，例如可穿戴的健身追蹤器和力量設備等。此外，我們還會安排訓練有素的健康輔導師透過電話、視訊或聊天免費為您提供點播健身課程和一對一老年人健康輔導課程。</p> <p>Silver & Fit 免費聯絡電話為 1-877-427-4788（聽障專線：711），服務時間為週一至週五早上 8 點至晚上 9 點。</p>	<p>網絡內</p> <p>不需要為健身福利支付共同保險或共付費。</p>
<p>BrainHQ[®] 記憶力保健計劃</p> <p>會員可以使用線上記憶力保健計劃，透過遊戲、拼圖和其他趣味練習來改善大腦機能。如需註冊，請瀏覽 (elderplan.brainhq.com)。</p> <p>BrainHQ[®] 免費電話為 1-888-496-1675（聽障專線：711），服務時間為週一至週五早上 8 點至晚上 9 點。</p>	<p>不需要為 BrainHQ[®] 支付共同保險或共付費。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>聽力服務</p> <p>Medicare 聯邦醫療保險承保的聽力服務： 如果由您的醫生、聽力專家或其他合格的醫療服務提供者提供門診護理，您的醫療服務提供者將進行診斷性聽力和平衡評估，確定您所需的醫學治療是否獲承保。</p> <p>非 Medicare 聯邦醫療保險承保的聽力服務（每年一次）： 承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 常規聽力檢查 ● 助聽器，包括所有類型 ● 助聽器驗配/評估 	<p>網絡內</p> <p>對於每次 Medicare 聯邦醫療保險承保的診斷性聽力檢查，\$35 的共付費。</p> <p>不需要為每年一次的非 Medicare 聯邦醫療保險承保的常規聽力檢查、助聽器驗配/評估以及助聽器（所有類型）支付共同保險、共付費。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>聽力服務（續）</p>	<p>助聽器（所有類型）每年雙耳合計最高承保額為 \$1,000（每隻耳朵可獲得 \$500）。</p> <p>每年一次助聽器驗配/評估的共付費為 \$0。</p> <p>需要醫生或專科醫生授權。</p>
<p> HIV 篩檢</p> <p>對於要求進行 HIV 篩檢或感染 HIV 病毒風險增大的人士，我們承保以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> 每 12 個月一次篩檢 <p>對於孕婦，我們承保以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> 懷孕期間最多三次篩檢 	<p>網絡內</p> <p>符合 Medicare 聯邦醫療保險承保的預防性 HIV 篩檢資格的會員無需支付共同保險、共付費或自付額。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>居家護理機構提供的護理</p> <p>在接受居家護理服務之前，必須由醫生認證您需要居家護理服務，並且預訂由居家護理機構提供的居家護理服務。您必須困居家中，意即離家是很麻煩的事。</p> <p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 非全日或間斷性專業護理和居家護理員服務（若要獲得居家護理福利承保，您所接受的專業護理和居家護理員服務合計必須少於每天 8 小時，少於每週 35 小時） ● 物理治療、職業治療與言語治療 ● 醫療和社會服務 ● 醫療設備和用品 	<p>網絡內</p> <p>不需要為居家護理機構提供的護理服務支付共同保險或共付費。</p> <p>需要授權。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>居家輸液治療</p> <p>居家輸液治療包括在家中為個人靜脈或皮下輸注藥物或生物製劑。進行居家輸液所需的組件包括藥物（例如抗病毒藥、免疫球蛋白）、設備（例如幫浦）以及用品（例如管子和導管）。</p> <p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 依照護理計劃提供的專業服務，包括護理服務 • 在耐用醫療設備福利下不承保的患者培訓和教育 • 遠程監控 • 針對由符合資格的居家輸液治療供應商提供的居家輸液治療和居家輸注藥物的監測服務 	<p>網絡內</p> <p>對於下列 Medicare 聯邦醫療保險承保的服務，20% 的共同保險：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 耐用醫療設備 (DME) 和相關用品。僅特定項目需要授權，譬如但不限於高價值、機動和定製的設備或項目。 • 醫療用品。需要授權。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
居家輸液治療（續）	<ul style="list-style-type: none">• Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥。一些 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥可能需遵從階段療法要求。某些藥物可能需要獲得授權。 <p>不需要為居家護理機構提供的護理服務支付共同保險或共付費。 需要授權。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
居家輸液治療（續）	<p>網絡內和網絡外</p> <p>您需就下列 Medicare 聯邦醫療保險承保的服務支付共付費：</p> <ul style="list-style-type: none">• 對於專科醫生診所就診，\$35 的共付費。• 對於其他醫療護理專業人員服務，\$35 的共付費。只有直接由執業護士或醫生助理出具賬單的居家訪視需要授權。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>臨終關懷護理</p> <p>如果您的醫生和臨終關懷醫療主任為您作出絕症預後判斷，證明您患有絕症且若您的疾病正常進展，在世剩餘時間不超過 6 個月，則您有資格享受臨終關懷福利。您可以從任何獲得 Medicare 聯邦醫療保險認證的臨終關懷計劃接受護理。您的計劃有義務幫助您在計劃的服務區內找到獲得 Medicare 聯邦醫療保險認證的臨終關懷計劃，包括 MA 機構擁有、控制或具有經濟利益的計劃。您的臨終關懷護理醫生可以是網絡內提供者或網絡外提供者。</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 用於控制症狀與減輕疼痛的藥物 • 短期臨時護理 • 居家護理 <p>當您入住臨終關懷護理機構時，您有權留在您的計劃中；如果您選擇留在您的計劃中，您必須繼續支付計劃保費。</p>	<p>網絡內</p> <p>在您參與獲得 Medicare 聯邦醫療保險認證的臨終關懷計劃後，您的臨終關懷服務以及與您的絕症預後相關的 A 部分和 B 部分服務均由傳統的聯邦醫療保險（而不是 Elderplan Flex (HMO-POS)）支付費用。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>臨終關懷護理（續）</p> <p><u>對於臨終關懷服務以及 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分承保且與您的絕症預後相關的服務</u>：傳統的聯邦醫療保險（並非我們的計劃）將向您的臨終關懷提供者就與您的絕症預後有關的臨終關懷服務和任何 A 部分和 B 部分服務付款。參加臨終關懷計劃後，您的臨終關懷提供者會向傳統的聯邦醫療保險寄送該計劃應為您支付的服務的賬單。傳統的聯邦醫療保險將向您收取費用分攤。</p> <p><u>對於 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分承保但不與您的絕症預後相關的服務</u>：如果您需要 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分承保但不與您的絕症預後相關的非緊急醫療、非急症治療服務，您使用這些服務的費用取決於您是否使用計劃網絡內的提供者以及是否遵循計劃規則（例如，如有要求獲得事先授權的要求）。</p>	<p>在您選擇臨終關懷服務前，Elderplan Flex (HMO-POS) 將支付一次諮詢就診的費用。</p>

為您承保的服務

獲得這些服務時
您必須支付多少
費用

臨終關懷護理（續）

- 如果您獲得網絡內提供者提供的承保服務，並遵循計劃規則獲取服務，您只需支付網絡內服務的計劃費用分攤金額
- 如果您獲得網絡外提供者提供的承保服務，您需要支付按服務收費 Medicare 聯邦醫療保險（傳統的聯邦醫療保險）規定的費用分攤

為您承保的服務

獲得這些服務時
您必須支付多少
費用

臨終關懷護理（續）


對於 Elderplan Flex (HMO-POS) 承保但 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分不承保的服務：Elderplan Flex (HMO-POS) 將繼續承保那些 A 部分或 B 部分不承保的計劃承保服務，無論它們是否與您的絕症預後相關。您為這些服務支付您的計劃費用分攤金額。

對於計劃的 D 部分福利可能承保的藥物：若這些藥物與您的絕症臨終關懷計劃無關，您需要支付費用分攤。若它們與您的絕症臨終關懷計劃有關，則您需要支付傳統的聯邦醫療保險的費用分攤。臨終關懷計劃與本計劃絕不會同時承保同種藥物。如需更多資訊，請查看第 5 章第 9.4 節（如果您參加了經 Medicare 聯邦醫療保險認證的臨終關懷計劃，該如何處理）。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>臨終關懷護理（續）</p> <p>註：如果您需要非臨終關懷護理（與您的絕症預後無關的護理），您應聯絡我們安排服務。</p> <p>我們的計劃承保為沒有選擇臨終關懷福利的絕症患者提供的臨終關懷諮詢服務（只有一次）。</p>	

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p> 免疫接種</p> <p>承保的 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">● 肺炎疫苗● 流感疫苗，每年秋冬流感季接種一次，如果具有醫療必需性，可接種多次● B 型肝炎疫苗（如果您患 B 型肝炎的風險較高或中等）● COVID-19 疫苗● 其他疫苗（如果您有患病風險且疫苗符合 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分的承保規定） <p>我們也承保某些我們 D 部分處方藥福利的疫苗。</p>	<p>網絡內</p> <p>不需要為肺炎、流感、B 型肝炎和 COVID-19 疫苗支付共同保險、共付費或自付額。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>住院治療</p> <p>包括急性住院護理、住院復健、長期護理住院及其他類型的住院服務。住院醫院護理從您聽從醫生要求正式住院的那天開始算起。出院的前一天是您住院的最後一天。</p> <p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 半私人病房（或醫療必需時的私人病房） • 包括特殊飲食在內的膳食 • 常規護理服務 • 特殊護理病房費用（例如，重症監護病房或冠心病監護病房） • 藥物和用藥 • 化驗 • X 光及其他放射服務 • 必要的手術及醫療用品 • 器械（例如輪椅）的使用 • 手術室與康復室費用 • 物理治療、職業治療與言語語言治療 • 住院藥物濫用服務 	<p>網絡內</p> <p>受益期從您住進醫院或專業護理機構的第一天開始算起。</p> <p>每次住院您需支付：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 第 1-5 天： 每天 \$390 的共付費 • 第 6 天及之後： 每天 \$0 的共付費 <p>需要授權。</p>

為您承保的服務

獲得這些服務時
您必須支付多少
費用

住院治療（續）

- 在某些情況下，承保以下類型的移植：如果您在緊急狀況下接受移植，且情況穩定後從網絡外醫院接受經授權的住院治療，您應支付的費用為您在網絡內醫院應支付的費用分攤。
- 如果您需要進行移植，我們將安排 Medicare 聯邦醫療保險批准的移植中心對您的個案進行審查，並決定您是否能成為移植等候者。移植提供者必須是本地或服務區外提供者。如果我們在社區護理模式之外提供網絡內移植服務，您可以選擇在本地進行移植，只要本地移植提供者願意接受傳統的聯邦醫療保險價格。如果 Elderplan Flex (HMO-POS) 在您的社區移植護理模式之外提供移植服務，且您選擇在該偏遠位置接受移植，我們會為您和陪伴人員安排或支付適當的住宿和交通費用。

為您承保的服務

獲得這些服務時
您必須支付多少
費用

住院治療（續）

- 血液 – 包括儲存和管理。全血和濃縮紅細胞的承保從您需要的第四品脫血液開始 – 您必須為在一個曆年內獲得的前 3 品脫血液支付費用或使用由您或其他人捐獻的血液。所有其他血液成分均從使用的第一品脫開始承保。
- 醫生服務

註：如果需要住院，您的醫療服務提供者必須寫醫囑來准許您入院。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。如果您不確定自己為門診患者還是住院患者，應詢問醫院工作人員。

為您承保的服務

獲得這些服務時
您必須支付多少
費用

住院治療（續）

您也可以名在名為「*Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!*」（您是醫院的住院病人還是門診病人？如果有 Medicare 聯邦醫療保險，先問問！）的 Medicare 聯邦醫療保險計劃情況說明書中找到詳細資訊。可在網站 <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf> 查看該說明書，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。聽障人士可致電 1-877-486-2048。您可以免費撥打這些號碼，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>精神病院住院服務</p> <ul style="list-style-type: none"> 承保服務包括需要住院的精神健康護理服務。 從全科醫院獲取精神健康護理時，您享有的受益期的數量沒有限制。從精神病院獲取護理時，您同樣可享有多个受益期。 	<p>網絡內</p> <p>受益期從您住進醫院或專業護理機構的第一天開始算起。</p> <p>每次住院您需支付：</p> <ul style="list-style-type: none"> 第 1-5 天： 每天 \$350 的共付費 第 6 天及之後： 每天 \$0 的共付費 <p>需要授權。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>住院：在非承保住院期間，在醫院或 SNF 接受的承保服務</p> <p>如果您已用完您的住院福利或您的住院不合理和不必要，我們將不會為您的住院承保。但是，在某些情況下，我們將為您在醫院或專業護理機構 (SNF) 期間接受的某些服務承保。承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 醫生服務 ● 診斷檢測（例如化驗室檢查） ● X 光、鐳射和同位素治療，包括技術員材料和服務 ● 外科敷料 ● 夾板、石膏和其他用於減輕骨折與脫臼的設備 ● 更換身體內部器官全部或部分（包括鄰近組織）或永久失去功能或不能正常發揮功能的身體內部器官的全部或部分功能的假體和矯形設備（牙科除外），包括此類設備的更換或修理 	<p>不需要為以下服務支付共同保險或共付費：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 主治醫生 (PCP) 處就診。 ● Medicare 聯邦醫療保險承保的化驗服務。 ● 內分泌科醫生診所就診。 <p>對於下列 Medicare 聯邦醫療保險承保的服務，您需要支付以下費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 對於每次專科醫生就診，\$35 的共付費。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>住院：在非承保住院期間，在醫院或 SNF 接受的承保服務（續）</p> <ul style="list-style-type: none"> • 腿部、臂部、背部和頸部支架、疝帶、以及假腿、假臂和假眼，包括因破損、磨損、丟失或患者身體狀況的改變而需要的調整、修理和更換 • 物理治療、語言治療與職業治療 	<ul style="list-style-type: none"> • 對於診斷程序/檢查，\$35 的共付費。 • 對於 X 光服務，\$20 的共付費。 • 對於職業治療、物理治療或言語/語言病理學服務，每次就診 \$35 的共付費。需要授權。


第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）


為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
住院：在非承保住院期間，在醫院或 SNF 接受的承保服務（續）	<ul style="list-style-type: none">● 對於其他醫療護理專業人員服務，\$35 的共付費。只有直接由執業護士或醫生助理出具賬單的居家訪視需要授權。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
住院：在非承保住院期間，在醫院或 SNF 接受的承保服務（續）	<p>對於下列每項 Medicare 聯邦醫療保險承保的服務，20% 的共同保險：</p> <ul style="list-style-type: none">• 放射線治療服務。• 假體裝置/醫療用品。需要授權。• 放射線診斷服務。僅正電子放射斷層掃描 (PET)、磁共振成像 (MRI)、磁共振血管造影 (MRA) 和 CAT 掃描 (CT) 需要授權。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p> 醫學營養治療</p> <p>此福利適用於糖尿病患者、腎病患者（不包括透析）或按醫囑接受過腎臟移植的患者。在您接受 Medicare 聯邦醫療保險（包括我們的計劃、任何其他 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃或傳統的聯邦醫療保險）下的醫學營養治療服務的第一年中，我們會為您承保 3 小時的一對一諮詢服務，此後每年承保 2 小時。如果您的狀況、治療或診斷發生變化，您可以按醫囑接受更長時間的治療。醫生必須對這些服務開具處方，並在您需要在下一個曆年繼續接受治療時更新其醫囑。</p>	<p>網絡內</p> <p>符合 Medicare 聯邦醫療保險承保的醫學營養治療服務資格的會員無需支付共同保險、共付費或自付額。</p>

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p> Medicare 聯邦醫療保險糖尿病預防計劃 (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>所有 Medicare 聯邦醫療保險健康計劃下的合資格 Medicare 聯邦醫療保險受益人均可獲得 MDPP 服務承保。</p> <p>MDPP 是一項結構化健康行為改變干預措施，針對改變長期飲食習慣、增加身體活動提供實踐性訓練，並為克服挑戰以堅持減肥和維持健康的生活方式提供解決方案。</p>	<p>網絡內 MDPP 福利不需要支付共同保險、共付費或自付額。</p>

為您承保的服務

獲得這些服務時
您必須支付多少
費用

Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥

這些藥物由傳統的聯邦醫療保險計劃 B 部分進行承保。我們計劃中的會員透過我們的計劃接受這些藥物的承保。承保藥物包括

網絡內

對於 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥，20% 的共同保險。

對於 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分胰島素藥物，最多需支付 \$35。

一些 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥可能需遵從階段療法要求。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 通常不是由患者自行施用，而是在接受醫生、醫院門診或門診手術中心服務時注射或輸液的藥物 • 透過耐用醫療設備（例如醫療必需的胰島素幫浦）提供的胰島素 • 經過本計劃授權使用耐用醫療設備（例如霧化器）施用的其他藥物 • 血友病患者自行注射的凝血因子 • 免疫抑制藥物（如果您在接受器官移植時參加 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分） • 可注射的骨質疏鬆症藥物（如果您困居家中，經醫生認定患有與停經後骨質疏鬆有關的骨折並且無法自行用藥） 	<p>某些藥物可能需要獲得授權。</p> <p>無論 B 部分和 D 部分藥物的費用分攤如何，您為我們計劃承保的每種胰島素產品的一個月份量所支付的費用也不會超過 \$35，即使您尚未支付自付額。</p>

為您承保的服務

獲得這些服務時
您必須支付多少
費用

Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥（續）

- 抗原
- 某些口服抗癌藥物和止吐藥物
- 用於家庭透析的某些藥物，包括肝磷脂、醫療必需的肝磷脂解藥、局部麻醉劑和促紅細胞生成素（例如 Procrit[®] [普羅克里特] 和 Epoetin Alfa [阿法依伯汀]）
- 免疫球蛋白靜脈注射劑（用於在家治療原發性免疫缺損疾病）


以下連結將帶您到可能受階段治療*限制的 B 部分藥物清單：

<https://www.elderplan.org/prescription-drugs>

我們的 B 部分和 D 部分處方藥福利還承保某些疫苗。

第 5 章說明了 D 部分處方藥福利，包含您必須遵守才能使處方藥受保的規則。第 6 章說明了您須為透過我們計劃取得之 D 部分處方藥支付的費用。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p> 用於促進持續減肥的肥胖症篩檢和治療</p> <p>如果您的體重指數達到或超過 30，我們可承保深入諮詢服務，以幫助您減肥。如果這類諮詢是您在初級醫療環境中（也就是可以將諮詢與全面的預防計劃相配合的地方）獲得的，也可以承保。諮詢您的主治醫生或執業醫護人員瞭解詳細資訊。</p>	<p>網絡內</p> <p>不需要為預防性肥胖症篩檢和治療支付共同保險、共付費或自付額。</p>

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>鴉片類藥物治療計劃服務</p> <p>我們計劃中患有鴉片類藥物濫用失調 (Opioid Use Disorder, OUD) 的會員可以透過鴉片類藥物治療計劃 (Opioid Treatment Program, OTP) 獲得治療 OUD 的服務，其中包括以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 經美國食品和藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 核准的鴉片類藥物促效劑和拮抗劑藥物輔助治療 (Medication-Assisted Treatment, MAT) 藥物。 ● MAT 藥物的配藥和給藥（如適用） ● 藥物濫用諮詢 ● 個人和團體治療 ● 毒性測試 ● 初談活動 ● 定期評估 	<p>網絡內</p> <p>對於鴉片類藥物治療計劃服務，\$20 的共付費。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>門診診斷測試與治療服務和用品</p> <p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● X 光 ● 放射（鐳射和同位素）治療，包括技術員材料和用品 ● 外科用品，例如敷料 ● 夾板、石膏和其他用於減輕骨折與脫臼的設備 ● 化驗室檢查 ● 血液 – 包括儲存和管理。全血和濃縮紅細胞的承保從您需要的第四品脫血液開始 – 您必須為在一個曆年內獲得的前 3 品脫血液支付費用或使用由您或其他人捐獻的血液。所有其他血液成分均從使用的第一品脫開始承保。Elderplan Flex (HMO-POS) 承保您在門診接受的前 3 品脫血液，對此您無需付費。 ● 其他門診診斷檢測 	<p>網絡內</p> <p>不需要為以下服務支付共同保險或共付費：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 門診血液服務。 ● Medicare 聯邦醫療保險承保的化驗服務。 ● 在診室就診時進行的診斷性結腸鏡檢查。 <p>您需就下列 Medicare 聯邦醫療保險承保的服務支付共付費：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 對於診斷程序/檢查，\$35 的共付費。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
門診診斷測試與治療服務和用品（續）	<ul style="list-style-type: none">• 對於 X 光服務，\$20 的共付費。 <p>對於下列每項 Medicare 聯邦醫療保險承保的服務，20% 的共同保險：</p> <ul style="list-style-type: none">• 放射線治療服務。• 假體裝置/醫療用品。需要授權。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
門診診斷測試與治療服務和用品（續）	<ul style="list-style-type: none">• 放射線診斷服務。僅正電子放射斷層掃描 (PET)、磁共振成像 (MRI)、磁共振血管造影 (MRA) 和 CAT 掃描 (CT) 需要授權。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>醫院門診觀察</p> <p>觀察服務是用來確定您是需要住院還是出院的一種醫院門診服務。</p> <p>醫院門診觀察服務如需獲得承保，必須符合 Medicare 聯邦醫療保險標準且屬於合理且必需的。觀察服務僅限按醫囑提供，或由其他經州特許法律和醫院工作人員細則授權之個人要求提供以收住病人入院或進行門診檢查時，才獲得承保。</p> <p>註：除非您的醫療服務提供者寫醫囑來准許您作為住院患者入院，否則，您就是門診患者且必須支付醫院門診服務的費用分攤。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。如果您不確定自己是否是門診患者，應詢問醫務人員。</p>	<p>網絡內</p> <p>對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的醫院門診觀察服務，20% 的共同保險。</p>

為您承保的服務

獲得這些服務時
您必須支付多少
費用

醫院門診觀察（續）

您也可以名在名為「*Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!*」（您是醫院的住院病人還是門診病人？如果有 Medicare 聯邦醫療保險，先問問！）的 Medicare 聯邦醫療保險計劃情況說明書中找到詳細資訊。可在網站

<https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf> 查看該說明書，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。聽障人士可致電 1-877-486-2048。您可以免費撥打這些號碼，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>醫院門診服務</p> <p>我們會為您在醫院門診部診斷或治療疾病或傷害時接受的醫療上需要的服務承保。</p> <p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在急診部或門診部接受的服務，例如觀察服務或門診手術 ● 由醫院出具賬單的化驗室和診斷檢測 ● 精神健康護理，包括部分住院計劃中的護理（如果醫生證明不這樣做就需要住院治療） ● 由醫院出具賬單的 X 光檢查及其他放射服務 ● 醫療用品，例如夾板和石膏 ● 不能自行施用的某些藥物和生物製品 <p>註：除非您的醫療服務提供者寫醫囑來准許您作為住院患者入院，否則，您就是門診患者且必須支付醫院門診服務的費用分攤。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。如果您不確定自己是否是門診患者，應詢問醫務人員。</p>	<p>網絡內</p> <p>對於下列每項 Medicare 聯邦醫療保險承保的服務，20% 的共同保險：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 醫院門診服務。 ● 部分住院服務。需要授權。 ● 放射線治療服務。 ● 假體裝置/醫療用品。需要授權。

為您承保的服務

獲得這些服務時 您必須支付多少 費用

醫院門診服務（續）

您也可以在此名為「*Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!*」（您是醫院的住院病人還是門診病人？如果有 Medicare 聯邦醫療保險，先問問！）的 Medicare 聯邦醫療保險計劃情況說明書中找到詳細資訊。可在網站

<https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf> 查看該說明書，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。聽障人士可致電 1-877-486-2048。您可以免費撥打這些號碼，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。

- 放射線診斷服務。僅正電子放射斷層掃描 (PET)、磁共振成像 (MRI)、磁共振血管造影 (MRA) 和 CAT 掃描 (CT) 需要授權。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務

獲得這些服務時
您必須支付多少
費用

醫院門診服務（續）

- Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥。一些 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥可能需遵從階段療法要求。某些藥物可能需要獲得授權。

不需要為以下服務支付共同保險或共付費：

- 門診血液服務。
- Medicare 聯邦醫療保險承保的化驗服務。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
醫院門診服務（續）	您需就下列 Medicare 聯邦醫療保險承保的服務支付共付費： <ul style="list-style-type: none">• 對於門診診斷程序 / 檢查，\$35 的共付費。• 對於 X 光服務，\$20 的共付費。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>門診精神健康護理</p> <p>承保服務包括：</p> <p>由州頒發執照的精神科醫生或醫生、臨床心理學家、臨床社會工作者、臨床護理專家、持照專業顧問 (LPC)、持照婚姻和家庭治療師 (LMFT)、執業護士 (NP)、醫生助理 (PA) 或其他符合 Medicare 聯邦醫療保險要求的精神健康護理專家在現行州法律允許的情況下提供的精神健康服務。</p>	<p>網絡內和網絡外</p> <p>對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的精神健康專家個人就診，\$20 的共付費。</p> <p>對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的精神健康專家團體就診，\$5 的共付費。</p> <p>對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的精神科服務個人就診，\$25 的共付費。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
門診精神健康護理（續）	對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的精神科服務團體就診，\$5 的共付費。
<p>門診復健服務</p> <p>承保的服務包括：物理治療、職業治療和言語治療。</p> <p>多種門診環境可提供門診復健服務，例如，醫院門診部、獨立治療室和綜合門診復健機構 (CORF)。</p>	<p>網絡內和網絡外</p> <p>對於職業治療、物理治療或言語/語言病理學服務，每次就診，\$35 的共付費。</p> <p>需要授權。</p>
<p>門診藥物濫用服務</p> <p>這些計劃為個人和團體提供藥物濫用門診治療。</p>	<p>網絡內</p> <p>對於門診藥物濫用戒除服務個人和團體就診，20% 的共同保險。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>門診手術，包括在醫院門診部和門診手術中心提供的服務</p> <p>註：如果您在醫院接受手術，您應該向您的醫療服務提供者確認您是住院患者還是門診患者。除非您的醫療服務提供者寫醫囑來准許您作為住院患者入院，否則，您就是門診患者，而且您必須支付門診手術的費用分攤。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。</p>	<p>網絡內</p> <p>對於在醫院門診或門診手術中心進行的門診手術，20% 的共同保險。</p> <p>不需要為在門診手術中心進行的診斷性結腸鏡檢查支付共同保險或共付費。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>部分住院服務及強化門診服務</p> <p>部分住院是醫院門診服務或社區精神健康護理中心提供的積極心理治療的結構化計劃，強度比在醫生或治療師診室接受的護理強度要高，是住院治療的一種替代方法。</p> <p>強化門診服務是一種在醫院門診部、社區精神健康中心、聯邦認可的健康中心或農村健康診所提供的積極行為（精神）健康治療的結構化計劃，其強度比您在醫生或治療師診室接受的護理更高，但強度不如部分住院治療。</p>	<p>網絡內</p> <p>對於部分住院服務及強化門診服務，20% 的共同保險。</p> <p>需要授權。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>醫生/執業醫護人員服務，包括醫生診所就診</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在醫生診所、經認證的門診手術中心、醫院門診部或任何其他地點完成的醫療上需要的醫療護理或手術服務 ● 專科醫生提供的諮詢、診斷和治療 ● 由您的 PCP 或專科醫生進行的基本聽覺和平衡檢查（如果您的醫生要求進行該檢查以瞭解您是否需要醫學治療） ● 在以下情況下，由醫生對您進行 5-10 分鐘的虛擬檢查（例如，透過電話或視訊聊天）： <ul style="list-style-type: none"> ○ 您不是新患者，並且 ○ 該檢查與過去 7 天內的診室就診無關，並且 ○ 該檢查不會引致未來 24 小時內的診所就診或可預訂的最早約診 	<p>網絡內</p> <p>不需要為以下服務的每次診室就診支付共同保險或共付費：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 主治醫生 (PCP) 服務。 <p>網絡內和網絡外</p> <p>不需要為以下服務的每次診室就診支付共同保險或共付費：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 內分泌科醫生服務

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>醫生/執業醫護人員服務，包括醫生診所就診（續）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在以下情況下，醫生對您傳送來的視訊和/或影像進行評估，並在 24 小時內作出解釋和跟進： <ul style="list-style-type: none"> ○ 您不是新患者，並且 ○ 該評估與過去 7 天內的診室就診無關，並且 ○ 該評估不會引致未來 24 小時內的診室就診或可預訂的最早約診 ● 您的醫生與其他醫生透過電話、網絡或電子健康記錄進行的會診 ● 手術之前由另一位網絡內提供者提供第二意見 ● 非常規牙科護理（承保服務僅限於顎部或相關結構的手術、顎骨或面骨重整、為顎骨腫瘤性癌症疾病放射治療做準備而進行的拔牙，或由醫生提供方可獲得承保的服務） 	<p>對於每次 Medicare 聯邦醫療保險承保服務的診室就診，您需支付：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 對於專科醫生服務，\$35 的共付費。 ● 對於其他醫療護理專業人員服務，\$35 的共付費。只有直接由執業護士或醫生助理出具賬單的居家訪視需要授權。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>醫生/執業醫護人員服務，包括醫生診所就診（續）</p> <ul style="list-style-type: none">由其他醫療護理專業人員（例如醫生助理、執業護士、社工、物理治療師和心理學家）提供的服務。	

為您承保的服務

獲得這些服務時
您必須支付多少
費用

醫生/執業醫護人員服務，包括醫生診所就診（續）

Elderplan Flex (HMO-POS) 還承保：

遠程醫療服務

- 某些遠程醫療服務，包括：
 - 急症治療服務
 - 主治醫生服務
 - 專科醫生服務
 - 精神健康專家服務（個人及團體就診）
 - 精神科服務（個人及團體就診）
 - 門診藥物濫用戒除服務（個人及團體就診）。您可以選擇透過當面就診或者遠程醫療來獲取這些服務。如果您選擇透過遠程醫療來獲取這些服務，則您必須使用可透過遠程醫療提供服務的網絡內提供者。
- 遠程醫療是否可用及具體通訊方式因各醫療服務提供者而異。如果您選擇透過遠程醫療來獲取這些服務，則您必須使用可透過遠程醫療提供服務的網絡內提供者。請致電醫療服務提供者瞭解詳細資訊

網絡內

遠程醫療服務：

不需要為以下遠程醫療服務支付共同保險或共付費：

- 主治醫生 (PCP) 服務。

您需就以下遠程醫療服務支付 \$10 的共付費：

- 急症治療服務
- 醫療服務提供者專科醫生服務
- 精神健康專家服務（個人及團體就診）

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>醫生/執業醫護人員服務，包括醫生診所就診（續）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 每月在醫院或偏遠地區特約醫院的腎臟透析中心、腎臟透析機構或是會員家裡，為在家接受透析治療的會員進行與晚期腎病相關的遠程醫療就診服務 ● 無論您身處何地都可給您提供診斷、評估或治療中風症狀的遠程醫療服務 ● 為患有藥物使用障礙或共患精神健康障礙的會員提供遠程醫療服務，無論其位置如何 ● 遠程醫療服務可用於精神健康障礙的診斷、評估和治療，前提是： <ul style="list-style-type: none"> ○ 您在首次遠程醫療就診前 6 個月內進行了面對面的就診 ○ 在接受這些遠程醫療服務期間，您每 12 個月要進行一次面對面就診 ○ 在某些情況下，可以對上述情況進行例外處理 ● 由鄉村健康診所和聯邦認證健康中心為精神健康就診提供的遠程醫療服務 	<ul style="list-style-type: none"> ● 精神科服務（個人及團體就診） ● 門診藥物濫用戒除服務（個人及團體就診）

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p data-bbox="147 527 1084 646">醫生/執業醫護人員服務，包括醫生診所就診（續）</p> <p data-bbox="164 716 711 772">TELADOC 遠程醫療服務</p> <ul data-bbox="164 779 1084 1654" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="164 779 1084 1087">• 您可選擇使用 Teladoc，透過電話、個人電腦（進行安全視訊）或行動裝置（例如平板電腦）從經委員會認證的醫生處獲取一般醫療服務，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。 <li data-bbox="164 1094 1084 1465">• 您可選擇透過 Teladoc 使用 Teladoc 服務，憑藉電話、個人電腦（進行安全視訊）或行動裝置（例如平板電腦）從經醫學委員會認證的精神科醫生、心理學家或持牌治療師處取得精神健康服務，服務時間為每週 7 天。 <li data-bbox="164 1472 1084 1654">• 透過 Teladoc 獲得的服務旨在處理非緊急醫療問題，在發生緊急醫療情況時不得使用。 	<p data-bbox="1084 527 1247 583">網絡內</p> <p data-bbox="1084 667 1474 982">不需要為 TELADOC 提供的 遠程醫療服務 支付共同保險或 共付費。</p>

