

2020 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

## 《承保範圍證明》：

### Health Net Healthy Heart (HMO) 會員的 Medicare 健康福利與服務以及處方藥承保

本手冊會提供有關您自 2020 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期間 Medicare 醫療照護以及處方藥承保的詳細資訊。並說明該如何取得您所需的健康照護服務和處方藥承保。此為重要的法律文件。請妥善保管。

本 Health Net Healthy Heart (HMO) 計畫是由 Health Net of California, Inc. 提供 (本《承保範圍證明》中所提及的「本公司」、「我們」或「我們的」是指 Health Net of California, Inc.。「計畫」或「本計畫」則是指 Health Net Healthy Heart (HMO))。

本文件有中文版可供免費索取。

請致電 1-800-275-4737 與我們的會員服務部聯絡，以瞭解額外資訊 (TTY 使用者請撥打 711)。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期，請使用電話留言系統。

本資訊亦備有不同格式，包括大字版及錄音版。如果您需要其他格式的計畫資訊，請致電本手冊封底所列的會員服務部電話號碼。

福利、保費、自付額和 (或) 共付額/共同保險金可能會於 2021 年 1 月 1 日變更。

處方一覽表、藥房網絡和 (或) 醫療網可能會隨時變更。您將會在必要時收到通知。

H0562\_009\_20\_13760EOC\_CHI\_C\_09162019

H0562\_MAPD HMO.CA.7  
EOC037794CP00  
H0562-009

OMB 核准 0938-1051 (到期日：2021 年 12 月 31 日)

**2020 年《承保範圍證明》****目錄**

以下僅列出幫助您開始閱讀的各章摘要與頁碼。如需進一步協助查詢您所需的資訊，請參閱各章的第一頁。您可以在各章開頭找到主題的詳細清單。

|              |  |           |
|--------------|--|-----------|
| <b>第 1 章</b> | <b>會員入門指南 .....</b>  | <b>4</b>  |
|              | 解釋加入 Medicare 健保計畫的意義以及使用本手冊的方式。說明我們將寄給您的材料、計畫保費、D 部分的延遲投保罰款、計畫會員卡以及讓您的會籍紀錄保持在最新狀態的事宜。   |           |
| <b>第 2 章</b> | <b>重要電話號碼與資源 .....</b>   | <b>22</b> |
|              | 說明如何與本計畫 (Health Net Healthy Heart (HMO)) 以及其他組織聯絡，其中包括 Medicare、州健康保險援助方案 (State Health Insurance Assistance Program (SHIP))、品質改善組織、Social Security、Medicaid (適用於低收入人士的州健康保險方案)、協助人們支付處方藥費用的方案及鐵路職工退休管理局。 |           |
| <b>第 3 章</b> | <b>利用本計畫的醫療服務承保.....</b>   | <b>39</b> |
|              | 說明身為本計畫會員取得醫療照護的重要須知。主題包括使用本計畫的網絡內醫療服務提供者及在發生緊急情況時取得照護的方式。   |           |
| <b>第 4 章</b> | <b>醫療福利表 (承保範圍以及您所需支付的費用) .....</b>  | <b>53</b> |
|              | 詳細說明您身為本計畫會員，哪些類型的醫療照護包含在承保範圍內以及哪些類型不屬於承保範圍。解釋您為承保醫療照護所需支付的分攤費用。   |           |
| <b>第 5 章</b> | <b>利用本計畫的 D 部分處方藥承保.....</b>   | <b>94</b> |
|              | 解釋您在領取 D 部分藥品時所需遵守的規定。說明如何使用本計畫的《承保藥品清單 (處方一覽表)》以瞭解哪些藥品屬承保範圍。說明哪些類型的藥品不屬於承保範圍。解釋適用於特定藥品承保的數種限制。解釋領取處方的地點。說明計畫的藥品安全及藥物管理方案。   |           |

|               |  |            |
|---------------|--|------------|
| <b>第 6 章</b>  | <b>您的 D 部分處方藥費用</b> .....  | <b>116</b> |
|               | 說明藥品承保的三個階段 (初始承保階段、承保缺口階段、重大傷病承保範圍階段) 以及這些階段將會如何影響您為藥品所需支付的費用。解釋 D 部分藥品的六個分攤費用層級，並說明您為各分攤費用層級的藥品所需支付的費用。  |            |
| <b>第 7 章</b>  | <b>要求計畫為您所取得的承保醫療服務或藥品帳單支付分攤費用</b> .....   | <b>133</b> |
|               | 解釋當您希望我們針對承保服務或藥品償還您本計畫的分攤費用時，該何時及該如何寄送帳單給本計畫。   |            |
| <b>第 8 章</b>  | <b>您的權利和責任</b> .....   | <b>140</b> |
|               | 解釋您身為本計畫會員的權利與責任。說明如果您認為自己的權利未受重視，您可以採取哪些行動。   |            |
| <b>第 9 章</b>  | <b>如果您有問題或需要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦</b> .....   | <b>151</b> |
|               | 說明當您對身為本計畫會員的事宜有問題或顧慮時可採取行動的步驟。 <ul style="list-style-type: none"><li>• 解釋當您無法取得您認為屬於本計畫承保範圍的醫療照護或處方藥時，申請承保決定和提出上訴的方式。這包括要求我們針對處方藥承保規定或額外限制進行例外處理，以及當您認為您的承保太快終止時，要求我們繼續承保醫院照護和特定類型的醫療服務。</li><li>• 解釋如何提出與照護品質、等待時間、客戶服務或其他事宜相關的投訴。</li></ul> |            |
| <b>第 10 章</b> | <b>終止您的本計畫會籍</b> .....   | <b>201</b> |
|               | 解釋您何時及如何才能終止本計畫的會籍。解釋本計畫必須終止您會籍的情況。  |            |
| <b>第 11 章</b> | <b>法律聲明</b> .....  | <b>209</b> |
|               | 包括管轄法及反歧視的相關聲明。  |            |
| <b>第 12 章</b> | <b>重要用語的定義</b> .....   | <b>216</b> |
|               | 說明本手冊所使用的主要用語。   |            |

# 第 1 章

## 會員入門指南

## 第 1 章 會員入門指南

|              |   |           |
|--------------|---|-----------|
| <b>第 1 節</b> | <b>簡介 .....</b>   | <b>6</b>  |
| 第 1.1 節      | 您投保了屬於 Medicare HMO 的 Health Net Healthy Heart (HMO) 計畫 ..... | 6         |
| 第 1.2 節      | 《承保範圍證明》手冊有關什麼內容？ .....                                       | 6         |
| 第 1.3 節      | 《承保範圍證明》的相關法律資訊 .....   | 6         |
| <b>第 2 節</b> | <b>什麼使您具備計畫會員的資格？ .....</b>                                   | <b>7</b>  |
| 第 2.1 節      | 您的資格規定 .....  | 7         |
| 第 2.2 節      | 什麼是 Medicare A 部分和 Medicare B 部分？ .....                       | 7         |
| 第 2.3 節      | Health Net Healthy Heart (HMO) 的計畫服務區域 .....                  | 8         |
| 第 2.4 節      | 美國公民或合法居民 .....   | 8         |
| <b>第 3 節</b> | <b>您可向我們索取哪些其他材料？ .....</b>                                   | <b>8</b>  |
| 第 3.1 節      | 您的計畫會員卡 – 使用它取得所有承保照護及處方藥 .....                               | 8         |
| 第 3.2 節      | 《醫療服務提供者和藥房名錄》：本計畫網絡內所有醫療服務提供者指南 .....                        | 9         |
| 第 3.3 節      | 本計畫的《承保藥品清單(處方一覽表)》 .....                                     | 10        |
| 第 3.4 節      | 《D 部分福利說明》(「D 部分 EOB」)：D 部分處方藥的付款摘要報告 .....                   | 10        |
| <b>第 4 節</b> | <b>您的 Health Net Healthy Heart (HMO) 月保費 .....</b>            | <b>11</b> |
| 第 4.1 節      | 您的計畫保費是多少？ .....  | 11        |
| <b>第 5 節</b> | <b>您是否必須支付 D 部分「延遲投保罰款」？ .....</b>                            | <b>12</b> |
| 第 5.1 節      | 什麼是 D 部分「延遲投保罰款」？ .....                                       | 12        |
| 第 5.2 節      | D 部分延遲投保罰款的金額是多少？ .....                                       | 12        |
| 第 5.3 節      | 在某些情況下，您可以延遲投保且不必繳納罰款 .....                                   | 13        |
| 第 5.4 節      | 如果您不同意 D 部分延遲投保罰款怎麼辦？ .....                                   | 14        |
| <b>第 6 節</b> | <b>您是否會因收入而需要支付額外的 D 部分費用？ .....</b>                          | <b>14</b> |
| 第 6.1 節      | 哪些人會因收入而需支付額外的 D 部分費用？ .....                                  | 14        |
| 第 6.2 節      | 額外的 D 部分費用金額是多少？ .....  | 14        |
| 第 6.3 節      | 如果您不同意支付 D 部分額外費用怎麼辦？ .....                                   | 14        |
| 第 6.4 節      | 如果您沒有支付 D 部分額外費用會有什麼後果？ .....                                 | 15        |

|               |                             |           |
|---------------|-----------------------------|-----------|
| <b>第 7 節</b>  | <b>有關月保費的更多資訊.....</b>      | <b>15</b> |
| 第 7.1 節       | 您有數種方式可以繳納計畫保費.....         | 16        |
| 第 7.2 節       | 我們可以在年度當中變更您的計畫月保費嗎？.....   | 17        |
| <b>第 8 節</b>  | <b>請隨時更新您的計畫會籍紀錄.....</b>   | <b>18</b> |
| 第 8.1 節       | 如何幫助確保我們存有關於您的準確資訊.....     | 18        |
| <b>第 9 節</b>  | <b>我們將保護您個人健康資訊的隱私.....</b> | <b>19</b> |
| 第 9.1 節       | 我們確保您的健康資訊得到保護.....         | 19        |
| <b>第 10 節</b> | <b>其他保險如何搭配本保險計畫運作.....</b> | <b>19</b> |
| 第 10.1 節      | 當您有其他保險時，哪個計畫會優先給付？.....    | 19        |

## 第 1 節 簡介

### 第 1.1 節 您投保了屬於 Medicare HMO 的 Health Net Healthy Heart (HMO) 計畫

您投保 Medicare，並且您選擇透過本計畫 Health Net Healthy Heart (HMO) 來取得 Medicare 的健康照護及處方藥承保。

我們提供幾種不同類型的 Medicare 健保計畫。Health Net Healthy Heart (HMO) 是獲得 Medicare 核准並由私人公司管理的 Medicare Advantage HMO 計畫 (HMO 是管理式醫療組織的簡稱)。

本計畫的承保符合合格健康承保 (QHC) 的標準且滿足病患保護與平價醫療法案 (ACA) 的個人分攤責任規定。請瀏覽國稅局 (IRS) 網站：<https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> 以瞭解更多資訊。

### 第 1.2 節 《承保範圍證明》手冊有關什麼內容？

本《承保範圍證明》手冊告訴您如何透過本計畫取得您的 Medicare 醫療照護及處方藥承保。本手冊說明您身為本計畫會員的權利與責任、屬承保範圍的服務，以及需支付的費用。

「承保」和「承保服務」是指您身為 Health Net Healthy Heart (HMO) 會員可以取得的醫療照護與服務以及處方藥。

請您務必要瞭解本計畫的規定以及您可使用的服務項目。我們建議您抽空完整閱讀本《承保範圍證明》手冊。

如果您有不清楚或顧慮之處，或者您只是想問問題，請致電本計畫的會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底)。

### 第 1.3 節 《承保範圍證明》的相關法律資訊

它是我們與您簽訂之合約的一部分。

本《承保範圍證明》是本公司與您的合約中有關本計畫如何承保您照護的部分。本合約的其他部分包括您的投保登記表、《承保藥品清單 (處方一覽表)》，以及您收到本公司寄給您有關您承保或可能影響您承保的條件的任何變更通知。這些通知有時稱為「附約」或「修正案」。

合約的有效期限為 2020 年 1 月 1 日至 2020 年 12 月 31 日期間您投保於本計畫的月份。

每年度，Medicare 均允許我們對提供的計畫進行變更。這代表我們可在 2020 年 12 月 31 日之後變更本計畫的費用和各項福利。我們也可在 2020 年 12 月 31 日之後選擇停止提供本計畫或選擇在其他服務區域提供本計畫。

### **Medicare 必須每年核准本計畫**

Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services) 必須每年核准本計畫。只要本公司選擇持續提供本計畫，且取得 Medicare 對本計畫的續約核准，本計畫的會員均可繼續取得 Medicare 承保。

---

## **第 2 節 什麼使您具備計畫會員的資格？**

---

### **第 2.1 節 您的資格規定**

*您只要符合以下條件即具備本計畫會員的資格：*

- 您同時享有 Medicare A 部分與 Medicare B 部分 (第 2.2 節將為您說明有關 Medicare A 部分與 Medicare B 部分的事宜)
- — 且 — 您住在本計畫的服務區域內 (以下第 2.3 節將為您說明我們的服務區域)。
- — 且 — 您是美國公民或美國合法居民
- — 且 — 您未患有末期腎臟病 (ESRD)，但有少數情況例外，例如您是在成為我們的計畫會員之後才罹患 ESRD，或者您是其他已終止計畫的會員。

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

您初次登記參加 Medicare 時會收到 Medicare A 部分和 Medicare B 部分承保服務的相關資訊。請謹記：

- Medicare A 部分一般而言是協助承保由醫院所提供的服務 (例如住院服務、特護療養機構或居家照護機構)。
- Medicare B 部分適用於大多數其他醫療服務 (例如醫師服務和其他門診服務) 以及特定項目 (例如耐用醫療器材 (DME) 與用品)。



## 第 2.3 節 Health Net Healthy Heart (HMO) 的計畫服務區域

雖然 Medicare 為聯邦方案，但本計畫僅適用於本計畫服務區域內的居民。若要保有本計畫的會員資格，您必須持續住在計畫服務區域內。服務區域說明如下。

我們的服務區域包括 California 以下各郡：San Francisco

如果您打算搬離服務區域，請與會員服務部聯絡 (電話號碼列印於本手冊封底)。搬家時，可於特殊投保期轉換至 Original Medicare 或投保您新住處所提供的 Medicare 健保或藥品計畫。

如果您搬家或您的郵寄地址有所變更，也請您務必致電給 Social Security。您可在第 2 章第 5 節找到 Social Security 的電話號碼和聯絡資訊。