為您承保的服務

獲得這些服務時
您必須支付多少
費用


醫生/執業醫護人員服務，包括醫生診所就診（續）

- 雖然此服務不可取代主治醫生為您治療常見或慢性病症，但有時如果醫生診室或急症護理中心無法提供服務或未營業，您也可以選擇與虛擬醫生約診。在醫療必需時也可取得處方藥。
- 您可致電 Teladoc 瞭解更多福利資訊，電話為 1 800-TELADOC (1-800-895-2362)，（聽障專線：1-800-877-8973），每週 7 天，每天 24 小時為您服務。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p data-bbox="147 527 402 583">足病學服務</p> <p data-bbox="147 667 1036 779">Medicare 聯邦醫療保險承保的足病學服務 包括：</p> <ul data-bbox="168 806 1073 1052" style="list-style-type: none">● 對足部傷害和疾病（例如錘狀趾或足跟骨刺）的診斷和醫學或外科治療● 為伴有影響下肢的某些醫療狀況的會員提供的常規足部護理 <p data-bbox="147 1129 672 1186">補充性足病學服務包括：</p> <ul data-bbox="168 1205 932 1262" style="list-style-type: none">● 每年最多 12 次常規足部護理就診。	<p data-bbox="1084 667 1463 976">網絡內和網絡外 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的足病學服務，\$35 的共付費。</p> <p data-bbox="1084 1129 1463 1501">網絡內 對於補充性足病學服務（每年最多 12 次常規足部護理就診），\$35 的共付費。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
足病學服務（續）	<p>網絡外</p> <p>對於補充性足病學服務（每年最多 12 次常規足部護理就診），\$35 的共付費。</p>
<p> 前列腺癌篩檢</p> <p>對於年滿 50 歲及以上的男性，承保以下服務（每 12 個月承保一次）：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 數字化直腸檢查 ● 前列腺特異性抗原 (Prostate Specific Antigen, PSA) 檢查 	<p>網絡內</p> <p>不需要為年度 PSA 檢查支付共同保險、共付費或自付額。</p>


第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>假體裝置和相關用品</p> <p>更換全部或部分身體部位或功能的設備（牙科除外）。包括但不限於：結腸造口術袋以及與結腸造口術護理直接相關的用品、起搏器、支架、假肢用鞋、義臂和乳房假體（包括乳房切除術後的手術乳罩）。包括與假體裝置以及假體裝置的修理和/或更換相關的特定用品。還包括在白內障摘除或白內障手術後的一些承保有關詳細資訊，請查看本節後面部分的<i>視力保健</i>。</p>	<p>網絡內</p> <p>對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的假體裝置和醫療用品，20% 的共同保險。</p> <p>需要授權。</p>
<p>肺病復健服務</p> <p>會為患有中度至非常嚴重的慢性阻塞性肺病 (COPD) 且從治療慢性呼吸道疾病的醫生處接受肺病復健醫囑的會員承保綜合性肺病復健計劃。</p>	<p>網絡內</p> <p>對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的肺病復健服務，\$15 的共付費。</p> <p>需要授權。</p>


第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p data-bbox="147 533 1073 659">選擇額外福利 (OTC 福利或載送福利)</p> <p data-bbox="147 743 1073 848">參保後，您的計劃有權選擇兩項補充福利之一：幫助您支付以下項目的福利：</p> <p data-bbox="147 869 1073 1058">非處方 (OTC) 非處方藥和/或健康相關物品或非緊急載送至計劃核准的保健相關地點。您僅可在兩項福利中選擇一項。</p> <p data-bbox="147 1142 1073 1436">1. 透過<u>非處方 (OTC) 福利</u>，會員會收到一張 OTC 卡，其中含有 Elderplan Flex (HMO-POS) 提供的每季可用來購買合資格 OTC 用品的最大金額。每季您可購買最多 \$140 的合資格 OTC 用品。</p>	<p data-bbox="1073 533 1474 596">網絡內</p> <p data-bbox="1073 680 1474 848">不需要為選擇額外福利支付共同保險或共付費。</p>


為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>選擇額外福利（續）</p> <p>OTC 福利必須在該季度內使用。OTC 卡上用剩下的任何餘額都不能結轉至下個季度。OTC 卡並非銀行卡或信用卡，不能折現，也不能用來購買 B 部分或 D 部分承保的處方藥。其他 OTC 福利：尼古丁替代療法（所提供的尼古丁替代療法 (Nicotine Replacement Therapy, NRT) 不會與任何 D 部分 OTC 或處方藥一覽表上的藥物重複）。</p> <p>您的 OTC 福利承保在指定藥房和/或零售店購買的 COVID 19 檢測和 Naloxone 鼻腔噴霧劑。</p>	

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>選擇額外福利（續）</p> <p>對於符合資格的會員，慢性病特殊補充福利 (SSBCI) 與 OTC 福利相結合。請查看「慢性病特殊補充福利」一節瞭解詳情。</p> <p>2. 對於載送福利，承保服務包括每年最多 48 次前往計劃核准的保健相關地點的單程載送服務（搭乘計程車、巴士、地鐵或客貨車）。任何未使用的載送服務不能結轉到下一年。</p>	
<p> 用於減少酒精濫用的篩檢和諮詢服務</p> <p>我們為濫用酒精但不依賴酒精的 Medicare 聯邦醫療保險受保人（包括孕婦）承保一次酒精濫用篩檢。</p> <p>如果您的酒精濫用篩檢結果為陽性，您每年可獲得由初級醫療環境中符合資格的主治醫生或執業醫護人員提供的最多 4 次簡短的面對面諮詢就診。</p>	<p>網絡內</p> <p>不需要為 Medicare 聯邦醫療保險承保的用於減少酒精濫用的篩檢和諮詢等預防性福利支付共同保險、共付費或自付額。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p> 用低劑量電腦斷層掃描 (Low dose computed tomography, LDCT) 進行肺癌篩檢</p> <p>對於符合資格的個人，每 12 個月承保一次 LDCT。</p> <p>合格的會員為：在 50 – 77 歲之間無肺癌跡象或症狀，但菸齡至少 20 年且每天至少吸一包菸，或目前吸菸或在過去 15 年內戒菸。他們在肺癌篩檢諮詢和共同作出決策就診期間因符合 Medicare 聯邦醫療保險對該等就診的標準而獲得由醫生或合資格的非醫生執業者提供的 LDCT 醫囑。</p> <p><i>對於在首次 LDCT 篩檢後的 LDCT 肺癌篩檢：</i>會員必須獲得 LDCT 肺癌篩檢的醫囑，該等醫囑可在任何適當就診期間由醫生或合資格的非醫生執業者提供。如果醫生或合資格的非醫生執業者選擇為隨後的 LDCT 肺癌篩檢提供肺癌篩檢諮詢和共同決策就診，該就診必須符合 Medicare 聯邦醫療保險對該等就診所設的標準。</p>	<p>網絡內</p> <p>不需要為 Medicare 聯邦醫療保險承保的諮詢和共同作出決策就診或 LDCT 支付共同保險、共付費或自付額。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p> 性傳播感染 (Sexually Transmitted Infection, STI) 篩檢和用於預防 STI 的諮詢</p> <p>我們承保衣原體、淋病、梅毒和 B 型肝炎等性傳播感染 (STI) 的篩檢。若孕婦和 STI 高危人群的主治醫生要求其進行檢查，我們將為其篩檢承保。我們承保每隔 12 個月或在孕期特定時間的這類檢查。</p> <p>我們還為面臨 STI 高風險的性活躍成人承保每年最多 2 次單獨的 20-30 分鐘面對面高強度行為諮詢就診。如果這些諮詢就診是由主治醫生提供並且是在初級醫療環境（如醫生診所）進行的，我們只會承保這些作為預防服務的諮詢就診。</p>	<p>網絡內</p> <p>不需要為 Medicare 聯邦醫療保險承保的 STI 篩檢和 STI 預防諮詢等預防性福利支付共同保險、共付費或自付額。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>腎病治療服務</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 教授腎病護理知識並幫助會員對其護理作出知情決定的腎病培訓服務。對於患有第四期慢性腎病的會員，在醫生轉診後，我們在其一生中最多承保六次腎病培訓服務 ● 門診透析治療（包括如第 3 章所述暫時離開服務區進行的透析治療，或者當您的透析服務提供者暫時不可用或無法營業時的透析治療） ● 住院透析治療（如果您已作為住院患者入院接受特殊護理） ● 自我透析培訓（包括為您以及任何幫助您在家進行透析治療的人提供的培訓） ● 家庭透析設備和用品 ● 某些家庭支援服務（例如，在必要時由經過培訓的透析工作人員到家裡，幫助處理緊急情況並對您的透析設備和供水進行檢查） 	<p>網絡內</p> <p>對於下列服務（用於治療腎病），20% 的共同保險：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 透析服務 ● 耐用醫療設備 (DME)。特定項目（譬如但不限於高價值、機動和定製設備或用品）需獲得授權。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務

獲得這些服務時
您必須支付多少
費用

腎病治療服務（續）

某些藥物由您的 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分藥物福利進行承保。有關 B 部分藥物承保的資訊，請前往 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥一節。

- Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥。一些 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥可能需遵從階段療法要求。某些藥物可能需要獲得授權。
- 腎病教育服務。

不需要為居家保健服務支付共同保險或共付費。
需要授權。


第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>專業護理機構 (SNF) 護理</p> <p>（有關專業護理機構護理的定義，請查看本文件的第 12 章。專業護理機構有時被稱為 SNF。）</p> <p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 半私人病房（或在醫療必需時的私人病房） • 包括特殊飲食在內的膳食 • 專業護理服務 • 物理治療、職業治療與言語治療 • 作為您的護理計劃組成部分對您施用的藥物（其中包括人體中天然存在的物質，例如凝血因子。） • 血液 - 包括儲存和管理。全血和濃縮紅細胞的承保從您需要的第四品脫血液開始 - 您必須為在一個曆年內獲得的前 3 品脫血液支付費用或使用由您或其他人捐獻的血液。所有其他血液成分均從使用的第一品脫開始承保。 • 一般由 SNF 提供的醫療用品和手術用品 	<p>網絡內</p> <p>計劃在每個受益期內承保最長可達 100 天（事先必須因相關疾病或損傷至少住院 3 天）。</p> <p>每次住院您需支付：</p> <p>第 1-20 天： 每天支付 \$0 的共付費</p> <p>第 21-100 天： 每天支付 \$196 的共付費</p> <p>第 101 天及之後： 您支付所有費用</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>專業護理機構 (SNF) 護理（續）</p> <ul style="list-style-type: none"> • 一般由 SNF 提供的化驗室檢查 • 一般由 SNF 提供的 X 光及其他放射服務 • 一般由 SNF 提供的器械（例如輪椅）的使用 • 醫生/執業醫護人員服務 <p>通常，您需要從網絡中的機構接受 SNF 護理。但是，在下列某些情況下，如果不屬於網絡內提供者的機構接受我們計劃的支付金額，您可能可以支付網絡內費用分攤。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 在您去醫院之前所住的療養院或連續性護理退休社區（只要它提供專業護理機構護理） • 您出院時您的配偶或伴侶所住的 SNF 	<p>受益期從您入院當天開始，至您連續 60 天不用接受任何住院護理（或 SNF 的專業護理）時結束。如果您在一個受益期結束後住進醫院或 SNF，則會開始一個新的受益期。</p> <p>需要授權。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p> 停止吸菸和菸草使用（對戒菸或戒除菸草使用的諮詢）</p>	<p>網絡內</p>
<p><u>如果您使用菸草，但沒有和菸草相關疾病的跡象或症狀</u>：我們會在 12 個月時間內為您承保兩次免費的戒菸諮詢課程，以作為一項預防服務。每次戒菸輔導包括最多四次面對面交談。</p>	<p>不需要為 Medicare 聯邦醫療保險承保的戒菸和戒除菸草使用等預防性福利支付共同保險、共付費或自付額。</p>
<p><u>如果您使用菸草且被診斷出患有菸草相關疾病，或正在使用可能受菸草影響的藥品</u>：我們將承保戒菸諮詢服務。我們會在 12 個月時間內為您承保兩次戒菸諮詢課程；但是，您需要支付適用的費用分攤。每次戒菸輔導包括最多四次面對面交談。</p>	

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務

獲得這些服務時
您必須支付多少
費用

慢性病特殊補充福利

有資格享受慢性病特殊補充福利 (SSBCI) 的會員將獲得合併的非處方藥承保福利，承保以下內容：

- 某些食品雜貨，僅可在指定藥房和/或零售店使用。
- 送餐到家的服務可透過線上或電話預訂。

而不符合慢性病特殊補充福利 (SSBCI) 資格的會員僅可獲得非處方藥保險。

每個季度提供的 OTC 承保金額合共高達 \$140。當前季度未使用的福利不會結轉至下一季度。

如要獲取合資格用品的完整清單以及網絡內選定藥房和/或零售店的清單，請聯絡本計劃。

要使用此福利，您必須選擇 **OTC** 作為您的 **Elderplan Flex** 指定附加福利。

不需要為慢性病特殊補充福利 (SSBCI) 支付共同保險或共付費。

此項 SSBCI 福利作為季度 OTC 補貼的一部分與 OTC 福利相結合，可承保某些食品雜貨以及送餐到家服務。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>監督運動療法 (SET)</p> <p>我們為患有症狀性外周動脈疾病 (Peripheral Artery Disease, PAD)，且已從負責 PAD 治療的醫生處獲得 PAD 轉介的會員承保監督運動療法 (SET)。</p> <p>如果符合 SET 計劃的要求，最多可承保 12 週內的 36 次治療。</p> <p>SET 計劃必須：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 由持續 30 至 60 分鐘的治療組成，包含為跛行患者提供的 PAD 治療性運動訓練課程 • 在醫院門診或醫生診室開展 • 由合格的輔助人員提供，該人員需要確保治療的益處大於危害，並接受過 PAD 運動療法的訓練 • 由醫生、醫生助理或執業護士/臨床護理專家直接監督，他們必須接受過基本和進階生命支援技術方面的訓練 <p>如果醫療服務提供者認為醫學上有必要，可以在 12 週的 36 次治療之外承保 SET 療程，在更長的時間內提供額外 36 次治療。</p>	<p>網絡內</p> <p>對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的每次 SET（適用於 PAD）治療，\$25 的共付費。</p> <p>需要授權。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>急症治療服務</p> <p>急症治療服務是為需要立即就醫的非緊急、未能預見的疾病、受傷或病情提供的護理，但鑑於您的情況，從網絡內提供者處獲得服務是不可能或不合理的。若根據您的情況，要立即從網絡內提供者處獲得醫療護理是不合理的，則您的計劃將承保由網絡外提供者提供的急症治療服務。服務必須為即時需要獲取的，且必須具備醫療必需性。如果發生以下情況，計劃必須承保網絡外急症治療服務的例子：您暫時不在計劃的服務區內，並且因不可預見的情況需要立即獲得醫療所需的服務，但這不是緊急醫療情況；或者考慮到您的情況，立即從網絡內提供者處獲得醫療護理是不合理的。在網絡外提供的必要急症治療服務的費用分攤，與在網絡內提供該等服務的費用相同。</p>	<p>對於每次急症治療服務就診，\$35 的共付費。</p> <p>若您在 24 小時內因相同病症住院，則不需要支付共付費。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p>急症治療服務（續）</p> <p>全球緊急醫療/緊急載送服務/急症治療承保</p> <p>不需要為全球緊急醫療/緊急載送服務/急症治療承保支付共同保險或共付費（最高福利金額為 \$50,000）。</p>	

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務

獲得這些服務時
您必須支付多少
費用

 視力護理


網絡內

Medicare 聯邦醫療保險承保的視力護理服務包括：


對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的預防性和診斷性眼科檢查（包括黃斑變性檢查和治療），\$25 的共付費。

- 用於對眼部疾病和傷害進行診斷和治療的門診醫生服務，包括老年性黃斑部病變的治療。傳統的聯邦醫療保險不承保針對眼鏡/隱形眼鏡的常規視力檢查（眼睛屈光度檢查）
- 對於青光眼高風險人群，我們將每年承保一次青光眼篩檢費用。青光眼高風險人群包括：有青光眼家族史的人、糖尿病患者、年滿 50 歲及以上的非裔美國人，以及年滿 65 歲或以上的西班牙裔美國人
- 對於糖尿病患者，每年承保一次糖尿病視網膜病變篩檢
- 每次白內障手術（包括植入人工晶狀體）後承保一副眼鏡或隱形眼鏡（如果您接受兩次單獨的白內障手術，無法在第一次手術後保留福利及在第二次手術後購買兩副眼鏡。）


不需要為 Medicare 聯邦醫療保險承保的青光眼篩檢支付共同保險或共付費。

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p> 視力護理（續）</p> <p>非 Medicare 聯邦醫療保險承保的視力護理服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 如果您被計劃提供者診斷為糖尿病患者，您可能有資格獲得不限數量的糖尿病視網膜病變和糖尿病視網膜篩檢且費用分攤更低。 <p>補充性視力護理承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 每個曆年一次的配鏡例行眼科檢查。 眼鏡，包括處方眼鏡和隱形眼鏡 – 每個曆年的年度最高金額限於 \$250。 	<p>對於白內障手術後所需的一副 Medicare 聯邦醫療保險承保的眼鏡或隱形眼鏡，\$0 的共付費。白內障手術後提供的眼鏡不受年度最高金額 (\$250) 的限制。</p> <p>不需要為糖尿病視網膜病變和糖尿病視網膜篩檢（眼科檢查）支付共同保險或共付費。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p> 視力護理（續）</p>	<p>對於每年 1 次常規眼科配鏡檢查，\$0 的共付費。</p> <p>對於眼鏡（每個曆年的年度最高金額為 \$250），包括隱形眼鏡或眼鏡（鏡片和鏡架），\$0 的共付費。</p>

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

為您承保的服務	獲得這些服務時 您必須支付多少 費用
<p> 歡迎加入 Medicare 聯邦醫療保險預防性診斷</p> <p>計劃可承保一次歡迎加入 Medicare 聯邦醫療保險預防性診斷。其中包括健康審查、有關您所需預防性服務（包括某些篩檢和注射）的教育和諮詢，以及轉診其他護理（如果需要）。</p> <p>重要提示：僅在您加入 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分後的前 12 個月內，我們為您承保歡迎加入 Medicare 聯邦醫療保險預防性診斷。進行預約時，請告訴醫生診所的人，您要預定歡迎加入 Medicare 聯邦醫療保險預防性診斷。</p>	<p>網絡內</p> <p>不需要為歡迎加入 Medicare 聯邦醫療保險預防性診斷支付共同保險、共付費或自付額。</p> <p>不需要為 Medicare 聯邦醫療保險承保的預防性服務歡迎加入就診後的 EKG 檢查支付共同保險、共付費或自付額。</p>

補充性牙科福利限制和不保項

作為我們計劃的會員，我們計劃有牙科福利限制和不保項目，包括但不限於：

- 我們計劃同時提供網絡內和網絡外牙科保險；所有承保服務均支付 \$0 的共付費。
 - 您需為補充性綜合牙科服務支付 \$0 的共付費，計劃每年最多為這些補充性綜合牙科服務支付 \$1,500 的網絡內和網絡外合計總額。每年的 \$1,500 網絡內和網絡外的合計福利限額用完之後，會員將承擔全部費用。
 - 預防牙科服務不計入每年的網絡內和網絡外合計總額。
 - 在網絡外接受的福利受任何網絡內福利最高限額、限制和/或不保項的約束。
- 如果您想進一步瞭解您的牙科承保與您的建議牙科治療和費用之間的關係，您可以要求您的牙醫從 Elderplan（長老計劃）獲取治療前費用計算結果。如果提供者對如何獲取此資訊有任何疑問，他們可使用會員身份卡背面的號碼聯絡 HealthPlex。
- 網絡內牙醫同意以議定費率提供服務。如果您前往網絡內牙醫就診，您不會收到超過承保服務議定費率的賬單（年度最高限額仍然適用）。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

- 如果您在網絡內牙醫處接受了承保的牙科服務，牙醫將代表您提交賠付申請。
- 牙醫可能會要求您簽署一份知情同意書，其中詳細說明了所有建議治療的風險、益處、費用和替代方案。
- 網絡外牙科醫生沒有簽約接受計劃付款作為全額付款，因此他們可能會向您收取高於計劃支付的費用，甚至是共付費為 \$0 的服務。
 - 當您去看網絡外牙醫時，通常牙醫將代表您提交賠付申請。如果他們沒有提交，您可以直接按照以下指示提交：
 - 提交賠付必須包含以下資訊：
 - 完整的會員姓名和會員 ID 號
 - 完整的提供者的姓名和地址
 - 以相應的 ADA 代碼提供的牙科服務的清單
 - 以分項收據形式列示的付款證明，反映出付款情況和零患者餘額
 - 在服務日期後 365 天內郵寄所有要求的賠付資訊至：
Healthplex Dental Claims PO BOX 30605
Salt Lake City, UT 84130-0605
或發送傳真至 248-733-6372

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

- 付款將發送至您的賬戶中所列的地址。如需更新您的地址或獲取提交賠付方面的協助，請聯絡會員服務部。
- 牙科賠付在 30 天內支付，支票付款將附有付款說明 (EOP)。
- 計劃牙科保險的其他限制或不保項為：
 - 僅用於美容目的之手術（牙齒漂白/美白、鑲面、牙齦整形）、口腔正畸、間隙保持、銷售稅、未能按時前往約診的收費、牙科案例管理、與 COVID 篩檢、檢測和疫苗接種相關的牙科費用以及報告未指明的程序
 - 與非承保服務一起提供、為非承保服務準備或作為非承保服務的結果而提供的服務或用品
 - 與承保生效日期前開始的任何牙科程序相關的牙科費用
 - 與先天性缺陷相關的服務
- 與未承保服務相關的任何費用均由您承擔

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

第 3 節 哪些服務不能獲得本計劃承保？

第 3.1 節 我們不承保的服務（不保項目）

本節介紹哪些服務被 Medicare 聯邦醫療保險保險排除在外，因此也不獲本計劃承保。

下表列出在任何情況下都不予承保或僅在特定情況下才被承保的一些服務和項目。

如果您接受了被排除在外（不承保）的服務，您必需自行為該服務付費，下述所列的特定狀況除外。即使您是在緊急醫療機構接受不承保服務，仍不能獲得承保，且我們計劃也不會為這些服務付款。僅有的例外情況是：若該服務在上訴後被裁定為由於您的特殊情況我們應予支付或承保的醫療服務，則我們才會支付其費用。（有關對我們做出不承保某項醫療服務的決定提出上訴的資訊，請查看本文件第 9 章第 5.3 節。）

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

Medicare 聯邦醫療保險不承保的服務	任何情況下均不承保	僅在特殊情況下承保
<p>整容手術或醫療程序。</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • 因意外受傷或是為了改善會員身體畸形部位的功能可獲得承保。 • 乳房切除術後進行的乳房重建手術，以及為達到對稱效果而對未受影響的一側乳房進行重建的所有階段可獲得承保。
<p>看護</p> <p>看護是指不需要受訓醫療或輔助醫療人員持續看護的個人護理，例如協助沐浴或穿衣等日常生活活動的護理。</p>	<p>✓</p>	

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

Medicare 聯邦醫療保險不承保的服務	任何情況下均不承保	僅在特殊情況下承保
<p>試驗性醫療程序和手術、設備及藥物。</p> <p>試驗性醫療程序和項目是指傳統的聯邦醫療保險認為得不到醫療界普遍認可的項目和程序。</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • 可能因參加 Medicare 聯邦醫療保險批准的臨床研究而獲傳統的聯邦醫療保險承保，或由我們的計劃承保。 <p>（有關臨床研究的詳細資訊，請查看第 3 章第 5 節。）</p>
對直系親屬或家庭成員護理收取的費用。	✓	
在家中接受的全職護理。	✓	
送餐到家服務。	✓	
包括基本家庭協理在內的家政服務，包括簡單家務或簡單膳食準備。	✓	

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

Medicare 聯邦醫療保險不承保的服務	任何情況下均不承保	僅在特殊情況下承保
矯形鞋或足部輔助支撐器。		✓ 屬於腿支架的一部分的鞋子，並且包含在支架費用中。為患有糖尿病足部疾病的人提供的矯形鞋或治療用鞋。
醫院或專業護理機構病房中的私人物品，例如電話或電視。	✓	
醫院的私人病房。		✓ 僅在有醫療必需性時承保。
恢復生育能力手術和或非處方避孕用品。	✓	
常規脊椎推拿護理。		✓ 為矯正半脫位的人工矯治脊椎可獲得承保。

第 4 章醫療福利表（承保範圍與支付費用）

Medicare 聯邦醫療保險不承保的服務	任何情況下均不承保	僅在特殊情況下承保
放射狀角膜切開術、LASIK 手術和其他低視力輔助工具。	✓	
根據傳統的聯邦醫療保險的標準被視為不合理和不必要的服務。	✓	

第 5 章：
*使用本計劃來對您的
D 部分處方藥進行承保*

第 5 章使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保

第 1 節 簡介

本章將向您說明使用 D 部分藥物承保範圍的規則。請查看第 4 章瞭解 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分藥物福利和臨終關懷藥物福利。

第 1.1 節 計劃 D 部分藥物承保範圍的基本規則

本計劃通常將會承保您的藥物，只要您遵守以下基本規則：

- 您必須有可為您開立處方的提供者（醫生、牙醫或其他處方醫生），並且處方在適用的州法律下必須有效。
- 您的處方醫生必須不在 Medicare 聯邦醫療保險的排除或除外名單中。
- 您通常須使用網絡內藥房來配取您的處方藥。（請查看第 2 節，在網絡內藥房或透過計劃的郵購服務配取處方藥。）
- 您的藥物必須列於計劃的承保藥物清單（處方藥一覽表）（我們簡稱為「藥物清單」）上。（請查看第 3 節，您的藥物必須列於計劃的「藥物清單」上。）
- 您的藥物必須用於治療醫學上認可的適應症。醫學上認可的適應症表示一種由美國食品藥物管理局批准，或由某些參考書籍支持的藥物使用方式。（有關醫學上認可的適應症的詳細資訊，請查看第 3 節。）

第 5 章使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保

第 2 節 在網絡內藥房或透過計劃的郵購服務配取處方藥

第 2.1 節 使用網絡內藥房

在大多數情況下，您的處方藥僅在計劃的網絡內藥房配取時才有承保。（有關我們承保於網絡外藥房配取之處方藥的詳情，請查看第 2.5 節。）

網絡內藥房是和計劃簽約的藥房，用來提供您的承保處方藥。承保藥物一詞表示所有計劃「藥物清單」上的 D 部分處方藥。

第 2.2 節 網絡內藥房

如何尋找您當地的網絡內藥房？

如需尋找網絡內藥房，您可以查看您的醫療服務提供者與藥房目錄，瀏覽我們的網站 (www.elderplan.org)，和/或致電會員服務部。

您可以前往我們網絡內的任何藥房。如果您從一間網絡內藥房轉到另一間網絡內藥房，並且需要重配正在使用的藥物，您可以讓這兩間藥房的任意一間的醫療服務提供者開立新處方或將您的處方轉至新的網絡內藥房。

如果您使用的藥房離開了網絡，該如何處理？

如果您使用的藥房離開了計劃的網絡，您將需要尋找一間新的網絡內藥房。如要尋找您當地的另一間藥房，您可以向會員服務部尋求幫助，或檢閱 *醫療服務提供者與藥房目錄*。您也可以透過我們的網站 www.elderplan.org 取得此資訊。

如果您需要專門的藥房，該如何處理？

有些處方藥必須在專門的藥房配取。專門的藥房包括：

- 提供居家輸液治療藥物的藥房。請查看您的醫療服務提供者與藥房目錄，查找您所在區域的居家輸液藥房提供者。如需更多資訊，請致電會員服務部，電話 1-800-353-3765。
- 為長期護理 (Long-term Care, LTC) 機構居住者提供藥物的藥房。通常，LTC 機構（如療養院）擁有自己的藥房。如果您在 LTC 機構使用 D 部分福利時遇到困難，請聯絡會員服務部。
- 為印地安醫療保健服務/部落/城區印地安醫療保健計劃提供服務的藥房（未在波多黎各提供）。除非是緊急情況，只有美國原住民或阿拉斯加原住民能夠使用這些網絡內藥房。
- 受 FDA 限制僅可在某些地點配藥的藥房，或是需要特殊處理、醫療服務提供者協調、進行用藥教學的藥房。（註：這種情況很少發生。）

如要尋找專門的藥房，可以查看您的醫療服務提供者與藥房目錄或致電會員服務部。

第 2.3 節 使用計劃的郵購服務

對於某些類型的藥物，您可以使用計劃的網絡內郵購服務購買。通常，您定期服用的藥物、慢性或長期病情的藥物可透過郵購服務購買。不可透過計劃的郵購服務購買的藥物在我們的「藥物清單」中以「NM」標記。

我們計劃的郵購服務可讓您訂購**最多 90 天的藥量**。

如要取得訂購單及透過郵購配取處方藥的資訊，請瀏覽 www.elderplan.org 或聯絡會員服務部。如果您使用計劃網絡外的郵購藥房，您的處方藥將不受保。

通常，郵購藥房的訂購會在 5-7 個工作日內送達。然而，有時郵購服務可能會有延誤。如果您的提供者指示您開始服藥，您可從醫生處取得另一份處方並從當地藥房取得 30 天份量的藥物。您需要為您收到的郵購藥房處方藥以及您從當地藥房取得的 30 天份量的處方藥支付適用的費用分攤。請聯絡會員服務部更新您的聯絡方式，以便藥房在寄送藥物前聯絡您確認訂單。

藥房直接從您的醫生診室收到的新處方。

如果符合以下任一情況，藥房將自動配取並寄送從醫療服務提供者處獲得的新處方，而無需事先與您確認：

- 您過去曾使用本計劃的郵購服務，或
- 您登記為自動交付直接從醫療保健提供者處收到的所有新處方。您可以隨時透過登入您的 Caremark.com 帳戶或致電會員服務部要求自動配送所有新處方。

如果您透過郵件自動收到您不想要的處方藥，並且在發貨前沒有聯絡您詢問您是否需要，您可能資格獲得退款。

如果您之前使用郵購服務，但不希望該藥房自動配藥並寄送每份新處方藥物，請登入您的 Caremark.com 帳戶或致電會員服務部聯絡我們。

如果您從未使用過我們的郵購配送和/或決定停止自動配取新處方，則藥房每次從醫療保健提供者處獲得新處方時都會與您聯絡，瞭解您是否希望立即配藥和寄送藥物。每次藥房聯絡您時，請您務必進行回覆，以便讓他們知道是否要發運、延發或取消新處方藥物。

如要選擇不自動配送直接從您的醫療保健提供者診室收到的新處方，請登入您的 Caremark.com 帳戶或致電會員服務部聯絡我們。

第 5 章使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保

重新配取郵購處方藥。對於重新配取藥物，您可選擇參加自動重配計劃。參加此計劃後，當我們的記錄顯示您即將用完藥物時，我們將自動開始處理您的下次藥物重配。藥房將在每次寄送重配藥物前聯絡您，確定您是否需要更多藥物，且如果您有足夠藥物或您的藥物發生變更，您可取消預定的重配藥物。

如果您選擇不使用我們的自動重配計劃，但仍希望郵購藥房向您寄送處方藥，請在您現有的處方藥將用完前 29 天聯絡您的藥房。這將確保您的郵購藥物及時送達。

若您選擇退出可為您自動準備郵購藥物的自動重配計劃，請致電 CVS Caremark 聯絡我們，電話：1-866-490-2102，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。聽障人士可致電 711。

如果您透過郵件收到您不想要的自動重配藥物，您可能資格獲得退款。

第 2.4 節 如何取得長期藥物供應？

當您取得長期藥物供應時，您的費用分攤可能會較低。本計劃提供了兩種就我們計劃「藥物清單」上維持藥物取得長期供藥（也稱為延長供藥）的方法。（維持藥物是您定期使用的藥物，用於治療慢性或長期疾病。）

第 5 章使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保

1. 部分網絡內零售藥房可為您提供長期維持藥物供應。您的醫療服務提供者與藥房目錄介紹了哪些網絡內藥房可為您提供長期維持藥物供應。您還能致電會員服務部瞭解更多資訊。
2. 您還可以透過我們的郵購計劃獲得長期維持藥物。請查看第 2.3 節瞭解更多資訊。

第 2.5 節 在何種情況下，您可以使用計劃網絡外的藥房？

在某些情況下，您的處方藥可能有承保

通常，只有在您無法使用網絡內藥房時，我們才會承保於網絡外藥房配取的處方藥。為了幫助您，我們在服務區外備有網絡內藥房，您可透過計劃會員身份在這些藥房配取處方藥。請先洽詢會員服務部，以確定附近是否有網絡內藥房。您將很可能需要支付在網絡外藥房購買藥物的費用與網絡內藥房承保費用之間的差額。