## 第 2.4 節 美國公民或合法居民

Medicare 健保計畫的會員必須是美國公民或美國合法居民。如果依據此規定您不符合會員資格，Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services) 將會通知 Health Net Healthy Heart (HMO)。如果您不符合此項規定，Health Net Healthy Heart (HMO) 必須請您退保。

## 第 3 節 您可向我們索取哪些其他材料？

### 第 3.1 節 您的計畫會員卡 — 使用它取得所有承保照護及處方藥

身為本計畫的會員，您若要取得本計畫承保的服務及在網絡內藥房取得處方藥，就必須使用您的計畫會員卡。如適用時，您也需要向醫療服務提供者出示 Medicaid 卡。以下為會員卡的樣本，您的會員卡外觀將如下所示：

|   |   |
|---|---|
|  <p>&lt;Health Net Medicare&gt;<br/>&lt;Plan Name&gt;<br/>CMS#: &lt;XXXX-XXX-XXX&gt;<br/>Effective:&lt;MM-DD-YYYY&gt;</p> <p><b>MEMBER INFORMATION</b><br/>Name: &lt;First MI Last&gt;<br/>Member ID#: &lt;XXXXXXXXXX-XX&gt;<br/>Issuer ID: &lt;(80840)&gt; &lt;9151014809&gt;</p> <p><b>PROVIDER INFORMATION</b><br/>PPG Name: &lt;&gt;<br/>PPG Phone: &lt;&gt;<br/>PCP Name: &lt;&gt;<br/>PCP Phone: &lt;&gt;<br/>PCP Office Visit: &lt;\$XX&gt;</p> <p><b>PHARMACY INFORMATION</b><br/> <br/>           Rx Claims Processor:<br/>&lt;CVS Caremark&gt;<br/>RXBIN: &lt;004336&gt;<br/>RXPCN: &lt;MEDDADV&gt;<br/>RXGRP: &lt;RX6270&gt;</p> | <p><b>FOR MEMBERS</b><br/>Member Services: &lt;1-800-275-4737 (TTY: 711)&gt;<br/>Mental Health Benefits: &lt;1-800-846-5610 (TTY: 711)&gt;<br/>24-hr Nurse Advice: &lt;1-800-893-5597 (TTY: 711)&gt;<br/>&lt;ca.healthnetadvantage.com&gt;</p> <p><b>FOR EMERGENCIES</b><br/>Dial 911 or go to the nearest Emergency Room (ER).</p> <p><b>FOR PROVIDERS</b><br/>  For eligibility, prior authorization or case management referrals: &lt;1-800-275-4737&gt;<br/>  Pharmacy prior auth: &lt;1-800-867-6564&gt;<br/>For help: (PHARMACY USE ONLY) &lt;1-888-865-6567&gt;</p> <p>Submit Part D Drug Claims to:<br/>&lt;Health Net&gt;<br/>&lt;Attn: Pharmacy Claims&gt;<br/>&lt;P.O. Box 419069&gt;<br/>&lt;Rancho Cordova, CA&gt;<br/>&lt;95741-9069&gt;</p> <p><b>MEDICAL CLAIMS</b><br/>           EDI Payor &lt;Health Net&gt;<br/>ID: &lt;68069&gt; &lt;Attn: Claims&gt;<br/>&lt;P.O. Box 9030, Farmington, MO 63640-9030&gt;</p> |
|---|---|

只要您是本計畫的會員，在大多數狀況中，您**不能使用您的紅、白、藍 Medicare 卡**來取得承保的醫療服務 (例行臨床研究及安寧照護服務除外)。如果您需要醫院服務，您會被要求出示您新的 Medicare 卡。請妥善保存您的紅、白、藍 Medicare 卡以便未來使用。

以下將說明這點如此重要的原因：身為計畫會員期間，若您使用您的紅、白、藍 Medicare 卡取得承保服務，而不用您的計畫會員卡，您可能必須自行負擔全額費用。

如果您的計畫會員卡受損、遺失或失竊，請立即致電會員服務部，我們會寄發新卡給您 (會員服務部電話號碼列印於本手冊封底)。

### 第 3.2 節 《醫療服務提供者和藥房名錄》：本計畫網絡內所有醫療服務提供者指南

《醫療服務提供者和藥房名錄》列出了本計畫的網絡內醫療服務提供者和網絡內藥房。

什麼是「網絡內醫療服務提供者」？

網絡內醫療服務提供者是指與我們簽訂協議的醫師及其他健康照護專業人士、醫療團體、醫院和其他醫療照護機構，他們接受以我們的給付以及任何計畫分攤費用作為全額給付。我們已經安排讓這些醫療服務提供者為本計畫的會員提供承保服務。我們的網站提供最新的網絡內醫療服務提供者清單，網址：[ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com)。

您為什麼需要知道哪些醫療服務提供者屬於我們的網絡？

瞭解哪些醫療服務提供者屬於我們的網絡十分重要，因為除了少數例外，您在身為本計畫的會員期間，必須使用網絡內醫療服務提供者來取得您的醫療照護和服務。此外，您可能會受到限制而僅能使用主治醫師 (PCP) 和 (或) 醫療團體網絡內的醫療服務提供者。這意味著您選擇的 PCP 和 (或) 醫療團體可決定您可以使用哪些專科醫師和醫院。請參閱第 3 章 (利用本計畫的醫療服務承保)，瞭解更多有關選擇 PCP 的資訊。僅有的例外包括急診、無法使用網絡內服務時的緊急需求服務 (通常是當您在區域外時)、區域外洗腎服務，以及 Health Net Healthy Heart (HMO) 授權使用網絡外醫療服務提供者的情況。請參閱第 3 章 (利用本計畫的醫療服務承保) 瞭解更多有關急診、網絡外和區域外承保的具體資訊。

如果您沒有《醫療服務提供者和藥房名錄》副本，您可向會員服務部索取 (電話號碼列印於本手冊封底)。您可向會員服務部索取更多有關本公司網絡內醫療服務提供者的資訊，包括他們的資格。您也可以在 [ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com) 網站上查閱或下載《醫療服務提供者和藥房名錄》。會員服務部和上述網站均能為您提供有關本計畫網絡內醫療服務提供者內容變更的最新資訊。

什麼是「網絡內藥房」？

網絡內藥房是指同意讓本計畫會員領取承保處方的所有藥房。

## 您爲什麼需要知道網絡內藥房？

您可以利用《醫療服務提供者和藥房名錄》查詢您想使用的網絡內藥房。本計畫的藥房網絡在明年度將會有所變更。最新的《醫療服務提供者和藥房名錄》可以在我們的網站上搜尋到，網址：[ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com)。您也可致電會員服務部索取更新的醫療服務提供者資訊，或請我們郵寄一份《醫療服務提供者和藥房名錄》給您。請檢視 2020 年度的《醫療服務提供者和藥房名錄》，以瞭解哪些藥房在我們的網絡中。

《醫療服務提供者和藥房名錄》也將會為您說明本計畫網絡內的哪些藥房有提供首選分攤費用，對於某些藥品，首選分攤費用可能會比其他網絡內藥房所提供的標準分攤費用來得低。

如果您沒有《醫療服務提供者和藥房名錄》，可向會員服務部索取副本（電話號碼列印於本手冊封底）。您可以隨時致電會員服務部以取得藥房網絡的最新變更資訊。您也可以到本計畫網站查詢此資訊，網址：[ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com)。

### 第 3.3 節 本計畫的《承保藥品清單 (處方一覽表)》

本計畫有一份《承保藥品清單 (處方一覽表)》。我們簡稱它為「藥品清單」。「藥品清單」將為您說明哪些 D 部分處方藥屬於本計畫 D 部分福利的承保範圍。本清單上的藥品由醫師和藥劑師團隊協助本計畫挑選。本清單必須符合 Medicare 的規定。Medicare 已經核准本計畫的「藥品清單」。

「藥品清單」同時也會告知您，您用的藥品是否有任何限制規定。

我們會提供給您一份「藥品清單」副本。若要取得最完整且最新的藥品承保範圍資訊，您可以瀏覽本計畫的網站 ([ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com)) 或致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

### 第 3.4 節 《D 部分福利說明》（「D 部分 EOB」）：D 部分處方藥的付款摘要報告

當您使用 D 部分處方藥福利時，我們會寄一份摘要報告給您，幫助您瞭解並紀錄 D 部分處方藥的付款情況。這份摘要報告稱為《D 部分福利說明》（或簡稱「D 部分 EOB」）。

《D 部分福利說明》會告訴您在該月份當中您或其他人代為支付的 D 部分處方藥總金額，以及我們就您的各項 D 部分處方藥所給付的總金額。第 6 章 (您的 D 部分處方藥費用) 有提供更多關於《D 部分福利說明》的資訊，以及它如何幫助您追蹤您的藥品承保。

我們也備有《D 部分福利說明》摘要可供索取。如欲取得副本，請與會員服務部聯絡（電話號碼列印於本手冊封底）。

## 第 4 節 您的 Health Net Healthy Heart (HMO) 月保費

### 第 4.1 節 您的計畫保費是多少？

身為本計畫的會員，您需繳納計畫月保費。本計畫 2020 年的月保費為 \$124。此外，您還是必須繼續繳納您 Medicare B 部分的保費 (除非您的 B 部分保費有 Medicaid 或其他第三方為您繳納)。

#### 在某些情況下，您的計畫保費可能更少

「額外協助」方案可以幫助資源有限者支付其藥品費用。第 2 章第 7 節有更多關於此方案的說明。若您符合資格，則投保此方案可能會降低您的計畫月保費。

如果您已投保且正取得這些方案之一的協助，本《承保範圍證明》中的保費資訊可能不適用於您。我們另寄了一份「使用額外協助支付處方藥費用者的承保範圍證明附約」(亦稱為「低收入補助附約」或「LIS 附約」) 插頁給您，說明您的藥品承保範圍。如果您沒有此插頁，請致電會員服務部索取「LIS 附約」(會員服務部電話號碼列印於本手冊封底)。

#### 在某些情況下，您的計畫保費可能會增加

在某些情況下，您的計畫保費可能比上述第 4.1 節中所列的金額還高。這些情況說明如下。

若您曾登記獲得額外福利，又稱「自選附加福利」，每個月就需要為這些額外福利繳納額外的保費。如果您對計畫保費有任何疑問，請致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底)。

- 如果您投保的是 Health Net Fit 加自選附加福利計畫，則應另繳 \$32 月保費。

請參閱第 4 章第 2.2 節，以瞭解更多有關您可購買的自選附加福利資訊。

- 部分會員必須支付 D 部分延遲投保罰款，原因是他們在首次取得資格時未加入 Medicare 藥品計畫，或是他們有連續 63 天或更久的時間沒有「可替代」處方藥承保 (「可替代」承保是指平均預期支付費用至少等同於 Medicare 的標準處方藥承保)。對這些會員而言，D 部分延遲投保罰款將加到計畫的月保費中。他們的保費金額將是計畫月保費加上 D 部分延遲投保罰款。
  - 如果您必須繳納 D 部分延遲投保罰款，延遲投保罰款的金額取決於您有多久沒有投保 D 部分承保，或者是有多久沒有可替代處方藥承保。第 1 章第 5 節說明 D 部分延遲投保罰款。
  - 如果您有 D 部分延遲投保罰款且您未支付，您可能會遭計畫退保。

## 第 5 節 您是否必須支付 D 部分「延遲投保罰款」？

### 第 5.1 節 什麼是 D 部分「延遲投保罰款」？

**注意：**如果您取得 Medicare 的「額外協助」幫您支付處方藥費用，您將無需支付延遲投保罰款。

延遲投保罰款是您 D 部分保費的額外費用。如果在初次投保期結束之後的任何時期您有連續超過 63 天的時間沒有 D 部分承保或其他可替代處方藥承保，您即可能需要支付 D 部分延遲投保罰款。「可替代處方藥承保」是指承保範圍符合 Medicare 最低標準的承保，這是由於可替代承保平均預期支付費用至少等同於 Medicare 標準處方藥承保的費用。延遲投保罰款的金額取決於您有多久沒有投保 D 部分承保，或者多久沒有可替代處方藥承保。如果您有 D 部分承保範圍，您必須支付此罰款。

D 部分延遲投保罰款會加到您的月保費中。我們會在您首次投保本計畫時讓您知道此罰款的金額。

您的 D 部分延遲投保罰款會視為您計畫保費的一部份。您若不繳納 D 部分延遲投保罰款，則可能會因未繳納計畫保費而喪失處方藥福利。

### 第 5.2 節 D 部分延遲投保罰款的金額是多少？

Medicare 會決定罰款金額。計算方式如下：

- 首先計算您在取得 Medicare 藥品計畫投保資格之後延遲投保的完整月份數。或計算您沒有可替代處方藥承保的完整月份數 (如果承保中斷時間達到或超過 63 天)。您沒有可替代承保的月份，每一個月的罰款是 1%。例如：如果您有 14 個月沒有承保，罰款就是 14%。
- 接著 Medicare 會確認上個年度國內 Medicare 藥品計畫的平均月保費金額。在 2019 年，此平均保費金額為 \$33.19。此金額在 2020 年可能有所變更。
- 如要計算您每月的罰款，請將罰款比例乘以平均月保費，並四捨五入到小數點後兩位。以此範例來說，就是 \$33.19 乘以 14% 等於 \$4.6466。四捨五入後為 \$4.60。此金額會加到需繳納 D 部分延遲投保罰款之個人的月保費中。

以下為三件與此每月 D 部分延遲投保罰款有關的重要注意事項：

- 首先，由於平均月保費每年皆會變更，因此罰款金額也可能隨之變更。如果全國平均保費 (由 Medicare 確認) 提高，您的罰款也會增加。

- 其次，就算您變更了計畫，只要您仍投保包含 Medicare D 部分藥品福利的計畫，每個月您都要持續繳納罰款。
- 第三，如果您未滿 65 歲且目前正接受 Medicare 福利，當您年滿 65 歲時，此 D 部分延遲投保罰款就會重新設定。65 歲後，您的 D 部分延遲投保罰款只會以您足齡加入 Medicare 初次投保期之後沒有承保的月份數為計算基礎。

### 第 5.3 節 在某些情況下，您可以延遲投保且不必繳納罰款

即使您在首次取得資格時延遲投保了提供 Medicare D 部分承保的計畫，有時也不必繳納延遲投保罰款。

如果有下列任一情況，您就不必因延遲投保而繳納罰款：

- 如果您已經有處方藥承保，其平均預期支付費用至少等同於 Medicare 的標準處方藥承保。Medicare 稱此為「可替代承保」。請注意：
  - 可替代承保可能包括前雇主或工會、TRICARE 或退伍軍人事務部提供的藥品承保。您的保險公司或您的人力資源部門將會每年告知您，您的藥物承保是否為可替代承保。此一資訊可能會以郵件方式寄送給您，或登載在本計畫的通訊信函裡。請您保留此一資訊，因為要是您稍後加入了 Medicare 藥品計畫就會需要用到。
    - 請注意：要是您在健康承保終止時收到了「可替代承保證書」，不一定表示您的處方藥承保屬於可替代承保。通知上必須聲明您已經有「可替代」處方藥承保，且其平均預期支付費用等同於 Medicare 的標準處方藥計畫給付。
  - 以下各項非可替代處方藥承保：處方藥折扣卡、免費門診以及藥品折扣網站。
  - 如需其他有關可替代承保的資訊，請參閱您的《Medicare & You 2020》手冊或致電 Medicare，電話號碼為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。您可撥打這些免費電話，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。
- 如果您沒有可替代承保，但尚未連續達 63 天。
- 如果您正接受 Medicare 提供的「額外協助」。

**第 5.4 節 如果您不同意 D 部分延遲投保罰款怎麼辦？**

如果您不同意您的 D 部分延遲投保罰款，您或您的代表可以要求我們審查有關您延遲投保罰款的決定。一般來說，您必須在第一次收到要求支付延遲投保罰款的通知函起的 **60 天內**提出此審查申請。如果您在加入我們的計畫之前已經支付罰款，您可能無法再請求審查延遲投保罰款。請致電會員服務部，以瞭解該怎麼做 (電話號碼列印於本手冊封底)。

**重要事項：**在等待審查有關您的延遲投保罰款決定時，請勿停止繳納您的 D 部分延遲投保罰款。否則，您可能因未繳您的計畫保費而遭退保。

**第 6 節 您是否會因收入而需要支付額外的 D 部分費用？****第 6.1 節 哪些人會因收入而需支付額外的 D 部分費用？**

大多數人支付的都是標準 D 部分月保費。不過，有些人會因年收入的緣故而需繳納額外費用。如果您的個人收入 (或已婚人士分開申報) 達 \$85,000 以上，或您已婚且與配偶的收入合計達 \$170,000 以上，則您必須為 Medicare D 部分承保直接向政府繳納額外的費用 (注意：這些收入金額適用於 2019 年，2020 年的規定可能會變更。請與會員服務部聯絡以取得其他資訊)。

如果您必須支付額外費用，Social Security (而非您的 Medicare 計畫) 將會寄發郵件告知您應繳納多少額外費用及付款的方式。不論您平常採用什麼方式來繳付計畫保費，額外費用可從您的 Social Security、鐵路職工退休管理局或人事管理局福利支票上預扣，除非您的月福利金額不足以扣除應繳的額外費用。如果您的月福利支票不足以扣除額外費用，Medicare 就會寄發帳單給您。您必須向政府支付該額外費用，且不可與計畫月保費一併支付。

**第 6.2 節 額外的 D 部分費用金額是多少？**

如果您 IRS 退稅申報的修正後調整總所得 (MAGI) 高於特定金額，那麼除了每月計畫保費之外，還必須支付額外費用。根據您的收入高低，您可能必須支付額外金額，若需要更多資訊，請造訪 <https://www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html>。

**第 6.3 節 如果您不同意支付 D 部分額外費用怎麼辦？**

如果您不同意因所得而要支付額外費用，您可以要求 Social Security 審查此一決定。請與 Social Security 聯絡，電話號碼為 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) 洽詢該怎麼做。

**第 6.4 節 如果您沒有支付 D 部分額外費用會有什麼後果？**

您必須直接向政府 (而非 Medicare 計畫) 繳納 Medicare D 部分承保之額外費用。如果您依法必須支付額外費用但卻未支付，您將會遭到計畫退保並喪失處方藥承保。

**第 7 節 有關月保費的更多資訊****許多會員必須繳納其他 Medicare 保費**

除了支付計畫月保費之外，許多會員還必須繳納其他 Medicare 保費。如第 2 節的說明所述，您必須參加 Medicare A 部分和 Medicare B 部分，才符合本計畫的資格。有些計畫會員 (不符合 A 部分免保費資格的會員) 必須繳納 Medicare A 部分的保費。大多數計畫會員還必須繳納 Medicare B 部分的保費。您必須持續繳納 Medicare 保費，才能保有本計畫的會員資格。

如果您 2 年前 IRS 退稅申報中報告的修正後調整總收入超過一定金額，您將支付標準保費金額和與收入相關的每月調整金額，也稱為 IRMAA。IRMAA 是加到您的保費的額外費用。

- 如果您必須支付額外費用但卻未繳納，您將會遭到計畫退保並喪失處方藥承保。
- 如果您必須支付額外費用，Social Security 而非您的 Medicare 計畫將會寄發郵件告知您應繳納多少額外費用。
- 有關依照所得繳納之 D 部分保費的資訊，請參閱本手冊第 1 章第 6 節。您也可以瀏覽 <https://www.medicare.gov> 網站，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，此專線每週 7 天，每天 24 小時均提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。或也可致電 Social Security，電話號碼 1-800-772-1213。TTY 使用者請致電 1-800-325-0778。

《Medicare & You 2020》副本中的「2020 年 Medicare 費用」一節將提供關於 Medicare 保費的資訊。這些資訊將為您說明，針對收入不同的人士，其 Medicare B 部分和 D 部分的保費有何差異。投保 Medicare 的每一個人都會在每年秋天收到一份《Medicare & You》副本。新投保 Medicare 的人士會在首次登記參加的一個月內收到。您也可以從 Medicare 的網站 (<https://www.medicare.gov>) 下載《Medicare & You 2020》副本。或者，您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取一份印刷本，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。



**第 7.1 節 您有數種方式可以繳納計畫保費**

您有四種方式可以繳納計畫保費。您可在投保時選擇付款方案，還可隨時撥打本手冊封底上的電話號碼至會員服務部進行變更。

您若決定變更繳納保費的方式，新的付款方式最多可能需要三個月才會生效。當我們處理您新付款方式的要求時，您有責任確保按時繳納計畫保費。

**方案 1：您可使用支票或匯票付款**

您可以決定以支票或匯票將計畫月保費直接繳納給本計畫。付款時請載明您的計畫會員 ID 號碼。

計畫月保費應於每月的第 1 天繳付給我們。您可以將繳費支票或匯票寄至下列地址：

Health Net of California  
PO Box 748658  
Los Angeles, CA 90074-8658

**支票及匯票抬頭應填寫 Health Net of California 而非 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 或者 United States Department of Health and Human Services (HHS)。**請勿至計畫辦公室繳納保費。

**方案 2：您可要求從每月的 Social Security 福利支票中扣除計畫保費**

您可要求從每月的 Social Security 福利支票中扣除計畫保費。請與會員服務部聯絡，進一步瞭解如何使用此方式來繳納您的計畫保費。我們很樂意協助您進行本項設定 (會員服務部電話號碼列印於本手冊封底)。

**方案 3：您可要求從每月的鐵路職工退休管理局 (RRB) 支票中扣除計畫保費**

您可要求從每月的鐵路職工退休管理局 (RRB) 支票中扣除計畫保費。請與會員服務部聯絡，進一步瞭解如何使用此方式來繳納您的計畫保費。我們很樂意協助您進行本項設定 (會員服務部電話號碼列印於本手冊封底)。

**方案 4：您可以網上支付**

您可以在 [ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com) 線上支付每月計畫保費。請確保使用您的現有帳號登入。如果您是新的使用者，必須要建立一個新的帳號。請與會員服務部聯絡，進一步瞭解如何使用此方式來繳納您的計畫保費。我們很樂意協助您進行本項設定 (會員服務部電話號碼列印於本手冊封底)。

請注意，繳款期限為每個月 1 號。

### 如果您在繳納計畫保費上有困難該怎麼辦

本辦公室必須於每月 1 號之前收到您的計畫保費。若我們在該月份第 7 個工作日之前沒有收到您支付的保費，我們會寄通知給您，告知您如果我們未在兩個月內收到您的保費，您的計畫會籍將會終止。如果您需要支付 D 部分延遲投保罰款，您必須支付罰款才能繼續保有您的處方藥承保。

如果您無法準時繳納保費，請與客戶服務部聯絡，看我們能否告訴您可協助繳納計畫保費的方案 (會員服務部電話號碼列印於本手冊封底)。

如果我們因為您未繳納保費而終止您的會籍，您將可享有 Original Medicare 的健康承保。

如果我們因為您未繳納計畫保費而終止您的計畫會籍且您在年度投保期內投保新計畫，您可能在下一個年度之前皆無法獲得 D 部分承保。在 Medicare 年度開放投保期間，您可加入獨立處方藥計畫或亦提供藥物承保的健保計畫 (如果您超過 63 天都未享有「可替代」藥物承保，則只要您享有 D 部分承保，您可能必須支付 D 部分延遲投保罰款)。

在我們終止您會籍之時，您可能還有尚未向我們支付的保費。如果您在日後想重新投保本計畫 (或我們提供的其他計畫)，您必須先支付您所積欠的保費款項而後才可投保。

如果您認為我們不當終止您的會籍，您有權提出投訴以要求我們重審該決定。本手冊的第 9 章第 10 節將會說明投訴方式。如果您發生無法控制的緊急狀況，且該狀況導致您無法在寬限期內繳納保費，您可於 10 月 1 日至 3 月 31 日上午 8:00 至晚上 8:00 (每週七天)，以及 4 月 1 日至 9 月 30 日上午 8:00 至晚上 8:00 (週一至週五) 致電 1-800-275-4737 要求我們重新審查該決定。TTY 使用者請撥打 711。您最遲必須在會籍終止日期後的 60 天內提出要求。

## 第 7.2 節 我們可以在年度當中變更您的計畫月保費嗎？

不可以。我們不得在年度當中變更計畫月保費的收費金額。如果明年度的計畫月保費有所變更，我們會在 9 月通知您，而變更將於 1 月 1 日生效。

不過，在某些情況下，您需繳納的保費比例可能會在年度當中有所變更。如果您在年度當中取得或失去「額外協助」方案的資格，就會發生此情況。如果會員符合接受「額外協助」支付處方藥費用的資格，「額外協助」方案將為會員支付部分的計畫月保費。在年度當中喪失資格的會員則需開始繳納其全額月保費。您可在第 2 章第 7 節找到更多有關「額外協助」方案的資訊。

## 第 8 節 請隨時更新您的計畫會籍紀錄

### 第 8.1 節 如何幫助確保我們存有關於您的準確資訊

您的會籍紀錄記載了您在投保登記表中提供的資訊，包括您的地址與電話號碼。會籍紀錄亦註明了您具體的計畫承保範圍，包括您的主治醫師和醫療團體。

本計畫網絡內的醫師、醫院、藥劑師和其他醫療服務提供者需要取得關於您的正確資訊。這些網絡內醫療服務提供者使用您的會籍紀錄來瞭解哪些服務和藥品屬承保範圍以及您的分攤費用額。因此，協助我們隨時更新您的資訊非常重要。

請告知我們下列變更：

- 您的姓名、地址或電話號碼變更
- 您享有的任何其他健康保險承保 (例如：來自您雇主、您配偶的雇主、勞工賠償或 Medicaid 的承保) 變更
- 如果您有任何責任理賠，例如汽車事故理賠
- 如果您已住進療養院
- 如果您在區域外或網絡外醫院或急診室接受照護
- 如果您指定的責任方 (如照護提供者) 變更
- 如果您正在參與臨床研究

如此類資訊有任何變更，請致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底) 告知我們。

如果您搬家或您的郵寄地址有所變更，也請您務必要與 Social Security 聯絡。您可在第 2 章第 5 節找到 Social Security 的電話號碼和聯絡資訊。

**請完整閱讀我們寄送的有關您任何其他保險承保的資訊**

Medicare 要求我們向您收集有關您擁有的任何其他醫療或藥品保險承保的資訊。那是因為我們必須和您的其他承保單位協調您在本計畫的福利 (如需更多有關當您有其他保險時本計畫承保運作方式的資訊，請參閱本章第 10 節)。

我們每年會寄給您一封信函，列出我們知道的其他醫療或藥品保險承保。請仔細閱讀整份資訊。如果資訊正確，您不需有任何行動。如果資訊不正確，請以信函方式說明必要的更正內容並寄回，或如果您有其他承保並未列出，請致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底)。

## 第 9 節 我們將保護您個人健康資訊的隱私

### 第 9.1 節 我們確保您的健康資訊得到保護

聯邦與州法律保護您病歷與個人健康資訊的隱私。我們根據這些法律的規定保護您的個人健康資訊。

欲知更多我們如何保護您個人健康資訊的相關資訊，請參閱本手冊第 8 章第 1.3 節。

## 第 10 節 其他保險如何搭配本保險計畫運作

### 第 10.1 節 當您有其他保險時，哪個計畫會優先給付？

若您還有其他保險 (如雇主團體健康保險)，Medicare 訂有規範，用以決定應由本計畫或其他保險優先給付。優先給付的保險稱為「主要給付者」，給付金額最高為承保上限。第二給付的保險稱為「次要給付者」，只需給付主要給付者未承保的費用。次要給付者亦可能無法全額給付未承保之費用。

這些規定適用於雇主或工會團體健保計畫承保：

- 如果您有退休人員承保，那麼由 Medicare 優先給付。
- 如果您的團體健保計畫承保是由您或您家屬目前的雇主所提供，那麼將視您的年齡、雇主公司聘請的人數以及您是否有依年齡、殘疾或末期腎臟病 (ESRD) 等條件投保 Medicare 的情況來決定由誰優先給付。
  - 如果您是未滿 65 歲的殘疾人士，且您或您的家屬仍在職，那麼如果雇主聘有 100 名以上的員工，或您投保的多雇主計畫中至少有一位雇主的員工人數超過 100 名，則您的團體健保計畫將需優先給付。
  - 如果您已年滿 65 歲，且您或您的配偶仍在職，那麼如果雇主聘有 20 名以上的員工，或您投保的多雇主計畫中至少有一位雇主的員工人數超過 20 名，則您的團體健保計畫將需優先給付。
- 如果您因 ESRD 緣故而有 Medicare，那麼在您具備投保 Medicare 資格之後的前 30 個月將由您的團體健保計畫優先給付。