在以下情形下，我們可能會承保於網絡外藥房配取的處方藥：

- 因為緊急醫療情況而配取處方藥

第 5 章使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保

- 如果在網絡外藥房配取的處方藥與緊急護理或急症治療護理有關，我們將予以承保。在此情況下，您將會需要在配取處方藥時支付全額的費用（而不是僅支付您的共付費/共同保險）。您可以向我們發出付款請求。當您給我們發出付款請求後，我們將審核您的請求，並決定是否應承保有關藥物。這被稱為作出「承保決定」。如果我們決定承保，我們將支付我們應承擔的藥物費用。如果我們拒絕您的付款請求，您可對我們的決定提出上訴。本手冊第 9 章（遇到問題或想投訴該如何 [承保決定、上訴、投訴]）包含有關如何提出上訴的資訊。
- 在旅途中或離開計劃服務區時取得承保

如果您有定期服用的處方藥，當您要去旅行時，請務必在出發前先檢查您的藥物供應量。可能的話，請攜帶所有您將會需要的藥物。您可事先透過我們的網絡內郵購藥房服務，或可長期供藥的郵購藥房服務訂購處方藥。您在計劃服務區以外的美國境內地點旅行，且突然生病、丟失或用完處方藥，在您遵循本文件所述的所有其他承保規則且網絡內藥房不可用的情況下，我們將承保在網絡外藥房配取的處方藥。在這些情況下，請先洽詢會員服務部，以確定附近是否有網絡內藥房。

 - 因為在合理行駛距離內無提供 24 小時服務的網絡內藥房，您在服務區內無法及時取得承保藥物。

第 5 章使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保

- 您想要及時配取某種承保處方藥，但該承保藥物（例如罕用藥或其他通常直接由製造商或特定供應商發運的特殊級藥物）在可使用的網絡內或郵購藥房中通常沒有庫存。

如何要求計劃報銷？

如果您必須使用網絡外藥房，您通常將需要在配取處方藥時支付全額的費用（而非您常規的費用分攤）。您應要求我們報銷我們應承擔的費用。（第 7 章第 2 節介紹如何要求計劃償付。）

第 3 節 您的藥物必須列於計劃的「藥物清單」上

第 3.1 節 「藥物清單」說明何種 D 部分藥物有承保

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

此清單上的藥物皆由計劃在醫生和藥劑師團隊的協助下選定。該清單符合 Medicare 聯邦醫療保險的要求並已獲得 Medicare 聯邦醫療保險批准。

「藥物清單」僅列出由 Medicare 聯邦醫療保險 D 部分承保的藥物。

我們通常會承保計劃「藥物清單」上的藥物，只要您遵守其他在本章所說明的承保規則，且該藥用於醫療認可的適應症。醫學上認可的適應症表示該藥的使用方式符合以下任一項：

- 經美國食品藥物管理局批准可用於相關診斷或疾患（經處方）。
- -- 或者 -- 由某些參考資料提供支持，例如 American Hospital Formulary Service Drug Information 和 DRUGDEX Information System。

「藥物清單」同時包含原廠藥與副廠藥。

原廠藥是指以製藥商擁有的商標名稱銷售的處方藥。比典型藥物（例如蛋白質類藥物）更複雜的原廠藥稱為生物製品。在「藥物清單」上，當我們提到藥物時，可能是指藥品也可能是生物製品。

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

哪些藥物不在「藥物清單」上？

本計劃並未承保所有的處方藥。

- 在某些情況下，法律並不允許任何 Medicare 聯邦醫療保險計劃皆可承保某些類型的藥物（更多資訊請查看本章 7.1 節）。
- 其他情況則是我們決定不將某種特定的藥物包含在「藥物清單」內。在某些情況下，您可能可以獲得不在「藥物清單」上的藥物。如需更多資訊，請查看第 9 章。

第 3.2 節 「藥物清單」上的藥物共有 5 種費用分攤等級

本計劃「藥物清單」上的每種藥物皆屬於五種費用分攤等級之一：通常，費用分攤的等級越高，您藥物的費用就越高：

- 第 1 級：首選副廠藥（最低費用分攤等級）
- 第 2 級：副廠藥
- 第 3 級：首選原廠藥
- 第 4 級：非首選藥物
- 第 5 級：特殊級藥（最高費用分攤等級）。

如要瞭解您的藥物屬於哪個費用分攤等級，請查詢計劃的「藥物清單」。

對於每個費用分攤等級，您分別須為藥物支付的金額列於第 6 章（對於 D 部分處方藥您須支付的費用）。

第 3.3 節 如何得知某種特定的藥物是否有列於「藥物清單」上？

您有 4 種方法可瞭解：

1. 查看我們以電子形式提供的最新版「藥物清單」。（請注意：我們寄送的「藥物清單」上載有會員最常用的承保藥物的資訊。然而，我們還承保「藥物清單」上未列出的其他藥物。如果您的某種藥物不在「藥物清單」上，您應瀏覽我們的網站或聯絡會員服務部以確認我們是否承保此藥。）
2. 瀏覽計劃的網站 (www.elderplan.org)。網站上的「藥物清單」始終為最新版本。
3. 致電會員服務部，查詢某種特定的藥物是否有列於計劃的「藥物清單」上，或索取一份該清單的副本。
4. 使用計劃的「即時福利」(caremark.com) 或致電會員服務部)。您可以使用此工具搜尋「藥物清單」上的藥物，瞭解估計您將須支付的費用，以及「藥物清單」上是否有可治療相同病症的替代藥物。

第 4 節 某些藥物具有承保範圍限制

第 4.1 節 為何某些藥物有限制？

對於某些處方藥，特殊的規則限制了計劃如何與何時才可承保。醫生與藥劑師團隊制訂了這些規則，來鼓勵您和您的提供者以最有效地方式使用藥物。如要確定這些限制是否適用於您使用（或想要使用）的藥物，請查閱「藥物清單」。如果存在一種安全且費用較低的藥物和較昂貴的藥物效果相同時，計劃的規則將鼓勵您與您的醫療服務提供者使用費用較低的藥物。

請注意，有時某種藥物可能在「藥物清單」上多次出現。這是因為相同藥物可能因您的醫療服務提供者開出藥物的規格、份量或劑型而有所不同，並且不同版本的藥物可能適用不同的限制或費用分攤（例如，10 mg 與 100 mg；每天一次與每天兩次；藥片與液體）。

第 4.2 節 何種限制？

下節將介紹關於我們對某些藥物使用的限制類型細節。

第 5 章使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保

如果您的藥物有受到限制，這通常表示您或您的醫療服務提供者將須採取額外的步驟，以便我們承保該藥物。請聯絡會員服務部，瞭解您或您的醫療服務提供者如何取得該藥物的承保。如果您想要我們為您豁免該限制，您將需要利用承保決定程序，並要求我們作出例外處理。我們不一定會同意為您豁免該限制。（請查看第 9 章）

在有副廠藥可用時對原廠藥進行限制

通常，副廠藥和原廠藥的藥效相同，並且費用較低。若原廠藥有可替代的副廠藥，我們的網絡內藥房將會為您提供該副廠藥而非原廠藥。但是，如果您的提供者已就您的原廠藥寫下「無替代」或已告訴我們該副廠藥或其他治療相同病症的承保藥物均不適用於您的醫療理由，在這種情況下，我們將承保該原廠藥。（對於原廠藥，您應承擔的費用可能會較副廠藥高。）

事先取得計劃核准

對於某些藥物，在我們同意為您提供承保前，您或您的醫療服務提供者需要取得計劃的批准。這稱為**事先授權**。這是為了確保用藥安全，並有助於指導某些藥物的適當使用。如果您並未取得此批准，您的藥物可能不會由計劃承保。

第 5 章使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保

首先嘗試不同的藥物

此項要求鼓勵您在計劃承保其他藥物之前，先嘗試使用價格較低但通常療效相同的藥物。例如：若藥物 A 和藥物 B 皆可治療同一病症，則計劃可能要求您先嘗試使用藥物 A。如果藥物 A 對您不起效，那麼計劃將承保藥物 B。這種要求先嘗試不同藥物的規定稱為**階段治療**。

數量限制

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

第 5 節 如果您藥物的承保方式並不是您所想要的，該如何處理？

<h3>第 5.1 節 如果您藥物的承保方式並不是您所想要的，您可以採取一些步驟</h3>

在某些情況下，您正在使用的處方藥或您和您的醫療服務提供者認為您應該使用的藥物不在我們的處方藥一覽表上，或在我們的處方藥一覽表上但有限制條件。例如：

- 該藥物可能完全沒有承保。或者，可能僅承保其副廠藥，但您想要使用其未承保的原廠藥。

第 5 章使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保

- 藥物獲承保，但其承保範圍有額外的規則或限制，如同第 4 節所述。
- 藥物有承保，但其費用分攤等級使得費用分攤超出您的預期。
- 如果您藥物的承保方式並不是您所想要的，您可以採取一些步驟。如果您的藥物未列於「藥物清單」上，或是如果您的藥物受到限制，請查看第 5.2 節，以瞭解如何處理。
- 如果您的藥物所在的費用分攤等級使得您的費用高於您認為其應有的費用，請查看第 5.3 節瞭解您可以採取哪些措施。

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

如果您的藥物未列於「藥物清單」上，或者如果該藥受到某些限制，您有以下選擇：

- 您可能可以取得該藥物的臨時性供藥。
- 您可以更換成另一種藥物。
- 您可以提出例外處理請求，並要求計劃承保該藥，或移除該藥的限制。

您可能可以取得臨時性供藥

在某些情況下，計劃必須提供您已經在服用的藥物的臨時性供藥。這種臨時性供藥讓您有時間與您的提供者討論承保範圍的變化，並決定接下來應該怎麼做。

如要符合獲得臨時性供藥的資格，您一直在服用的藥物必須不再列於計劃的「藥物清單」上，或者目前受到了某些限制。

- 若您是新會員，在您成為本計劃會員後的前 90 天內，我們將承保您藥物的臨時性供藥。
- 若您是去年參保了本計劃，在該曆年的前 90 天內，我們將承保您藥物的臨時性供藥。
- 臨時性供藥最多提供 30 天的份量。如果您處方的天數較少，我們將允許多次配藥，以提供最高達 30 天的份量。處方藥必須在網絡內藥房配取。（請注意，長期護理藥房可能每次僅提供較小份量的藥物以免造成浪費。）
- 對於加入計劃超過 90 天，且住在長期護理機構內，並且立即需要藥物補給的會員：

我們將承保特定藥物一次 31 天份量的緊急供藥，或不足 31 天份量的緊急供藥（如果您的處方所寫天數少於此數）。這是除了上述臨時性供藥之外的供藥。

第 5 章使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保

- 若您從門診（居所）、醫院或其他長期護理 (LTC) 機構轉至一家 LTC 機構，我們將為不在我們處方藥一覽表上或有承保限制或使用上限的各種藥物承保 31 天的過渡期臨時供藥（除非您的處方寫明更少天數）。
- 若您從長期護理 (LTC) 機構或醫院出院，並返回門診環境（居所），我們將在出院後為不在我們處方藥一覽表上或有承保限制或使用上限的各種藥物承保長達 30 天的臨時供藥（除非您的處方寫明更少天數）。

請注意，我們的過渡期政策僅適用於「D 部分藥物」和在網絡內藥房購買的藥物。

若您對臨時性供藥有疑問，請致電會員服務部。

在您使用臨時性供藥期間，您應和您的提供者討論，以決定當臨時性供藥用完時該如何處理。您有 2 個選擇：

1) 您可以更換成另一種藥物

與您的提供者討論計劃是否有其他承保的藥物對您有相同的效果。您可以致電會員服務部，索取一份可治療相同病症的承保藥物清單。此清單將可協助您的提供者找到適合您的承保藥物。

2) 您可以要求例外處理

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

如果您是現有會員，且您正在使用的藥物明年將自處方藥一覽表中移除，或以某種方式受到限制，我們將在新年前告知您關於藥物的任何變更。您可在明年之前提出例外處理請求，我們將在收到您的請求（或您的處方醫生的支持聲明）後的 72 小時內作出答覆。如果我們批准您的請求，我們將在變更生效之前批准該承保。

如果您和您的提供者想申請例外處理，第 9 章第 6.4 節將介紹該如何處理。其中說明了 Medicare 聯邦醫療保險為確保您的請求得到立即和公平的處理而制定的程序和截止時間。

第 5.3 節 如果您認為您藥物的費用分攤等級過高，該如何處理？

如果您認為您藥物的費用分攤等級過高，您可以：

可以更換成另一種藥物

如果您認為您藥物的費用分攤等級過高，先和您的醫療服務提供者討論。或許有較低費用分攤等級的不同藥物對您有相同的效果。請致電會員服務部，索取一份可治療相同病症的承保藥物清單。此清單將可協助您的提供者找到適合您的承保藥物。

您可以要求例外處理

您和您的提供者可以要求計劃為該藥就費用分攤等級作出例外處理，使您能夠支付較少的費用。如果您的提供者表示您有請求例外處理的醫療理由，則您的提供者可以協助您提出例外處理請求。

如果您和您的提供者想請求例外處理，第 9 章第 6.4 節將介紹該如何處理。其中說明了 Medicare 聯邦醫療保險為確保您的請求得到立即和公平的處理而制定的程序和截止時間。

我們的第 5 級（特殊級藥）不符合此類例外處理的資格。我們無法降低此等級中藥物的費用分攤金額。

第 6 節 如果您藥物的承保範圍變更，該如何處理？

第 6.1 節 在一年當中，「藥物清單」可能會有變更

大多數藥物承保範圍的變更發生在每年開始時（1 月 1 日）。然而，在一年當中，計劃可能會對「藥物清單」作出一些變更。例如，計劃可能：

- 新增藥物至「藥物清單」，或從中移除藥物。
- 將藥物提高或降低費用分攤等級。
- 新增或撤銷藥物的承保範圍限制。
- 以副廠藥來替換該原廠藥。

在變更計劃的「藥物清單」之前，我們必須遵守 Medicare 聯邦醫療保險的要求。

第 6.2 節 如果您正在使用的藥物，其承保範圍受到變更，將會如何？

關於變更藥物承保範圍的資訊

如果「藥物清單」發生變更，我們會在網站上發佈有關變更的資訊。我們還會定期更新我們的線上「藥物清單」。下面我們會說明，如果您正在使用的藥物發生變更，您會直接收到通知的情況。

在當前計劃年度內影響您的藥物承保範圍的變更

- 新的副廠藥取替了「藥物清單」中的原廠藥（或者我們變更了原廠藥的費用分攤等級或對其增設限制，或者同時作出這兩種變更）
 - 如果我們用同一藥物新批准的副廠藥替換原廠藥，則可能會立即刪除我們「藥物清單」上的原廠藥。這種副廠藥將出現在相同或更低的費用分攤等級上，並具有相同或更少的限制。在加入新副廠藥時，我們可能會決定將該原廠藥保留在「藥物清單」上，但會立即將其移至更高的費用分攤等級或增設限制，或者同時作出這兩種變更。
 - 在作出變更之前，我們可能不會提前通知您，即使您正在使用該原廠藥也不例外。如果我們作出變更時您正在使用該原廠藥，我們將向您提供有關具體變更的資訊。這些資訊也包括您可能需要採取的行動，以請求例外處理，獲得該原廠藥的承保。在我們作出變更前，您可能不會收到此通知。
 - 您和您的處方醫生可以要求我們作出例外處理，並繼續為您承保該原廠藥。如需瞭解有關如何申請例外處理的資訊，請查看第 9 章。

- 「藥物清單」上的不安全藥物和其他藥物退出市場
 - 有時某種藥物可能因被認為不安全或因其他原因下市。如果發生這種情況，我們可能會立即將該藥自「藥物清單」中移除。如果您正在使用該藥，我們會立即告知您。
 - 您的處方醫生也將得知此更改，並可和您一起尋找另一種適合您病況的藥物。
- 「藥物清單」中藥物的其他變更
 - 一年之後，我們可能會作出其他變更，並可能會影響您正在使用的藥物。例如，我們可能會新增一種已上市一段時間的副廠藥，以取代「藥物清單」上的原廠藥，或者將原廠藥轉移到不同的費用分攤等級或為其添加新的限制，或者同時作出這兩種變更。我們也可能會根據 FDA 的包裝警告或 Medicare 聯邦醫療保險認可的新臨床指引作出變更。
 - 如作出此類變更，我們必須至少提前 30 天通知您這些變更，或者就您正在使用的藥物給予您 30 天的網絡內藥房重新配藥並向您發出變更通知。
 - 收到此變更通知後，您應和您的處方醫生一起準備轉用不同的承保藥物，或者滿足您正在使用的藥物的任何新限制。

第 5 章使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保

- 您或您的處方醫生可以要求我們作出例外處理，並繼續為您承保該藥。如需瞭解有關如何申請例外處理的資訊，請查看第 9 章。

在本計劃年度內對您沒有影響的「藥物清單」變更

我們可能會對「藥物清單」進行上面沒有提到的特定變更。在這種情況下，這類變更不會影響作出變更時您正在使用的藥物，然而，如果您繼續留在相同的計劃裡，那麼這些變更可能會從下一個計劃年度的 1 月 1 日起開始影響您。

一般而言，在當前計劃年度不會影響您的變更包括：

- 我們將您藥物的費用分攤等級提高。
- 我們對您使用的藥物施加了新的限制。
- 我們將您的藥物自「藥物清單」中移除。

若您正在使用的藥物發生任何這些變更（除了藥物從市場上退出，副廠藥取代了原廠藥，或上述章節所列的其他變更之外），則直到明年的 1 月 1 日為止，該變更將不會影響您的用藥或您的費用分攤。在該日期前，您可能不會感到您的付款有任何增加，或您的用藥有任何新的限制。

在當前計劃年度內，我們不會直接告訴您這些類型的變更。您將需要查看下一個計劃年度的「藥物清單」（該清單在開放參保期間內提供），瞭解您正在使用的藥物的任何變化是否會對您在下一個計劃年度造成影響。

第 7 節 哪些藥物不能獲得本計劃承保？

第 7.1 節 我們不承保的藥物類型

本節告訴您哪些種類的處方藥被排除在外。這表示 Medicare 聯邦醫療保險將不會支付這些藥物的費用。

如果您取得的藥物不獲承保，您必須自行支付費用。若您提出上訴，並且我們發現您請求的藥物未被 D 部分排除在外，我們將支付相關費用或承保該藥物。（如需瞭解關於對決定提出上訴的資訊，請查看第 9 章。）

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

- 我們計劃的 D 部分藥物保險無法承保將由 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分承保的藥物。
- 我們計劃無法承保於美國或其屬地境外購買的藥物。
- 我們的計劃通常無法承保非適應症使用。非適應症使用指的是任何非該藥標籤上由美國食品藥物管理局批准之指示的用途。
- 非適應症使用的承保僅在該用途受到某些參考資料支持的情況下才被允許，例如 American Hospital Formulary Service Drug Information 和 DRUGDEX Information System。

此外，根據法律，下列藥物類別不受 Medicare 聯邦醫療保險藥物計劃承保：

- 非處方藥（也稱為成藥）
- 用於促進生育的藥物
- 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物
- 用於美容目的或促進頭髮生長的藥物
- 處方維生素與礦物質產品（產前維生素與氟化物製劑除外）
- 用於治療性功能或勃起功能障礙的藥物
- 用於治療厭食症、體重減輕或體重增加的藥物
- 製造商試圖透過銷售條件要求相關測試或監測服務只能自該製造商購買的門診藥物

此外，如果您正在接受「額外補助」以支付您的處方藥費用，「額外補助」計劃將不會支付通常不獲承保的藥物的費用。但是，如果您透過 Medicaid 醫療補助獲得藥物保險，您的州 Medicaid 醫療補助計劃可能會承保某些 Medicare 聯邦醫療保險藥物計劃通常不承保的處方藥。請聯絡您所在州的 Medicaid 醫療補助計劃，確定可為您提供哪些藥物承保。（Medicaid 醫療補助的電話號碼及聯絡資訊列於第 2 章第 6 節。）

第 8 節 配取處方藥

第 8.1 節 提供您的會員資訊

配取處方藥時，請在您選擇的網絡內藥房出示您的會員卡上的計劃會員資訊。網絡內藥房會就您的藥物費用自動向計劃收取我們應承擔的部分。當您領取處方藥時，您將需要向該藥房支付您應承擔的部分。

第 8.2 節 如果您無法出示您的會員資訊，該如何處理？

如果您在配取處方藥時無法出示計劃會員資訊，您或藥房可以致電本計劃以取得必要的資訊，或者您可以要求藥房查找您的計劃參保資訊。

如果該藥房無法取得必要的資訊，在領取處方藥時，您可能將需要支付全額的費用。（您可以在之後要求我們償付我們應承擔的部分。如需瞭解有關如何要求計劃償付的資訊，請查看第 7 章第 2 節。）

第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物保險

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

如果您住進醫院或專業護理機構，且該住院由計劃承保，我們通常將會在住院期間承保您處方藥的費用。一旦您離開該醫院或專業護理機構，只要您的藥物滿足本章所述的所有承保規則，計劃就會承保您的處方藥。

第 9.2 節 如果您是長期護理 (LTC) 機構的居住者，將如何處理？

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

請查閱您的 *醫療服務提供者與藥房目錄*，以確認您 LTC 機構的藥房或其使用的藥房是否在我們的網絡內。若其不在我們的網絡內，或您需要瞭解更多資訊抑或需要尋求幫助，請聯絡會員服務部。如果您入住 LTC 機構，我們必須確保您能夠透過我們的網絡內 LTC 藥房獲取您的 D 部分福利。

如果您是長期護理 (LTC) 機構的居住者並且需要一種不在我們的「藥物清單」上或受到某些限制的藥物，該怎麼辦？

如需瞭解有關臨時或緊急供藥，請查看第 5.2 節。

<p>第 9.3 節 如果您還有接受僱主或退休人士團體計劃的藥物保險，該如何處理？</p>

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

通常，如果您有員工或退休人士團體保險，則我們提供給您的處方藥保險將會成為您團體保險的**次要保險**。這表示您的團體保險將會先行支付。

關於有信譽度的保險的特別注意事項：

每年您的僱主或退休人士團體應寄給您一份通知，告知您下一個曆年的處方藥保險是否為有信譽度的。

如果來自團體計劃的保險是有信譽度的，則是指預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 聯邦醫療保險標準的處方藥保險。

請保留此關於有信譽度的保險的通知，因為您之後可能會需要用到。如果您加入了 Medicare 聯邦醫療保險包含 D 部分藥物保險的計劃，您可能需要這些通知來顯示您有維持有信譽度的保險。如果您並未取得關於有信譽度保險的通知，您可以透過您僱主或退休計劃的福利管理員，或該名僱主或工會取得一份副本。

第 9.4 節 如果您參加了經 **Medicare** 聯邦醫療保險認證的臨終關懷計劃，該如何處理？

臨終關懷計劃和我們的計劃不會同時承保同一種藥物。如果您參加了 Medicare 聯邦醫療保險臨終關懷計劃，並且要求獲得某些藥物（例如抗噁心藥物、通便、止痛藥物或抗焦慮藥物），而此藥因為與您的絕症及相關狀況無關而不受您的臨終關懷計劃承保，則在本計劃承保該藥物前，本計劃必須收到來自處方醫生或您的臨終關懷服務提供者的通知，聲明該藥物與您的絕症無關。為防止耽誤您收到任何我們計劃應承保的這些藥物，您在配取方配藥之前，請要求您的臨終關懷服務提供者或處方醫生提供通知。

在您撤銷所選的臨終關懷計劃或從臨終關懷機構中出院後，本計劃將如本文件所述承保您的藥物。當您的 Medicare 聯邦醫療保險臨終關懷福利結束時，為了不耽誤您獲得藥房服務，請您將證明文件帶到藥房，證明您已撤銷臨終關懷服務或已出院。

第 10 節 藥物安全與用藥管理的計劃

第 10.1 節 協助會員安全用藥的計劃

我們將為會員進行用藥審核，以確保安全與適當的護理。

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

- 可能的用藥錯誤
- 因為您正使用另一種藥物治療相同病症，所以可能不必使用的藥物
- 因為您的年齡或性別而可能不安全或不適合的藥物
- 某些在同時使用時可能會對您造成傷害的藥物組合
- 處方上的藥物存在會讓您過敏的成分
- 您正在使用之藥物的藥量（劑量）可能錯誤
- 鴉片類止痛藥超出安全劑量

如果我們在您的用藥上發現可能的問題，我們將會和您的醫療服務提供者一起更正該問題。

第 10.2 節 協助會員安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃 (Drug Management Program, DMP)

我們設立了一項計劃，可以幫助確保會員安全使用鴉片類處方藥和其他經常被濫用的藥物。這項計劃稱為藥物管理計劃 (DMP)。如果您使用從多個醫生或藥房處獲得的鴉片類藥物，或如果您最近出現鴉片類藥物濫用，我們可能會與您的醫生討論，以確保您對鴉片類藥物的使用是適當的，而且在醫療上是必要的。在諮詢您的醫生後，如果我們認為您使用鴉片類或苯二氮類處方藥的行為可能不太安全，我們可能會限制您獲取這些藥物。如果我們讓您加入我們的 DMP，則限制可能有：

- 要求您從特定藥房獲得所有鴉片類藥物或苯二氮類藥物的處方
- 要求您從特定醫生處獲得所有鴉片類藥物或苯二氮類藥物的處方
- 限制為您承保的鴉片類藥物或苯二氮類藥物數量

第 5 章使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保

如果我們計劃限制您獲得這些藥物的方式或數量，我們會提前給您寄送一封信函。信函將告知您我們是否將限制這些藥物的承保，或您是否需要從特定醫生或藥房取得這些藥物的處方。您將有機會告訴我們您傾向於看哪些醫生或使用哪個藥房，以及您認為我們應瞭解的其他任何資訊。在您回覆後，如果我們決定對這些藥物的承保作出限制，我們將向您寄送另一封信函，藉此確認相關限制條件。如果您認為我們作出錯誤的決定，或您不同意我們的決定或限制條件，您和您的處方醫生有權提出上訴。若您提出上訴，我們將會審查您的個案，並告知您我們的新決定。如果我們仍然拒絕您的任何與藥物獲取限制相關的請求，我們將自動將您的個案交給我們計劃之外的獨立審查機構。如需瞭解有關如何提出上訴的資訊，請查看第 9 章。

如果您患有某些病症，例如活動性癌症導致的疼痛或鎌狀細胞病，或您正在接受臨終關懷服務、安寧療護或善終服務，或居住在長期護理機構，則 DMP 可能不適用於您。

第 10.3 節 協助會員管理藥物的藥物治療管理 (MTM) 計劃

我們提供計劃來協助有複雜健康需求的會員。我們的計劃稱為藥物治療管理 (MTM) 計劃。此計劃免費且可自願加入。藥劑師與醫生團隊為我們制訂了此計劃，以便幫助確保我們的會員最大程度地從其使用的藥物中受益。

第 5 章使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保

使用多種藥物治療不同疾病且需要支付高額藥費，或正在使用 DMP 來協助會員安全使用鴉片類藥物的某些會員也許可以透過 MTM 計劃獲得服務。如果您符合該計劃的資格，藥劑師或其他醫療專業人士將對您使用的所有藥物進行綜合審查。在審查期間，您可以談論您的藥物、費用以及您對您的處方藥和非處方藥存有的任何問題或疑問。您將收到一份包含推薦的待辦事項清單的書面摘要，清單中包含了一些步驟，可以協助您從藥物中獲得最佳療效。同時，您還可得到一份藥物清單，其中包括所有您正在使用的所有藥物、使用的劑量以及使用的時間和原因。此外，MTM 計劃中的會員將獲得關於對管制物質的處方藥安全處理的資訊。

最好跟您的醫生討論一下推薦的待辦事項清單和藥物清單。在就診時或與您的醫生、藥劑師及其他健康護理提供者交談時，請隨身攜帶這份摘要。另外，前往醫院或急診室時也請帶上最新的藥物清單（例如，與您的會員身份卡一起）。

如果我們有符合您需求的計劃，我們將會自動將您加入該計劃，並寄給您相關資訊。如果您決定不參與，請通知我們，我們將會為您退出計劃。如果您對此計劃有任何疑問，請聯絡會員服務部。

第 6 章：
對於 **D** 部分處方藥
您須支付的費用

第 6 章對於 D 部分處方藥您須支付的費用

您當前是否領取補助以支付您的藥費？

若您加入了某些幫助支付您的藥費的計劃，則本**承保範圍說明書**中關於 D 部分處方藥費用的某些資訊可能對您不適用。我們已給您寄送一份單獨的插頁來說明您的藥物承保，該插頁稱為**取得「額外補助」支付處方藥之人士的承保範圍說明書附加條款**（也稱為「低收入補貼附加條款」或「LIS 附加條款」）。如果您尚未收到此插頁，請致電會員服務部索取「LIS 附加條款」。

第 1 節 簡介

<h3>第 1.1 節 將本章和其他說明您藥物承保範圍的資料一起使用</h3>

本章將著重介紹對於 D 部分處方藥您須支付的費用。為了簡單起見，我們在本章中使用「藥物」來表示 D 部分處方藥。如第 5 章所述，並非所有藥物均屬於 D 部分承保藥物，某些藥物屬於 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分承保藥物，其他藥物在法律上屬於不受 Medicare 聯邦醫療保險承保的藥物。

第 6 章對於 D 部分處方藥您須支付的費用

如需瞭解支付資訊，您需要先瞭解承保藥物有哪些、哪裡可以配取處方藥以及取得承保藥物需要遵守的規則。第 5 章第 1 節到第 4 節解釋了這些規則。當您使用計劃的「即時福利工具」查看藥物承保時（請查看第 3 章第 3.3 節），所示的費用是「即時」提供的，即您在工具中看到的費用反映了當時的費用，可用於估計您應支付的自付費用。您也可致電會員服務部獲得「即時福利工具」提供的資訊。

第 1.2 節 您為承保藥物支付的自付費用類型

D 部分藥物有幾種不同類型的自付費用。您為藥物支付的金額稱為**費用分攤**，可能需以三種方式支付。

- **自付額**是指在本計劃開始支付其應承擔費用前，您先為藥物支付的金額。
- **共付費**是指您每次配取處方藥時支付的固定金額。
- **共同保險**是指您每次配取處方藥時支付一定比例的總額。

第 1.3 節 Medicare 聯邦醫療保險如何計算您的自付費用

Medicare 聯邦醫療保險規定了哪些費用計入以及哪些費用不計入您的自付費用。以下是我們必須遵循的規則，以便追蹤您的自付費用。

第 6 章對於 D 部分處方藥您須支付的費用

這些款項皆包含在您的自付費用中

您的自付費用包括下列款項（只要是用來支付 D 部分承保藥物且您遵守於第 5 章所述的藥物承保規則）：

- 當您在下列任一藥物付款階段時，您須為藥物支付的金額：
 - 自付額階段
 - 初始承保階段
 - 承保缺口階段
- 任何您在加入我們的計劃前，作為不同 Medicare 聯邦醫療保險處方藥計劃的會員，於此曆年內支付的款項。

視由誰支付而定：

- 如果您是**親自**支付，則這些款項將包含在您的自付費用中。
- 如果是由**特定的其他個人或機構**代表您支付，這些款項也將包含在您的自付費用中。這包含了由朋友、親屬、大多數的慈善機構、AIDS 藥物補助計劃、符合 Medicare 聯邦醫療保險資格的州政府醫藥補助計劃、或印地安醫療保健服務為您的藥物所支付的款項。由 Medicare 聯邦醫療保險的「額外補助」計劃所支付的款項也包含在其中。

第 6 章對於 D 部分處方藥您須支付的費用

- 某些由 Medicare 聯邦醫療保險承保缺口折扣計劃所支付的款項也包含在您的自付費用中。製造商為您的原廠藥所支付的金額也包含在其中。但不包含本計劃為您的副廠藥所支付的金額。

進入重大傷病承保階段：

當您（或代表您支付的人）在曆年內已支付共計 \$8,000 的自付費用時，您將會從初始承保階段或承保缺口階段進入重大傷病承保階段。

這些費用不計入您的自付費用中

您的自付費用不包括以下任何類型的款項：

- 您在美國及其屬地境外購買的藥物。
- 不由我們的計劃承保的藥物。
- 您在網絡外藥房取得不符合本計劃網絡外承保要求的藥物。
- 非 D 部分藥物，包含由 A 部分或 B 部分承保的處方藥，以及其他由 Medicare 聯邦醫療保險排除在承保範圍外的藥物。
- 您為 Medicare 聯邦醫療保險處方藥計劃通常不承保之處方藥所支付的款項。