這些承保類型通常會優先給付以下各類相關之服務：

- 無過失險 (包括汽車險)
- 責任險 (包括汽車險)

- 黑肺病福利
- 勞工賠償

Medicaid 與 TRICARE 絕不優先給付 Medicare 承保的服務。必須在 Medicare、員工團體健保計畫和 (或) Medigap 之後才會給付。

如果您有其他保險，請告知您的醫師、醫院和藥房。如果您對由誰優先給付有疑問，或您需要更新您的其他保險資訊，請致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底)。您可能需要提供您的計畫會員 ID 號碼給其他保險公司 (請先確認他們的身分)，這樣，才能正確及準時地繳付您的帳單。

# 第 2 章

## 重要電話號碼與資源

## **第 2 章 重要電話號碼與資源**

|              |   |           |
|--------------|---|-----------|
| <b>第 1 節</b> | <b>本計畫聯絡資訊</b> (如何與我們聯絡，包括如何與本計畫的會員服務部取得聯繫).....                  | <b>23</b> |
| <b>第 2 節</b> | <b>Medicare</b> (如何直接從聯邦 Medicare 方案取得協助和資訊).....                 | <b>29</b> |
| <b>第 3 節</b> | <b>州健康保險援助方案</b> (針對您關於 Medicare 的各種疑問提供免費的協助、資訊以及解答).....        | <b>30</b> |
| <b>第 4 節</b> | <b>品質改善組織</b> (該組織由 Medicare 支付費用，職責是檢查 Medicare 投保人取得的照護品質)..... | <b>31</b> |
| <b>第 5 節</b> | <b>Social Security</b> .....                                      | <b>32</b> |
| <b>第 6 節</b> | <b>Medicaid</b> (協助部分收入和資源有限的人士支付醫療費用的聯邦和州政府聯合方案).....            | <b>32</b> |
| <b>第 7 節</b> | <b>處方藥協助付費方案的相關資訊</b> .....                                       | <b>33</b> |
| <b>第 8 節</b> | <b>如何聯絡鐵路職工退休管理局</b> .....  | <b>37</b> |
| <b>第 9 節</b> | <b>您是否有雇主提供的「團體保險」或其他健康保險？</b> .....                              | <b>37</b> |

## 第 1 節 本計畫聯絡資訊 (如何與我們聯絡，包括如何與本計畫的會員服務部取得聯繫)

### 如何聯絡本計畫的會員服務部

如需協助處理有關理賠、帳單或會員卡方面的問題，請致電或寫信至本計畫的會員服務部。我們將樂於提供協助。

| 聯絡方式 | 會員服務部 – 聯絡資訊   |
|------|--|
| 電話   | <p>1-800-275-4737</p> <p>此為免付費電話。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。</p> <p>會員服務部還可為非英語使用者提供各種語言的免費口譯服務。</p> |
| TTY  | <p>711</p> <p>本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。</p> <p>此為免付費電話。您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (10 月 1 日起至 3 月 31 日止) 或週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (4 月 1 日起至 9 月 30 日止)。</p>                                 |
| 寫信   | <p>Health Net of California<br/>PO Box 10420<br/>Van Nuys, CA 91410</p>  |
| 網站   | <p><a href="http://ca.healthnetadvantage.com">ca.healthnetadvantage.com</a></p>  |

### 若要提出醫療照護相關的承保決定要求該如何與我們聯絡

承保決定是我們針對您的福利與承保範圍或我們給付您醫療服務的金額所作的相關決定。如需要求針對您醫療照護作出承保決定的更多相關資訊，請參閱第 9 章 (如果您有問題或需要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦)。



若有關於我們承保決定流程的疑問，您可以撥打電話給我們。

| 聯絡方式 | 醫療照護的承保決定 – 聯絡資訊   |
|------|--|
| 電話   | <p>1-800-275-4737</p> <p>此為免付費電話。您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (10 月 1 日起至 3 月 31 日止) 或週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (4 月 1 日起至 9 月 30 日止)。</p>                              |
| TTY  | <p>711</p> <p>本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。</p> <p>此為免付費電話。您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (10 月 1 日起至 3 月 31 日止) 或週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (4 月 1 日起至 9 月 30 日止)。</p> |
| 寫信   | <p>Attn:Health Net Medical Management<br/>21281 Burbank Blvd.<br/>Woodland Hills, CA 91367</p>   |

### 若要提出醫療照護相關上訴該如何與我們聯絡

上訴是要求我們審查並改變我們所作出之承保決定的正式途徑。如需提出醫療照護相關上訴的更多資訊，請參閱第 9 章 (如果您有問題或需要投訴(承保決定、上訴、投訴)時怎麼辦)。

| 聯絡方式 | 醫療照護的上訴 – 聯絡資訊  |
|------|---|
| 電話   | <p>1-800-275-4737</p> <p>此為免付費電話。您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (10 月 1 日起至 3 月 31 日止) 或週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (4 月 1 日起至 9 月 30 日止)。</p> |

| 聯絡方式 | 醫療照護的上訴 – 聯絡資訊  |
|------|---|
| TTY  | 711<br><br>本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。<br><br>此為免付費電話。您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (10 月 1 日起至 3 月 31 日止) 或週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (4 月 1 日起至 9 月 30 日止)。 |
| 寫信   | Health Net<br>Attn: Appeals & Grievances Dept.<br>P.O. Box 10450<br>Van Nuys, CA 91410-0450   |

### 若要提出醫療照護相關投訴該如何與我們聯絡

您可對我們或我們的網絡內醫療服務提供者提出投訴，包括與您的照護品質有關的投訴。這種類型的投訴與承保或給付爭議無關 (如您的問題與計畫承保或給付相關，應參閱上述與提出上訴有關的章節)。如需提出醫療照護相關投訴的更多資訊，請參閱第 9 章 (如果您有問題或需要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦)。

| 聯絡方式 | 醫療照護投訴 – 聯絡資訊   |
|------|---|
| 電話   | 1-800-275-4737<br><br>此為免付費電話。您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (10 月 1 日起至 3 月 31 日止) 或週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (4 月 1 日起至 9 月 30 日止)。                              |
| TTY  | 711<br><br>本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。<br><br>此為免付費電話。您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (10 月 1 日起至 3 月 31 日止) 或週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (4 月 1 日起至 9 月 30 日止)。 |
| 寫信   | Health Net<br>Attn: Appeals & Grievances Dept.<br>P.O. Box 10450<br>Van Nuys, CA 91410-0450   |

| 聯絡方式               | 醫療照護投訴 – 聯絡資訊  |
|--------------------|--|
| <b>MEDICARE 網站</b> | 您可以向 Medicare 直接提交有關 <i>Health Net Healthy Heart (HMO)</i> 的投訴。如需向 Medicare 提交網上投訴，請造訪 <a href="https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> 。 |

### 若要提出 D 部分處方藥相關的承保決定要求該如何與我們聯絡

承保決定是我們針對您的福利與承保範圍或我們針對屬於您計畫 D 部分福利承保範圍之處方藥的給付金額所作的相關決定。如要求針對您 D 部分處方藥作出承保決定的更多相關資訊，請參閱第 9 章 (如果您有問題或需要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦)。

| 聯絡方式       | D 部分處方藥的承保決定 – 聯絡資訊   |
|------------|---|
| <b>電話</b>  | 1-800-275-4737<br><br>此為免付費電話。您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (10 月 1 日起至 3 月 31 日止) 或週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (4 月 1 日起至 9 月 30 日止)。                              |
| <b>TTY</b> | 711<br><br>本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。<br><br>此為免付費電話。您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (10 月 1 日起至 3 月 31 日止) 或週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (4 月 1 日起至 9 月 30 日止)。 |
| <b>傳真</b>  | 1-800-977-8226  |
| <b>寫信</b>  | Attn: Medicare Part D Prior Authorization Department<br>P.O. Box 419069<br>Rancho Cordova, CA 95741   |
| <b>網站</b>  | <a href="http://ca.healthnetadvantage.com">ca.healthnetadvantage.com</a>  |

### 若要提出 D 部分處方藥相關上訴該如何與我們聯絡

上訴是要求我們審查並改變我們所作出之承保決定的正式途徑。如需提出 D 部分處方藥相關上訴的更多資訊，請參閱第 9 章 (如果您有問題或需要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦)。

| 聯絡方式 | D 部分處方藥的上訴 – 聯絡資訊   |
|------|---|
| 電話   | 1-800-275-4737<br><br>此為免付費電話。您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (10 月 1 日起至 3 月 31 日止) 或週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (4 月 1 日起至 9 月 30 日止)。                              |
| TTY  | 711<br><br>本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。<br><br>此為免付費電話。您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (10 月 1 日起至 3 月 31 日止) 或週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (4 月 1 日起至 9 月 30 日止)。 |
| 傳真   | 1-844-273-2671  |
| 寫信   | Health Net<br>Attn: Appeals & Grievances Dept.<br>P.O. Box 10450<br>Van Nuys, CA 91410-0450   |
| 網站   | <a href="http://ca.healthnetadvantage.com">ca.healthnetadvantage.com</a>  |

### 若要提出 D 部分處方藥相關投訴該如何與我們聯絡

您可對我們或我們的網絡內藥房提出投訴，包括與您的照護品質有關的投訴。這種類型的投訴與承保或給付爭議無關 (如您的問題與計畫承保或給付相關，應參閱上述與提出上訴有關的章節)。如需提出 D 部分處方藥相關投訴的更多資訊，請參閱第 9 章 (如果您有問題或需要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦)。

| 聯絡方式 | D 部分處方藥的投訴 – 聯絡資訊  |
|------|--|
| 電話   | 1-800-275-4737<br><br>此為免付費電話。您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (10 月 1 日起至 3 月 31 日止) 或週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (4 月 1 日起至 9 月 30 日止)。 |

| 聯絡方式        | D 部分處方藥的投訴 — 聯絡資訊  |
|-------------|--|
| TTY         | 711<br><br>本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。<br><br>此為免付費電話。您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (10 月 1 日起至 3 月 31 日止) 或週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (4 月 1 日起至 9 月 30 日止)。                            |
| 寫信          | Health Net<br>Attn: Appeals & Grievances Dept.<br>P.O. Box 10450<br>Van Nuys, CA 91410-0450  |
| MEDICARE 網站 | 您可以向 Medicare 直接提交有關針對我們計畫的投訴。如需向 Medicare 提交網上投訴，請造訪<br><a href="https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> 。 |

若欲要求計畫為您所取得的醫療照護服務或藥品支付分攤費用，應將要求寄到何處

如果您可能需要請求本計畫補償或支付醫療服務提供者寄給您的帳單，請參閱第 7 章 (要求計畫為您所取得的承保醫療服務或藥品帳單支付分攤費用) 以獲得更多資訊。

**請注意：**如果您將給付申請寄給我們，而我們拒絕您要求的任何一部分，您可以針對我們的決定進行上訴。如需更多資訊，請參閱第 9 章 (如果您有問題或需要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦)。

| 聯絡方式 | 給付申請 — 聯絡資訊  |
|------|--|
| 寫信   | <b>醫療理賠：</b><br>Health Net Healthy Heart (HMO)<br>P.O. Box 9030<br>Farmington, MO 63640<br><br><b>藥房理賠：</b><br>Health Net Healthy Heart (HMO)<br>Attn: Pharmacy Claims<br>P.O. Box 419069<br>Rancho Cordova, CA 95741-9069 |
| 網站   | <a href="http://ca.healthnetadvantage.com">ca.healthnetadvantage.com</a>   |

## 第 2 節 Medicare (如何直接從聯邦 Medicare 方案取得協助和資訊)

Medicare 是專為年滿 65 歲以上的人士、部分未滿 65 歲的殘疾人士以及末期腎臟病 (通常是需洗腎或腎臟移植的永久性腎功能衰竭) 患者所提供的聯邦健康保險方案。

主管 Medicare 的聯邦機構是 Centers for Medicare & Medicaid Services (有時稱為「CMS」)。該機構與包括我們在內的各 Medicare Advantage 組織簽約。

| 聯絡方式 | Medicare — 聯絡資訊   |
|------|---|
| 電話   | 1-800-MEDICARE 或 1-800-633-4227<br>此為免付費電話。<br>每天 24 小時，每週 7 天均提供服務。  |
| TTY  | 1-877-486-2048<br>本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。<br>此為免付費電話。  |
| 網站   | <p><a href="https://www.medicare.gov">https://www.medicare.gov</a><br/>此網站是 Medicare 的政府官方網站，為您提供有關 Medicare 以及現有 Medicare 問題的最新資訊。此外，它也有關於醫院、療養院、醫師、居家照護機構和洗腎機構的資訊。網站包括可以從您的電腦直接列印的手冊。您也可找到 Medicare 於您所在州的聯絡資訊。</p> <p>Medicare 網站亦包含了有關 Medicare 資格及投保選項的詳細資訊，同時提供以下工具：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Medicare 資格工具</b>：提供 Medicare 資格狀態資訊。</li><li>• <b>Medicare Plan Finder (Medicare 計畫查詢工具)</b>：提供在您所屬區域內，適用您個人的可用 Medicare 處方藥計畫、Medicare 健保計畫，以及 Medigap (Medicare 附加保險) 保單資訊。這些工具可以為您估算投保不同 Medicare 計畫時可能的自費額。</li></ul> <p>您亦可利用該網站向 Medicare 提出您對本計畫的任何投訴：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>向 Medicare 提出您的投訴</b>：您可以向 Medicare 直接提交有關針對我們計畫的投訴。如需向 Medicare 提出投訴，請造訪 <a href="https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>。Medicare 會認真處理您的投訴，並利用此資訊協助改善 Medicare 方案的品質。</li></ul> |

| 聯絡方式 | Medicare – 聯絡資訊  |
|------|--|
|      | <p>如果您沒有電腦，您當地的圖書館或老人中心可能可以協助您使用其電腦瀏覽該網站。或者，您可致電 Medicare，告訴他們您要找哪些資訊。他們會在網站上找到您要的資訊，然後將其列印出來寄給您 (您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048)。</p> |

### 第 3 節 州健康保險援助方案 (針對您關於 Medicare 的各種疑問提供免費的協助、資訊以及解答)

州健康保險援助方案 (SHIP) 是一項政府方案，在每一州都有受過訓練的諮詢人員。在 California，SHIP 稱為健康保險諮詢和促進方案 (HICAP)。

HICAP 為獨立方案 (與任何保險公司或健保計畫沒有關聯)。這是一項獲得聯邦政府資助的州政府方案，為持有 Medicare 的人士免費提供地方性的健康保險諮詢。

HICAP 諮詢人員可提供您有關 Medicare 疑難的協助。他們能協助您瞭解您的 Medicare 權利、提出與您醫療照護或治療有關的投訴，並釐清與您 Medicare 帳單有關的問題。此外，HICAP 諮詢人員也能協助您瞭解您的 Medicare 計畫選擇，並回答與轉換計畫相關的疑問。

| 聯絡方式 | HICAP (California SHIP)  |
|------|--|
| 電話   | 1-800-434-0222   |
| TTY  | <p>711</p> <p>本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。</p>               |
| 寫信   | <p>HICAP<br/>505 12th Street<br/>Sacramento, CA 95814</p>        |
| 網站   | <a href="http://www.hicapservices.net">www.hicapservices.net</a> |

## 第 4 節 品質改善組織 (該組織由 Medicare 支付費用，職責是檢查 Medicare 投保人取得的照護品質)

每個州皆有指定的品質改善組織為 Medicare 的受益人提供服務。在 California，品質改善組織稱為 Livanta。

Livanta 是由一群受雇於聯邦政府的醫師和其他健康照護專業人士所組成。Medicare 支付本組織費用，以檢查並改善 Medicare 投保人取得的照護品質。Livanta 是一個獨立的組織。它與本計畫沒有關聯。

若有下列任何情況，您應聯絡 Livanta：

- 您想要針對取得的照護品質提出投訴。
- 您認為您的住院承保期間太短。
- 您認為您的居家健康照護、特護療養機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務承保太快終止。

| 聯絡方式 | Livanta (California 品質改善組織)   |
|------|---|
| 電話   | 1-877-588-1123<br><br>週一至週五，上午 9:00 到下午 5:00<br>週六至週日以及聯邦假期，當地時間上午 11:00 至下午 3:00 |
| TTY  | 1-855-887-6668<br><br>本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。                            |
| 寫信   | Livanta<br>10820 Guilford Road, Suite 202<br>Annapolis, MD 20701                  |
| 網站   | <a href="http://www.livantaqio.com">www.livantaqio.com</a>                        |



## 第 5 節 Social Security

Social Security 負責判定 Medicare 的資格並處理投保事宜。凡年滿 65 歲以上、殘疾人士或罹患末期腎臟病且符合特定條件的美國公民，均符合 Medicare 的資格。如果您已開始領取 Social Security 福利支票，您就會自動入保 Medicare。如果您尚未領取 Social Security 福利支票，則須投保 Medicare。Social Security 負責處理 Medicare 的投保流程。若想申請 Medicare，您可致電 Social Security 或前往您當地的 Social Security 辦公室。

Social Security 也負責判定收入較高的人士是否應為 D 部分處方藥承保支付額外的金額。如果您接獲 Social Security 的信函，通知您必須支付額外金額而您對應付金額有疑問，或者如果您因生活發生變故而導致收入減少，您可以致電 Social Security 要求其重新審查。

如果您搬家或您的郵寄地址有所變更，請務必聯絡告知 Social Security。

| 聯絡方式 | Social Security — 聯絡資訊  |
|------|---|
| 電話   | 1-800-772-1213<br>此為免付費電話。<br>服務時間為週一至週五上午 7:00 至晚上 7:00。<br>每天 24 小時您皆可利用 Social Security 自動電話服務，以聽取錄音資訊和處理部分業務。 |
| TTY  | 1-800-325-0778<br>本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。<br>此為免付費電話。<br>服務時間為週一至週五上午 7:00 至晚上 7:00。                     |
| 網站   | <a href="https://www.ssa.gov">https://www.ssa.gov</a>   |

## 第 6 節 Medicaid

(協助部分收入和資源有限的人士支付醫療費用的聯邦和州政府聯合方案)

Medicaid 是協助部分收入和資源有限的人士支付醫療費用的聯邦和州政府聯合方案。某些已投保 Medicare 的人士也符合 Medicaid 的資格。

此外，Medicaid 還提供某些方案協助投保 Medicare 的人士繳納如保費等的 Medicare 費用。這些「Medicare 節省方案」能幫助收入和資源有限的人士節省每年的開支：

- **合格的 Medicare 受益人 (QMB)：**協助支付 Medicare A 部分與 B 部分保費，以及其他分攤費用 (例如自付額、共同保險金及共付額) (有些具備 QMB 資格的人士也符合享有全面 Medicaid 福利 (QMB+) 的資格)。

- 指定低收入 Medicare 受益人 (SLMB)：協助支付 B 部分保費 (有些具備 SLMB 資格的人士也符合享有全面 Medicaid 福利 (SLMB+) 的資格)。
- 合格個人 (QI)：協助支付 B 部分保費。
- 合格殘疾人士與在職個人 (QDWI)：協助支付 A 部分保費。

若想獲得更多關於 Medicaid 及其方案的資訊，請與 Department of Health Care Services 負責營運的 Medi-Cal 聯絡。

| 聯絡方式 | Department of Health Care Services 負責營運的 Medi-Cal (California Medicaid 方案) – 聯絡資訊   |
|------|---|
| 電話   | 1-800-541-5555<br><br>週一至週五，上午 8:00 到下午 5:00，例假日除外  |
| TTY  | 1-866-784-2595<br><br>本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。  |
| 寫信   | Department of Health Care Services<br>Medi-Cal Managed Care<br>P.O. Box 997413, MS 4400<br>Sacramento, CA 95899-7413<br><br>Department of Health Care Services<br>Medi-Cal Eligibility<br>P.O. Box 997417, MS 4607<br>Sacramento, CA 95899-7417 |
| 網站   | <a href="http://www.medi-cal.ca.gov/contact.asp">http://www.medi-cal.ca.gov/contact.asp</a>   |

## 第 7 節 處方藥協助付費方案的相關資訊

### Medicare 的「額外協助」方案

Medicare 提供「額外協助」為收入與資源有限的人士繳納處方藥費用。資源包括您的儲蓄和股票，但不包括房子和車子。如您符合資格，您便會在繳納任何 Medicare 藥品計畫月保費、年度自付額和處方共付額時獲得協助。此「額外協助」也會計入您的自費額中。

收入和資源有限的人士皆可能有資格取得「額外協助」。部分人士無需申請即自動符合接受「額外協助」的資格。Medicare 會寄信通知自動符合「額外協助」資格的人士。

您或許可以取得「額外協助」以用其支付處方藥的保費和費用。欲瞭解自己是否有資格取得「額外協助」，請致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務；
- Social Security 辦公室，電話號碼 1-800-772-1213。服務時間為週一至週五上午 7:00 至晚上 7:00。TTY 使用者請撥打 1-800-325-0778 (申請)；或
- 您州政府的 Medicaid 辦公室 (申請) (請參閱本章的第 6 節以取得聯絡資訊)。

如果您認為自己符合「額外協助」的資格，且您認為您在藥房領取處方藥時支付的分攤費用額不正確，本計畫有一套既定的流程，您可利用此流程請求協助以取得正確共付額層級的證明文件，或如果您已有證明文件，您可利用此流程將證明文件提供給我們。

- 請利用本手冊封底的電話號碼聯絡會員服務部，告訴服務代表您認為自己符合「額外協助」的資格。您可能需要提供下列其中一種類型的文件 (您手邊最有力的證明)：
  - Medicaid 卡影本，其中必須包括您的姓名以及在前一年度六月之後任一月份的符合資格日期。
  - 州政府文件副本，證明您在前一年度六月之後任一月份的 Medicaid 有效狀態。
  - 州政府投保文件電子檔列印本，證明您在前一年度六月之後任一月份的 Medicaid 狀態；
  - 州政府 Medicaid 系統的螢幕畫面列印本，證明您在前一年度六月之後任一月份的 Medicaid 狀態；
  - 由州政府提供的其他書面紀錄，證明您在前一年度六月之後任一月份的 Medicaid 狀態；或
  - 如果您被認定為不符合資格，但您申請了 LIS 且經確認符合 LIS 資格，請提供一份 Social Security 寄給您的裁定信函副本。
  - 社會安全補助金 (SSI) 裁定通知 (Notice of Award)，其中應顯示您實際 Medicaid 狀態的生效日期。

如果您入住任何機構且您認為自己符合零分攤費用資格，請致電本手冊封底的電話號碼聯絡會員服務部，告訴服務代表您認為自己符合額外協助的資格。您可能需要提供下列其中一種類型的文件：

- 該機構的匯款單，證明 Medicaid 在前一年度六月之後的任一月份曾代您支付一個完整曆月的費用；
- 州政府文件副本，證明 Medicaid 在前一年度六月之後曾代您向該機構支付一個完整曆月的費用；或

- 州政府 Medicaid 系統的螢幕畫面列印本，證明您的入住狀態。該文件應顯示您在前一年度六月之後任一月份至少曾有一個完整曆月住在該機構中，並因而取得 Medicaid 給付。
- 如果您無法提供上述文件，且您認為自己可能符合額外協助的資格，請致電本手冊封底的電話號碼聯絡會員服務部，服務代表將會提供您協助。
- 當我們收到證實您共付額層級的證明後，我們會更新系統，以便您下一次到藥房領取處方藥時能夠支付正確的共付額。如果您超額支付共付額，我們會補償您。我們會寄給您超額支付的共付額金額支票，或者抵銷未來的共付額。如果藥房還未向您收取共付額，且記載您尚積欠共付額，我們可能直接付款給藥房。如果州政府代您支付，我們可直接付款給州政府。如果您有任何疑問，請與會員服務部聯絡 (電話號碼列印於本手冊封底)。

### Medicare 承保缺口折扣方案

Medicare 承保缺口折扣方案為已達到承保缺口且目前尚未接受「額外協助」的 D 部分計畫會員提供品牌藥品的藥廠折扣。針對品牌藥品，藥廠所提供的 70% 折扣不適用於在承保缺口期間的配藥費用。會員需為品牌藥品支付議定價格的 25% 以及一部分的配藥費用。

如果您已達到承保缺口，當您的藥房寄處方藥的帳單給您時，我們將自動以折扣價計算，您的《D 部分福利說明》(D 部分 EOB) 上也會顯示所提供的折扣。您所支付的金額與藥廠提供的折扣金額均會計入您的自費額，折扣金額亦可算作您的自費額，以協助您渡過承保缺口階段。由本計畫所給付的金額 (5%) 將不計入您的自費額中。

您亦可獲得一些普通牌藥品的承保。如果您已達到承保缺口，本計畫將支付普通牌藥品定價的 75%，其餘 25% 的費用則由您支付。對於普通牌藥品，計畫給付的金額 (75%) 不計入您的自費額。只有您支付的金額才會被計入，使您渡過承保缺口階段。此外，配藥費用也被納入藥物費用的一部分。

若您對於所服藥品是否提供折扣或 Medicare 承保缺口折扣方案存有一般性疑問，請與會員服務部聯絡 (電話號碼列印於本手冊封底)。

### 假如您享有 AIDS 藥品補助方案 (ADAP) 的承保將會怎樣？什麼是 AIDS 藥品補助方案 (ADAP)？

AIDS 藥品補助方案 (ADAP) 旨在協助符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 病患取得能拯救其性命的 HIV 藥物。凡屬於 ADAP 承保範圍的 Medicare D 部分處方藥均有資格獲得處方分攤費用的補助。

California AIDS 辦公室是您所在州的 ADAP。

注意：欲符合您所在州之 ADAP 資格的人士必須滿足特定標準，其中包括其必須持有本州居民及 HIV 的病況證明、其必須屬於州政府所定義的低收入戶，且其必須未享有保險/處於保額不足的狀態。

如果您目前已投保 ADAP，其可針對列於 ADAP 處方一覽表上的藥品繼續為您提供 Medicare D 部分處方分攤費用的補助。為了確保您持續獲得此項補助，如果您的 Medicare D 部分計畫名稱或保單號碼有任何變更，請通知您當地的 ADAP 投保工作人員。

California AIDS 辦公室的聯絡資訊如下。

| 聯絡方式 | California AIDS 辦公室 – 聯絡資訊  |
|------|---|
| 電話   | 1-844-421-7050<br>週一至週五，上午 8:00 到下午 5:00 (不含假日)   |
| TTY  | 711<br>本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。   |
| 寫信   | Office of AIDS<br>California Department of Public Health<br>MS 7700<br>PO Box 997426<br>Sacramento, CA 95899-7426                   |
| 網站   | <a href="https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAadap.aspx">https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAadap.aspx</a> |

如欲取得有關資格條件、承保藥品或如何加入方案的資訊，請致電 1-844-421-7050。TTY 使用者請致電電話號碼 711 尋求協助。

**如您已取得 Medicare 的「額外協助」幫您支付處方藥費用，會怎麼樣？您還可以獲得折扣嗎？**

不行，如果您取得了「額外協助」，則在承保缺口期間，您便已獲得處方藥的給付。

**如果您認為自己沒有獲得應得的折扣該怎麼辦？**

如果您認為自己已到達承保缺口，卻未在支付品牌藥品費用時獲得折扣，那麼您應該檢視您下次的《D 部分福利說明》(D 部分 EOB) 通知。如果《D 部分福利說明》上未顯示折扣，您應與我們聯絡，確認您的處方紀錄是否正確無誤且保持在最新狀態。如果我們不同意您享有折扣，您可以提出上訴。您可從您的州健康保險援助方案 (SHIP) 取得上訴的協助 (電話號碼列於本章第 3 節)，或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

## 第 8 節 如何聯絡鐵路職工退休管理局

鐵路職工退休管理局是獨立的聯邦機構，負責管理美國鐵路勞工與其家人的綜合福利方案。如果您對於鐵路職工退休管理局為您提供的福利存有疑問，請與該機構聯絡。

如果您是透過鐵路職工退休管理局獲得 Medicare，在您搬家或郵寄地址有所變更時，請務必通知該管理局。

| 聯絡方式 | 鐵路職工退休管理局 — 聯絡資訊  |
|------|---|
| 電話   | 1-877-772-5772<br>此為免付費電話。<br>如果您按下「0」則可與 RRB 代表通話，服務時間為週一、週二、週四及週五上午 9:00 至下午 3:30，以及星期三的上午 9:00 至中午 12:00。<br>如果您按下「1」則可使用本專線每天 24 小時 (包括週末和假日) 的自動 RRB 協助專線以及錄音資訊。 |
| TTY  | 1-312-751-4701<br>本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。<br>本專線不是免付費電話。   |
| 網站   | <a href="https://secure.rrb.gov/">https://secure.rrb.gov/</a>   |