第 6 章對於 D 部分處方藥您須支付的費用

- 本計劃在承保缺口期間為您的原廠藥或副廠藥所支付的款項。
- 團體健康計劃（包含僱主健康計劃）為您藥物支付的款項。
- 特定保險計劃及政府出資的健康計劃（例如：TRICARE、退伍軍人管理局）為您藥物支付的款項。
- 具有法律義務支付處方藥費用的第三方（例如勞工賠償）為您藥物支付的款項。

*在此提醒您：*如果有任何其他機構（例如上述其中之一）為您支付藥物部分或全部的自付費用，您必須透過致電會員服務部通知我們的計劃。

如何追蹤自付費用的總額？

- **我們將為您提供幫助。**您收到的 D 部分福利說明 (EOB) 報告包含了目前的自付費用金額。當此金額達到 \$8,000 時，本報告將會告知您已脫離初始承保階段或承保缺口階段，並進入了重大傷病承保階段。
- **請確保我們能獲得所需的資訊。**第 3.2 節介紹了您如何協助我們確保您的花費記錄完整且有及時更新。

第 6 章對於 D 部分處方藥您須支付的費用

第 2 節 您須為藥物支付的金額，視您取得該藥時的藥物付款階段而定

第 2.1 節 **Elderplan Flex (HMO-POS) 會員的藥物付款階段有哪些？**

Elderplan Flex (HMO-POS) 在您的處方藥保險上設有四個藥物付款階段。您須支付的金額視您配取或重新配取處方藥時所屬的階段而定。每個階段的詳細資訊請查看本章第 4 節到第 7 節。階段包括：

階段 1：年度自付額階段

階段 2：初始承保階段

階段 3：承保缺口階段

階段 4：重大傷病承保階段

第 3 節 我們會向您寄送報告，說明您藥物的付款與您的付款階段

第 3.1 節 我們寄給您的每月概要稱為 **D 部分福利說明 (D 部分 EOB)**

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

第 6 章對於 D 部分處方藥您須支付的費用

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

如果您上個月透過計劃配取了一次以上的處方藥，我們會寄給您一份 D 部分 EOB。D 部分 EOB 包括：

- **該月的相關資訊**。此份報告說明了您上個月配取處方藥的付款細節。這包含了藥費總額、計劃支付的金額，以及您和其他人代表您支付的金額。
- **自 1 月 1 日起當年度的全部資訊**。這稱為年初至今資訊。該資訊顯示自年初以來，您藥物的藥費總額及付款總額。
- **藥物價格資訊**。此資訊將顯示藥物總價格，以及每份處方藥賠付中相同數量的藥物較第一次配藥的價格上漲情況。
- **費用更低的其他可用處方藥**。此資訊包括每份處方藥賠付中費用分攤較低的其他可用藥物。

第 3.2 節 協助我們及時更新關於您藥物付款的資訊

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

第 6 章對於 D 部分處方藥您須支付的費用

- **每次配取處方藥時，務請出示您的計劃會員卡。** 這樣可確保我們瞭解您所配取的處方藥以及您支付的金額。
- **請確保我們能獲得所需的資訊。** 有時您可能會支付處方藥的全部費用。在這些情況下，我們可能無法自動取得追蹤您自付費用所需的資訊。為了協助我們追蹤您的自付費用，您可以給我們您購買藥物的收據副本，此類情況範例如下：
 - 當您在網絡內藥房以特殊價格，或使用不屬於我們計劃福利的折扣卡來購買承保藥物時。
 - 當您為製藥商患者協助計劃所提供的藥物支付共付費時。
 - 每當您在網絡外藥房購買承保藥物，或當您在特殊情況下為承保藥物支付全額的費用時。
 - 如果您被收取承保藥物的費用，您可以要求我們的計劃來支付我們應承擔的費用。有關如何進行這一步驟的指示，請查閱第 7 章第 2 節。
- **請將其他人替您支付的款項資訊寄送給我們。** 由某些其他的個人與機構所支付的款項也計入您的自付費用中。例如，由州政府醫藥補助計劃、AIDS 藥物補助計劃 (ADAP)、印地安醫療保健服務，以及大多數的慈善機構所支付的款項皆計入您的自付費用中。請保留這些款項的記錄，並寄給我們，以便我們追蹤您的費用。

第 6 章對於 D 部分處方藥您須支付的費用

- **請查閱我們寄給您的書面報告。**當您收到 D 部分 EOB 時，請仔細檢查，確保報告的資訊完整且正確。如果您認為報告缺失了某些資訊，或您有任何疑問，請致電會員服務部。請務必保留這些報告。

第 4 節 在自付額階段，您支付第 4 級和第 5 級藥物的全部費用

自付額階段是您的藥物承保的第一個付款階段：自付額不適用於承保的胰島素產品及大多數成人 D 部分疫苗，包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗。您將為第 4 級（非首選）和第 5 級（特殊級）藥物支付 \$375 的年度自付額。**您必須支付第 4 級（非首選）和第 5 級（特殊級）藥物的全部費用**，直到您達到計劃的自付額。對於所有其他藥物，您不必支付任何自付額。**全部費用**通常低於藥物的正常全價，因為我們的計劃與網絡內藥房針對大多數藥物議定了較低的費用。

在為您的第 4 及第 5 級藥物支付 \$375 之後，您即離開自付額階段並進入初始承保階段。

第 6 章對於 D 部分處方藥您須支付的費用

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

第 5.1 節 您須為藥物支付的費用視該藥本身及您配取處方藥的地點而定

在初始承保階段期間，本計劃將為您的承保處方藥支付其應承擔的部分，而您也將支付您應承擔的部分（您的共付費或共同保險金額）。您應承擔的費用視該藥本身及您配取處方藥的地點而定。

本計劃共有 **5 種費用分攤等級**。

本計劃「藥物清單」上的每種藥物皆屬於五種費用分攤等級之一。通常，費用分攤的等級編號越高，您藥物的費用就越高：

- 第 1 級：首選副廠藥（最低費用分攤等級）。對於此等級中每種承保胰島素產品的供藥，您每月支付 \$0。
- 第 2 級：副廠藥。對於此等級中每種承保胰島素產品的供藥，您每月支付 \$10。
- 第 3 級：首選原廠藥。對於此等級中每種承保胰島素產品的供藥，您每月支付 \$35。
- 第 4 級：非首選藥物。對於此等級中每種承保胰島素產品的供藥，您每月支付 \$35。

第 6 章對於 D 部分處方藥您須支付的費用

- 第 5 級：特殊級藥（最高費用分攤等級）。對於此等級中每種承保胰島素產品的供藥，您每月支付 \$35。

如要瞭解您的藥物屬於哪個費用分攤等級，請查詢計劃的「藥物清單」。

您的藥房選擇

您須為藥物支付的金額視您在下列哪個地點取得而定：

- 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承保網絡外藥房配取的處方藥。有關何時我們承保於網絡外藥房配取之處方藥的資訊，請查看第 5 章第 2.5 節。
- 本計劃的郵購藥房。

有關這些藥房選擇與配取處方藥的更多資訊，請查看第 5 章，以及計劃的醫療服務提供者與藥房目錄。

第 5.2 節 一個月份量藥物補給的費用表

在初始承保階段期間，您就承保藥物應承擔的費用將會是共付費或共同保險的其中之一。

如同下表所示，共付費或共同保險的金額視費用分攤等級而定。

有時，藥物費用低於您的共付費。在這些情況下，您應支付較低的藥物費用，而非共付費。

第 6 章對於 D 部分處方藥您須支付的費用

當您取得 D 部分承保處方藥一個月份量的供藥時，您應承擔的費用：

等級 費用分攤	標準零售費用分攤 (網絡內) (最多 30 天份量的 供藥) ^Ω	長期護理 (LTC) 費 用分攤 (最多 31 天份量的 供藥) ^Ω	網絡外費用分攤 (承保僅限於某些 情況；如需詳細資 訊，請查看第 5 章。)(最多 30 天 份量的供藥) ^Ω
第 1 級： 首選副廠藥	您支付： \$0 的共付費	您支付： \$0 的共付費	您支付： \$0 的共付費
第 2 級： 副廠藥	您支付： \$10 的共付費	您支付： \$10 的共付費	您支付： \$10 的共付費
第 3 級： 首選原廠藥	您支付： \$47 的共付費	您支付： \$47 的共付費	您支付： \$47 的共付費
第 4 級： 非首選藥物	您支付： \$100 的共付費	您支付： \$100 的共付費	您支付： \$100 的共付費
第 5 級： 特殊級藥	您支付： 25% 的共同保險	您支付： 25% 的共同保險	您支付： 25% 的共同保險
如果您獲得了幫助支付藥費的「額外補助」，則可享受更低的費用分攤。請查看「低收入補貼 (LIS) 附加條款」。			
^Ω – 無論 B 部分和 D 部分藥物的費用分攤如何，您為我們計劃承保的每種胰島素產品的一個月份量所支付的費用也不會超過 \$35，即使您尚未支付自付額。			

有關 D 部分疫苗費用分攤的詳細資訊，請查看本章第 9 節。

第 6 章對於 D 部分處方藥您須支付的費用

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

通常，您為處方藥支付的費用包含一個月份量的供藥。有時您或您的醫生可能會有希望開立少於一個月份量的藥物（例如，當首次嘗試一種藥物時）。如果能幫您更好地規劃不同處方的重配日期，您也可以要求您的醫生開立及您的藥劑師配發少於一個月份量的藥物。

如果您收到的某種藥物少於一個月份量，您將無需支付整個月份量的費用。

- 如果您負有支付共同保險的責任，您需按藥物總費用的百分比支付。由於共同保險視藥物總費用而定，為此藥費總費用相對較少，您的費用也會較少。
- 如果您需承擔支付該藥物的共付費，您只需按照獲得藥物的天數支付費用，而無需支付整個月份量的費用。我們將計算您每日支付的藥物費用（每日費用分攤），並乘以您獲得藥物的天數。

第 5.4 節 長期（最多 90 天份量）供藥的費用表

對於某些藥物，您可以取得長期供藥（也稱為延長供藥）。長期供藥的上限為 90 天份量的供藥。

下表顯示您在取得長期供藥時須支付的費用。

第 6 章對於 D 部分處方藥您須支付的費用

- 有時，藥物費用低於您的共付費。在這些情況下，您應支付較低的藥物費用，而非共付費。

當您取得 D 部分承保處方藥的長期份量時，您分別應承擔的費用：

等級 費用分攤	標準零售費用分攤 (網絡內) (最多 90 天份量的供藥) *† ^Ω	郵購費用分攤 (最多 90 天份量的供藥) † ^Ω
第 1 級： 首選副廠藥	您支付： \$0 的共付費	您支付： \$0 的共付費
第 2 級： 副廠藥	您支付： \$30 的共付費	您支付： \$20 的共付費
第 3 級： 首選原廠藥	您支付： \$141 的共付費	您支付： \$94 的共付費
第 4 級： 非首選藥物	您支付： \$300 的共付費	您支付： \$200 的共付費
第 5 級： 特殊級藥	您支付： 25% 的共同保險	您支付： 25% 的共同保險
如果您獲得了幫助支付藥費的「額外補助」，則可享受更低的費用分攤。請查看「低收入補貼 (LIS) 附加條款」。		
*標準零售也可提供 60 天的供藥。		
†NDS – 非延長天數供藥。某些特殊藥物每次配藥最多提供 30 天份量的供藥。		
Ω – 無論 B 部分和 D 部分藥物的費用分攤如何，您為我們計劃承保的每種胰島素產品的一個月份量所支付的費用也不會超過 \$35，即使您尚未支付自付額。		

第 6 章對於 D 部分處方藥您須支付的費用

無論費用分攤等級如何，對於兩個月份量的每種承保胰島素產品，您最多需支付 \$70；對於三個月份量的每種承保胰島素產品，您最多需支付 \$105，即使您尚未支付自付額。

第 5.5 節 您停留在初始承保階段，直到您一年內的藥物總費用達到 **\$5,030** 的*初始承保上限*

您停留在初始承保階段，直到您配取的處方藥總金額達到 **\$5,030** 的初始承保階段上限。

您收到的 D 部分 EOB 可協助您追蹤您、本計劃和任何第三方在一年內為您的藥物支付了多少金額。許多人未在一年內達到 \$5,030 的上限。

如果您達到了此金額，我們會立刻通知您：如果您確實達到了此金額，您將會離開初始承保階段，進入承保缺口階段。有關 Medicare 聯邦醫療保險如何計算您的自付費用，請查看第 1.3 節。

第 6 節 承保缺口階段的費用

當您處於承保缺口階段時，Medicare 聯邦醫療保險承保缺口折扣計劃將提供原廠藥製造商折扣。您須為原廠藥支付 25% 的議定價格和部分配藥費。您支付的金額和製造商折扣的金額皆如同已由您支付一般計入您的自付費用，並使您通過承保缺口。

第 6 章對於 D 部分處方藥您須支付的費用

您也將取得副廠藥的部分承保。對於副廠藥，您須支付不超過 25% 的費用，而計劃將支付其餘的部分。只有您支付的金額有計算在內，並使您通過承保缺口。

您將繼續支付這些費用，直到您的年度自付費用達到 Medicare 聯邦醫療保險規定的上限。當您達到此金額 (\$8,000) 時，您將離開承保缺口階段，進入重大傷病承保階段。

Medicare 聯邦醫療保險規定了哪些費用計入及哪些費用不計入您的自付費用（第 1.3 節）。

承保缺口階段的共同保險要求不適用於 D 部分承保的胰島素產品及大多數成人 D 部分疫苗，包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗。

無論費用分攤等級如何，對於每種承保的胰島素產品的一個月份量，您都無需支付超過 \$35。

有關 D 部分疫苗和 D 部分疫苗費用分攤的詳細資訊，請查看本章第 9 節。

第 6 章對於 D 部分處方藥您須支付的費用

第 7 節 在重大傷病承保階段期間，本計劃將為您的承保 D 部分藥物支付全部費用

當您的自付費用在曆年內達到 \$8,000 的上限時，您即進入重大傷病承保階段。一旦您進入了重大傷病承保階段，您將會維持在此付款階段，直到該曆年結束。

- 在此付款階段期間，本計劃將為您的承保 D 部分藥物支付全部費用。您無需支付費用。

第 8 節 D 部分疫苗。您須為此類疫苗接種支付的費用視您如何及於何處取得而定

關於您為疫苗支付的費用的重要資訊 – 某些疫苗被視作醫療福利。其他疫苗則被視作 D 部分藥物。您可以在計劃的「藥物清單」上找到這些疫苗。即使您沒有支付自付額，我們的計劃也免費為您承保大多數成人 D 部分疫苗。請查看計劃的「藥物清單」或聯絡會員服務部瞭解關於特定疫苗的承保範圍和費用分攤詳情。

我們的 D 部分疫苗接種承保包含了兩個部分：

- 承保的第一個部分為**疫苗本身**的費用。
- 承保的第二個部分為**疫苗接種**的費用。（有時將其稱為疫苗的注射。）

對於 D 部分疫苗接種您須支付的費用，視以下三者而定：

1. 是否接種某種疫苗由被稱為預防接種諮詢委員會 (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) 的組織建議。

- 大多數成人 D 部分疫苗接種均由 ACIP 建議，您無需付費。

2. 您在何處取得疫苗。

- 疫苗藥物可由藥房配發或由醫生診室提供。

3. 誰為您接種疫苗？

- 藥劑師或其他提供者可以在藥房為您接種疫苗。另外，提供者可以在醫生診室為您接種疫苗。

您取得 D 部分疫苗接種時須支付的金額將視情況及您所在的藥物付款階段而定。

- 有些時候，當您接種疫苗時，您將須支付疫苗本身與醫療服務提供者為您接種疫苗的全部費用。您可以要求我們計劃償付我們應承擔的費用。對於大多數成人 D 部分疫苗，這意味著您將獲得報銷您支付的全部費用。
- 在其他情況下，當您接種疫苗時，您只需支付您的 D 部分福利規定的費用分攤。對於大多數成人 D 部分疫苗，您無需付費。

以下是三種您可能接種 D 部分疫苗的情況。

第 6 章對於 D 部分處方藥您須支付的費用

第 1 種情況： 您在網絡內藥房取得 D 部分疫苗接種。
(此選項視您的居住地而定。某些州不允許藥房接種某些疫苗。)

- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您無需付費。
- 對於其他 D 部分疫苗，您須向該藥房支付疫苗本身（包括疫苗接種費用）的共同保險或共付費。
- 我們的計劃將支付其餘的費用。

第 2 種情況： 您在醫生的診室取得 D 部分疫苗接種。

- 當您接種疫苗時，您可能需要支付疫苗本身與醫療服務提供者為您接種疫苗的全部費用。
- 接下來，您可以利用第 7 章所述的程序，要求我們的計劃支付我們應承擔的費用。
- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您將獲得報銷您支付的全額費用。對於其他 D 部分疫苗，我們將為您報銷您所支付的金額並扣除您的疫苗共同保險或共付費（含注射費用）。

第 6 章對於 D 部分處方藥您須支付的費用

第 3 種情況： 您在網絡內藥房購買 D 部分疫苗，接著帶去您醫生的診室接種疫苗。

- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您無需為疫苗本身支付任何費用。
- 對於其他 D 部分疫苗，您須向該藥房支付疫苗本身的共同保險或共付費。
- 當您的醫生替您接種疫苗時，您可能需要支付此服務全部的費用。
- 接下來，您可以利用第 7 章所述的程序，要求我們的計劃支付我們應承擔的費用。
- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您將獲得報銷您支付的全額費用。對於其他 D 部分疫苗，我們將為您報銷您所支付的金額並扣除您的疫苗注射的共同保險。

第 7 章：

要求我們對您收到的承保醫療服務或
藥物賬單支付應承擔的費用

第 1 節 **您應要求我們就您的承保服務或藥物支付計劃費用分攤的情況**

在某些情況下，當您獲取醫療護理或處方藥時，您可能需要支付全額費用。在其他情況下，您可能發現您支付的費用超過計劃的承保規則下您預計要支付的費用。在這些情況下，您可以要求我們計劃向您償付費用（償付通常被稱為給您報銷）。一旦您就我們計劃承保的醫療服務或藥物所支付的費用超出您應承擔的費用，您就有權要求我們的計劃償付費用。您獲得費用償付可能有截止日期，請查看本章第 2 節。

還有一種情況就是，您收到醫療服務提供者就您接受的醫療護理開出的全額費用賬單，或者賬單費用可能超出本文件所述的您的費用分攤。首先，嘗試聯絡提供者解決賬單問題。如果無法解決，您應將此賬單寄給我們，而不是付款。我們將核對賬單，並決定是否應承保有關服務。如果我們決定承保，我們將直接向提供者付款。如果我們決定不予支付，我們會通知提供者。您支付的費用絕不應超過本計劃允許的費用分攤。如果此提供者已簽約，您仍有權獲得治療。

以下是您可能需要求我們的計劃向您償付費用，或就您收到的賬單付款的一些情況：

1. 如果您接受並非我們計劃網絡內的醫療服務提供者提供的緊急醫療或急症醫療護理

在服務區外，您可接受任何醫療服務提供者提供的緊急醫療或急症治療服務，無論該提供者是否在我們的網絡內。在這些情況下，

- 您僅負責就緊急醫療或急症治療服務支付您的費用分攤。法律規定緊急醫療服務提供者須提供緊急護理。如果您在接受護理時支付了全部費用，您應要求我們向您償付我們應承擔的費用。您應將賬單及您的付款憑證寄送給我們。
- 您可能會收到醫療服務提供者要求您付款的賬單，而您認為您不應支付這筆費用。您應將賬單及您的付款憑證寄送給我們。
 - 如果欠付了醫療服務提供者相關款項，我們將直接向其付款。
 - 如果您已支付的費用超出您應承擔的服務費用，我們將確定您應支付的費用，並向您償付我們應承擔的費用。

2. 如果網絡內提供者向您發出賬單，而您認為您不應支付該筆費用

網絡內提供者應始終直接向計劃收取費用，並僅要求您支付您的費用分攤。但是，這些提供者有時會犯錯，要求您支付超出您應承擔費用的金額。

- 您只需要在接受承保服務時支付自己的費用分攤金額即可。我們不允許醫療服務提供者添加其他單獨費用，也叫做差額費用。即使我們向醫療服務提供者支付的費用比醫療服務提供者對此服務收取的費用少，或者因為有爭議我們沒有支付特定醫療服務提供者收取的費用，這項使您支付的費用絕不會超過您的費用分攤金額的保護也適用。
- 一旦您收到網絡內提供者發出的賬單，而您認為其中費用超出您應支付的金額，請將賬單寄送給我們。我們將直接聯絡醫療服務提供者，解決賬單問題。
- 如果您已經支付網絡內提供者的賬單，但您感覺您支付得太多，請將賬單與任何付款憑證寄送給我們，並要求我們向您償付您所支付的金額與根據計劃您應付的金額之間的差額。

3. 如果您是以追溯性的方式加入我們的計劃

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

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

4. 當您使用網絡外藥房配取處方藥時

如果您前往網絡外藥房，該藥房可能無法直接向我們提交賠付要求。當發生這種情況時，您將須支付處方藥的全額費用。

請保留您的收據，並在您要求就我們應承擔的費用向您償付時寄送一份副本給我們。請記住，我們僅在有限情況下承保網絡外藥房。有關這些情況的討論，請查看第 5 章第 2.5 節。

5. 當您因未攜帶計劃會員卡，而支付全額的處方藥費用時

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

請保留您的收據，並在您要求就我們應承擔的費用向您償付時寄送一份副本給我們。

6. 當您在其他情況下支付處方藥的全額費用

您可能會因為處方藥由於某些因素而未承保，而需要支付處方藥的全額費用。

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

所有上述範例均屬於承保決定的類型。這表示，如果我們拒絕您的付款請求，您可對我們的決定提出上訴。有關如何提出上訴的詳細資訊，請查看本文件第 9 章。

第 2 節 如何要求我們向您退款或就您收到的賬單付款

您可以透過向我們寄送書面請求來要求我們償付您的費用。如果寄送書面請求，請將您的賬單與任何付款憑證一同寄送給我們。最好備份您的賬單及收據，以便記錄。

為確保您向我們提供我們作出決定所需的所有資訊，您可填寫我們的賠付表格，以請求付款。

2024 年 Elderplan Flex (HMO-POS) 承保範圍說明書 259
第 7 章要求我們對您收到的承保醫療服務或藥物賬單
支付應承擔的費用

- 您並非必須使用該表格，但使用會有助於我們更快地處理資訊。
- 可從我們的網站 (www.elderplan.org) 下載表格副本或致電會員服務部索取表格。

將您的付款請求及任何賬單或付款收據郵寄至以下地址：

醫療賠付（服務或用品）

您必須在獲得服務、用品或藥物之日起 **365** 天內向我們提交賠付要求。

ELDERPLAN, INC.
CLAIMS DEPARTMENT
P.O. BOX 73111
NEWNAN, GA 30271

D 部分處方藥賠付

您必須在獲得藥物之日起 **3** 年內向我們提交賠付要求。

CVS CAREMARK
MEDICARE PART D CLAIMS PROCESSING
P.O. BOX 52066
PHOENIX, AZ 85072-2066

第 3 節 我們將考慮您的付款請求並作出回覆

第 3.1 節 我們會核對我們是否應承保有關服務或藥物
以及我們應支付的金額

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

- 如果我們決定有關醫療護理或藥物獲承保，且您遵守了所有規則，我們將支付我們應承擔的費用。如果您已經為服務或藥物付款，我們會以郵寄方式將我們需要承擔的費用報銷給您。如果您未支付服務或藥物費用，我們將直接向醫療服務提供者郵寄款項。
- 如果我們決定有關醫療護理或藥物不獲承保，或您未遵守任何規則，我們將不會支付我們的費用分攤。我們將向您發出一封函件，解釋我們不寄出款項的原因，並說明您有權對該決定提出上訴。

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

如果您認為我們在駁回您的付款請求或確定我們的支付金額時弄錯了，您可提出上訴。如果您提出上訴，即表明您要求我們變更在駁回您的付款請求時所作出的決定。上訴程序是一項流程複雜、時限明確的正式程序。有關如何提出上訴的詳細資訊，請查閱本文件第 9 章。

第 8 章：

您的權利與責任

第 8 章您的權利與責任

第 1 節 我們的計劃必須尊重您的計劃會員權利和文化背景

<h4>第 1.1 節</h4>	我們必須以適合您且符合您的文化背景的方式提供資訊（英語之外的語言版本、盲文、大號字體印刷版或其他可選形式等）
------------------	--

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

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

第 8 章您的權利與責任

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialists or finding a network specialist, please call to file a grievance with Elderplan Flex (HMO-POS) by calling Member Services at 1-800-353-3765, TTY 711. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

第 8 章您的權利與責任

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con diversidad cultural y orígenes étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está en letra grande y está disponible de forma gratuita en español y chino. También podemos brindarle información en braille, otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Siempre puede visitar nuestro sitio web en www.elderplan.org para ver los materiales de su plan. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para miembros.

第 8 章您的權利與責任

Se requiere que nuestro plan brinde a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer. Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja ante Elderplan Flex (HMO-POS) llamando a Servicios para Miembros al 1-800-353-3765, TTY 711, de 8 AM a 8 PM, los 7 días de la semana. Usted también puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

您的計劃必須確保所有服務（包括臨床和非臨床服務）都以符合文化要求的方式提供，並且所有參與者都可以使用，包括英語水平有限、閱讀能力有限、聽力障礙或具有不同文化背景和種族背景的參與者。計劃如何滿足這些無障礙要求的示例包括但不限於提供筆譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY（文本電話或電傳打字機電話）連接。

第 8 章您的權利與責任

我們的計劃提供免費口譯服務，可以回答非英語會員的問題。為了您的方便，本文檔以大字體印刷，並以西班牙語和中文免費提供。如果您需要，我們還可以免費為您提供盲文和大字體信息。您可以隨時訪問我們的網站 www.elderplan.org 查看您的計劃材料。我們需要以適合您的可獲取格式向您提供有關計劃福利的信息。要以適合您的方式從我們這裡獲取信息，請致電會員服務部。

我們的計劃需要讓女性參保者可以選擇直接訪問網絡內的女性健康專家，以獲得女性常規和預防性醫療保健服務。

如果計劃網絡中的專業提供者不可用，則計劃有責任找到網絡之外的專業提供者，他們將為您提供必要的護理。在這種情況下，您只需支付網絡內費用分攤。如果您發現自己處於計劃網絡中沒有涵蓋您需要的服務的專家的情況下，請致電計劃以獲取有關在網絡內分攤費用的情況下獲取該服務的信息。

如果您在以適合您的可獲取格式從我們的計劃中獲取信息時遇到任何問題，請致電會員服務部向 Elderplan Flex (HMO-POS) 提出申訴，電話：1-800-353-3765, TTY 711。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 聯邦醫療保險提出投訴或直接致電民權辦公室 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

第 8 章您的權利與責任

第 1.2 節 我們必須確保您及時獲得承保服務和藥物

您有權在計劃網絡內選擇主治醫生 (PCP)，來為您提供和安排承保服務。您有權在不必要轉診的情況下前往婦女健康專科醫生（如婦科醫生）診所就診。我們並非要求您必須轉診至網絡內提供者。

您有權在合理的時間內，從計劃網絡內的醫療服務提供者處取得預約並獲取承保服務。這包括您有權在需要護理時，及時獲得專科醫生的服務。您也有權在無長時間的延誤下，向任何我們的網絡內藥房為您的處方取得配藥或重新配藥。

如果您認為您在合理時間內未獲得醫療護理或 D 部分藥物，第 9 章將告訴您該如何處理。

第 1.3 節 我們必須為您的個人健康資訊保密

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

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

第 8 章您的權利與責任

我們如何保護您健康資訊的隱私？

- 我們確保未經授權人士不能查看或變更您的記錄。
- 除下述情況外，如果我們打算向任何為您提供護理或支付護理費用之外的人士提供您的健康資訊，*需事先獲得您或您授予法定權利代您作決定的人士的書面許可*。
- 在某些例外情況下，我們無需事先獲得您的書面許可。這些例外情況是法律所允許或所要求的。
 - 我們需向正在檢查護理品質的政府機構披露健康資訊。
 - 由於您透過 Medicare 聯邦醫療保險加入我們的計劃，我們需向 Medicare 聯邦醫療保險提供您的健康資訊，包括您的 D 部分處方藥資訊。如果 Medicare 聯邦醫療保險出於研究或其他目的公開您的資訊，將根據聯邦法令和法規執行。通常要求不得分享可識別您身份的獨有資訊。

您可以檢閱您記錄內的資訊，瞭解其分享給他人的情況

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

若您的健康資訊因任何非常規目的而向他人披露，您有權瞭解披露的方式。

第 8 章您的權利與責任

若您對您的個人健康資訊的隱私權有任何疑問或顧慮，請致電會員服務部。

Elderplan, Inc. 隱私慣例通知

生效日期：9/1/2020

本通知說明與您相關的健康資訊的使用和披露方式以及您如何獲取相關資訊。請仔細閱讀本通知。

本通知概述 Elderplan Inc.（「計劃」）、其員工、醫療工作人員及其他醫療專業人員的隱私規則。我們可能會為了本通知內所述的目的，包括為了計劃的管理活動，互相分享關於您的健康資訊（「PHI」或「健康資訊」）。

計劃致力於對會員的受保護健康資訊（「PHI」）保密。PHI 是指：(1) 識別您的身份（或可合理用於識別您的身份）的資訊；以及 (2) 與您的身體或精神健康或狀況、向您提供醫療護理或該等護理的支付相關的資訊。

我們的義務

- 法律要求我們對您的 PHI 保密並確保其安全。
- 如果發生可能會損害您資訊的隱私權及安全性的違規事項，我們會立即通知您。
- 我們必須履行本通知所述的義務及隱私條例，並向您提供本通知的副本。

第 8 章您的權利與責任

- 我們不會在本通知所述範圍以外使用或披露您的資訊，除非您書面同意我們這麼做。如果您同意我們這麼做，您也可以隨時改變您的決定。如果您改變您的決定，請書面通知我們。

我們會如何使用和披露健康資訊

以下類別說明了我們可能使用及披露健康資訊的不同方式。下面並未列出某個類別中允許的每一種使用或披露，但各個類別提供了法律允許的使用和披露的範例。

付款。我們可能會使用和披露健康資訊流程，並支付由您或醫生、醫院及其他醫療服務提供者針對為您提供的服務提交給我們的賠付要求。例如，其他付款目的可能包括使用健康資訊確定福利資格、福利協調、保費收取及醫療必需性。我們亦可能為付款目的或為偵測或預防醫療護理詐欺或濫用，與向您或曾向您提供保險的另一健康計劃分享您的資訊。

健康護理營運。我們可能為健康護理營運（即營運計劃中涉及的管理活動）而使用和披露健康資訊。例如，我們可能會使用健康資訊來營運和管理有關提供和管理您的健康護理承保或解決申訴的業務活動。

治療。我們可能會與您的醫療服務提供者（藥房、醫生、醫院等）分享您的健康資訊，幫助他們為您提供服務。例如，如果您住院，我們可能會披露由您的醫生傳送給我們的資訊。

第 8 章您的權利與責任

預約提醒、替代治療方案以及健康相關福利和服務。 為了聯絡您，我們可能會使用和披露健康資訊，以提醒您跟我們或您的醫療服務提供者有預約/約診。我們可能還會為了告訴您治療方案、替代方案、健康相關福利或您可能感興趣的服務而使用和披露健康資訊。

透過向我們提供某些資訊，您明確同意計劃及其業務合作夥伴可使用某些資訊（例如您的家庭/工作/行動電話號碼和電子郵件），就諸如跟進預約、收取欠款和其他營運事務之類的事務聯絡您。您同意，可透過您提供的資訊以及透過使用預錄/人工語音訊息和使用自動/預測撥號系統聯絡您。

參與您的護理或為您接受的護理付款的個人。 我們可能向參與您的醫療護理或幫助支付您的護理費用的個人（如家人或朋友）披露健康資訊。我們可能還會向其透露您的位置或總體狀況，或向協助救災工作的實體披露該等資訊。在上述情況下，我們只會分享與此人參與您的醫療護理或相關醫療付款直接有關的健康資訊。個人代表。我們可能會向您的個人代表（如有）披露您的健康資訊。個人代表具有代表您對您的醫療護理或醫療付款做出決定的法定權力。例如，我們可能會向永久授權書的受託人或者您的法定監護人披露您的健康資訊。