## 第 9 節 您是否有雇主提供的「團體保險」或其他健康保險？

如果您 (或您配偶) 透過您 (或您配偶) 的雇主或退休人員團體取得屬於本計畫的福利，當您有任何疑問時，您可致電該雇主/工會的福利管理者或會員服務部。您可詢問關於您 (或您配偶) 的雇主或退休人員健康福利、保費或投保期間等問題 (會員服務部電話號碼列印於本手冊封底)。如果您有任何關於本計畫下之 Medicare 承保的問題，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227；TTY：1-877-486-2048)，全年無休提供服務。

如果您有透過您 (或您配偶) 的雇主或退休人員團體取得的其他處方藥承保，請與**該團體的福利管理者**聯絡。福利管理者能協助確認您目前的處方藥承保與本計畫可以如何配合運作。

# 第 3 章

## 利用本計畫的醫療服務承保

## 第 3 章 利用本計畫的醫療服務承保

|              |   |           |
|--------------|---|-----------|
| <b>第 1 節</b> | <b>本計畫會員取得醫療照護承保須知.....</b>                 | <b>40</b> |
| 第 1.1 節      | 什麼是「網絡內醫療服務提供者」和「承保服務」？ .....               | 40        |
| 第 1.2 節      | 取得本計畫承保之醫療照護的基本規定 .....                     | 40        |
| <b>第 2 節</b> | <b>使用本計畫網絡內的醫療服務提供者來取得醫療照護服務.....</b>       | <b>41</b> |
| 第 2.1 節      | 您必須選擇一位主治醫師 (PCP) 來為您提供並監督醫療照護服務 .....      | 41        |
| 第 2.2 節      | 在沒有 PCP 事先核准的情況下，您能取得哪些醫療照護服務？ .....        | 43        |
| 第 2.3 節      | 如何從專科醫師和其他網絡內醫療服務提供者取得照護 .....              | 43        |
| 第 2.4 節      | 如何從網絡外醫療服務提供者取得照護 .....                     | 44        |
| <b>第 3 節</b> | <b>當您需要接受急診或緊急需求照護或當災難發生時，如何取得承保服務.....</b> | <b>45</b> |
| 第 3.1 節      | 當您有急診狀況時取得照護 .....                          | 45        |
| 第 3.2 節      | 在您有緊急服務需求時取得照護 .....                        | 46        |
| 第 3.3 節      | 在發生災難期間取得照護 .....                           | 47        |
| <b>第 4 節</b> | <b>如果您直接收到承保服務的全額費用帳單怎麼辦？ .....</b>         | <b>47</b> |
| 第 4.1 節      | 您可以要求本計畫支付承保服務費用中我們該分攤的部分 .....             | 47        |
| 第 4.2 節      | 如果服務不屬於本計畫承保範圍，您就必須支付全額費用 .....             | 47        |
| <b>第 5 節</b> | <b>當您參加「臨床研究」時，您的醫療服務如何獲得承保？ .....</b>      | <b>48</b> |
| 第 5.1 節      | 什麼是「臨床研究」？ .....                            | 48        |
| 第 5.2 節      | 當您參加臨床研究時，由誰支付相關費用？ .....                   | 49        |
| <b>第 6 節</b> | <b>在「宗教性非醫療健康照護機構」取得承保照護的規定.....</b>        | <b>50</b> |
| 第 6.1 節      | 什麼是宗教性非醫療健康照護機構？ .....                      | 50        |
| 第 6.2 節      | 宗教性非醫療健康照護機構提供的哪些照護由我們的計畫給付？ .....          | 50        |
| <b>第 7 節</b> | <b>擁有耐用醫療器材之規定.....</b>                     | <b>51</b> |
| 第 7.1 節      | 依計畫繳付特定次數的款項之後，您就能擁有您的耐用醫療器材了嗎？ .....       | 51        |



## 第 1 節 本計畫會員取得醫療照護承保須知

本章向您說明關於使用本計畫取得醫療照護承保時所需要知道的事項。本章提供術語的定義，並說明您取得本計畫承保的醫療治療、服務及其他醫療照護時所需遵循的規定。

欲瞭解本計畫承保哪些醫療照護，以及您接受該照護時需要支付多少費用的詳細資訊，請利用下一章，即第 4 章 (*醫療福利表 (承保範圍以及您所需支付的費用)*) 中的醫療福利表。

### 第 1.1 節 什麼是「網絡內醫療服務提供者」和「承保服務」？

以下是一些定義，能幫助您瞭解本計畫的會員如何取得承保照護和服務：

- 「**醫療服務提供者**」是指由州政府核發執照以提供醫療服務和照護的醫師及其他健康照護專業人士。「醫療服務提供者」一詞也包括醫院和其他健康照護機構。
- 「**網絡內醫療服務提供者**」是指與我們簽訂協議的醫師及其他醫療照護專業人士、醫療團體、醫院和其他健康照護機構；他們接受我們的給付和您的計畫分攤費用作為全部給付金額。我們已經安排讓這些醫療服務提供者為本計畫的會員提供承保服務。本計畫網絡內的醫療服務提供者將會針對其所為您提供的照護直接向我們請款。當您到某網絡內醫療服務提供者處就診時，您只需要為其服務支付您的分攤費用。
- 「**承保服務**」包括本計畫承保的所有醫療照護、健康照護服務、用品和器材。您的醫療照護承保服務列於第 4 章的「福利表」中。

### 第 1.2 節 取得本計畫承保之醫療照護的基本規定

作為 Medicare 健保計畫，本計畫必須涵蓋 Original Medicare 承保的所有服務，並須遵守 Original Medicare 的承保規定。

只要符合下列條件，本計畫一般都會承保您的醫療照護：

- 您所接受的照護包括在本計畫的醫療福利表中 (該表在本手冊第 4 章)。
- 您所接受的照護被認為是醫療所必需。「醫療所必需」是指預防、診斷或治療您醫療狀況所需並符合可接受醫療執業標準的服務、用品或藥物。
- 您有一位網絡內主治醫師 (PCP) 提供並監督您的照護。身為本計畫的會員，您必須選擇一位網絡內 PCP (如需更多資訊，請參閱本章第 2.1 節)。
  - 在大部分情況下，您必須取得網絡內 PCP 或本計畫的事先核准才能使用計畫網絡內的其他醫療服務提供者，如專科醫師、醫院、特護療養機構或居家健康照護機構。這稱做為您「轉介」。如需更多相關資訊，請參閱本章第 2.3 節。
  - 急診照護或緊急需求服務無需您的 PCP 轉介。還有其他不需要您 PCP 事先核准也能取得的照護類型 (如需更多相關資訊，請參閱本章第 2.3 節)。

- **您必須從網絡內醫療服務提供者取得照護** (如需更多相關資訊，請參閱本章的第 2 節)。在大部分情況下，您從網絡外醫療服務提供者 (不屬於本計畫網絡的醫療服務提供者) 取得的照護不屬承保範圍。以下是三個例外：
  - 本計畫承保您從網絡外的醫療服務提供者取得的急診照護或緊急需求服務。如需更多相關資訊並欲瞭解急診或緊急需求服務的定義，請參閱本章第 3 節。
  - 如果您需要 Medicare 規定本計畫提供承保的醫療照護，而網絡內醫療服務提供者無法提供該照護，您就可以從網絡外醫療服務提供者取得該照護 (需要事先授權)。在此情況下，您支付的費用與您若從網絡內醫療服務提供者取得照護時所需的費用相同。有關取得使用網絡外醫師之核准的資訊，請參閱本章第 2.4 節。
  - 當您暫時在本計畫的服務區域外時，本計畫將會承保您在經 Medicare 認證之洗腎機構所接受的洗腎服務。

## 第 2 節 使用本計畫網絡內的醫療服務提供者來取得醫療照護服務

### 第 2.1 節 您必須選擇一位主治醫師 (PCP) 來為您提供並監督醫療照護服務

#### 什麼是「PCP」？PCP 能為您做什麼？

當您成為本計畫會員時，您必須選擇一位計畫醫療服務提供者擔任您的 PCP。您的 PCP 是您的健康合作夥伴，能提供或協調您的醫療照護。PCP 是指符合州政府規定且受過訓練能為您提供基本醫療照護的健康照護專業人士。其中包括家庭醫學科醫師、全科醫師以及內科醫師。

您可以由您的 PCP 提供例行或基本照護。您的 PCP 也會協助您安排或協調您以本計畫會員身分取得其他承保服務。其中包括：

- X 光、
- 化驗、
- 治療、
- 專科醫師的照護、
- 住院以及
- 追蹤照護。

「協調」您的承保服務，包括與其他計畫醫療服務提供者確認或諮詢您的照護內容及照護情況。針對特定服務或用品類型，您的 PCP 需要取得本公司的事先授權 (事先核准)。如果您需要事先授權的服務，您的 PCP 就必須取得本計畫的授權。由於 PCP 會提供並協調您的醫療照護，您必須將過去所有的病歷寄給您 PCP 的診所。如上述說明，當您有例行

的健康照護需求時，其中大多數通常會先由您的 PCP 看診。我們建議您讓您的 PCP 協調您所有的醫療保健事項。如需更多資訊，請參閱本章第 2.3 節。

在某些案例中，為您看診的 PCP 或專科醫師或其他醫療服務提供者在使用特定承保服務和用品類型前，需要獲得本公司的事先授權 (事先核准)。需要事先授權的服務和用品，請參閱本手冊第 4 章。

### 如何選擇 PCP ?

當您投保本計畫時，您會從我們的 Health Net Healthy Heart (HMO) 網絡選擇一個特約醫療團體。您還必須從此特約醫療團體中選擇一位 PCP。如欲選擇您的 PCP，請前往我們的網站 [ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com) 並從本公司的計畫網絡中選擇一位 PCP。會員服務部門也可協助您選擇 PCP 在您選完 PCP 後，請致電會員服務部門，告知您的選擇。您的 PCP 必須為本公司的網絡內醫療服務提供者。

每個醫療團體和 PCP 可能會向特定的計畫專科醫師進行轉介，並使用其網絡內的特定醫院。如果您想使用特定的計畫專科醫師或醫院，請先確認該專科醫師和 (或) 醫院是否屬於您醫療團體和 PCP 的網絡。您的會員卡上印有您 PCP 的姓名。

**請注意：**如果您使用的 PCP 並非會員卡上所印刷者，您可能會產生更高費用的分攤費用，或者您的理賠將被拒絕。如需瞭解如何更換 PCP 的資訊，請參閱以下的「更換您的 PCP」部分。

如果您未選擇醫療團體或 PCP，或如果您選擇的醫療團體或 PCP 不屬於本計畫，我們將自動為您在家附近指定一個醫療團體和 PCP。

### 更換您的 PCP

您可以基於任何理由、在任何時候更換您的 PCP。此外，您的 PCP 也可能離開本計畫的醫療服務提供者網絡，此時您就必須尋找新的 PCP。

如果您希望變更您的醫療團體或 PCP，請致電會員服務部門。每個計畫醫療團體和 PCP 可能會向特定的計畫專科醫師進行轉介，並使用其網絡內的特定醫院。這意味著您選擇的醫療團體和 PCP 可決定您可以使用哪些專科醫師和醫院。如果您想使用特定的專科醫師或醫院，請查明您的計畫醫療團體和 PCP 是否使用這些專科醫師或醫院。

將會發給您一張新的會員卡，其上顯示新的 PCP 名稱與聯絡資料。變動將於次月 1 號生效。**請注意：**如果您使用的 PCP 並非會員卡上所印刷者，您可能會產生更高費用的分攤費用，或者您的理賠將被拒絕。

在特定情況下，我們的醫療提供者有義務在離開我們的網絡後繼續提供醫療照護。如須具體詳情，請致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底)。

## 第 2.2 節 在沒有 PCP 事先核准的情況下，您能取得哪些醫療照護服務？

在沒有您 PCP 事先核准的情況下，您能取得下列服務。

- 例行婦女健康照護，包括乳房檢查、乳房 X 光攝影篩檢 (乳房 X 光)、子宮頸抹片檢查及骨盆檢查，不過您必須從網絡內醫療服務提供者取得以上服務。
- 流感疫苗注射及肺炎疫苗接種，不過您必須從網絡內醫療服務提供者取得以上服務。
- 由網絡內醫療服務提供者或網絡外醫療服務提供者提供的急診服務。
- 網絡內醫療服務提供者提供的緊急需求服務，或暫時無法使用或聯絡不上網絡內醫療服務提供者時 (例如您暫時在計畫服務區域外時)，由網絡外醫療服務提供者提供的緊急需求服務。
- 當您暫時在本計畫的服務區域外，接受經 Medicare 認證之洗腎機構的洗腎服務 (如果可能，請在離開服務區域前致電會員服務部，這樣我們才能協助安排，讓您在服務區域外時可以繼續洗腎。會員服務部電話號碼列印於本手冊封底)。

第 4 章第 2.1 節詳細說明了哪些承保服務可能需要您 PCP 的事先核准 (轉介)。

## 第 2.3 節 如何從專科醫師和其他網絡內醫療服務提供者取得照護

專科醫師是指針對特定疾病或特定身體部位提供健康照護服務的醫師。專科醫師有許多種。以下是幾個例子：

- 腫瘤科醫師，照顧癌症病患。
- 心臟科醫師，照顧有心臟病況的病患。
- 骨科醫師，照顧有某些骨頭、關節或肌肉病況的病患。

您通常需要先取得 PCP 的核准才能看專科醫師 (這稱為取得專科醫師「轉介」)。重要的是，在接受計畫的專科醫師或某些其他醫療服務提供者看診之前，務必取得您 PCP 的轉介。除了某些例外情況，其中包括在第 2.2 節說明的例行婦女健康照護。如果沒有轉介證明 (事先核准) 就先接受專科醫師的服務，您可能需要自行負擔這些服務的費用。

如果專科醫師要您回診接受進一步照護，請先確認您 PCP 提供的初診轉介涵蓋額外的專科醫師看診。

每個醫療團體和 PCP 可能會向特定的計畫專科醫師進行轉介，並使用其網絡內的特定醫院。這意味著您選擇的醫療團體和 PCP 可決定您可以使用哪些專科醫師和醫院。如果您想使用特定的專科醫師或醫院，請查明您的醫療團體或 PCP 是否使用這些專科醫師或醫院。如果您目前的 PCP 不能為您轉介至您想看的計畫專科醫師或醫院，通常您可以隨時更換 PCP。第 2.1 節的「更換您的 PCP」部分將告訴您如何更換 PCP。

某些類型的服務可能必須事先取得本計畫 (和) 或您醫療團體的核准。這稱為「事先授權」。如果您需要的服務必須要有事先授權，您的 PCP 或其他網絡內醫療服務提供者就必須取得本計畫 (和) 或您醫療團體的授權。申請必須接受審查並將決定 (組織判定) 告知您和您的醫療服務提供者。需要事先授權的特定服務請參閱本手冊第 4 章第 2.1 節的醫療福利表。

### 如果專科醫師或其他網絡內醫療服務提供者退出本計畫怎麼辦？

我們可能會在一年當中針對屬於您計畫的醫院、醫師及專科醫師 (醫療服務提供者) 成員進行變更。您的醫療服務提供者可能會因數種不同原因而退出計畫，不過，如果您的醫師或專科醫師確實退出計畫，您將享有特定權利和保障，內容概述如下：

- 雖然本計畫的醫療網可能會在一年當中有所變更，但 Medicare 規定我們必須為您提供不間斷的管道，讓您可以使用合格的醫師及專科醫師。
- 我們將會善盡努力至少提前 30 天向您提供通知，告知您有關醫療服務提供者即將退出本計畫的事宜，以便您有時間可以選擇新的醫療服務提供者。
- 我們將會協助您選擇合格的新醫療服務提供者以繼續為您管理您的健康照護需求。
- 如果您正在接受醫療治療，您有權提出申請，而我們將會與您合作，以確保您正在接受且為醫療所必需的治療不會中斷。
- 如果您認為我們未以合格的醫療服務提供者取代您先前的醫療服務提供者，或者您認為您的照護未獲得適當管理，您有權針對我們的決定提出上訴。
- 如果您得知您的醫師或專科醫師即將退出您的計畫，請與我們聯絡以便我們可以協助您尋找新的醫療服務提供者並為您管理您的照護。

如果您因某專科醫師或網絡內醫療服務提供者要退出本計畫而需要協助，請致電本手冊封底所列的會員服務部電話號碼。

## 第 2.4 節 如何從網絡外醫療服務提供者取得照護

如果您需要 Medicare 承保的醫療照護，且網絡內醫療服務提供者無法提供此服務，則您可從網絡外醫療服務提供者取得此服務。我們的計畫必須確認網絡內醫療服務提供者無法提供服務，並須聯絡計畫請求授權，以讓您取得網絡外醫療服務提供者的醫療服務。如果核准，則將開立提供服務的授權給網絡外醫療服務提供者。

在有急診或區域外的緊急需求服務時，您有權接受網絡外醫療服務提供者的醫療服務。此外，我們的計畫必須承保前往本計畫服務區外，且無法利用網絡內醫療服務者的末期腎臟病 (ESRD) 會員的透析服務。必須在經過 Medicare 認證的透析服務機構接受 ESRD 服務。

## 第 3 節 當您需要接受急診或緊急需求照護或當災難發生時，如何取得承保服務

### 第 3.1 節 當您有急診狀況時取得照護

什麼是「急診狀況」？您有這樣的情況時該做什麼？

「急診狀況」是指當您或其他具備一般健康醫療知識之審慎非專業人士，認定您的醫療症狀必須即時醫治，才能避免喪失生命、四肢或四肢功能的狀況。醫療症狀包括疾病、受傷、劇痛或迅速惡化的醫療狀況。

如果您有急診狀況時：

- **請儘快取得協助。**撥打 911 求救或前往最近的急診室或醫院。如有需要可致電要求救護車。您不需要事先取得 PCP 的核准或轉介。
- **但請務必儘快告知本計畫您的急診情況。**我們需要追蹤您的急診照護情況。您或其他人應該致電告訴我們您的急診照護情況，通常需在 48 小時內告知。會員服務部電話號碼列印於本手冊封底。

哪些急診狀況在承保範圍內？

只要有需求，您隨時可在美國或其屬地的任何地方取得承保急診醫療照護。

Health Net Healthy Heart (HMO) 包括全球急診/緊急照護承保。倘若不用救護服務送您到急診室可能危及您的健康，本計畫也承保救護服務。如需更多資訊，請參閱本手冊第 4 章的醫療福利表。

Medicare 不承保美國境外的急診照護。不過，參加我們的計畫後，您在美國境外也可以取得承保的急診醫療照護。如需更多資訊，請參閱本手冊第 4 章醫療福利表中的「全球急診/緊急照護承保」部分，或致電本手冊封底所列的電話號碼與會員服務部聯絡。

如果您有緊急情況，我們會和提供您急診照護的醫師討論，以協助管理及追蹤您的照護。提供您急診照護的醫師將判定您的病況何時穩定，以及急診狀況何時結束。

急診狀況緩解之後，您有權接受追蹤照護，以確保您的病況保持穩定。您的追蹤照護屬於本計畫的承保範圍。如果您的急診照護是由網絡外醫療服務提供者提供，只要您的醫療狀況及情況許可，我們會安排由網絡內醫療服務提供者儘快接手您的照護。在緊急情況已過後，任何來自網絡外醫療服務提供者的追蹤照護都必須取得本計畫的授權，才能繼續接受服務。

## 如果不是急診狀況時該怎麼辦？

有時很難判斷您是否有急診狀況。例如：您可能認為自己的健康處於嚴重危險而要求急診照護，但醫師可能表示這根本不是急診狀況。如果最後認定這不是急診狀況，只要您是合理地認為您的健康處於嚴重危險，我們將承保您接受的照護。

但是，在醫師指出這不是急診狀況之後，我們只在您用以下兩種方式之一取得額外照護時，才承保您的額外照護。

- 您從網絡內醫療服務提供者取得額外照護。
- — 或 — 您接受的額外照護被認定為是「緊急需求服務」，且您遵循取得這些緊急需求服務的規定 (如需更多相關資訊，請參閱以下第 3.2 節)。

### 第 3.2 節 在您有緊急服務需求時取得照護

#### 什麼是「緊急需求服務」？

「緊急需求服務」係指非急診但需立即接受醫療照護的意外醫療疾病、受傷或病症。緊急需求服務可由網絡內醫療服務提供者提供，或當網絡內醫療服務提供者暫時無法提供服務或聯絡不上時，可由網絡外醫療服務提供者提供。意外病症舉例包括您所患已知病症之意外復發。

#### 如果您有緊急醫療需求時人在計畫服務區域內該怎麼辦？

不論在何種情況下，您均應試圖透過網絡內醫療服務提供者取得緊急需求服務。然而，如果醫療服務提供者暫時無法提供服務或聯絡不上，且等到網絡內服務可供使用時再從網絡內醫療服務提供者取得照護實屬不合理，則本計畫將承保您從網絡外醫療服務提供者取得的緊急需求服務。

如果您有緊急醫療需求，請與您的 PCP 或醫療團體聯絡。如果聯絡不到您的 PCP 或醫療團體，請參閱《醫療服務提供者和藥房名錄》查找網絡內緊急照護機構資訊。您也可以可以在 [ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com) 上找到網絡內緊急醫療機構。第 4 章：醫療福利表 (承保範圍以及您所需支付的費用) 中會解釋您將需支付多少承保緊急醫療服務的費用。

如果您不確定自己是否發生急診狀況或是否需要緊急需求服務，請致電您會員卡上的會員服務部電話號碼以轉接護士諮詢服務。身為我們計畫的會員，您每週 7 天，每天 24 小時均可利用檢傷分類或篩檢服務。

## 如果您有緊急照護需求時人在計畫服務區域外該怎麼辦？

當您在服務區域外且無法從網絡內醫療服務提供者取得照護時，本計畫將承保您從任何醫療服務提供者取得的緊急需求服務。

我們的計畫承保下列情況下的美國境外全球急診和緊急照護服務：指在美國及其領土以外接受的緊急、急診和穩定後照護。此項福利每年限 \$50,000。如需更多資訊，請參閱本手冊第 4 章醫療福利表中的「全球急診/緊急照護承保」部分，或致電本手冊封底所列的電話號碼與會員服務部聯絡。

### 第 3.3 節 在發生災難期間取得照護

如果您的州長、美國 Department of Health and Human Services 部長或美國總統宣布您所在地區進入災難或緊急狀態，您仍有權透過您的計畫取得照護。

請瀏覽下列網址：[ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com)，以瞭解如何在災難期間取得所需照護的資訊。

一般而言，在發生災難期間，您的計畫將會允許您從網絡外醫療服務提供者取得照護，且您僅需支付網絡內分攤費用。如果您在發生災難期間無法使用網絡內藥房，您可能可以在網絡外藥房領取處方藥。如需更多資訊，請參閱第 5 章第 2.5 節。

## 第 4 節 如果您直接收到承保服務的全額費用帳單怎麼辦？

### 第 4.1 節 您可以要求本計畫支付承保服務費用中我們該分攤的部分

如果您為承保服務支付的費用超過您應分攤的金額，或是您收到承保醫療服務全額費用的帳單，請參閱第 7 章(要求計畫為您所取得的承保醫療服務或藥品帳單支付分攤費用)瞭解有關您該怎麼做的相關資訊。

### 第 4.2 節 如果服務不屬於本計畫承保範圍，您就必須支付全額費用

本計畫承保所有醫療所必需、本計畫醫療福利表上所明列(本表位於本手冊的第 4 章)且按照計畫規定取得的醫療服務。針對不在本計畫承保範圍內的服務，由於其不屬於計畫的承保服務，或者由於您是在未經授權的情況下於網絡外取得該服務，您必須自行負擔服務的全額費用。

如果您對於本計畫是否給付您正在考慮的醫療服務或照護有任何疑問，您有權在取得服務或照護前詢問我們該服務或照護是否屬於本計畫承保範圍。您也有權透過書面方式取得此資訊。如果我們表示您的服務不屬於本計畫承保範圍，您有權對我們不承保您照護的決定提出上訴。



第 9 章 (如果您有問題或需要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦) 中提供有更多關於您希望計畫作出承保決定，或您想對計畫已作出的決定提出上訴時該怎麼做的相關資訊。您也可以致電會員服務部取得更多資訊 (電話號碼列印於本手冊封底)。

針對有福利限制的承保服務，一旦您用盡了某類型承保服務的福利，之後您就需要支付任何該類型服務的全額費用。一旦達到福利限制，您支付費用的金額將不會計入自費額上限。例如：在我們計畫給付的費用達到福利上限後，您可能必須全額支付您所獲得的特護療養機構照護費用。一旦您使用完您的福利限制，您為服務支付的額外費用不會計入您的年度自費額上限。若想知道您已使用多少福利限制，您可以致電會員服務部。

## 第 5 節 當您參加「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 (也稱為「臨床試驗」) 是醫師和科學家試驗新型醫療照護 (例如：癌症新藥的成效) 的方法。他們藉由徵求自願者協助其研究以試驗新的醫療照護程序或藥品。此種研究是研發流程的最後階段之一，可幫助醫師和科學家瞭解新方法是否有成效以及是否安全。

並非所有的臨床研究都開放給本計畫的會員。Medicare 首先需要核准該研究。如果您參與的研究未經 Medicare 核准，您須自行負擔參加該研究的所有費用。

一旦 Medicare 核准研究，該研究的工作人員就會與您聯絡，向您進一步說明研究內容，並瞭解您是否符合負責執行研究的科學家所訂立的要求。只要您符合該研究的要求，且您完全瞭解並接受您若參與研究可能發生的情況，您就能參與該研究。

您若參與 Medicare 核准的研究，Original Medicare 將支付您在研究中所接受之承保服務的大部分費用。當您參與臨床研究時，您仍可以繼續投保本計畫，並繼續透過本計畫取得您其餘的照護 (與研究無關的照護)。

如果您想要參與 Medicare 核准的臨床研究，您不需要經過我們或您的 PCP 核准。在臨床研究中提供您照護的醫療服務提供者不需要是本計畫醫療服務提供者網絡的一員。

雖然您參與臨床研究不需要取得本計畫的許可，但您必須在開始參加臨床研究前通知我們。

如果您打算參與臨床研究，請與會員服務部聯絡 (電話號碼列印於本手冊封底) 讓會員服務部知道您將參與臨床試驗並為您找出您的計畫會負擔的具體細節。

## 第 5.2 節 當您參加臨床研究時，由誰支付相關費用？

一旦您加入 Medicare 核准的臨床研究，您在研究中取得的例行用品和服務都屬承保範圍，包括：

- 住院期間的食宿 (即便不是參加研究時 Medicare 也會給付)。
- 手術或其他醫療程序，如果這是研究的一部分。
- 新照護的副作用和併發症治療。

Original Medicare 給付您在研究中所接受之承保服務的大部分費用。Medicare 給付這些服務其應分攤的費用後，本計畫也會給付這些費用的一部分。我們將會給付 Original Medicare 的分攤費用與您身為本計畫會員應支付的分攤費用兩者間的差額。這表示，您為研究中所接受之服務支付的費用將與您透過本計畫而接受這些服務所要支付的費用相同。

*在此舉例說明分攤費用如何計算：假設您在研究期間接受了費用 \$100 的化驗。同時假設根據 Original Medicare 規定您要分攤的化驗費用是 \$20，而根據本計畫福利規定您需分攤的化驗費用是 \$10。在此情況下，Original Medicare 會支付 \$80 的化驗費用，我們會支付另外的 \$10。這表示您需要支付 \$10，等同於本計畫福利幫您支付的金額。*

為了讓我們支付我們應付的分攤費用，您必須提出給付申請。在您申請時，您還必須附上 Medicare 摘要通知副本或其他能夠證明您在研究中所接受之服務與您應繳納之費用的文件。請參閱第 7 章，瞭解更多與提出給付申請有關的資訊。

當您正在參與某一臨床研究時，**Medicare 和本計畫皆不會給付以下費用：**

- 一般而言，Medicare 不會給付臨床研究正在試驗的新用品或服務，除非 Medicare 在您不參與研究的情況下仍會承保該用品或服務。
- 臨床研究免費給您或任何參加者的用品和服務。
- 僅用來收集資料，而非直接用於您健康照護的用品或服務。例如：如果您的醫療狀況通常只要求一次電腦斷層 (CT) 掃描，Medicare 就不會給付研究中進行的每月 CT 掃描。