第 8 章您的權利與責任

研究。在某些情況下，作為一個展開研究的組織，我們可能會為了研究目的而使用和披露健康資訊。例如，一項研究專案可能涉及比較接受一種藥物或治療的所有會員與針對相同病症接受另一種藥物或治療的會員的健康和恢復狀況。為研究目的而使用或披露健康資訊之前，我們將對專案展開一項特殊的批准流程。此流程會評估提議的研究專案及其健康資訊的用途，並在研究的益處與健康資訊的機密性之間取得平衡。我們還會允許研究人員查看記錄，幫助他們識別可參加其研究專案的會員或為其他相似目的。

籌款活動。為了籌款支援計劃和正在與我們展開聯合籌款專案的其他非營利實體，我們可能會使用或披露您的人口統計資訊（如姓名、地址、電話號碼和其他聯絡資訊）、為您提供醫療護理的日期、您的醫療護理狀態、為您提供服務的部門和醫生以及您的治療結果資訊來聯絡您。我們還可能向相關基金會或業務合作夥伴披露您的健康資訊，以便他們聯絡您為我們籌款。如果我們確實為籌款目的使用或披露您的健康資訊，您將被告知您有權選擇不接收未來的籌款通訊。

特殊情況

除上述之外，我們可能在以下特殊情況下使用和披露健康資訊：我們必須滿足法律規定的眾多條件才能出於這些目的披露您的資訊。若要瞭解更多資訊，請瀏覽：
<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>。

第 8 章您的權利與責任

法律要求。我們將根據國際、聯邦、州或當地法律的要求披露健康資訊。

解除對健康或安全的嚴重威脅。為了阻止或減輕對您、公眾或他人的健康和安全的嚴重威脅，在必要時我們可能會使用或披露健康資訊。但是，我們只會向我們認為能夠幫助阻止威脅的人披露。

業務合作夥伴。我們可能會向代表我們提供服務的業務合作夥伴披露該等服務所需的健康資訊。例如，我們可能會使用另一家公司代表我們進行收費服務。根據與我們簽訂的合約，我們的業務合作夥伴有責任對您的資訊保密並且不得使用或披露我們與其他的合約所載之外的任何資訊。

出於器官和組織捐贈目的。如果您是器官捐贈者，必要時我們可能會向處器官勸募或器官、眼睛或組織移植的組織或器官捐贈銀行披露健康資訊，以促進器官或組織捐贈和移植。

軍人和退伍軍人。如果您是軍人，我們可能會根據軍事指揮當局的要求披露健康資訊。如果您是外國軍隊的成員，我們還可能向適當的外國軍事當局披露健康資訊。

勞工賠償。我們可能會根據有關勞工補償或類似計劃的法律之授權，或在遵守該等法律所必需的範圍內披露健康資訊。這些計劃為工作相關的傷病提供福利。

第 8 章您的權利與責任

公共衛生風險。我們可能會為公共衛生活動披露健康資訊。這些活動一般包括預防或控制疾病、受傷或殘障；報告出生和死亡情況；報告兒童虐待或忽視；報告對藥物的反應或產品問題；通知人們其所用產品的召回；追蹤某些產品和監視其使用和有效性；如法律授權，通知可能暴露於某種疾病或可能有接觸或傳播某種疾病或病症的風險的人；以及在有關工作場所疾病或受傷的某些有限情況下對我們的設施進行醫學監察。如果我們認為某位會員受到虐待、忽視或家庭暴力，我們還可能向適當政府機構披露健康資訊；但是，我們將僅在該會員同意或法律要求或授權我們時披露此資訊。

衛生監管活動。我們可能會向健康監管機構披露健康資訊以用於法律授權的活動。這些監管活動包括對設施和醫療服務提供者的稽核、調查、檢查和發證等。政府有必要透過這些活動來監管健康護理體系、政府計劃以及對民權法的遵循情況。

訴訟及法律訴訟。我們可能會披露健康資訊，以回應法院或行政命令，或回應傳訊、調查請求或其他涉及法律訴訟的其他人的合法程序，但前提是已盡力告知您有關該請求的資訊或獲得保護所請求資訊的命令。

第 8 章您的權利與責任

執法。在執法官員要求時，我們可能會如下披露健康資訊：(1) 回應法院命令、傳訊、令狀、傳喚或類似程序；(2) 披露有限資訊以識別或找到疑犯、逃犯、重要證人或失蹤者；(3) 關於犯罪行為的受害者，如果在某些有限的情況下，我們無法獲得該人士的同意；(4) 關於我們認為可能因犯罪行為導致的死亡；(5) 關於在我們的辦公場所進行的犯罪行為的證據；以及 (6) 在緊急情況下報告犯罪活動、犯罪活動或受害者的位置、或犯罪人員的身份、描述或定位。

驗屍官、法醫或葬禮承辦人。我們可能會向驗屍官或法醫披露健康資訊。在某些情況下，這可能是必需的，例如為了確定死因。我們還可能向葬禮承辦人披露履行其職責所必需的健康資訊。

國家安全和情報活動。我們可能會向授權的聯邦官員披露健康資訊以進行法律授權的情報、反情報及其他國家安全活動。

總統和他人的安保服務。我們可能會向授權的聯邦官員披露健康資訊，以便他們為總統、其他授權人員或外國領導人提供保護或展開特殊調查。

囚犯或拘留人員。對於身處懲教所或被執法人員拘留的囚犯，我們可能會向適當的懲教所或執法人員披露健康資訊。僅在以下目的有必要時才會進行披露：(1) 懲教所為您提供醫療護理；(2) 保障您或他人的健康和 safety；或 (3) 為了懲教所的安全。

第 8 章您的權利與責任

其他的使用及披露限制：某些種類的健康資訊，包括但不限於與酒精和藥物濫用、精神健康治療、基因有關的資訊以及機密 HIV 相關資訊，在披露前需要書面授權並且根據紐約州法律或其他聯邦法律需遵守單獨的特殊隱私保護，以使此通知的部分內容不適用。對於遺傳資訊，我們將不會出於核保目的使用或分享您的遺傳資訊。如果本通知中的上述健康資訊使用或分享方式受到適用於我們的其他法律的禁止或其他限制，我們的政策是遵循更嚴格的法律所做的規定。

需要書面授權的使用和披露

在上述之外的情況下，我們在使用或披露關於您的個人資訊之前將請求您的書面授權。例如，在以下情況中，我們將獲得您的授權：

- 1) 出於與您的福利計劃無關的行銷目的；
- 2) 披露任何心理治療記錄之前；
- 3) 與出售您的健康資訊有關，以及
- 4) 出於法律規定的其他目的。例如，州法律還要求我們在使用或披露與 HIV/AIDS、藥物濫用或精神健康資訊有關的資訊之前取得您的書面授權。

您有權撤銷任何該等授權，但是在某些情況下，例如我們已根據您的授權採取行動，則無法撤銷授權。

第 8 章您的權利與責任

您的權利

對於我們保存的關於您的健康資訊，您有以下權利且受某些限制的約束 – 所有申請必須以書面形式提出：

申請限制的權利。 您有權申請限制我們為治療、付款或醫療護理營運使用或披露的健康資訊。您有權申請限制我們向參與您的護理或護理費用支付的人員（如家人或朋友）披露的關於您健康資訊。我們不一定會同意您的申請，如果您的申請影響對您的治療，我們可能會予以拒絕。如果我們同意您的申請，我們將遵守您的申請，除非在某些緊急治療情況下我們需要使用該資訊。

申請保密通訊的權利。 如果您明確表示披露您的全部或部分健康資訊可能會對您造成危害，您有權請求我們以平常通訊方式之外的某種方式或在某個位置與您通訊。例如，您可以要求我們只透過向郵政信箱（而不是您的家庭地址）傳送郵件來聯絡您，或者您可能希望使用其他電話號碼來接聽電話。您的申請必須採用書面形式，並指定您希望採用的聯絡方式或地點。

第 8 章您的權利與責任

檢查和複製的權利。 您有權檢查和收到我們的記錄中用於作出關於您的參保、護理或護理費用支付的決定的健康資訊，包括電子健康記錄中保存的資訊。如果您想查閱這些記錄或獲得這些記錄的副本，必須提出書面要求。我們可能會收取影印及郵寄這些記錄的合理成本費。我們可能會拒絕您對特定資訊的存取。若是如此，我們將向您提供書面解釋。我們還將解釋您可以如何對該決定提出上訴。

請注意，記錄的紙質或電子副本可能需要您付費。

修正的權利。 如果您認為我們保存的健康資訊不正確或不完整，您可要求我們進行修正。只要資訊由我們或為我們保存，您就有權申請修正。您必須告訴我們您的申請理由。

我們可能會拒絕您修正記錄的申請。如果您的申請不是書面形式或未包含支持申請的理由，我們可能會拒絕申請。如果您要求我們修正如下所述的資訊，我們也可能會予以拒絕：

- 我們並未建立的資訊；
- 並不屬於用以作出關於您的決定的記錄；
- 並不屬於允許您檢查和獲取副本的資訊；或
- 準確且完整的資訊。

獲得披露資訊清單的權利。 您有權申請我們在六年間披露的健康資訊的清單。該披露資訊清單將僅包括並非為治療、付款、醫療護理營運、向您、依照授權、或為本通知中所述的「特殊情況」作出的披露。您有權免費獲得一份披露資訊清單。十二個月內的後續申請可能需付費。

第 8 章您的權利與責任

獲得本通知紙質副本的權利。 您有權收到一份本通知的紙質副本。您可隨時要求我們提供本通知的副本。即使您已同意以電子方式接收本通知，您仍有權獲得紙質副本。您可隨時透過計劃網站 <https://elderplan.org> 獲得一份本通知的副本。

如何行使您的權利

要行使本通知中所述的任何權利（除獲得本通知紙質副本之外），您必須聯絡計劃。

ELDERPLAN
ATTENTION: REGULATORY COMPLIANCE
55 WATER STREET, NY 10041
1-800-353-3765
聽障專線：711

洩露通知

我們將按照法律要求維護您的健康資訊的隱私和安全。如果您的任何健康資訊洩露（如法律所定義），我們將在發現資訊洩露後的 60 天內通知您，除非執法機構要求延遲通知。

第 8 章您的權利與責任

電子健康資訊交換

本計劃將參加與其他醫療服務提供者、健康資訊交換網絡和健康計劃的各種健康資訊電子交換系統。本計劃維護的健康資訊可能出於治療、付款或醫療護理營運目的被其他醫療服務提供者、健康資訊交換網絡和健康計劃使用。此外，本計劃可能出於治療、付款或醫療護理營運的目的，但僅在您同意的情況下使用由其他醫療服務提供者、健康資訊交換網絡和健康計劃維護的健康資訊。

通知變更

對於我們已掌握的以及未來收到的任何健康資訊，我們保留變更本通知和使修改或變更的通知生效的權利。新通知可在我們的網站上獲得，若您申請索取，我們會將新通告郵寄給您。通知將在第一頁左上角註明生效日期。

投訴和問題

如果您認為自己的隱私權受到侵犯，則可以向我們投訴。若向我們提出投訴，請透過下述地址聯絡隱私事務官。所有投訴必須以書面方式提出。

ELDERPLAN
ATTENTION: REGULATORY COMPLIANCE
55 WATER STREET
NEW YORK, NY 10041

第 8 章您的權利與責任

您還可以向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出民權投訴，方法是：寫信至 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201，致電 1-877-696-6775，或瀏覽 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/。

我們不會因您行使投訴權而對您實施報復。

如果您對此通知有任何疑問，請聯絡 1-855-395-9169（聽障專線：711）。

第 1.4 節 我們必須向您提供計劃、其醫療服務提供者網絡以及您的承保服務的相關資訊
--

作為 Elderplan Flex (HMO-POS) 的會員，您有權向我們索取多種資訊。

如果您需要以下任何類型的資訊，請致電會員服務部：

- **計劃的相關資訊**。例如，包括計劃財務狀況的相關資訊。
- **我們網絡內提供者和藥房的相關資訊**。您有權索取關於我們網絡內提供者的資格、網絡內藥房以及我們如何向網絡內提供者付款的資訊。

第 8 章您的權利與責任

- 您的保險及您在使用保險時必須遵循的規則的相關資訊。第 3 章與第 4 章提供了關於醫療服務的資訊。第 5 章與第 6 章提供了關於 D 部分處方藥承保的資訊。
- 服務或藥物不獲承保的原因及您對此可如何處理的相關資訊。第 9 章提供了關於要求我們就醫療服務或 D 部分藥物不獲承保或在您的保險受到限制時提供書面解釋的資訊。第 9 章還提供了關於要求我們變更我們所作的決定（也稱為上訴）的資訊。

第 1.5 節 我們必須支援您作出護理決定的權利

您有權瞭解您的治療方案及參與決定您的醫療護理

您有權向您的醫生和其他醫療服務提供者瞭解完整資訊。您的醫療服務提供者必須以您可理解的方式，說明您的病情及治療選擇方案。

您也有權完全參與您的醫療護理決定。為幫助您與醫生一起決定哪項治療方案最適合您，您擁有以下權利：

- **瞭解您的所有選擇方案。** 您有權瞭解所有針對您的病情建議的所有治療方案，無論這些方案須支付多少費用或這些方案是否獲我們的計劃承保。其中也包含瞭解我們計劃所提供之協助會員管理藥物與安全用藥的計劃。

第 8 章您的權利與責任

- **瞭解風險。** 您有權瞭解您的護理中涉及的任何風險。如果任何建議的醫療護理或治療是研究試驗的一部分，醫生必須事先向您說明。您完全有權拒絕任何試驗性治療。
- **有權拒絕。** 您有權拒絕任何建議的治療。這包括有權離開醫院或其他醫療機構，即使您的醫生建議您不要離開。您有權停止服藥。當然，如果您拒絕治療或停止服藥，您需對身體因此出現的情況負全部責任。

您有權說明在您無法自行作出醫療決定時的處理方式

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

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

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

第 8 章您的權利與責任

如果您想使用**預立醫療指示**來進行說明，程序如下：

- **獲取表格。** 您可從您的律師、社會工作者或某些辦公用品商店獲取預立醫療指示。有時，您可從向公眾提供 Medicare 聯邦醫療保險資訊的機構索取預立醫療指示表格。您還可聯絡會員服務部索取該表格。
- **填好表格並簽名。** 無論從何處獲取此表格，均請切記該表格屬於法律文件。您應考慮請一位律師幫您編製該文件。
- **將副本交給適當人士。** 您應將表格副本交給您的醫生以及您在表格中列出的在您不便時代您作決定的人士。您還可將副本交給您的親友。請在家中保留一份副本。

如果您事先知曉即將住院，且曾簽署預立醫療指示，**請將副本帶至醫院。**

- 醫院會詢問您是否已簽署預立醫療指示表格以及是否攜帶。
- 如果您尚未簽署預立醫療指示表格，醫院可提供表格並詢問您是否希望簽署。

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

第 8 章您的權利與責任

如果未遵從您的指示，該如何處理？

如您已簽署預立醫療指示，且您認為醫生或醫院未遵守當中的指示，您可向紐約州衛生署醫院投訴熱線（電話 1-800-804-5447）或專業醫療行為辦公室醫生投訴熱線（電話 1-800-663-6114）提出投訴。

第 1.6 節 您有權投訴和要求我們重新考慮所作出的決定

如果您有任何問題、疑慮、投訴以及需要申請承保或提出上訴，本文件第 9 章介紹了您可以採取的行動。無論您是要求承保決定、提出上訴或投訴 – 我們均需公平對待您。

第 1.7 節 如果您認為遭受不公平待遇或權利未獲尊重，該如何處理？

如果遭受歧視，請致電民權辦公室

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

第 8 章您的權利與責任

是否屬於其他問題？

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

- 您可致電**會員服務部**。
- 您可致電 **SHIP**。有關詳細資訊，請查閱第 2 章第 3 節。
- 或者，您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare 聯邦醫療保險**，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天（聽障專線：1-877-486-2048）。

第 1.8 節 如何獲得有關您權利的詳細資訊

您可透過多種途徑瞭解有關您權利的詳細資訊：

- 您可致電**會員服務部**。
- 您可致電 **SHIP**。有關詳細資訊，請查閱第 2 章第 3 節。
- 您可聯絡 **Medicare 聯邦醫療保險**。
 - 您可瀏覽 Medicare 聯邦醫療保險網站，閱讀或下載刊物《*Medicare Rights & Protections*》（Medicare 聯邦醫療保險權利與保障）。（刊物載於：www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf。）

第 8 章您的權利與責任

- 或者，可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天（聽障專線：1-877-486-2048）。

第 2 節 作為計劃會員，您應履行一些責任

以下是作為計劃會員所需執行的事項。如果您有任何疑問，請致電會員服務部。

- 熟悉您的承保服務及您獲得此類承保服務所必須遵守的規則。閱讀本*承保範圍說明書*，瞭解為您承保的服務，以及獲得承保服務所需遵守的規則。
 - 第 3 章與第 4 章詳細介紹了您的醫療服務。
 - 第 5 章與第 6 章詳細介紹了您的 D 部分處方藥承保。
- 如果除我們的計劃外，您還加入了其他健康保險或單獨的處方藥保險，您需將此情況告知我們。第 1 章介紹了關於協調這些福利的資訊。
- 將您加入我們計劃的情況告知您的醫生及其他醫療服務提供者。獲取您的醫療護理或 D 部分處方藥時，務請出示您的計劃會員卡。
- 透過向您的醫生及其他醫療服務提供者提供資訊、詢問問題和跟進您的護理情況，幫助其為您提供服務。

第 8 章您的權利與責任

- 為了幫助您獲得最佳護理，請將您的健康問題告知您的醫生和其他醫療服務提供者。遵從您與醫生議定的治療計劃及指示。
- 確保您的醫生瞭解您所使用的藥物，包括非處方藥、維生素和補品。
- 如您有任何疑問，請務必提出並得到您可以理解的解答。
- **請體諒他人。**我們希望所有會員均能尊重其他患者的權利。也希望您在行事時，遵循您醫生診所、醫院及其他辦公室的工作程序，保證其正常工作。
- **支付應付的費用。**作為計劃會員，您承擔以下費用：
 - 您必須繼續支付 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分保費以保持該計劃的會員身份。
 - 對於大部分由計劃承保的醫療服務或藥物，您在獲取服務或藥物時必須支付應承擔的費用。
 - 如果您需要支付逾期參保罰金，則您必須支付該罰金才可維持您的處方藥保險。
 - 如果您因您的年收入而須支付額外的 D 部分金額，您必須繼續直接向政府支付該筆額外的金額，才可維持本計劃的會員資格。
- **如果您前往的地點處於我們計劃的服務區之內，您需通知我們您的搬遷情況，以便我們更新您的會員記錄及獲得您的聯絡資訊。**

第 8 章您的權利與責任

- 如果您搬離了我們計劃的服務區，則您無法繼續作為我們計劃的會員。
- 如果您搬遷，同請務必通知社會安全局（或鐵路職工退休委員會）。

第 9 章：

*遇到問題或想投訴時該如何處理
(承保決定、上訴、投訴)*

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 1 節 簡介

第 1.1 節 遇到問題或疑慮該如何處理

本章列述了處理問題及疑慮的兩種程序：

- 就某些問題而言，您需採用**承保決定和上訴程序**。
- 就其他問題而言，您需採用**提出投訴的程序**（也稱為「申訴」）。

這兩種程序已獲 Medicare 聯邦醫療保險批准。每個程序都有一套規則、手續及截止日期，您與我們均須遵守。

第 3 節內的指引有助於您確定應採用的正確程序及您應採取的行動。

第 1.2 節 關於法律術語

本章中所列的某些規則、程序及各類截止日期存在若干法律術語。許多術語對於大多數人而言較為陌生且難以理解。為使文字更通俗易懂，本章：

- 採用更通俗的辭彙取代若干法律術語。例如，本章通常使用提出投訴而非提出申訴，使用承保決定而非機構裁決、承保裁決和風險裁決，以及使用獨立審核機構而非獨立審核實體。
- 本章中也儘量減少了對縮寫詞的使用。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

然而，瞭解正確的法律術語可能對您有所幫助，甚至非常重要。瞭解應使用的術語將有助於您更準確地表達，並就您的情況尋求適當的幫助或資訊。為幫助您瞭解應使用的術語，我們在提供處理特殊情形的詳細資訊時會對法律術語加以闡述。

第 2 節 從何處獲取詳細資訊和個性化協助

我們可隨時向您提供協助。即使您對我們對待您的方式提出投訴，我們仍有義務尊重您的投訴權利。因此，您應始終向客戶服務部尋求幫助。但在某些情況下，您可能也希望獲得某位與我們無關人士的幫助或指引。以下兩個實體可以為您提供協助。

州健康保險援助計劃 (SHIP)

每個州均設有一項政府計劃，並配備受過專業訓練的顧問。該計劃與我們的計劃、任何保險公司或健康計劃均無關。該計劃的顧問可幫助您瞭解您在處理問題時應採取的程序。他們也能回覆您提出的問題、給予您更多資訊並提供有關處理方法的指引。

SHIP 顧問服務免費。電話號碼和網址列於本文件的第 2 章第 3 節。

Medicare 聯邦醫療保險

您還可聯絡 Medicare 聯邦醫療保險尋求幫助。如需聯絡 Medicare 聯邦醫療保險：

- 您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。聽障人士可致電 1-877-486-2048。
- 您還可瀏覽 Medicare 聯邦醫療保險網站 (www.medicare.gov)。

第 3 節 如需解決問題，應採取何種程序？

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

您的問題或疑慮是否與您的福利或保險有關？

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

是。

請查閱本章的下一節，第 4 節，承保決定和上訴基準指引。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

否。

向前跳至本章末尾的**第 10 節：如何就護理品質、等待時間、顧客服務或其他事宜提出投訴？**

承保決定和上訴

第 4 節 承保決定和上訴基準指引

第 4.1 節 要求承保決定和提出上訴：重點

承保決定和上訴程序處理與您的福利及醫療護理（服務、用品和 B 部分處方藥，包括付款）承保有關的問題。為了簡單起見，我們通常將醫療用品、服務和 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥稱為**醫療護理**。您利用承保決定和上訴程序處理諸如某服務或藥物是否獲承保以及承保方式等問題。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

獲取福利前要求承保決定

承保決定是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您的醫療護理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診至網絡外醫療專科醫生，此轉診被視為一項有利的承保決定，除非您的網絡內醫生可以證明您收到了該醫療專科醫生的標準拒絕通知，或承保範圍說明書明確表示，該轉診服務在任何情況下均不會獲得承保。如果您的醫生不確定我們是否會承保某特定醫療服務或拒絕提供您認為所需的醫療護理時，您或您的醫生也可聯絡我們，要求進行承保決定。換句話說，如需在獲得某項醫療護理之前瞭解我們對此是否承保，您可要求我們為您作出承保決定。在有限的情況下，承保決定的請求將被駁回，這表示我們將不會審核該請求。何時將駁回請求的範例包括：如果請求不完整、有人代表您提出請求但並未合法授權該請求或您要求撤銷請求。如果我們駁回承保決定的請求，我們將發出通知，解釋駁回請求的原因以及如何要求審核被駁回。

我們就為您承保的服務或藥物以及支付的費用作出承保決定。在某些情況下，我們可能會決定不承保醫療護理，或就您而言，**Medicare** 聯邦醫療保險不再承保這些醫療護理。如果您不同意該項承保決定，可提出上訴。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

提出上訴

如果我們作出一項承保決定，而您對此並不滿意，無論是在獲取福利之前還是之後，您都可以就該決定提出上訴。上訴是指要求我們審核並變更我們已作出的承保決定的正式方式。在某些情況下，您可以對承保決定提出加急或快速上訴，我們將在後文討論這些情況。您的上訴將由作出原始決定之外的其他審核員處理。

您首次對決定提出的上訴稱為第 1 級上訴。在這一級上訴時，我們將審核已作出的承保決定，以核查我們是否正確遵循規則行事。我們完成審核後，將告訴您我們的決定。

在有限的情況下，第 1 級上訴請求將被駁回，這表示我們將不會審核該請求。何時將駁回請求的範例包括：如果請求不完整、有人代表您提出請求但並未合法授權該請求或您要求撤銷請求。如果我們駁回第 1 級上訴請求，我們將發出通知，解釋駁回請求的原因以及如何要求審核被駁回。

如果我們完全或部分拒絕您的第 1 級醫療護理上訴，您的上訴將自動移送至由與我們無關的獨立審核組織進行審核的第 2 級上訴。

- 您無需採取任何行動即可開始第 2 級上訴。Medicare 聯邦醫療保險規則要求，如果我們不完全認同您的第 1 級上訴，需自動將您的醫療護理上訴移送至第 2 級。
- 有關第 2 級上訴的詳細資訊，請查看本章第 6.4 節。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

- 對於 D 部分藥物上訴，如果我們完全或部分拒絕您的上訴，您將需要要求進行第 2 級上訴。本章第 7 節將進一步討論 D 部分藥物上訴。

如果您仍不滿第 2 級上訴作出的決定，還可繼續提出其他級別的上訴（本章第 9 節將介紹第 3、4 及 5 級上訴程序）。

第 4.2 節 欲要求承保決定或提出上訴時，該如何尋求幫助

以下是一些您在決定要求作出任何類別的承保決定或對決定提出上訴時可採取的途徑：

- 您可致電會員服務部聯絡我們。
- 您可從州健康保險援助計劃處取得免費幫助。
- 您的醫生可代表您提出請求。如果您的醫生幫助您提出 2 級以上的上訴，他們必須被委任為您的代表。請致電會員服務部索取代表委任表格。（此表格也可在 Medicare 聯邦醫療保險的網站 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 取得）
 - 您的醫生可代表您就醫療護理或 B 部分處方藥請求承保決定或第 1 級上訴。如果您的上訴在第 1 級被拒絕，則該上訴將會自動轉交至第 2 級。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

- 對於 D 部分處方藥，您的醫生或其他處方醫生可代表您要求作出承保決定或第 1 級上訴。如果您的第 1 級上訴被拒絕，您的醫生或處方醫生可以提出第 2 級上訴。
- **您可要求某人士代表您行事。** 如果您願意，可指定任何其他人士作為您的代表，代您要求承保決定或提出上訴。
 - 如果您希望您的朋友、親屬或其他人士擔任您的代表，請致電會員服務部索取代表委任表格。（此表格也可在 Medicare 聯邦醫療保險網站 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 取得）。此表格可允許該人士代您行事。表格必須經您和您希望代您行事的人士簽署。您必須向我們提交一份經簽署的表格。
 - 雖然我們可在沒有表格的情況下接受上訴請求，但是我們在未收到表格之前無法開始或完成審核。如果我們在收到您的上訴請求後 44 個曆日內未收到該表格（這是我們就您的上訴作出決定的截止日期），您的上訴請求將被駁回。如果發生此情況，我們將向您發出書面通知，就您要求獨立審核機構對我們駁回您的上訴的決定進行審核的權利作出解釋。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

- **您也有權聘請律師。** 您可聯絡您的私人律師，或透過當地律師協會或其他轉介服務獲取律師姓名。如果您符合條件，某些團體也會為您提供免費法律服務。但**您並非必須聘請律師**才能要求任何類別的承保決定或針對決定上訴。

第 4.3 節 本章哪一節有關於您的情況的詳細資訊？

涉及承保決定和上訴的情況共有四種。由於每種情況的規則和截止日期各有不同，我們分別在不同章節詳述了不同情況：

- **本章第 5 節：**「您的醫療護理：如何要求承保決定或對承保決定提出上訴」
- **本章第 6 節：**「您的 D 部分處方藥：如何要求承保決定或提出上訴」
- **本章第 7 節：**「如果您認為過快讓您出院，如何要求我們延長住院承保」
- **本章第 8 節：**「如果您認為您的保險終止過快，如何要求我們繼續承保某些醫療服務」（*僅適用於下列服務：居家護理、專業護理機構護理和綜合門診復健機構 [CORF] 服務*）

如果您仍不確定應採用哪一節內容，請致電會員服務部。您也可向 SHIP 等政府機構尋求幫助或資訊。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 5 節 您的醫療護理：如何要求承保決定或對承保決定提出上訴

第 5.1 節 本節描述了在對於獲取醫療護理保險存有疑問或希望我們償付就您的護理應承擔的費用時，您該如何處理

本節列述了您的醫療護理福利的相關資訊。本文件第 4 章對這些福利進行了描述：*醫療福利表（承保範圍與支付費用）*。在某些情況下，請求 B 部分處方藥時適用的規則有所不同。出現這類情況時，我們將說明 B 部分處方藥適用的規則與醫療用品及服務適用的規則之間的差異。

本節介紹了您處於以下任一種情況（共五種）時可以採取的行動：

1. 您未獲得您想要的某種醫療護理，而您認為此種護理屬於我們計劃的承保範圍。**要求作出承保決定。第 5.2 節。**
2. 我們的計劃不核准您的醫生或其他醫療提供者要向您提供的醫療服務，而您認為此種護理屬於我們計劃的承保範圍。**要求作出承保決定。第 5.2 節。**
3. 您已得到醫療護理，且您認為這些醫療護理屬於我們的計劃承保範圍，但我們卻表示將不支付此種護理費用。**提出上訴。第 5.3 節。**

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

4. 您已獲得您認為應由計劃承保的醫療護理，並已就此付款，且欲要求我們的計劃就該項護理向您報銷費用。向我們寄送賬單。第 5.5 節。
5. 您獲知您所接受的我們之前認可的某種醫療護理的承保範圍將縮小或停止，而您認為減少或停止此種護理會損害您的健康。提出上訴。第 5.3 節。

註：如果即將終止的保險屬於住院護理、居家健康護理、專業護理機構護理，或綜合門診復健機構 (CORF) 服務保險，您需閱讀本章的第 7 節與第 8 節。此類別的護理適用特殊規則。

第 5.2 節 步驟說明：如何要求承保決定

法律術語

如果承保決定涉及您的醫療護理，則稱為**機構裁決**。

快速承保決定稱為**加急裁決**。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 1 步：判斷您需要的是標準承保決定還是快速承保決定。

對於 **B** 部分藥物，標準承保決定通常在 14 天或 72 小時內作出。對於醫療服務，快速承保決定通常在 72 小時內作出；或者，對於 **B** 部分藥物，該決定通常在 24 小時內作出。要獲得快速承保決定，您必須滿足兩項要求：

- 只能要求承保醫療用品和/或服務（並非要求支付您已獲得的用品和/或服務的費用）。
- 僅當採用標準截止日期會嚴重損害您的健康或傷害您的行動能力時，方可取得快速承保決定。
- 如果您的醫生告知我們您的健康狀況需要快速承保決定，我們即自動同意對您作出快速承保決定。
- 如果您自行要求快速承保決定（未獲得醫生支持），我們將判斷您的健康狀況是否需要我們對您作出快速承保決定。如果我們不核准快速承保決定，我們將致函給您：
 - 說明我們將採用標準截止日期。
 - 說明如果您的醫生要求快速承保決定，我們將自動作出快速承保決定。
 - 說明您如何就我們未按您的請求作出快速承保決定，而作出標準承保決定一事提出快速投訴。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 2 步：要求我們的計劃作出承保決定或快速承保決定。

- 首先，致電、寄函或傳真至我們的計劃提出請求，請求我們授權或承保您希望獲得的醫療護理。您、您的醫生或代表均可提出此請求。第 2 章中載有聯絡資訊。

第 3 步：我們將考慮您的醫療護理保險請求，並給予答覆。

對於標準承保決定，我們採用標準截止日期。

這意味著，我們將在收到您就醫療用品或服務提出的請求後 **14 個曆日**內作出答覆。如果您針對 **Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥**提出請求，我們將在收到您的請求後 **72 小時**內給您答覆。

- 但對於您就醫療用品或服務提出的請求，如果您要求延長時間，或者我們需要收集可能有利於您的更多資訊，則可再延長至多 **14 個曆日**。如果我們需延長時間，將書面通知您。如果您就 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥提出請求，我們將不可延長作出決定的時間。
- 如果您認為我們不應延長時間，可提出快速投訴。我們在作出決定後會儘快對您的投訴給予答覆。（投訴程序與承保決定和上訴程序有所不同。如需瞭解關於投訴的資訊，請查看本章第 10 節。）

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

對於快速承保決定，我們採用加急期限

快速承保決定指如果您就醫療用品或服務提出請求，我們將在 72 小時內答覆。如果您針對 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥提出請求，我們將在 24 小時內答覆。

- 但是，如果您要求延長時間，或者我們需收集可能有利於您的更多資訊，則可再延長至多 14 天。如果我們需延長時間，將書面通知您。如果您就 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥提出請求，我們將不可延長作出決定的時間。
- 如果您認為我們不應延長時間，可提出快速投訴。（如需瞭解關於投訴的資訊，請查看本章第 10 節。）我們在作出決定後會儘快通知您。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因。

第 4 步：如果我們拒絕您的醫療護理承保請求，您可提出上訴。

- 如果我們拒絕，您有權提出上訴，要求我們重新考慮這項決定。這意味著再次要求獲得您想要的醫療護理承保。如果您決定上訴，即表明您進入第 1 級上訴程序。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 5.3 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴

法律術語

就醫療護理承保決定向計劃提出上訴稱為計劃**重新考慮**。

快速上訴稱為**加急重新考慮**。

第 1 步：判斷您需要的是標準上訴還是快速上訴。

標準上訴通常為 B 部分藥物在 30 天或 7 天內提出。快速上訴通常在 72 小時內作出答覆。

- 如果您就我們對您尚未接受的護理保險作出的決定提出上訴，您和/或您的醫生將需決定您是否需要快速上訴。如果您的醫生告知我們您的健康狀況需要快速上訴，我們將對您作出快速上訴。
- 獲得快速上訴的要求與獲得本章第 5.2 節中的快速承保決定的要求及程序相同。

第 2 步：對我們的計劃提出上訴或快速上訴

- 如果您要求標準上訴，請以書面形式提出標準上訴。第 2 章中載有聯絡資訊。
- 如果您要求快速上訴，請以書面形式或致電我們提出上訴。第 2 章中載有聯絡資訊。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

- 您必須在自我們向您發出書面通知，對您的承保決定請求作出答覆之日起 **60 個曆日內提出上訴請求**。如果您錯過此截止日期，並能提供充分理由，請在提出上訴時說明延誤上訴的原因。我們可給予您更多時間提出上訴。充分理由的範例可能包括：您患有使您無法聯絡我們的重病，或我們向您提供的有關上訴請求截止期限的資訊是錯誤或不完整的。
- 您可索取一份有關您的醫療決定的資訊。您與您的醫生可添加更多資訊來支持您的上訴。

第 3 步：我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

- 我們的計劃審核您的上訴時，我們會謹慎考慮全部資訊。我們將核實拒絕您的請求時是否遵守所有規則。
- 必要時，我們將收集更多資訊，並可能會聯絡您或您的醫生。

快速上訴的截止日期

- 對於快速上訴，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內給您答覆**。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出答覆。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

- 但是，對於您就醫療用品或服務提出的請求，如果您要求延長時間，或者我們需要收集可能有利於您的更多資訊，則可再延長至多 **14 個曆日**。如果我們需延長時間，將書面通知您。如果您就 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥提出請求，我們將不可延長時間。
- 如果我們在 72 小時內未給您答覆（或若在延長期結束時增加延長時間），我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。第 5.4 節介紹了第 2 級上訴程序。
- 如果我們核准您的部分或全部請求，必須在收到您上訴後的 72 小時內，核准或提供我們已同意提供的保險。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將會向您發送書面決定通知，並自動將您的上訴發送至獨立審核機構進行第 2 級上訴。獨立審核機構收到您的上訴後會以書面形式通知您。

標準上訴的截止日期

- 對於標準上訴，我們必須在收到您的上訴後 **30 個曆日**內給您答覆。如果您針對您尚未接受的 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥提出請求，我們將在收到您的上訴後 **7 個曆日**內給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

- 但是，對於您就醫療用品或服務提出的請求，如果您要求延長時間，或者我們需要收集可能有利於您的更多資訊，則可再延長至多 **14 個曆日**。如果我們需延長時間，將書面通知您。如果您就 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥提出請求，我們將不可延長作出決定的時間。
- 如果您認為我們不應延長時間，可提出快速投訴。您提出快速投訴後，我們會在 24 小時內給您答覆。（如需瞭解關於投訴的資訊，請查看本章第 10 節。）
- 如果我們在截止日期內未給您答覆（或若在延長期結束時），我們會將您的請求提交至第 2 級上訴，由獨立審核機構進行審核。第 5.4 節介紹了第 2 級上訴程序。
- 如果我們核准您的部分或全部請求，則必須在 30 個曆日內（對於您就醫療用品或服務提出的請求）或 7 個曆日內（對於您就 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥提出的請求）核准或提供承保。
- 如果我們的計劃拒絕您的部分或全部上訴，我們將會自動將您的上訴發送至獨立審核機構進行第 2 級上訴。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 5.4 節 步驟說明：如何進行第 2 級上訴

法律術語

「獨立審核機構」的正式名稱為**獨立審核實體**。有時將其稱為 **IRE**。

獨立審核機構是 Medicare 聯邦醫療保險聘請的一個外部獨立機構。該機構與我們無關，且並非政府機構。該機構將決定我們作出的決定是否正確，或是否應進行變更。Medicare 聯邦醫療保險監督其工作。

第 1 步：獨立審核機構審核您的上訴。

- 我們將向該機構發送有關您的上訴的資料。該資料稱為您的個案檔案。您有權向我們索取一份個案檔案副本。
- 您有權向獨立審核機構提供額外資訊，以支持您的上訴。
- 獨立審核機構的審核員將仔細查閱上訴的所有相關資訊。

如果您的第 1 級上訴為快速上訴，您的第 2 級上訴也將為快速上訴

- 對於快速上訴，審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後 72 小時內給您答覆。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

- 但對於您就醫療用品或服務提出的請求，如果獨立審核機構需要收集可能有利於您的更多資訊，則可再延長至多 **14 個曆日**。如果您就 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥提出請求，獨立審核機構將不可延長作出決定的時間。

如果您的第 1 級上訴為標準上訴，您的第 2 級上訴也將為標準上訴

- 對於標準上訴，如果您就醫療用品或服務提出請求，審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **30 個曆日內** 給您答覆。如果您就 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥提出請求，審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **7 個曆日內** 給您答覆。
- 但對於您就醫療用品或服務提出的請求，如果獨立審核機構需要收集可能有利於您的更多資訊，則可再延長至多 **14 個曆日**。如果您就 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥提出請求，獨立審核機構將不可延長作出決定的時間。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 2 步：獨立審核機構給您答覆。

獨立審核機構將以書面形式告知您他們的決定，並說明原因。

- 對於您就醫療用品或服務提出的請求，如果審核機構核准您的部分或全部請求，我們必須在收到審核機構的決定後 72 小時內核准醫療護理承保，或在我們收到審核機構的決定後 14 個曆日內提供服務（標準請求）。對於加急請求，我們將在收到審核機構的決定後 72 小時內核准或提供。
- 對於您就 **Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥** 提出的請求，如果審核機構核准您的部分或全部請求，我們必須在收到審核機構的決定後 72 小時內（標準請求）核准或提供 B 部分處方藥。對於加急請求，我們將在收到審核機構的決定後 24 小時內核准或提供。
- 如果該機構部分或完全拒絕您的上訴，表明他們同意我們的決定，即您的醫療護理承保的請求（或部分請求）應不予核准。（這稱為**維持原決定**，也稱為**駁回上訴**。）在這種情況下，獨立審核機構會致函給您：
 - 說明其決定。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

- 通知如果有關醫療護理承保的價值達到某個最低金額，您有權提出第 3 級上訴。您從獨立審核機構獲得的書面通知將說明繼續上訴程序必須達到的金額。
- 說明如何提出第 3 級上訴。

第 3 步：如果您的個案符合要求，請選擇是否希望進一步上訴。

- 上訴程序中，第 2 級後仍有三個級別（共五個上訴級別）。如果您想繼續進行第 3 級上訴，請查看第 2 級上訴後收到的書面通知，其中詳述了如何進行此級別上訴。
- 第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。本章第 9 節將介紹第 3、4 和 5 級上訴程序。

第 5.5 節 如果要求我們就您已收到的醫療護理賬單向您支付我們應承擔的費用，該如何處理？

第 7 章描述了您可能需要我們就某個醫療服務提供者向您發出的賬單給予報銷或作出支付的一些情況。其中也介紹了應如何向我們寄送要求我們付款的書面材料。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

要求報銷即要求我們作出承保決定

如果您向我們寄送要求報銷的書面材料，即為要求我們作出承保決定。為作出此決定，我們將核查您已付款的醫療護理是否獲承保。我們也將核查您是否遵守所有使用醫療護理承保的規則。

- **如果我們核准您的請求：**如果有關醫療護理獲承保且您遵守所有規則，我們將在接到您請求後 60 個曆日向您寄出我們應承擔的費用款項。如果您未支付醫療護理費用，我們將直接向醫療服務提供者郵寄款項。
- **如果我們拒絕您的請求：**如果有關醫療護理未獲承保，或您未遵守所有規則，我們將不會寄出付款。相反，我們將向您發出一封函件，說明我們將不會就醫療護理作出支付並解釋原因。

如果您不同意我們駁回您的請求的決定，**可提出上訴**。如果您提出上訴，即表明您要求我們變更在駁回您的付款請求時所作出的承保決定。

如欲提出此項上訴，請遵循第 5.3 節所述的上訴程序。如上訴涉及報銷，請注意：

- 我們必須在收到您的上訴後 60 個曆日內給您答覆。如果您要求我們償付您已接受並支付的醫療護理的費用，您不得要求快速上訴。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

- 如果獨立審核機構認定我們應支付該等費用，我們必須在 30 個曆日內向您或醫療服務提供者寄出付款。如果第 2 級之後的任何一級上訴程序中批准了您的上訴，我們必須在 60 個曆日內向您或醫療服務提供者寄出您所請求的付款。

第 6 節 您的 D 部分處方藥：如何要求承保決定或提出上訴

<h4>第 6.1 節 本節說明了在對於獲取 D 部分藥物存有疑問或希望我們償付 D 部分藥物時，您該如何處理</h4>
--

您的福利包含多種處方藥的承保。該藥必須用於醫學上認可的適應症才可承保。（有關醫學上認可的適應症的詳細資訊，請查看第 5 章。）有關 D 部分藥物、規則、限制和費用的詳細資訊，請查看第 5 章和第 6 章。**本節僅和您的 D 部分藥物有關。**為使文字通俗易懂，我們在本節下文中提述為**藥物**，而非每次贅述**承保門診處方藥**或**D 部分藥物**。我們還使用「**藥物清單**」一詞，而非**承保藥物清單**或**處方藥一覽表**。

- 如果您不知道某種藥物是否獲承保或您是否符合規則，您可以詢問我們。某些藥物需要您先獲得我們的核准，而後我們方可承保。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

- 如果您的藥房告知您，您的處方無法按上方指示配藥，藥房會向您發送一份書面通知，說明如何聯絡我們要求進行承保決定。

D 部分承保決定與上訴

法律術語

有關 D 部分藥物的初始承保決定被稱為 承保範圍裁決 。

承保決定是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您的藥物支付的金額所作出的決定。本節介紹了您處於以下任一種情況時可以採取的行動：

- 要求承保不在計劃**承保藥物清單**上的 D 部分藥物。**要求例外處理。第 6.2 節**
- 要求豁免藥物的計劃承保範圍限制（例如您可以取得的藥物數量限制）**要求例外處理。第 6.2 節**
- 要求對於較高費用分攤等級的承保藥物支付較低的費用分攤金額。**要求例外處理。第 6.2 節**
- 要求獲得藥物的預先核准。**要求作出承保決定。第 6.4 節**
- 支付您已購買的處方藥的費用。**要求我們作出償付。第 6.4 節**

如果您不同意我們作出的承保決定，可對此提出上訴。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

本節介紹如何要求承保決定，以及如何提出上訴請求。

第 6.2 節 什麼是例外處理？

法律術語

要求承保未包含在「藥物清單」上的藥物有時稱為要求**處方藥一覽表例外處理**。

要求免除針對某些藥物承保的限制有時稱為要求**處方藥一覽表例外處理**。

要求對承保的非首選藥物支付較低的金額有時稱為要求**等級例外處理**。

如果某種藥物的承保方式並不是您所想要的，您可以要求我們作出**例外處理**。這是一種承保決定的類型。

若要我們考慮您的例外處理請求，您的醫生或其他處方醫生將需就為何您需要批准例外處理說明醫療理由。以下為您或您的醫生或其他處方醫生可以要求我們作出的三種例外處理範例：

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

1. 為您承保不在計劃「藥物清單」上的 D 部分藥物。如果我們同意承保未包含在「藥物清單」上的藥物，您將需要支付適用於第 4 級藥物（非首選藥物）的費用分攤金額。您無法就該藥物您應支付的費用分攤請求例外處理。
2. 為承保藥物移除限制。第 5 章描述了我們「藥物清單」上的某些藥物適用的額外規則或限制。如果我們同意作出例外處理並為您豁免限制，您可以就該藥物您應支付的共付費或共同保險申請例外處理。
3. 將藥物的承保範圍變更至較低的費用分攤等級。我們「藥物清單」上的每種藥物皆屬於五種費用分攤等級之一。通常，費用分攤的等級編號越低，您需要支付的藥物費用分攤就越少。
 - 如果我們的「藥物清單」中包含可用於治療您的疾病，且費用分攤等級低於您的藥物的替代藥物，您可以要求我們按照適用於該替代藥物的費用分攤來承保您的藥物。
 - 如果您使用的藥物是生物製品，則您可以要求我們按照較低的費用分攤金額承保您的藥物。該費用分攤為包含用於治療您病症的替代生物製品的最低等級。
 - 如果您使用的藥物是原廠藥，而且最低的費用分攤等級上有用於治療您的病症的替代原廠藥，則您可以要求我們按該等級的費用分攤來承保您的藥物。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

- 對於第 5 級（特殊級藥物）中的任何藥物，您無法要求我們變更費用分攤等級。
- 如果我們核准您的等級例外處理請求，並且您不可使用的替代藥物的較低費用分攤等級有多個，那麼您通常將支付最低的費用。

第 6.3 節 請求例外處理須知

您的醫生必須告訴我們醫療理由

您的醫生或其他處方醫生必須向我們提供一份聲明，其中說明請求例外處理的醫療理由。對於快速決定，當您要求例外處理時，請附上此則來自您醫生或其他處方醫生的醫療資訊。

通常，我們的「藥物清單」對於特定病症的治療皆包含了多於一種以上的藥物。這些不同的藥物稱為**替代藥物**。如果某種替代藥物和您所要求的藥物具有相同的效果，並且不會造成更多的副作用或其他健康上的問題，我們通常將不會核准您的例外處理要求。如果您向我們要求等級例外處理，我們一般不會核准您的例外請求，除非較低費用分攤等級的所有替代藥物均無法對您產生相同的效果，或者可能導致不良反應或其他損害。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

我們可核准或拒絕您的請求

- 如果我們批准了您的例外處理請求，我們的批准通常至計劃年度結束前皆為有效。只要您的醫生繼續為您開立該藥物，並且該藥物對於治療您的病症仍然安全與有效，上述有效期限即成立。
- 如果我們拒絕您的請求，您可透過提出上訴要再次求審核。

第 6.4 節 步驟說明：如何要求承保決定（包含例外處理）

法律術語

快速承保決定稱為加急承保範圍裁決。

第 1 步：判斷您需要的是標準承保決定還是快速承保決定。

我們需在收到您醫生的聲明後 **72 小時**內作出**標準承保決定**。我們需在收到您醫生的聲明後 **24 小時**內作出**快速承保決定**。

如果您的健康狀況需要，可要求我們作出快速承保決定。
要獲得快速承保決定，您必須滿足兩項要求：

- 您必須就您尚未獲得的藥物提出要求。（您無法要求快速承保決定來償付您已購買藥物費用。）

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

- 採用標準截止日期會嚴重損害您的健康或傷害您的行動能力。
- 如果您的醫生或其他處方醫生告知我們您的健康狀況需要快速承保決定，我們將自動對您作出快速承保決定。
- 如果您自行要求快速承保決定（未獲得醫生或處方醫生的支持），我們將判斷您的健康狀況是否需要我們對您作出快速承保決定。如果我們不核准快速承保決定，我們將致函給您：
 - 說明我們將採用標準截止日期。
 - 說明如果您的醫生或其他處方醫生要求作出快速承保決定，我們將自動作出快速承保決定。
 - 說明您如何就我們未按您的請求作出快速承保決定，而作出標準承保決定一事提出快速投訴。我們將在收到您的投訴後 24 小時內作出答覆。

第 2 步：請求標準承保決定或快速承保決定。

首先，致電、寄函或傳真至我們的計劃提出請求，請求我們授權或承保您希望獲得的醫療護理。我們的網站亦提供了承保決定程序。我們必須接受任何的書面申請，包括使用 *CMS 承保範圍裁決申請表範本*（可在我們的網站獲取）提交的申請。第 2 章中載有聯絡資訊。為協助我們處理您的請求，請務必提供您的姓名、聯絡資訊以及可識別正在上訴的被拒賠付的資訊。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

您、您的醫生（或其他處方醫生）或代表均可提出此請求。您還可讓律師代表您行事。本章第 4 節介紹了如何向他人發出書面許可，讓其擔任您的代表。

- **如果您請求例外處理，請提供支持聲明**，即請求例外處理的醫療理由。您的醫生或其他處方醫生可以傳真或郵寄該聲明給我們。或者，您的醫生或其他處方醫生可以透過電話告知我們，並隨後傳真或郵寄書面聲明（如果必需）。

第 3 步：我們將考慮您的請求，並給予答覆。

快速承保決定的截止日期

- 我們通常必須在收到您的請求後 **24 小時內** 給您答覆。
 - 對於例外處理，我們將在收到您醫生的支持聲明後 24 小時內給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出答覆。
 - 如果我們未能遵守此截止日期，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。
- 如果我們核准您的部分或全部請求，必須在收到您的請求或醫生支持您的請求之聲明後的 24 小時內，提供我們已同意提供的保險。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及如何提出上訴。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

對於您尚未取得之藥物的標準承保決定的截止日期

- 我們通常必須在收到您的請求後 **72 小時內** 給您答覆。
 - 對於例外處理，我們將在收到您醫生的支持聲明後 72 小時內給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出答覆。
 - 如果我們未能遵守此截止日期，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。
- 如果我們核准您的部分或全部請求，必須在收到您的請求或醫生支持您的請求之聲明後的 **72 小時內**，提供我們已同意提供的承保。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及如何提出上訴。

對於您已購買藥物的標準承保決定的截止日期

- 我們必須在收到您的請求後 **14 個曆日內** 給您答覆。
 - 如果我們未能遵守此截止日期，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。
- 如果我們核准您的部分或全部請求，必須在收到您請求後的 14 個曆日內向您付款。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及如何提出上訴。

第 4 步：如果我們拒絕您的承保範圍請求，您可提出上訴。

- 如果我們拒絕，您有權提出上訴，要求我們重新考慮這項決定。這意味著再次要求獲得您想要的藥物承保。如果您決定上訴，即表明您進入第 1 級上訴程序。

第 6.5 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴

法律術語

就 D 部分藥物承保決定對計劃提出上訴稱為計劃**重新裁決**。

快速上訴也稱為**加急重新裁決**。

第 1 步：判斷您需要的是標準上訴還是快速上訴。

標準上訴通常在 7 日內作出答覆。快速上訴通常在 72 小時內作出答覆。如果您的健康狀況需要快速回覆，您可要求快速上訴。

- 如果您就我們計劃對您尚未接受的藥物作出的決定提出上訴，您和您的醫生或其他處方醫生將需決定您是否需要快速上訴。
- 獲得快速上訴的要求與獲得本章第 6.4 節中的快速承保決定的要求及程序相同。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 2 步：您、您的代表、您的醫生或其他處方醫生必須聯絡我們並提出第 1 級上訴。如果您的健康狀況需要快速回覆，您必須要求快速上訴。

- 對於標準上訴，請提交書面請求。第 2 章中載有聯絡資訊。
- 對於快速上訴，請以書面形式或致電我們 (1-800-353-3765) 提出上訴。第 2 章中載有聯絡資訊。
- 我們必須接受任何的書面申請，包括使用 *CMS 承保範圍裁決申請表範本*（可在我們的網站獲取）提交的申請。請務必提供您的姓名、聯絡資訊以及賠付相關資訊，以協助我們處理您的請求。
- 您必須在自我們向您發出書面通知，對您的承保決定請求作出答覆之日起 **60 個曆日內提出上訴請求**。如果您錯過此截止日期，並能提供充分理由，請在提出上訴時說明延誤上訴的原因。我們可給予您更多時間提出上訴。充分理由的範例可能包括：您患有使您無法聯絡我們的重病，或我們向您提供的有關上訴請求截止期限的資訊是錯誤或不完整的。
- 您可索取一份有關您上訴的資訊，並添加更多資訊。您與您的醫生可添加更多資訊來支持您的上訴。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 3 步：我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

- 在審核您的上訴時，我們會謹慎考慮有關您的保險請求的全部資訊。我們將核實拒絕您的請求時是否遵守所有規則。我們可能會聯絡您或您的醫生或其他處方醫生以瞭解詳細資訊。

快速上訴的截止日期

- 對於快速上訴，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內** 給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出答覆。
 - 如果我們在 72 小時內未給您答覆，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。第 6.6 節介紹了第 2 級上訴程序。
- 如果我們核准您的部分或全部請求，必須在收到您上訴後的 72 小時內，提供我們已同意提供的保險。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及如何對我們的決定提出上訴。

對於您尚未取得之藥物的標準上訴截止日期

- 對於標準上訴，我們必須在收到您的上訴後 **7 個曆日內** 給您答覆。如果您尚未獲得藥物且您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

- 如果我們未能在 7 個曆日內給您答覆，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。第 6.6 節介紹了第 2 級上訴程序。
- 如果我們核准您的部分或全部請求，我們必須根據您的健康狀況需要盡快提供承保，但不得遲於我們收到您的上訴後 7 個曆日。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及如何對我們的決定提出上訴。

對於您已購買藥物之付款的標準上訴的截止日期

- 我們必須在收到您的請求後 **14 個曆日**內給您答覆。
 - 如果我們未能遵守此截止日期，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。
- 如果我們核准您的部分或全部請求，必須在收到您請求後的 **30 個曆日**內向您付款。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及如何提出上訴。

第 4 步：如果我們拒絕您的上訴，您可決定是否繼續上訴程序，並提出另一個上訴。

- 如果您再次決定上訴，即表明您進入第 2 級上訴程序。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 6.6 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴

法律術語

「獨立審核機構」的正式名稱為**獨立審核實體**。有時將其稱為 **IRE**。

獨立審核機構是 Medicare 聯邦醫療保險聘請的一個外部**獨立機構**。該機構與我們無關，且並非政府機構。該機構將決定我們作出的決定是否正確，或是否應進行變更。Medicare 聯邦醫療保險監督其工作。

第 1 步：您（或者您的代表、您的醫生或其他處方醫生）必須聯絡獨立審核機構，要求審核您的個案。

- 如果我們拒絕您的第 1 級上訴，我們寄給您的書面通知將包含如何向獨立審核機構提出第 2 級上訴的指示。這些指示將說明可以提出此第 2 級上訴的人士、您須遵守的截止日期，以及如何聯絡審核機構。但是，如果我們未能在適用期限內完成審核，或者根據我們的藥物管理計劃對**風險**裁決作出了不利決定，我們將自動將您的賠付轉發給 IRE。
- 我們將向該機構發送有關您的上訴的資料。該資料稱為您的個案檔案。您有權向我們索取一份個案檔案副本。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

- 您有權向獨立審核機構提供額外資訊，以支持您的上訴。

第 2 步：獨立審核機構審核您的上訴。

獨立審核機構的審核員將仔細查閱上訴的所有相關資訊。

快速上訴的截止日期

- 如果您的健康狀況需要快速回覆，您必須對獨立審核機構要求快速上訴。
- 若獨立審核機構同意您的快速上訴，則必須在收到您的第 2 級上訴請求後 **72 小時內** 給您答覆。

標準上訴的截止日期

- 在標準上訴中，如果該上訴針對的是您尚未獲得的藥物，獨立審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **7 個曆日內** 給您答覆。如果您請求我們償付您已購買藥物的費用，獨立審核機構必須在收到您的請求後 **14 個曆日內**，就您的第 2 級上訴給您答覆。

第 3 步：獨立審核機構給您答覆。

對於快速上訴：

- 如果獨立審核機構核准您的部分或全部請求，我們必須在收到審核機構的決定後 **24 小時內** 提供由該審核機構核准的藥物承保。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

對於標準上訴：

- 如果獨立審核機構核准您的部分或全部承保請求，我們必須在收到審核機構的決定後 **72 小時**內提供由該審核機構核准的藥物承保。
- 如果獨立審核機構核准部分或全部償付您已購買之藥物的請求，我們需要在收到審核機構決定後的 **30 個曆日**內向您付款。

如果審核機構拒絕您的上訴會如何？

如果該機構拒絕您的部分或全部上訴，表明他們同意我們的決定，即您的請求（或部分請求）不予核准。（這稱為**維持原決定**，也稱為**駁回上訴**。）在這種情況下，獨立審核機構會致函給您：

- 說明其決定。
- 通知如果您請求的藥物保險的價值達到某個最低金額，您有權提出第 3 級上訴。如果您請求的藥物保險的價值過低，您不能再次提出上訴，且第 2 級的決定即為最終決定。
- 告知您存在爭議的保險滿足繼續上訴程序所需的價值。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 4 步：如果您的個案符合要求，請選擇是否希望進一步上訴。

- 上訴程序中，第 2 級後仍有三個級別（共五個上訴級別）。
- 如果您想繼續進行第 3 級上訴，請查看第 2 級上訴決定後收到的書面通知，其中詳述了如何進行此級別上訴。
- 第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。本章第 9 節將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

第 7 節 如果您認為過快讓您出院，如何要求我們延長住院承保

您入院時，有權獲得診斷及治療傷病需要的所有承保醫院服務。

您的承保住院期間，您的醫生及醫務人員將與您一同商討您的出院日期。他們會幫助安排您出院後需要的護理。

- 離開醫院的日期稱為**出院日期**。
- 您的出院日期確定後，您的醫生或醫務人員將告知您。
- 如果您認為他們過快讓您出院，可要求延長住院時間，您的請求將獲考慮。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 7.1 節 您住院期間，將收到 Medicare 聯邦醫療保險發出的書面通知，告知您的權利

在您入院後兩天內，您將收到一份書面通知，名為*關於您所享權利的 Medicare 聯邦醫療保險重要資訊 (An Important Message from Medicare about Your Rights)*。Medicare 聯邦醫療保險的每位會員均會收到一份本通知。如果您未從醫院的相關人員（如個案工作者或護士）處獲得通知，請向醫院員工索取。如需幫助，請致電會員服務部或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天（聽障專線：1-877-486-2048）。

1. 請仔細閱讀此通知，如不理解，請詢問。該通知告知：
 - 您有權在住院期間及出院後，按醫生指示接受 Medicare 聯邦醫療保險承保服務。這包括瞭解服務內容、付款方及獲取服務的地點。
 - 您有權參與任何有關您住院的決定。
 - 向何處報告您對醫院護理品質存有的任何疑慮。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

- 您有權在認為醫院過快讓您出院時**請求立即審核**該出院決定。這是要求推遲出院日期，以便獲得較長醫院護理承保的正式、合法途徑。
- 2. 您將需要簽署該書面通知，以表示您已收到通知並瞭解您的權利。**
- 您或代表您行事的人士需要簽署該通知。
 - 簽署通知**僅**表示您已獲得有關您權利的資訊。通知並不會指定您的出院日期。簽署通知**不代表**您同意某出院日期。
- 3. 請保留通知，以便在需要時隨時瞭解有關提出上訴（或報告對護理品質的疑慮）的資訊。**
- 如果您在出院日期前兩天以上時間簽署通知，則會在計劃出院前再收到一份通知。
 - 如要提前查閱該通知的副本，您可致電會員服務部或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。聽障人士可致電 1-877-486-2048。您還可以在網上查閱該通知，網址：www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 7.2 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴以變更出院日期

如果您希望我們延長對住院服務的承保，您需採用上訴程序提出請求。提出前，請先瞭解必要事項及截止日期。

- 遵循程序。
- 遵守截止日期。
- 需要時請尋求幫助。如果您在任何時候存有疑問或需要幫助，請致電會員服務部。您也可致電州健康保險援助計劃，該計劃是可提供個性化援助的政府機構。

第 1 級上訴期間，品質改進機構審核您的上訴。該機構將核實從醫療角度而言，您的計劃出院日期是否適當。

品質改進機構是一個由醫生及其他健康護理專業人員組成的團體，由聯邦政府出資營運，旨在監察並幫助改進 Medicare 聯邦醫療保險受保人獲得的護理的品質。這包括審核 Medicare 聯邦醫療保險受保人的出院日期。這些專家並不屬於我們的計劃。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 1 步：聯絡您所在州的品質改進機構，要求立即審核您的出院日期。您必須儘快行動。

如何聯絡該機構？

- 您收到的書面通知裡（關於您所享權利的 *Medicare* 聯邦醫療保險重要資訊）有該機構的聯絡方式。您也可在第 2 章中查閱您所在州的品質改進機構的名稱、地址和電話號碼。

儘快行動：

- 如要提出上訴，您必須在出院前聯絡品質改進機構，且不得遲於出院當日的午夜。
 - 如果您遵守此截止日期，可在等待品質改進機構作出決定時，在超過出院日期的情況下繼續住院，而無需付費。
 - 如果您未能遵守此截止日期，並決定在計劃出院日期後繼續住院，您可能須支付計劃出院日期後的所有醫院護理費用。
- 如果您錯過聯絡品質改進機構的截止日期，但仍想要上訴，則必須直接向我們的計劃提出上訴。有關其他上訴方式的詳細資訊，請查看第 7.4 節。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

在您請求立即審核出院日期後，品質改進機構將會聯絡我們。在與我們聯絡後次日中午前，我們會給您一份**詳細出院通知**。本通知指定計劃出院日期，並詳細說明您的醫生、醫院及我們認為您適合於該日期出院（醫療上適當）的原因。

您可致電會員服務部或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取**詳細出院通知**範本，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。（聽障人士可致電 1-877-486-2048。）或者您可在線上瀏覽通知範本：www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

第 2 步：品質改進機構將對您的個案進行獨立審核。

- 品質改進機構的醫療專業人員（**審核員**）會詢問您（或您的代表）認為應延長服務承保的理由。您無須準備任何書面材料，但如願意，也可準備。
- 審核員也會查看您的醫療資訊，與您的醫生交談並審核醫院及我們向其提供的資訊。
- 在審核員告知我們有關您上訴事宜後次日中午前，您將會收到我們的一封書面通知，說明您計劃的出院日期。該通知還會詳細說明您的醫生、醫院及我們認為您適合於該日期出院（醫療上適當）的原因。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 3 步：品質改進機構會在獲得所有必需資訊後的一天時間內，對您的上訴給予答覆。

如果核准會如何？

- 如果審核機構核准，我們必須繼續提供您的承保住院服務，時間視醫療必需性而定。
- 您必須繼續支付應承擔的費用（如自付額或共付費，如適用）。此外，您的承保醫院服務可能受到限制。

如果拒絕會如何？

- 如果審核機構拒絕，表示從醫療角度看，您的計劃出院日期是適當的。如果情況如此，我們對您住院服務的承保將在品質改進機構對您的上訴給予答覆後次日中午結束。
- 如果審核機構拒絕您的上訴且您決定住院，則對於品質改進機構給予答覆後次日中午以後的醫院護理，您可能須支付全部費用。

第 4 步：如果您的第 1 級上訴遭到拒絕，請決定是否希望再次提出上訴。

- 如果品質改進機構拒絕您的上訴，而您在計劃出院日期後繼續住院，可再次提出上訴。再次提出上訴指進入上訴程序的第 2 級。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 7.3 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴以變更出院日期

第 2 級上訴期間，您要求品質改進機構再次審核他們對您的第一次上訴作出的決定。如果品質改進機構駁回您的第 2 級上訴，您可能須支付您在計劃出院日期後繼續住院的全部費用。

第 1 步：再次聯絡品質改進機構，要求再次審核。

- 您必須在品質改進機構拒絕您的第 1 級上訴後 **60 個曆日**內要求進行此審核。只有在您於護理保險終止之日後繼續住院的情況下，方可要求進行此審核。

第 2 步：品質改進機構會第二次審核您的情況。

- 品質改進機構的審核員將再次仔細查閱您上訴的所有相關資訊。

第 3 步：品質改進機構審核員將在收到您的第 2 級上訴請求後 **14 個曆日**內就您的上訴作出決定，並通知您。

如果審核機構核准：

- 對於您自第一次上訴遭品質改進機構駁回後次日中午起獲得的醫院護理，我們必須報銷應承擔的費用。我們必須繼續提供住院護理保險，時間視醫療必需性而定。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

- 您必須繼續支付應承擔的費用，且會受到承保限制。

如果審核機構拒絕：

- 即表明同意他們對您的第 1 級上訴作出的決定。這稱為維持原決定。
- 您收到的通知將以書面形式說明，如果您希望繼續審核程序該如何處理。

第 4 步：如遭到拒絕，您需要決定是否繼續第 3 級上訴。

- 上訴程序中，第 2 級後仍有三個級別（共五個上訴級別）。如果您想繼續進行第 3 級上訴，請查看第 2 級上訴決定後收到的書面通知，其中詳述了如何進行此級別上訴。
- 第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。本章第 9 節將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

第 7.4 節	錯過提出第 1 級上訴以變更您的出院日期的截止日期該如何處理？
----------------	--

法律術語

快速審核（或快速上訴）也稱為「 加急上訴 」。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

您可向我們提出上訴

按照上文所述，您必須儘快行動，開始對出院日期提出第 1 級上訴。若您錯過聯絡品質改進機構的截止日期，可採用另一種方式提出上訴。

如果採用其他上訴方式，*前兩級上訴會有所不同*。

步驟說明：如何提出第 1 級替代上訴

第 1 步：聯絡我們要求快速審核。

- **要求快速審核。**這表示您要求我們採用快速截止日期而非標準截止日期給予答覆。第 2 章中載有聯絡資訊。

第 2 步：我們將快速審核您的計劃出院日期，核實從醫療角度看是否適當。

- 在此審核期間，我們將查看所有住院相關資訊。我們將核實從醫療角度看，您的計劃出院日期是否適當。我們將核實關於您何時出院的決定是否公平，及是否遵循所有規則。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 3 步：我們將在您要求快速審核後 **72** 小時內作出決定。

- 如果我們核准您的上訴，即表示我們同意您在出院日期後仍需要住院。我們需繼續提供您的承保住院服務，只要這些服務在醫療上是必需的。這也表示，我們同意對您自我們提出承保終止之日起所接受的護理，報銷我們應承擔的費用。（您必須支付您應承擔的費用，且可能會受到承保限制。）
- 如果我們拒絕您的上訴，即表示從醫療角度看，您的計劃出院日期是適當的。自我們提出終止承保之日起，您的住院服務保險即告終止。
 - 如果您在計劃出院日期後繼續住院，則可能須支付您在計劃出院日期後獲得的醫院護理的全部費用。

第 4 步：如果我們拒絕您的上訴，您的個案將自動發送至下一級上訴程序。

步驟說明：第 2 級替代上訴程序

法律術語

「獨立審核機構」的正式名稱為**獨立審核實體**。有時將其稱為 **IRE**。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

獨立審核機構是 Medicare 聯邦醫療保險聘請的一個外部獨立機構。該機構與我們的計劃無關，且並非政府機構。該機構將決定我們作出的決定是否正確，或是否應進行變更。Medicare 聯邦醫療保險監督其工作。

第 1 步：我們會自動將您的個案轉交獨立審核機構。

- 我們需在告知您我們拒絕您的第一次上訴後 24 小時內，將您的第 2 級上訴資料發送至獨立審核機構。（如果您認為我們未遵守該截止日期或其他截止日期，可提出投訴。本章第 10 節介紹了如何提出投訴。）

第 2 步：獨立審核機構會快速審核您的上訴。審核員會在 72 小時內給您答覆。

- 獨立審核機構的審核員將仔細查閱您就出院問題所提出上訴的所有相關資訊。
- 如果該機構**核准**您的上訴，我們必須報銷（償付）對您自計劃出院日期起獲得的醫院護理應承擔的費用。我們也須繼續執行計劃對您的住院服務的承保，只要這些服務在醫療上是必需的。您必須繼續支付您應承擔的費用。如果存在承保限制，或會限制我們報銷的金額或延續承保服務的時間。
- 如果該機構**拒絕**您的上訴，即表示他們同樣認為您的計劃出院日期從醫療角度看是適當的。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

- 您從獨立審核機構獲得的書面通知將告知您如何透過審核程序開始第 3 級上訴，此上訴由行政法官或審裁員處理。

第 3 步：如果獨立審核機構駁回您的上訴，您可選擇是否希望進一步上訴。

- 上訴程序中，第 2 級後仍有三個級別（共五個上訴級別）。如果審核員拒絕您的第 2 級上訴，請決定是否接受其決定或繼續第 3 級上訴。
- 本章第 9 節將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

第 8 節 如果您認為您的保險終止過快，如何要求我們繼續承保某些醫療服務

第 8.1 節 本節僅涉及三項服務： 居家護理、專業護理機構護理和綜合門診復健機構 (CORF) 服務

如果您正在接受承保的居家護理服務、專業護理機構護理或復健護理（綜合門診復健機構服務），只要診斷和治療傷病需要此護理，您就有權持續享有此類護理的服務。

如果我們決定是時候該終止對您承保任何一種護理（共三種），我們需提前通知您。您的護理保險終止時，我們將終止為您的護理分攤費用。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

如果您認為我們過快終止您的護理保險，您可就我們的決定提出上訴。本節將介紹如何要求上訴。

第 8.2 節 您的承保即將終止時，我們將提前通知您

法律術語

Medicare 聯邦醫療保險不承保通知。該通知告知您如何請求快速通道上訴。請求快速上訴是要求我們改變對何時終止護理作出的承保決定的正式、合法途徑。

1. 您將至少在我們計劃即將終止您的護理承保的兩天前收到書面通知。該通知告知：
 - 我們終止您的護理承保的日期。
 - 如何申請快速通道上訴以要求我們繼續為您延長護理承保。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

2. 您或代您行事的人士將需要簽署該書面通知，以表示您收到了通知。簽署通知僅表示您已獲得有關您的保險何時終止的資訊。並不表示您同意計劃終止護理的決定。

第 8.3 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴，要求我們的計劃延長護理承保
--

如果您希望我們延長護理承保，您需採用上訴程序提出請求。提出前，請先瞭解必要事項及截止日期。

- 遵循程序。
- 遵守截止日期。
- 需要時請尋求幫助。如果您在任何時候存有疑問或需要幫助，請致電會員服務部。您也可致電州健康保險援助計劃，該計劃是可提供個性化援助的政府機構。

第 1 級上訴期間，品質改進機構審核您的上訴。該機構決定您的護理終止日期從醫療角度上看是否適當。

品質改進機構是一個由醫生及其他健康護理專家組成的團體，由聯邦政府出資營運，旨在監察並幫助改進 Medicare 聯邦醫療保險受保人獲得的護理的品質。這包括審核計劃對何時終止承保某種醫療護理作出的決定。這些專家並不屬於我們的計劃。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 1 步：提出第 1 級上訴：聯絡品質改進機構，提出快速上訴。您必須儘快行動。

如何聯絡該機構？

- 您收到的書面通知（*Medicare* 聯邦醫療保險不承保通知）裡有該機構的聯絡方式。您也可在第 2 章中查閱您所在州的品質改進機構的名稱、地址和電話號碼。

儘快行動：

- 您必須聯絡品質改進機構開始上訴，時間不得晚於「*Medicare* 聯邦醫療保險不承保通知」上所述生效日期的前一天中午。
- 如果您錯過聯絡品質改進機構的截止日期，但仍想要提出上訴，則必須直接向我們提出上訴。有關其他上訴方式的詳細資訊，請查看第 8.5 節。

第 2 步：品質改進機構將對您的個案進行獨立審核。

法律術語

詳細不承保說明。詳述保險終止原因的通知。

審核有哪些流程？

- 品質改進機構的醫療專業人員（審核員）會詢問您或您的代表認為應延長服務承保的理由。您無須準備任何書面材料，但如願意，也可準備。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

- 審核機構也會查看您的醫療資訊，與您的醫生交談並審核我們的計劃向其提供的資訊。
- 審核員通知我們有關您的上訴結果的當日結束時，您也會收到我們發出的**詳細不承保說明**，詳細說明終止您的服務承保的原因。

第 3 步：審核員會在獲得所有必需資訊後的一天時間內，告知您他們的決定。

如果審核員核准會如何？

- 如果審核員核准您的上訴，我們必須繼續提供您的承保服務，時間視醫療必需性而定。
- 您必須繼續支付應承擔的費用（如自付額或共付費，如適用）。您的承保服務可能受到限制。

如果審核員拒絕會如何？

- 如果審核員拒絕，您的保險將於我們之前通知的日期終止。
- 如果您決定在保險終止之日後繼續接受居家護理、專業護理機構護理或綜合門診復健機構 (CORF) 服務，則須自行承擔全部護理費用。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 4 步：如果您的第 1 級上訴遭到拒絕，請決定是否希望再次提出上訴。

- 如果審核員拒絕您的第 1 級上訴，且您選擇在護理承保終止後繼續接受護理，則可提出第 2 級上訴。

第 8.4 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴，要求我們的計劃延長護理承保
--

第 2 級上訴期間，您要求品質改進機構再次審核他們對您的第一次上訴作出的決定。如果品質改進機構駁回您的第 2 級上訴，您可能須支付我們提出承保終止之日後的居家護理、專業護理機構護理或綜合門診復健機構 (CORF) 服務的全部費用。

第 1 步：再次聯絡品質改進機構，要求再次審核。

- 您必須在品質改進機構拒絕您的第 1 級上訴後 60 天內要求進行此審核。只有在您於護理保險終止之日後繼續接受護理的情況下，方可要求進行此審核。

第 2 步：品質改進機構會第二次審核您的情況。

- 品質改進機構的審核員將再次仔細查閱您上訴的所有相關資訊。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 3 步：審核員將在收到您上訴請求的 **14** 天內就您的上訴作出決定，並通知您。

如果審核機構批准會如何？

- 我們必須對您自我們提出承保終止之日起所接受的護理，報銷我們應承擔的費用。我們必須繼續提供護理保險，時間視醫療必需性而定。
- 您必須繼續支付您應承擔的費用，且會受到承保限制。

如果審核機構拒絕會如何？

- 即表明同意我們對您的第 1 級上訴作出的決定。
- 您收到的通知將以書面形式說明，如果您希望繼續審核程序該如何處理。其中將向您詳細介紹如何繼續下一級上訴，此上訴由行政法官或審裁員處理。

第 4 步：如遭到拒絕，您需要決定是否希望再次提出上訴。

- 第 2 級後仍有三個級別，共五個上訴級別。如果您想繼續進行第 3 級上訴，請查看第 2 級上訴決定後收到的書面通知，其中詳述了如何進行此級別上訴。
- 第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。本章第 9 節將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 8.5 節 錯過提出第 1 級上訴的截止日期該如何處理？

您可向我們提出上訴

按照上文所述，您必須儘快行動，聯絡品質改進機構，開始第一次上訴（最多一到兩天內）。若您錯過聯絡該機構的截止日期，可採用另一種方式提出上訴。如果採用其他上訴方式，*前兩級上訴會有所不同*。

步驟說明：如何提出第 1 級替代上訴

法律術語

快速審核（或快速上訴）也稱為「**加急上訴**」。

第 1 步：聯絡我們要求快速審核。

- **要求快速審核**。這表示您要求我們採用快速截止日期而非標準截止日期給予答覆。第 2 章中載有聯絡資訊。

第 2 步：我們將快速審核我們對何時終止您的服務承保作出的決定。

- 此審核期間，我們將再次查看有關您的個案的所有資訊。我們將核查在設定計劃終止承保您正在接受的服務的日期時是否遵守了所有規則。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 3 步：我們將在您要求快速審核後 **72** 小時內作出決定。

- 如果我們核准您的上訴，表示我們同意您需要更長時間的服務，並會繼續提供承保服務，只要這些服務在醫療上是必需的。這也表示，我們同意對您自我們提出承保終止之日起所接受的護理，報銷我們應承擔的費用。（您必須支付您應承擔的費用，且可能會受到承保限制。）
- 如果我們拒絕您的上訴，您的保險將於我們之前通知的日期終止，該日期後我們不會支付任何的費用分攤。
- 如果您在我們告知保險終止之日後繼續接受居家護理、專業護理機構護理或綜合門診復健機構 (CORF) 服務，則須自行承擔全部護理費用。

第 4 步：如果我們拒絕您的快速上訴，您的個案將自動進入下一級上訴程序。

法律術語

「獨立審核機構」的正式名稱為**獨立審核實體**。有時將其稱為 **IRE**。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

步驟說明：第 2 級替代上訴程序

第 2 級上訴期間，**獨立審核機構**將審核我們對您的快速上訴作出的決定。該機構將決定是否應變更該決定。**獨立審核機構**是 **Medicare 聯邦醫療保險** 聘請的一個外部獨立機構。該機構與我們的計劃無關，且並非政府機構。該機構是 **Medicare 聯邦醫療保險** 選擇的一家公司，處理獨立審核機構的工作。**Medicare 聯邦醫療保險** 監督其工作。

第 1 步：我們自動將您的個案轉交獨立審核機構。

- 我們需在告知您我們拒絕您的第一次上訴後 24 小時內，將您的第 2 級上訴資料發送至獨立審核機構。（如果您認為我們未遵守該截止日期或其他截止日期，可提出投訴。本章第 10 節介紹了如何提出投訴。）

第 2 步：獨立審核機構會快速審核您的上訴。審核員會在 72 小時內給您答覆。

- 獨立審核機構的審核員將仔細查閱上訴的所有相關資訊。
- 如果該機構核准您的上訴，我們必須對您自我們提出承保終止之日起所接受的護理，償付我們應承擔的費用。我們也必須繼續承保護理，時間視醫療必需性而定。您必須繼續支付您應承擔的費用。如果存在承保限制，或會限制我們報銷的金額或延續承保服務的時間。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

- 如果該機構**拒絕**您的上訴，即表示同意我們的計劃對您第一次上訴所作出的決定，且不會變更。
 - 您從獨立審核機構收到的通知將以書面形式說明，如果您希望繼續第 3 級上訴可以採取的行動。

第 3 步：如果獨立審核機構拒絕您的上訴，您可選擇是否希望進一步上訴。

- 第 2 級後仍有三個級別，共五個上訴級別。如果您想繼續進行第 3 級上訴，請查看第 2 級上訴決定後收到的書面通知，其中詳述了如何進行此級別上訴。
- 第 3 級上訴由行政法官或審裁員審核。本章第 9 節將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

第 9 節 將您的上訴升級至第 3 級及以上

第 9.1 節 醫療服務請求的第 3、4 及 5 級上訴

本節適用於已提出第 1 級上訴及第 2 級上訴，但均遭到駁回的情況。

如果您上訴的事項或醫療服務價值達至某最低水準，則可繼續提出其他級別的上訴。如果價值低於最低金額，則不能進一步上訴。您收到的第 2 級上訴回覆函件將說明如何提出第 3 級上訴。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

大多數上訴情況下，後三級上訴的程序大致相同。以下為負責審核各級上訴的人士。

第 3 級上訴 為聯邦政府效力的行政法官或審裁員將審核您的上訴並給予答覆。

- 如果行政法官或審裁員核准您的上訴，上訴程序 *可能或可能不會結束*。與第 2 級上訴的裁決不同，我們有權對您勝訴的第 3 級上訴決定提出上訴。如果我們決定上訴，則將繼續第 4 級上訴。
 - 如果我們決定不上訴，則必須在接到行政法官或審裁員的決定後 60 個曆日內為您核准或提供醫療護理。
 - 如果我們決定對決定提出上訴，將向您發出第 4 級上訴請求及任何隨附文件的副本。我們可等待接到第 4 級上訴決定後，再核准或提供存在爭議的醫療護理。
- 如果行政法官或審裁員拒絕您的上訴，上訴程序 *可能或可能不會結束*。
 - 如果您決定接受駁回您上訴的裁決，上訴程序則告結束。
 - 如果您不願接受該決定，則可繼續下一級審核程序。您收到的通知將說明如何提出第 4 級上訴。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 4 級上訴 Medicare 聯邦醫療保險上訴委員會（委員會）將審核您的上訴並給予答覆。該委員會是聯邦政府的一部分。

- 如果獲得核准，或上訴委員會拒絕我們要求審核您勝訴的第 3 級上訴決定的請求，上訴程序*可能或可能不會*結束。與第 2 級上訴的決定不同，我們有權對您勝訴的第 4 級上訴決定提出上訴。我們將決定是否對此決定提出第 5 級上訴。
 - 如果我們決定不對裁決提出上訴，則必須在接到委員會的決定後 60 曆日內為您核准或提供醫療護理。
 - 如果我們決定對相關決定提出上訴，我們將以書面形式通知您。
- 如果遭到拒絕或上訴委員會拒絕審核請求，上訴程序*可能或可能不會*結束。
 - 如果您決定接受駁回您上訴的裁決，上訴程序則告結束。
 - 如果您不願接受該決定，或可繼續下一級審核程序。如果委員會拒絕您的上訴，您收到的通知將說明相關規則是否允許您繼續第 5 級上訴以及如何繼續提出第 5 級上訴。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 5 級上訴 一位聯邦地方法院的法官將審核您的上訴。

- 法官會審核所有資訊，並決定核准或拒絕您的請求。這是最終決定。聯邦地方法院之後再無更高級別的上訴程序。

第 9.2 節 D 部分藥物請求的第 3、4 及 5 級上訴

本節適用於已提出第 1 級上訴及第 2 級上訴，但均遭到駁回的情況。

如果您上訴的藥物價值達至一定的金額，則可繼續提出其他級別的上訴。如果金額低於此金額，則不能進一步上訴。您收到的第 2 級上訴回覆函件將提供聯絡人及如何要求第 3 級上訴方面的資訊。

大多數上訴情況下，後三級上訴的程序大致相同。以下為負責審核各級上訴的人士。

第 3 級上訴 為聯邦政府效力的行政法官或審裁員將審核您的上訴並給予答覆。

- 如果核准，則上訴程序結束。我們必須在收到該決定後的 72 小時內（快速上訴為 24 小時）核准或提供行政法官或審裁員核准的藥物承保，或不晚於 30 個曆日進行付款。
- 如果遭到拒絕，上訴程序可能或可能不會結束。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

- 如果您決定接受駁回您上訴的裁決，上訴程序則告結束。
- 如果您不願接受該決定，則可繼續下一級審核程序。您收到的通知將說明如何提出第 4 級上訴。

第 4 級上訴 **Medicare 聯邦醫療保險上訴委員會**（委員會）將審核您的上訴並給予答覆。該委員會是聯邦政府的一部分。

- 如果核准，則上訴程序結束。我們必須在收到該決定後的 72 小時內（快速上訴為 24 小時）核准或提供委員會所核准的藥物承保，或不晚於 30 個曆日進行付款。
- 如果遭到拒絕，上訴程序 *可能或可能不會結束*。
 - 如果您決定接受駁回您上訴的裁決，上訴程序則告結束。
 - 如果您不願接受該決定，或可繼續下一級審核程序。如果委員會拒絕您的上訴或拒絕您的上訴審核請求，通知將說明相關規則是否允許您繼續上訴至第 5 級。通知也會提供聯絡人及如選擇繼續上訴該如何處理的資訊。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 5 級上訴 一位聯邦地方法院的法官將審核您的上訴。

- 法官會審核所有資訊，並決定核准或拒絕您的請求。這是最終決定。聯邦地方法院之後再無更高級別的上訴程序。

提出投訴

第 10 節 如何就護理品質、等待時間、顧客服務或其他事宜提出投訴

第 10.1 節 投訴程序處理哪些類型的問題？

投訴程序僅適用於若干類型的問題。這包括護理品質、等待時間及顧客服務的相關問題。以下為投訴程序所處理的各種問題範例。

投訴	範例
您的醫療護理品質	<ul style="list-style-type: none">• 您是否對所獲醫療護理品質（包括住院護理服務）感到不滿意？
尊重您的隱私	<ul style="list-style-type: none">• 是否有人未尊重您的隱私權或分享關於您的保密資訊？

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

投訴	範例
未受到尊重、顧客服務不佳或其他不良行為	<ul style="list-style-type: none">• 是否有人對您無禮或不尊重？• 您是否不滿意我們的會員服務？• 您是否覺得自己被迫退出計劃？
等待時間	<ul style="list-style-type: none">• 經常很難約到醫生或等很久才能約到？• 我們的醫生、藥劑師或其他醫療專業人員曾經讓您等太久？或者計劃的會員服務部或其他職員曾讓您等太久？<ul style="list-style-type: none">◦ 例如在電話中、候診室或健診室或者取處方等候太久。
清潔度	<ul style="list-style-type: none">• 您是否對某所診所、醫院或醫生診室的清潔度或條件感到不滿？
我們為您提供的資訊	<ul style="list-style-type: none">• 我們是否未能給您提供必要的通知？• 我們的書面資訊是否難以理解？

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

投訴	範例
時間安排 （這類投訴都與我們是否及時作出承保決定及處理上訴有關）	<p>如果您已要求我們作出承保決定或已提出上訴，同時，您認為我們未迅速回應您的要求，您可就我們的緩慢行動提出投訴。範例如下：</p> <ul style="list-style-type: none">● 您已經要求我們進行快速承保決定或快速上訴，而我們對您說無法做到時，您可提出投訴。● 您認為我們沒有在截止日期之前作出承保決定或回應上訴，您可提出投訴。● 您認為我們無法在截止日期之前為您承保或報銷某些獲核准的醫療用品、服務或藥物，您可提出投訴。● 您認為我們未能在要求的截止日期之前將您的個案轉交獨立審核機構，您可提出投訴。

第 9 章 遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

第 10.2 節 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。
- 快速投訴也稱為加急申訴。

第 10.3 節 步驟說明：提出投訴

第 1 步：請立即致電或寫信聯絡我們。

- 一般情況下，請先致電會員服務部。如需採取任何行動，會員服務部將會告知您。
- 如果不願致電（或已致電，但並不滿意），可書面列明投訴事項後寄送給我們。如果您進行書面投訴，我們也會以書面形式回覆您的投訴。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

- 我們計劃接受口頭或書面申訴。您必須在導致發生該申訴問題的事件或意外後的 60 個曆日內向我們提出申訴。一旦我們收到您的申訴，我們將調查您提出的問題，包括獲得任何其他必要資訊，全面審查您的申訴。在某些情況下，您可能想要提出快速（「加急」）申訴。您可能會提出快速申訴的情況是您想要投訴以下情況之一：
 - 我們延長針對您的服務請求或上訴作出決定的時間；或者
 - 如果您因我們拒絕您「快速承保決定」或「快速上訴」的請求而提出投訴，我們將自動將其定為「快速」投訴（僅限您尚未接受之 D 部分藥物）。如果提出「快速」投訴，即表示我們會在 24 小時內給予答覆。
- 提出投訴的**截止日期**為從您出現想要投訴的問題之日起 60 個曆日內。

第 2 步：我們將調查您的投訴並給予答覆。

- 如有可能，我們將立即答覆您。如果您致電提出投訴，我們可能會在接聽來電的當時立即給予答覆。
- 大多數投訴在 30 個曆日內答覆。如果我們需要更多資訊，且出於您的最佳利益考慮或您要求延長時間，我們可延遲 14 個曆日（共 44 個曆日）答覆您的投訴。如果我們決定延長時間，將書面通知您。

第 9 章遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）

- 如果您因我們拒絕您快速承保決定或快速上訴的請求而提出投訴，我們將自動將其定為快速投訴。如果提出快速投訴，即表示我們會在 **24 小時內** 給予答覆。
- 如果我們不認同您的部分或全部投訴，或不負責您所投訴的問題，則會在給您的回覆中闡明原因。

第 10.4 節 您也可向品質改進機構提出護理品質方面的投訴

當您對護理品質提出投訴時，也有兩種選擇：

- 您可直接向品質改進機構提出投訴。品質改進機構是一個由聯邦政府資助的執業醫生及其他醫療護理專家團體，以核查和改進提供給 Medicare 聯邦醫療保險患者的護理。第 2 章中載有聯絡資訊。

或

- 您可同時向品質改進機構和我們提出投訴。

第 10.5 節 您可將您的投訴告訴 Medicare 聯邦醫療保險

您可直接向 Medicare 聯邦醫療保險提出有關 Elderplan Flex (HMO-POS) 的投訴。要向 Medicare 聯邦醫療保險提交投訴，請瀏覽 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。您亦可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障/語障人士可致電 1-877-486-2048。

第 10 章：

終止計劃會員資格

第 10 章終止計劃會員資格

第 1 節 關於終止計劃會員資格的簡介

終止在 Elderplan Flex (HMO-POS) 享有的會員資格可為自願性（您自己的選擇）或非自願性（並非您自己的選擇）：

- 您可自願退出我們的計劃。第 2 節與第 3 節提供了關於自願中止會員資格的資訊。
- 我們需終止您的會員資格的情況較少。第 5 節將介紹我們必須終止您會員資格的情況。

如要退出我們的計劃，我們的計劃必須繼續為您提供醫療護理和處方藥，且您需繼續支付費用分攤，直至會員資格終止。

第 2 節 您何時能終止計劃會員資格？

第 2.1 節 您可在年度參保期期間終止您的會員資格

您可在年度參保期（也稱為年度開放參保期）終止我們的計劃的會員資格。在此期間，您應審查您的健康和藥物保險，並決定來年的保險。

- 年度參保期為 10 月 15 日至 12 月 7 日。
- 選擇繼續使用當前的保險或變更來年的保險。如果您決定變更為新計劃，可選擇以下任何類型的計劃：
 - 另一項附帶或不附帶處方藥保險的 Medicare 聯邦醫療保險健康計劃。

第 10 章終止計劃會員資格

- 附帶單獨 Medicare 聯邦醫療保險處方藥計劃的傳統聯邦醫療保險。
- 不附帶單獨 Medicare 聯邦醫療保險處方藥計劃的傳統的聯邦醫療保險。
 - 如果選擇此選項，Medicare 聯邦醫療保險可能會將您加入一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保。

註：如果您退出 Medicare 聯邦醫療保險處方藥保險，且連續 63 天或更長時間未參與任何有信譽度的處方藥保險，則當您之後加入 Medicare 聯邦醫療保險藥物計劃時，可能需要支付 D 部分逾期參保罰金。

- 當新計劃的保險在 1 月 1 日開始時，您在我們計劃的會員資格將終止。

第 2.2 節 您可在 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃開放參保期終止會員資格

您可在 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃開放參保期對您的健康保險作出一次變更。

- Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃年度開放參保期為 1 月 1 日至 3 月 31 日。
- 在 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃年度開放參保期內，您可以：

第 10 章 終止計劃會員資格

- 轉至另一項附帶或不附帶處方藥保險的 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃。
- 退出我們的計劃，並透過傳統的聯邦醫療保險獲得保險。如果您選擇在此期間轉至傳統的聯邦醫療保險，屆時您還可加入另一項 Medicare 聯邦醫療保險處方藥計劃。
- **您的會員資格將在您參與了其他 Medicare 聯邦醫療保險優勢或我們收到您轉至傳統的聯邦醫療保險的請求後下個月第一天終止。**如果您同時選擇參保某個 Medicare 聯邦醫療保險處方藥計劃，您在該藥物計劃的會員資格將於其收到您的參保請求後下個月第一天開始。

第 2.3 節 在某些情況下，您可在特殊參保期期間終止您的會員資格

在某些情況下，Elderplan Flex (HMO-POS) 的會員可以在一年內的其他時期終止其會員資格。這一時期稱為**特殊參保期**。

如果您符合以下任意一種情況，您可能**有資格在特殊參保期終止您的會員資格**。以下僅為範例，如需完整清單，請聯絡計劃、致電 Medicare 聯邦醫療保險或瀏覽其網站 (www.medicare.gov)：

- 通常在您已搬遷的情況下。
- 如果您享有 Medicaid 醫療補助。

第 10 章 終止計劃會員資格

- 如果您符合「額外補助」的資格以支付您的 Medicare 聯邦醫療保險處方藥。
- 如果我們違反與您簽署的合約。
- 如果您在療養院或長期護理 (LTC) 醫院等機構接受護理。
- 如果您參與老人綜合護理計劃 (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)
- 註：如果您已參加藥物管理計劃，您可能無法變更計劃。第 5 章第 10 節詳細介紹了藥物管理計劃。

參保期因您的情況而異。

如要瞭解您是否符合特殊參保期的資格，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare 聯邦醫療保險，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。聽障人士可致電 1-877-486-2048。如果您因為特殊情況而可以終止您的會員資格，您可選擇同時變更您的 Medicare 聯邦醫療保險健康保險和處方藥保險。您可以選擇：

- 另一項附帶或不附帶處方藥保險的 Medicare 聯邦醫療保險健康計劃。
- 附帶單獨 Medicare 聯邦醫療保險處方藥計劃的傳統聯邦醫療保險。
- -- 或 -- 不附帶單獨 Medicare 聯邦醫療保險處方藥計劃的傳統的聯邦醫療保險。

第 10 章終止計劃會員資格

註：如果您退出 Medicare 聯邦醫療保險處方藥保險，且連續 63 天或更長時間未參與任何有信譽度的處方藥保險，則當您之後加入 Medicare 聯邦醫療保險藥物計劃時，可能需要支付 D 部分逾期參保罰金。

您的會員資格通常將在收到您變更計劃的請求後下個月第一天終止。

如果您取得 Medicare 聯邦醫療保險的「額外補助」來協助支付您的處方藥費用：如果您轉至傳統的聯邦醫療保險且未參加單獨的 Medicare 聯邦醫療保險處方藥計劃，則 Medicare 聯邦醫療保險可能會將您加入一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保。

第 2.4 節 如何獲得有關何時可終止會員資格的更多資訊？

如果您對終止會員資格有任何疑問，您可以：

- 致電會員服務部。
- 查閱 *2024 年 Medicare 聯邦醫療保險與您* 手冊中的資訊。
- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare 聯邦醫療保險，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天（聽障專線：1-877-486-2048）。

第 10 章 終止計劃會員資格

第 3 節 如何終止計劃會員資格？

下表將介紹如何終止計劃會員資格。

如果您希望從我們的計劃轉至：	您應該：
<ul style="list-style-type: none">• 另一項 Medicare 聯邦醫療保險健康計劃。	<ul style="list-style-type: none">• 參加新的 Medicare 聯邦醫療保險健康計劃。• 您的新計劃保險開始時，您將自動退保 Elderplan Flex (HMO-POS)。
<ul style="list-style-type: none">• 附帶單獨 Medicare 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">• 參加新的 Medicare 聯邦醫療保險處方藥計劃。• 您的新計劃保險開始時，您將自動退保 Elderplan Flex (HMO-POS)。

第 10 章終止計劃會員資格

如果您希望從我們的計劃轉至：

您應該：

- 不附帶單獨 Medicare 聯邦醫療保險處方藥計劃的傳統的聯邦醫療保險。
- 向我們寄送書面退保請求。若您需要有關如何操作的更多資訊，請聯絡會員服務部。
- 您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare 聯邦醫療保險要求退保，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。聽障人士可致電 1-877-486-2048。
- 您的傳統的聯邦醫療保險開始時，您將退出 Elderplan Flex (HMO-POS)。

第 4 節 會員資格終止前，您必須繼續透過我們的計劃接受醫療用品、服務和藥物

在您的會員資格終止及您的新 Medicare 聯邦醫療保險開始之前，您必須繼續透過我們的計劃獲取醫療服務、用品和處方藥。

- 繼續透過我們的網絡內提供者獲取醫療護理。
- 繼續使用我們的網絡內藥房或郵購來配取處方藥。

第 10 章 終止計劃會員資格

- 如果您在會員資格終止之日住院，我們的計劃會為您提供住院承保，直至您出院（即便您在新健康保險開始後出院）。

第 5 節 在某些情況下，Elderplan Flex (HMO-POS) 必須終止您的計劃會員資格

第 5.1 節 我們何時必須終止您的計劃會員資格？

如發生以下任何情況，Elderplan Flex (HMO-POS) 必須終止您的計劃會員資格：

- 不再擁有 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分。
- 如果您離開我們的服務區。
- 如果您離開我們的服務區超過六個月。
 - 如果您搬遷或進行長途旅行，應致電會員服務部，確定搬遷或旅行目的地是否在我們的計劃區域內。
- 您被捕入獄。
- 您不再是美國公民或在美國非法居留。
- 您在關於擁有其他處方藥保險方面上說謊或是隱瞞。
- 您在參加我們的計劃時故意提供錯誤資訊，而該資訊影響您參加計劃的資格。（除非事先獲得 Medicare 聯邦醫療保險許可，否則我們不能讓您退出計劃。）

第 10 章 終止計劃會員資格

- 您的行為持續干擾及阻礙我們為您與計劃其他會員提供醫療護理。（除非事先獲得 Medicare 聯邦醫療保險許可，否則我們不能讓您退出計劃。）
- 您讓其他人使用您的會員卡獲得醫療護理。（除非事先獲得 Medicare 聯邦醫療保險許可，否則我們不能讓您退出計劃。）
 - 如果我們因此終止您的會員資格，Medicare 聯邦醫療保險可能會讓監察長調查您的個案。
- 如果您因為收入的關係而需要支付額外的 D 部分金額，但您並未支付該金額，則 Medicare 聯邦醫療保險會將您自我們的計劃退保，且您將失去處方藥保險。

如何獲得詳細資訊？

如果您存有任何疑問或希望詳細瞭解我們何時可終止您的會員資格，請致電會員服務部。

第 10 章 終止計劃會員資格

第 5.2 節 我們不能因任何與您的健康有關的原因要求您退出計劃

Elderplan Flex (HMO-POS) 不能因任何與您的健康有關的原因要求您退出計劃。

如果發生此情況，該怎麼辦？

如果您認為被要求退出我們的計劃是出於健康相關原因，應致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare 聯邦醫療保險，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。（聽障專線：1-877-486-2048。）

第 5.3 節 如果我們終止您的計劃會員資格，您有權提出投訴

如果我們終止您的計劃會員資格，必須書面告知您終止會員資格的原因。我們也必須說明如何對我們終止您會員資格的決定提出申訴或投訴。

第 11 章：

法律通知

第 11 章法律通知

第 1 節 有關管轄法律的通知

適用於本承保範圍說明書文件的主要法律是《社會安全法》第十八條以及 Medicare 聯邦醫療保險與 Medicaid 醫療補助服務中心 (CMS) 根據《社會安全法》制定的法規。此外，其他聯邦法律可能適用，且在特定情況下，也可能包括您所居住州的法律。即便相關法律並未納入本文件或未在本文件中說明，這也會影響您的權利和責任。

第 2 節 有關非歧視的通知

我們不會因種族、族群、民族起源、膚色、宗教、性別、性別認同、年齡、性向、精神或身體殘疾、健康狀況、索賠經歷、病史、基因資訊、可保性證明或服務區內的地理位置而歧視任何人。所有提供 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃的機構，如我們的計劃，必須遵守有關反對歧視的聯邦法律，包括 1964 年《民權法》第六條、1973 年《復健法》、1975 年《年齡歧視法》、《美國殘疾人法》、《可負擔醫療法案》第 1557 節、適用於聯邦資助機構的所有其他法律及因任何其他原因適用的任何其他法律與規則。

如需關於歧視或不公平待遇的詳細資訊或對此有任何疑問，請致電 1-800-368-1019（聽障專線：1-800-537-7697），聯絡衛生與公眾服務部民權辦公室，或致電您當地的民權辦公室。您也可瀏覽 <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>，查閱美國衛生與公眾服務部民權辦公室發佈的資訊。

第 11 章法律通知

如果您身體殘障並需要幫助以獲取護理，請致電會員服務部。若您想針對無障礙通道等問題進行投訴，可聯絡會員服務部。

第 3 節 有關 Medicare 聯邦醫療保險輔助付費者代位權的通知

我們有權利和責任為那些並非以 Medicare 聯邦醫療保險作為主要付費者的承保 Medicare 聯邦醫療保險服務收款。根據 CMS 法規 42 CFR 的第 422.108 和 423.462 節，Elderplan Flex (HMO-POS)，作為一個 Medicare 聯邦醫療保險優勢組織，將行使秘書依據 42 CFR 第 411 部分 B 至 D 中的 CMS 法規所行使的相同恢復權，而且本節中設立的法規取代任何州法律。

第 11 章法律通知

第 4 節 有關有限代位權的通知

根據聯邦法律，Elderplan（長老計劃）保留本合約下的有限代位權。這表示，如果 (1) 您因第三方（即並未簽署合約的人士或公司）的行為或不作為受傷，(2) 您起訴，及 (3) 您從該方（或第三方的保險公司）收到款項用於解決您的訴訟或由於您在法院或仲裁或替代形式的爭議解決中贏得訴訟，則 Elderplan（長老計劃）有權追討其對您的醫療護理支付的費用，包括但不限於醫院費用、醫生費用、護士收費、居家保健服務、檢查、藥物和其他相關費用。如果您因受傷起訴任何第三方，您同意會通知 Elderplan（長老計劃）。Elderplan（長老計劃）保留向您提出申索的權利，以便在您從您起訴的第三方處獲得的任何款項中追討 Elderplan（長老計劃）招致的相關醫療費用的成本。不論 Elderplan（長老計劃）是否提出申索，您同意利用您從第三方處獲得的任何款項，償付 Elderplan（長老計劃）因受傷提供予您的醫療護理和服務的成本。

第 12 章：

重要辭彙的定義

第 12 章重要詞彙的定義

門診手術中心 – 門診手術中心是一個為無需住院但預計呆在中心的時間不超過 24 小時的患者提供門診外科服務的獨家經營實體。

年度參保期 – 每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日，在此時期內，會員可以變更其健康或藥物計劃或轉至傳統的聯邦醫療保險。

上訴 – 上訴指您在對拒絕醫療護理服務或處方藥承保請求，或支付您已獲得的服務費用的決定存有異議時，採取的措施。如果您對終止您正在接受的服務的決定存有異議，也可提出上訴。

差額費用 – 醫療服務提供者（如醫生或醫院）為患者開出的賬單超出了計劃允許的費用分攤。作為 Elderplan Flex (HMO-POS) 的會員，您獲取我們的計劃所承保的服務時，只須支付計劃的費用分攤。我們不允許醫療服務提供者開出**差額費用**，或向您收取超出計劃所載的應付費用分攤的款項。

受益期 – 我們的計劃及傳統的聯邦醫療保險衡量您使用醫院和專業護理機構 (SNF) 服務的方式。受益期從您住進醫院或專業護理機構的那天開始算起。受益期到您連續 60 天未接受任何住院護理（或 SNF 的專業護理）之時結束。如果您在一個受益期結束後住進醫院或專業護理機構，則會開始一個新的受益期。受益期的數量沒有限制。

第 12 章重要詞彙的定義

生物製品 – 由動物細胞、植物細胞、細菌或酵母等天然活體來源製成的處方藥。生物製品比其他藥物更複雜，無法完全複製，因此替代形式被稱為生物仿製藥。生物仿製藥通常與原生物製品一樣有效且安全。

原廠藥 – 由原先研發該藥物的製藥公司所製造和銷售的處方藥。原廠藥和其副廠藥具有相同活性成份的配方。然而，副廠藥是由其他藥物製造商製造和銷售，通常僅在原廠藥的專利過期後才有提供。

重大傷病承保階段 – D 部分藥物福利階段從您（或其他符合資格代表您行事的人士）在承保年度內為您的 D 部分承保藥物支付了 \$8,000 後開始。在此付款階段期間，本計劃將為您的承保 D 部分藥物支付全部費用。您無需支付費用。

Medicare 聯邦醫療保險與 Medicaid 醫療補助服務中心 (CMS) – 管理 Medicare 聯邦醫療保險的聯邦機構。

慢性護理特殊需要計劃 – C-SNP 是僅限患有 42 CFR 422.2 中所載的一種或多種嚴重或致殘慢性病的 MA 合資格個人參保的 SNP，包括根據 42 CFR 422.4(a)(1)(iv) 中規定的多種常見共病和臨床相關病症分組來限制參保。

共同保險 – 在您支付任何自付額後，可能需要您就服務或處方藥支付應承擔費用的金額，以百分比表示（例如 20%）。

第 12 章重要詞彙的定義

投訴 – 提出投訴的正式名稱為**提出申訴**。投訴程序僅適用於若干類型的問題。這包括護理品質、等待時間及您獲得的顧客服務的相關問題。還包括您的計劃未能遵守上訴程序期限方面的投訴。

綜合門診復健機構 (CORF) – 主要提供傷病復健服務的機構，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職業治療、語言病理學服務及家庭環境評估服務。

共付費 – 可能需要您就醫療服務或用品（如醫生看診、醫院門診就醫或處方藥）支付應承擔費用的金額。共付費是一個固定金額（例如 \$10），而非百分比。

費用分攤 – 費用分攤指會員獲得服務或藥物時須支付的費用。費用分攤包括以下三種付款的任意組合：(1) 計劃在承保服務或藥物前徵收的自付額；(2) 計劃要求在獲得特定服務或藥物時支付的任何固定共付費；或 (3) 計劃要求在獲得特定服務或藥物時支付的任何共同保險，服務或藥物總費用的百分比。

費用分攤等級 – 承保藥物清單上的每種藥物屬於五種費用分攤等級中的一種。通常，費用分攤的等級越高，您藥物的費用就越高。

承保範圍裁決 – 關於為您開立之處方藥是否由計劃承保的決定，以及您須就該處方藥支付之金額（若有）的決定。通常，如果您攜帶處方至藥房，而該藥房告知您該處方不由您的計劃承保，這並不是承保範圍裁決。您需要致電或寫信給您的計劃，才可要求對於承保範圍作出正式的決定。承保範圍裁決在本文件中稱為**承保決定**。

承保藥物 – 我們的計劃承保的所有處方藥的總稱。

承保服務 – 我們的計劃承保的所有醫療護理服務及用品的總稱。

有信譽度的處方藥保險 – 預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 聯邦醫療保險標準處方藥保險的處方藥保險（例如僱主或團體提供）。符合 Medicare 聯邦醫療保險資格時擁有此類保險的人士，如果決定稍後參加 Medicare 聯邦醫療保險處方藥保險，一般可保留該保險，而無需支付罰金。

看護 – 看護是您不需要專業醫療護理或專業護理機構時在療養院、臨終關懷機構或其他機構中提供的護理。看護由不具備專業技能或未接受過訓練的人士提供，包括協助沐浴、穿衣、就餐、上/下床或椅子、行走和使用衛生間等日常生活活動。它還可包括大多數人可自行完成的醫療相關護理，如使用滴眼液。Medicare 聯邦醫療保險不會為看護付款。

第 12 章重要詞彙的定義

每日費用分攤 – 當醫生為您開的某種處方藥少於一個月份的份量，並且您需要支付共付費時，可能適用每日費用分攤。每日費用分攤是指共付費除以一個月份量的天數所得到的費用。舉例如下：如果某種藥物一個月份量的共付費為 \$30，您的計劃中一個月份量為 30 天的份量，那麼您的每日費用分攤為每日 \$1。

自付額 – 在計劃支付其所分擔您承保醫療護理或處方藥的費用前，您必須支付的金額。

退出或退保 – 終止計劃會員資格的程序。

配藥費 – 每次配取承保藥物時收取的費用，用來支付配取處方藥的成本，如藥劑師準備與包裝處方藥的時間。

雙重資格特殊需要計劃 (D-SNP) – D-SNP 允許有權參保 Medicare 聯邦醫療保險（《社會安全法》第十八條）和 Medicaid 醫療補助計劃下的州醫療補助計劃（第十九條）的個人參保。各州承擔部分 Medicare 聯邦醫療保險費用，具體取決於州和個人的資格。

耐用醫療設備 (DME) – 您的醫生出於醫療原因要求您使用的特定醫療設備。例如助行器、輪椅、柺杖、電動床墊系統、糖尿病用品、靜脈輸液幫浦、語音生成裝置、氧氣設備、霧化器或醫療服務提供者訂購用於家庭的醫院病床。

第 12 章重要詞彙的定義

緊急醫療情況 – 緊急醫療情況是指您或任何其他具有一般健康和醫學知識的謹慎外行人認為自己出現的症狀需要立即就醫以防發生生命危險（若您是孕婦，以防流產）、肢體缺損或肢體功能喪失、或身體機能喪失或嚴重受損的醫療症狀。醫療症狀可以是疾病、受傷、劇痛或快速惡化的醫療情況。

緊急護理 – 承保以下服務：1) 由具備提供緊急服務資格的提供者提供；及 2) 屬治療、評估或穩定緊急病情需要。

承保範圍說明書 (EOC) 及披露資訊 – 本文件連同您的參保表及任何其他附件、附加條款或所選的其他可選保險，這些內容均用於介紹您的保險、我們的責任、您的權利及您作為計劃會員的責任。

例外處理 – 一種承保決定的類型，當其受到核准後，將可允許您取得我們處方藥一覽表之外的藥物（處方藥一覽表例外），或是以更低的費用分攤等級取得非首選藥物（等級例外）。如果我們的計劃要求您在取得您所要求的藥物前先嘗試另一種藥物，或者當我們的計劃限制了您所要求之藥物的數量或劑量時（處方藥一覽表例外），您也可以請求例外處理。

「額外補助」 – 一項 Medicare 聯邦醫療保險計劃或州計劃，專門幫助收入及資產有限的人士，支付 Medicare 聯邦醫療保險處方藥計劃費用（如保費、自付額和共同保險）。

第 12 章重要詞彙的定義

副廠藥 – 一種由食品藥物管理局 (FDA) 核准的處方藥，具有和原廠藥相同的活性成份。通常，副廠藥和原廠藥的藥效相同，並且費用較低。

申訴 – 您對我們的計劃、醫療服務提供者或藥房提出的一種投訴，包括有關護理品質的投訴。不涉及承保或付款爭議。

家庭健康助手 – 可提供不需要持牌護士或治療師技能的服務的人士，如協助個人護理（例如沐浴、如廁、穿衣或進行規定性練習）。

臨終關懷計劃 – 為經醫學鑑定為絕症（即預期壽命不超過 6 個月）的會員提供特殊治療的福利。我們的計劃必須為您提供您所在地理區域的臨終關懷服務清單。若您選擇臨終關懷服務並繼續支付保費，則您仍然是我們計劃的會員。您仍可以獲得我們提供的所有醫療必需的服務以及補充福利。

住院 – 當您被正式核准如願接受專業醫療服務時住院。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。

按收入每月調整保費 (IRMAA) – 如果您 IRS 納稅申報單上的調整後總收入從 2 年前起就一直超過了一定金額，您將需要支付標準保費金額和一筆按收入每月調整保費（也稱為 IRMAA）。IRMAA 是額外收取的費用，將追加到您的保費中。受影響的 Medicare 聯邦醫療保險受保人員不超過 5%，所以大部分人無需支付更高的保費。

初始承保範圍限制 – 初始承保階段的最大承保範圍限制。

第 12 章重要詞彙的定義

初始承保階段 – 這是一個在您本年的藥物總費用（包括您已支付的金額和計劃為您支付的金額）達到 \$5,030 前的階段。

首次參保期 – 您第一次有資格參加 Medicare 聯邦醫療保險的時間，在此期間內，您可登記加入 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分。如果您年滿 65 歲時有資格參加 Medicare 聯邦醫療保險，您的首次參保期為 7 個月，從您年滿 65 歲當月的前 3 個月開始計算（包括您年滿 65 歲的當月），直至年滿 65 歲當月的後 3 個月。

機構性特殊需要計劃 (SNP) – 一項接受持續居住（或預計持續居住）在長期護理 (LTC) 機構達 90 天以上之符合資格的個人參加的計劃。這些機構可能包括專業護理機構 (SNF)、護理機構 (NF)、(SNF/NF)、智障人士中度護理機構 (ICF/IID)、精神科住院機構和/或經 CMS 核准且提供 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分、Medicare 聯邦醫療保險 B 部分或 Medicaid 醫療補助承保的類似長期健康護理服務的機構；並且其居住者的需求和健康狀況與其他指定的機構類型相似。機構性特殊需要計劃必須與該特定的長期護理 (LTC) 機構簽訂合約（或由該計劃所有並營運）。

第 12 章重要詞彙的定義

機構性等效特殊需要計劃 (SNP) – 一項接受居住在社區之符合資格的人士參加，但需要具有機構級別的護理（由州政府評估）的計劃。該評估必須使用相同之相應的州政府護理水準評估工具來進行，並由非提供該計劃之機構的單位執行。此類的特殊需要計劃在必要時，可能會限制居住在簽有合約之輔助生活機構 (ALF) 的個人參保，以確保提供統一的專門護理。

承保藥物清單（處方藥一覽表或「藥物清單」） – 一份計劃承保之處方藥的清單。

低收入補貼 (LIS) – 請查看「額外補助」。

最高自付費用 – 曆年內您就網絡內承保 A 部分和 B 部分服務支付的最高自付費用。您就 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分保費及處方藥支付的金額不計入最高自付費用金額。

Medicaid 醫療補助（或醫療援助） – 一項聯邦與州的聯合計劃，旨在幫助某些收入及資產有限的人士支付醫療費用。州 Medicaid 醫療補助計劃因州而異，但如果您同時符合 Medicare 聯邦醫療保險和 Medicaid 醫療補助資格，便可獲承保大多數健康護理費用。

醫學上認可的適應症 – 一種由美國食品藥物管理局核准，或由某些參考書籍支持的藥物使用方式。

第 12 章重要詞彙的定義

醫療必需 – 預防、診斷或治療您的病情所需且符合良好醫療實踐標準的服務、用品或藥品。

Medicare 聯邦醫療保險 – 適用於 65 歲或以上人士、部分 65 歲以下特定殘障人士及患有末期腎病的人士（一般指患有永久性腎衰竭，須進行透析或腎臟移植的人士）的聯邦健康保險計劃。

Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃開放參保期 – 1 月 1 日至 3 月 31 日，在此時期內，Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃的會員可撤銷其計劃參保並轉至其他 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃，或透過傳統的聯邦醫療保險獲得承保。如果您選擇在此期間轉至傳統的聯邦醫療保險，屆時您還可加入另一項 Medicare 聯邦醫療保險處方藥計劃。Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃開放參保期同時還包括個人第一次有資格參加 Medicare 聯邦醫療保險後的 3 個月內。

第 12 章重要詞彙的定義

Medicare 聯邦醫療保險優勢 (MA) 計劃 – 有時稱為 Medicare 聯邦醫療保險 C 部分，由一間與 Medicare 聯邦醫療保險簽約的私營公司提供的計劃，為您提供所有 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分福利。Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃可為 i) HMO、ii) PPO、iii) 私人付費服務 (PFFS) 計劃或 iv) Medicare 聯邦醫療保險醫療儲蓄賬戶 (MSA) 計劃。除了從這類計劃中選擇一項，Medicare 聯邦醫療保險優勢 HMO 或 PPO 計劃也可以是一項特殊需要計劃 (SNP)。在大多數情況下，Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃也提供 Medicare 聯邦醫療保險 D 部分（處方藥保險）。這些計劃也稱為**附帶處方藥保險的 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃**。

Medicare 聯邦醫療保險承保缺口折扣計劃 – 一項為大多數承保之 D 部分原廠藥提供折扣的計劃，適用於達到承保缺口階段且尚未接受「額外補助」的 D 部分會員。折扣根據聯邦政府和某些藥物製造商之間的協議決定。

Medicare 聯邦醫療保險承保的服務 – Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分承保的服務。所有 Medicare 聯邦醫療保險醫療健康計劃必須承保 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分所承保的所有服務。術語「Medicare 聯邦醫療保險承保的服務」不包括附加福利，如 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃可能提供的視力、牙科或聽力服務。

第 12 章重要詞彙的定義

Medicare 聯邦醫療保險健康計劃 – Medicare 聯邦醫療保險健康計劃是由與 Medicare 聯邦醫療保險簽約的私營公司提供的，為參與計劃的人士提供 Medicare 聯邦醫療保險健康計劃 A 部分和 B 部分福利。此術語包括所 Medicare 聯邦醫療保險優勢、Medicare 聯邦醫療保險實惠計劃、特殊需要計劃、演示/試點計劃和老人綜合護理計劃 (PACE)。

Medicare 聯邦醫療保險處方藥保險 (Medicare 聯邦醫療保險 D 部分) – 幫助支付門診處方藥、疫苗、生物製劑及 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分不承保的部分用品費用的保險。

Medigap (Medicare 聯邦醫療保險補充保險) 保單 – 由私營保險公司銷售，用於填補傳統的聯邦醫療保險「缺口」的 Medicare 聯邦醫療保險補充保險。Medigap 政策僅適用於傳統的聯邦醫療保險。(Medicare 聯邦醫療保險優勢並非 Medigap 保單。)

會員 (我們計劃的會員或計劃會員) – 享有 Medicare 聯邦醫療保險、有資格獲得承保服務、已參加我們的計劃且其參保經 Medicare 聯邦醫療保險與 Medicaid 醫療補助服務中心 (CMS) 確認的人士。

會員服務部 – 我們計劃內部的一個部門，負責解答有關會員資格、福利、申訴及上訴的問題。

第 12 章重要詞彙的定義

網絡內藥房 – 與我們的計劃簽訂合約，能夠讓我們計劃的會員取得其處方藥福利的藥房。在大多數情況下，您的處方藥僅在我們網絡內藥房配取時才有承保。

網絡內提供者 – 提供者是醫生、其他健康護理專業人員、醫院以及經 Medicare 聯邦醫療保險及州許可或認證提供健康護理服務的其他健康護理機構的統稱。**網絡內提供者**與我們的計劃簽訂協定，以我們的付款作為全額付款，且在有些情況下，為會員協定並提供承保服務。網絡內提供者也稱為**計劃內提供者**。

機構裁決 – 我們的計劃就是否承保項用品或服務，或您須為承保用品或服務支付多少費用作出的決定。機構裁決在本文件中稱為承保決定。

傳統的聯邦醫療保險（傳統 Medicare 聯邦醫療保險或按服務收費的 Medicare 聯邦醫療保險） – 傳統的聯邦醫療保險由政府提供，並非 Medicare 聯邦醫療保險優勢及處方藥計劃等私人健康計劃。在傳統的聯邦醫療保險下，可透過向醫生、醫院及其他醫療服務提供者支付國會指定的費用，獲承保 Medicare 聯邦醫療保險服務。您可向接受 Medicare 聯邦醫療保險的任何醫生、醫院或其他醫療服務提供者求診。您必須支付自付額。Medicare 聯邦醫療保險支付應承擔的 Medicare 聯邦醫療保險批准費用，而您支付您應承擔的費用。傳統的聯邦醫療保險分為兩部分：A 部分（住院保險）和 B 部分（醫療保險），在全美均有提供。

網絡外藥房 – 未和我們計劃簽約來協調或提供承保藥物給我們計劃會員的藥房。大多數您從網絡外藥房取得的藥物並未由我們計劃承保，除非符合某些條件。

網絡外提供者或網絡外機構 – 並未與我們的計劃簽約來協調或提供承保服務給我們計劃會員的提供者或機構。網絡外提供者並非由我們的計劃僱用、擁有或營運。

自付費用 – 請查看上文「費用分攤」定義。會員支付所接受服務或藥物一部分費用的費用分攤要求也稱為會員「自付」費用要求。

PACE 計劃 – PACE（老人綜合護理計劃）計劃包括為身體虛弱人士提供的醫療、社會和長期服務和支援 (LTSS)，幫助人們盡可能長久地在其社區內獨立生活（而非住入療養院）。加入 PACE 計劃的人士可透過計劃獲得 Medicare 聯邦醫療保險和 Medicaid 醫療補助福利。

C 部分 – 請查看「Medicare 聯邦醫療保險優勢 (MA) 計劃」。

D 部分 – 自願性 Medicare 聯邦醫療保險處方藥福利計劃。

D 部分藥物 – 可由 D 部分承保的藥物。我們不一定會提供所有 D 部分藥物。某些類別的藥物已被國會排除在 D 部分的承保範圍之外。每個計劃必須承保某些類別的 D 部分藥物。

第 12 章重要詞彙的定義

部分逾期參保罰金 – 當您首次有資格加入 D 部分計劃後連續 63 天或更長時間未參與任何有信譽度的保險（此類保險的預計須支付的金額平均至少相當於 Medicare 聯邦醫療保險標準處方藥保險）時，將會追加到您 Medicare 聯邦醫療保險藥物保險之每月保費的一筆金額。

首選提供者組織 (PPO) 計劃 – 首選提供者組織計劃是一項擁有簽約提供者網絡的 Medicare 聯邦醫療保險優勢，簽約的提供者同意依指定費用為計劃會員提供治療。PPO 計劃必須包含所有計劃福利，無論這些福利是從網絡內或是網絡外提供者處獲得。計劃福利是從網絡外提供者處獲得時，會員費用分攤通常較高。PPO 計劃對您從網絡內（首選）提供者處獲得服務的自付費用具有年度限制，而對從網絡內（首選）和網絡外（非首選）提供者處獲得服務的總合併自付費用具有更高限制。

保費 – 定期支付給 Medicare 聯邦醫療保險、保險公司或醫療護理計劃用於健康或處方藥保險的費用。

主治醫生 (PCP) – 您針對大多數健康問題首先看訪的醫生或其他提供者。在許多 Medicare 聯邦醫療保險健康計劃中，您到任何其他醫療服務提供者處就診之前，必須先到您的主治醫生處就診。

事先授權 – 獲得服務或某些藥物的事先核准。第 4 章福利表中列有需獲得事先授權的承保服務。處方藥一覽表中標有需獲得事先授權的承保服務。

第 12 章重要詞彙的定義

假體和矯具 – 醫療器械，包括但不限於手臂、後背和頸部的支架；假肢；義眼；以及更換內部身體部位或功能所需的器械，包括造口術用品以及腸內和腸外營養治療。

品質改進機構 (QIO) – 是一個由聯邦政府資助的執業醫生及其他醫療護理專家團隊，以核查和改進提供給 Medicare 聯邦醫療保險患者的護理。

數量限制 – 一種管理工具，目的是出於品質、安全或利用之原因限制指定藥物的使用。限制可能是我們每處方或指定期間內承保的藥物數量。

即時福利工具 – 參保者可以查詢完整、準確、及時、臨床適用、特定處方藥一覽表和福利資訊的入口網站或電腦應用程式。這包括費用分攤金額、作為適用於同樣健康狀況的指定藥物的替代處方藥一覽表藥物，以及適用於替代藥物的承保範圍限制（事先授權、階段治療、數量限制）。

復健服務 – 該等服務包括物理治療、言語和語言治療和職業治療。

服務區 – 加入特定健康計劃須居住的地理區域。對於限制所用醫生和醫院的計劃，它還通常是指您可獲取常規（非緊急）服務的地區。如果您永久搬離計劃的服務區，計劃必須將您退保。

第 12 章重要詞彙的定義

專業護理機構 (SNF) 護理 – 專業護理機構內持續、每天提供的專業護理和復健服務。護理範例包括僅可由註冊護士或醫生提供的物理治療或靜脈注射。

特殊參保期 – 允許會員變更其健康或藥物計劃或轉回傳統的聯邦醫療保險的固定時間。您可能符合特殊參保期的資格的情形包括：如果您搬離服務區，如果您領取「額外補助」以支付您的處方藥費，如果您住進護理機構或如果我們違反與您簽署的合約。

特殊需要計劃 – 一項特殊類型的 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃，為特定人群提供更有針對性的健康護理，如同時擁有 Medicare 聯邦醫療保險和 Medicaid 醫療補助計劃的人士、居住在療養院的人士或患有某些慢性病的人士。

階段治療 – 一個應用工具，要求您在我們承保您的醫生最初開立的處方藥之前，先嘗試使用其他藥物來治療。

社安補助金 (SSI) – 社會安全局向收入與資產有限的殘障人士、盲人或 65 歲及以上的老人補助的月度福利。SSI 福利不同於社會安全福利。

急症治療服務 – 是指不屬於緊急醫療的承保服務，在網絡內提供者暫時不可用或無法營業或參保者不在服務區時提供。例如，您在週末需要立即獲得醫療護理。服務必須為即時需要獲取的，且必須具備醫療必需性。

Elderplan Flex (HMO-POS) 會員服務部

方法	會員服務部 – 聯絡資訊
致電	1-800-353-3765 撥打此號碼是免費的。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。 會員服務部還為不說英語的人士提供免費的翻譯服務。
聽障專線	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。
傳真	718-759-3643
寫信	ELDERPLAN, INC. ATTN: MEMBER SERVICES 55 WATER STREET NEW YORK, NY 10041
網站	http://www.elderplan.org

老年人健康保險資訊、諮詢及援助計劃 (HIICAP) 辦公室：
(紐約州 SHIP)

老年人健康保險資訊、諮詢及援助計劃 (HIICAP) 辦公室是一個由聯邦政府出資為 Medicare 聯邦醫療保險受保人提供本地免費健康保險諮詢的州計劃。

方法	聯絡資訊
致電	1-212-602-4180 (行政區內) 1-800-701-0501 (行政區外)
聽障專線	711 或 (212) 504-4115 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。
寫信	NEW YORK CITY HIICAP 2 LAFAYETTE STREET, 17TH FLOOR NEW YORK, NY 10007 WESTCHESTER COUNTY DEPARTMENT OF SENIOR PROGRAMS AND SERVICES 9 SOUTH FIRST AVENUE, 10TH FLOOR MT. VERNON, NY 10550
網站	https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance

PRA 披露聲明根據 1995 年的「文書削減法案」(Paperwork Reduction Act)，任何人皆無須對資訊收集作出回應，除非其顯示了有效的 OMB 控制號碼。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼為 0938-1051。若您有任何意見或有改善此表格的建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

Elderplan, Inc.
Notice of Nondiscrimination – Discrimination is Against the Law

繁體中文 (Chinese)

Elderplan/HomeFirst 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。Elderplan/HomeFirst 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而排斥任何人或以不同的方式對待他們。

Elderplan/HomeFirst:

- 向殘障人士免費提供各種援助和服務，以幫助他們與我們進行有效溝通，如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 以其他格式提供的書面資訊（大號字體、音訊、無障礙電子格式、其他格式）
- 向母語非英語的人員免費提供各種語言服務，如：
 - 合格的翻譯員
 - 以其他語言書寫的資訊

如果您需要此類服務，請聯絡 Civil Rights Coordinator。如果您認為 Elderplan/HomeFirst 未能提供此類服務或者因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而透過其他方式歧視您，您可以親自提交投訴，或者以郵寄、傳真或電郵的方式提交投訴。如果您在提交投訴方面需要幫助 Civil Rights Coordinator 可以幫助您。

Elderplan, Inc.
ATTN Civil Rights Coordinator
55 Water Street
New York NY 10041

電話：1-877-326-9978，聽障專線 711
傳真：1-718-759-3643

您可親自或透過郵件、電話或傳真的方式提出申訴。如果您在提出申訴時需要幫助，民權協調員可以幫到您。

您還可以向 U.S. Department of Health and Human Services（美國衛生及公共服務部）的 Office for Civil Rights（民權辦公室）提交民權投訴，透過 Office for Civil Rights Complaint Portal 以電子方式投訴：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或者透過郵寄或電話的方式投訴：

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

登入 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 可獲得投訴表格。

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 800-353-3765 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: 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 800-353-3765 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Simplified: 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 800-353-3765 (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。

Chinese Traditional: 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 800-353-3765 (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。

Tagalog: 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 800-353-3765 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: 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 800-353-3765 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: 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 800-353-3765 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 800-353-3765 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 800-353-3765 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: 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 800-353-3765 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم بمساعدتك. هذه خدمة فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 800-353-3765 (TTY:711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية مجاناً.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 800-353-3765 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 800-353-3765 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: 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 800-353-3765 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: 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 800-353-3765 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: 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 800-353-3765 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 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、800-353-3765 (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。

Albanian: Ne ofrojmë shërbime interpretimi pa pagesë për t'ju përgjigjur çdo lloj pyetjeje që mund të keni rreth planit tonë të shëndetit ose të mjekimit. Për t'u lidhur me një interpret, telefononi në 800-353-3765 (TTY: 711). Një shqip folës mund t'ju ndihmojë. Ky shërbim është pa pagesë.

Bengali: আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধপত্র বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কিত আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। একজন দোভাষী পেতে, আমাদের কেবল 800-353-3765 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন। বাংলা বলতে পারেন এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারবেন। পরিষেবাটি বিনামূল্যে।

Greek: Διαθέτουμε υπηρεσία δωρεάν διερμηνείας προκειμένου να απαντούμε σε οποιοδήποτε απορίες σας σχετικά με το πρόγραμμα υγείας ή φαρμάκων που προσφέρουμε. Προκειμένου να χρησιμοποιήσετε την υπηρεσία διερμηνείας, επικοινωνήστε μαζί μας καλώντας το 800-353-3765 (TTY: 711). Θα λάβετε βοήθεια από ένα άτομο που μιλά ελληνικά. Αυτή είναι μια υπηρεσία που παρέχεται δωρεάν.

Yiddish: מיר האבן אומזיסטע דאלמעטשער סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט מעגליך האבן וועגן אונזער העלט אדער דראג פלאן. צו באקומען א דאלמעטשער, רופט אונז אויף 800-353-3765 (TTY: 711). איינער וואס רעדט אידיש/שפראך קען אייך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.

Urdu: ہماری صحت یا دوا کے پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت مترجم کی خدمات موجود ہیں۔ مترجم حاصل کرنے کے لیے، ہمیں بس 800-353-3765 (TTY: 711) پر کال کریں۔ اردو بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت خدمت ہے۔

如需更多資訊，請致電我們的免費電話

1-800-353-3765

早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。

聽障/語障人士可致電

711

瀏覽我們的網站

Elderplan.org

Elderplan（長老計劃）是一項與 Medicare 聯邦醫療保險及 Medicaid 醫療補助簽有合約的 HMO 計劃。能否在 Elderplan（長老計劃）註冊參保視合約續簽情況而定。任何符合 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分資格的人士均可申請。已參保的會員仍須繼續支付其 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分保費（若未透過 Medicaid 醫療補助支付）。