**您還想獲得更多資訊嗎？**

您可以在 Medicare 網站 (<http://www.medicare.gov>) 閱讀《Medicare 與臨床研究》(Medicare and Clinical Research Studies) 出版刊物，以獲取更多有關參加臨床研究的資訊。

您還可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

## 第 6 節 在「宗教性非醫療健康照護機構」取得承保照護的規定

### 第 6.1 節 什麼是宗教性非醫療健康照護機構？

宗教性非醫療健康照護機構是為通常應在醫院或特護療養機構接受治療的病況提供照護的機構。如果在醫院或特護療養機構接受照護違反會員的宗教信仰，我們會改在宗教性非醫療健康照護機構提供照護承保。無論理由為何，您隨時都可以選擇尋求醫療照護。此項福利僅限 A 部分的住院服務 (非醫療健康照護服務)。Medicare 僅會給付由宗教性非醫療健康照護機構提供的非醫療健康照護服務。

### 第 6.2 節 宗教性非醫療健康照護機構提供的哪些照護由我們的計畫給付？

若要從宗教性非醫療健康照護機構取得照護，您必須簽署一份法律文件，指出您堅決反對「非強制性」的醫療治療。

- 「非強制性」醫療照護或治療是指您自願，且聯邦、州或地方法律並未硬性規定您必須接受的醫療照護或治療。
- 「強制性」醫療治療是指並非您自願，或是聯邦、州或地方法律硬性規定您必須接受的醫療照護或治療。

如欲取得本計畫承保，您從宗教性非醫療健康照護機構取得的照護必須符合以下條件：

- 提供照護的機構必須經由 Medicare 認證。
- 本計畫對您所接受服務的承保僅限於非宗教性質的照護。
- 若您在該機構的院所中取得服務，則以下條件適用：
  - 您的醫療狀況必須足以讓您取得住院照護或特護療養機構照護的承保服務。
  - — 且 — 您必須在入住該機構之前獲得本計畫的事先核准，否則住院將不屬承保範圍。

住院照護的承保限制適用。欲瞭解更多有關住院照護承保限制方面的資訊，請參閱本手冊第 4 章的醫療福利表。

## 第 7 節 擁有耐用醫療器材之規定

### 第 7.1 節 依計畫繳付特定次數的款項之後，您就能擁有您的耐用醫療器材了嗎？

耐用醫療器材 (DME) 包括醫療服務提供者訂購之氧氣設備和用品、輪椅、助行器、動力床墊、拐杖、糖尿病用品、語音溝通裝置、靜脈輸液幫浦、噴霧器和病床等居家使用物品。就某些用品而言，會員將始終擁有其所有權，例如義體。在本節中，我們將探討您必須租用之其他種類的 DME。

根據 **Original Medicare** 規定，租用特定種類之耐用醫療器材的人士，只要為該器材支付共付額達 13 個月，即可擁有該器材。

身為本計畫的會員，對於某些特定類型的耐用醫療器材，在您支付共付額達特定月份後，即可擁有該項器材。您在擁有 **Original Medicare** 時支付耐用醫療器材項目的先前付款不會計入您作為本計畫會員的付款。如果您在具備本計畫會員身分期間獲得某項耐用醫療器材的所有權而該項器材需要維修，該醫療服務提供者可針對維修費用向本計畫請款。對於某些特定類型的耐用醫療器材，不論您以本計畫會員身分為該項器材支付了多少共付額，您還是無法擁有其所有權。請致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底)，查詢租賃或擁有耐用醫療器材您必須遵守的規定及必須提供的文件。

**如果您轉換至 Original Medicare，那先前為耐用醫療器材所支付的費用怎麼辦？**

如果您在本計畫內尚未取得耐用醫療器材物品之所有權，那麼您投保 **Original Medicare** 之後必須再重新連續繳交 13 期費用才能取得該物品的所有權。您在本計畫內所付的款項不計入重新連續繳交的 13 期款項內。

如果您在加入本計畫之前已經在 **Original Medicare** 之下繳付過 DME 器材 13 期以下的款項，則先前所付的款項也不計入重新連續繳交的 13 期款項內。您轉換回 **Original Medicare** 之後必須再重新連續繳交 13 期費用才能取得該物品的所有權。當您轉換回 **Original Medicare** 時，謹依此辦理，絕無特例。

# 第 4 章

## 醫療福利表

(承保範圍以及您所需支付的費用)

## **第 4 章 醫療福利表 (承保範圍以及您所需支付的費用)**

|              |                                       |           |
|--------------|---------------------------------------|-----------|
| <b>第 1 節</b> | <b>瞭解您承保服務的自費額.....</b>               | <b>54</b> |
| 第 1.1 節      | 您可能需要為承保服務支付的自費額類型.....               | 54        |
| 第 1.2 節      | 本計畫針對特定類型的服務設有自付額.....                | 54        |
| 第 1.3 節      | 您需為承保醫療服務支付的費用上限是多少？.....             | 54        |
| 第 1.4 節      | 本計畫不允許醫療服務提供者向您收取「差額負擔」.....          | 55        |
| <b>第 2 節</b> | <b>使用醫療福利表找出您的承保範圍以及您需支付多少費用.....</b> | <b>56</b> |
| 第 2.1 節      | 本計畫會員的醫療福利和費用.....                    | 56        |
| 第 2.2 節      | 額外購買「自選附加」福利.....                     | 83        |
| <b>第 3 節</b> | <b>哪些服務不屬本計畫的承保範圍？.....</b>           | <b>89</b> |
| 第 3.1 節      | 本計畫不承保的服務 (排除項目).....                 | 89        |

## 第 1 節 瞭解您承保服務的自費額

本章的重點在於說明您的承保服務以及您需為醫療福利支付多少費用。本章包含一個醫療福利表，其中列出了您的承保服務，並指出您身為本計畫會員需為各項承保服務支付多少費用。您可於本章後面找到非承保醫療服務的資訊，其中還說明了部分服務的限制。

### 第 1.1 節 您可能需要為承保服務支付的自費額類型

如欲瞭解本章提供您的付費資訊，您就需要知道您可能需要為承保服務支付的自費額類型。

- 「自付額」是指在本計畫開始支付其分攤費用前您必須為醫療服務支付的金額 (第 1.2 節將為您說明更多有關特定類型之服務的自付額資訊)。
- 「共付額」是指您每次接受醫療服務時支付的固定金額。您在取得醫療服務時支付共付額 (如需更多有關共付額的資訊，請參閱第 2 節的醫療福利表)。
- 「共同保險金」是指您支付特定醫療服務總費用的百分比。您在取得醫療服務時支付共同保險金 (如需更多有關共同保險金的資訊，請參閱第 2 節的醫療福利表)。

大部分符合 Medicaid 或合格 Medicare 受益人 (QMB) 方案資格的人將不需要支付自付額、共付額或共同保險金。如適用時，請記得出示符合 Medicaid 或 QMB 資格的證明文件給您的醫療服務提供者。如您認為被要求支付不合理的費用，請聯絡會員服務部。

### 第 1.2 節 本計畫針對特定類型的服務設有自付額

本計畫針對特定類型的服務設有自付額。

本計畫針對不屬於 Medicare 承保項目的牙科預防服務設有 \$35 的自付額。在您達到自付額之前，您必須為不屬於 Medicare 承保項目的牙科預防服務支付全額費用。一旦您達到自付額之後，在年度剩餘期間，我們就會針對這些服務支付我們應付的分攤費用，而您則支付您的分攤費用 (您的共付額或共同保險金)。

### 第 1.3 節 您需為承保醫療服務支付的費用上限是多少？

因為您投保了 Medicare Advantage 計畫，您每年需為本計畫網絡內承保醫療服務支付的自費額有其上限 (請參閱以下第 2 節的醫療福利表)。此上限稱為醫療服務的自費額上限。

作為我們計畫的會員，對於 2020 年網絡內承保的服務，您的自費額最多為 \$6,700。您為網絡內承保服務支付的共付額和共同保險金，將計入此自費額上限 (您為計畫保費及您 D 部分處方藥所支付的費用不計入您的自費額上限中)。此外，您為某些服務所支付的金額也不計入您的自費額上限中。這些服務在醫療福利表中有標註星號 (\*)。若您達到了自費

額上限 \$6,700，在該年度剩餘期間您將無需再為網絡內承保服務支付任何自費額。不過，您還是必須繼續繳納您的計畫保費和 Medicare B 部分的保費 (除非您的 B 部分保費有 Medicaid 或其他第三方為您繳納)。

#### 第 1.4 節 本計畫不允許醫療服務提供者向您收取「差額負擔」

身為本計畫的會員，我們為您提供了一項重要的保障，那就是在您接受本計畫的承保服務時，您僅需支付您的分攤費用。我們不允許醫療服務提供者向您另外收取額外的費用 (即「差額負擔」)。即便我們支付給醫療服務提供者的金額低於醫療服務提供者收取的服務費用，又即便因糾紛致使我們拒絕支付醫療服務提供者的部分費用，此項保障 (您無需支付超過您分攤費用額的部分) 仍適用。

以下是保障的運作模式。

- 如果您的分攤費用是共付額 (固定金額，例如 \$15.00)，則在接受網絡內醫療服務提供者提供的任何承保服務時，您只需支付該筆金額即可。
- 如果您的分攤費用是共同保險金 (總費用的百分比)，則您支付的金額絕對不會超過該百分比。然而，您的費用取決於您使用的是哪一類型的醫療服務提供者：
  - 如果您接受由網絡內醫療服務提供者提供的承保服務，您需支付的費用將等於共同保險金百分比乘以計畫的補償費率 (如醫療服務提供者與計畫所簽訂的合約所規定)。
  - 如果您獲取的是由加入 Medicare 的網絡外醫療服務提供者提供的承保服務，您要支付的費用就是共同保險金百分比乘以 Medicare 給予簽約醫療服務提供者之費率 (切記，只有在特定情況下，例如您取得轉介，計畫才承保網絡外醫療服務提供者所提供的服務)。
  - 如果您獲取的是由未加入 Medicare 的網絡外醫療服務提供者提供的承保服務，則您要支付的費用就是共同保險金百分比乘以 Medicare 給予非簽約醫療服務提供者之費率 (切記，只有在特定情況下，例如您取得轉介，計畫才承保網絡外醫療服務提供者所提供的服務)。
- 如果您認為醫療服務提供者向您收取「差額負擔」，請致電與會員服務部聯絡 (電話號碼列印於本手冊封底)。



## 第 2 節 使用醫療福利表找出您的承保範圍以及您需支付多少費用

### 第 2.1 節 本計畫會員的醫療福利和費用

以下幾頁的醫療福利表列出本計畫承保的服務，以及您需為各項服務支付的自費額。醫療福利表中所列的服務唯有在符合以下承保規定時才屬承保範圍：

- 您的 Medicare 承保服務必須依照 Medicare 制定的承保準則提供。
- 服務 (包括醫療照護、服務、用品和器材) 必須是醫療所必需。「醫療所必需」是指預防、診斷或治療您醫療狀況所需並符合可接受醫療執業標準的服務、用品或藥物。
- 您從網絡內醫療服務提供者取得照護。在大部分情況下，您從網絡外醫療服務提供者取得的照護不屬承保範圍。第 3 章提供更多關於使用網絡內醫療服務提供者的規定，以及我們何時承保網絡外醫療服務提供者之服務的資訊。
- 您有一位主治醫師 (PCP) 提供並監督您的照護。在大部分情況下，您必須取得 PCP 事先核准才能接受本計畫網絡內其他醫療服務提供者看診。這稱做為您「轉介」。第 3 章提供更多關於取得轉介和您不需要轉介之情況的資訊。
- 部分列於醫療福利表中的服務只有在您的醫師或其他網絡內醫療服務提供者取得本計畫的事先核准 (有時稱為「事先授權」) 時才屬承保範圍。在醫療福利表中，需要事先核准的承保服務以斜體標示。

其他有關我們承保範圍的重要須知如下：

- 如同其他所有的 Medicare 健保計畫，本計畫承保 Original Medicare 承保的所有項目。就當中的某些福利而言，您在本計畫所需支付的費用將高於您在 Original Medicare 所需支付的費用。但就其他福利而言，您需支付的費用則減少了 (如果您想瞭解更多有關 Original Medicare 承保範圍與費用的資訊，請參閱《Medicare & You 2020》手冊。您亦可在網上檢視該手冊 <http://www.medicare.gov>，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048)。
- 針對 Original Medicare 承保的所有免費預防服務，我們也承保這些服務，您無需付費。不過，如果您在接受預防服務看診時，同時接受既有醫療狀況之治療與監督，那麼您必須就既有醫療病況所接受之照護支付共付額。
- 有時，Medicare 會在年度當中增加 Original Medicare 新服務承保。如果 Medicare 在 2020 年中為任何服務添加承保，Medicare 或本計畫將給付這些服務。






在本福利表中，您將可在預防服務項目旁看到此蘋果標示。

## 醫療福利表

| 為您承保的服務   | 您欲取得這些服務必須支付的費用   |
|---|---|
| <p> <b>腹主動脈瘤篩檢</b></p> <p>針對高風險族群所提供的一次性超音波篩檢。僅有在您具備某些風險因子且您有透過醫師、醫師助理、執業護理師或臨床專科護士取得轉介的情況下，本計畫才會承保此篩檢。</p>  | <p>您可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>符合此預防篩檢資格的會員無需支付共同保險金、共付額或自付額。</p>  |
| <p><b>救護服務</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>承保的救護服務包括使用定翼機、旋翼機及地面救護服務前往距離最近並能提供照護的適當機構，但前提是接受這些服務的會員其醫療狀況使得其他交通運輸方式均可能會危及會員的健康，或這些服務已獲得本計畫的授權。</li><li>如果根據紀錄，會員的病況使得其他交通運輸方式均可能會危及會員的健康，且救護運輸為醫療所必需，則適用非急診救護運輸。</li></ul> | <p>定翼機和非急診載運服務可能需要事先授權。</p> <p><b>地面救護服務：</b></p> <p>您需為 Medicare 承保的地面救護服務的每趟單程救護支付共付額 \$165。</p> <p><b>空中救護服務：</b></p> <p>針對 Medicare 承保的空中救護服務，您需為每趟單程救護支付 5% 共同保險金。</p> |
| <p><b>年度例行身體檢查</b></p> <p>本計畫除了承保屬於 Medicare 承保範圍的年度保健看診之外，還承保年度例行身體檢查與「歡迎投保 Medicare」預防看診。福利限每年一次例行身體檢查。</p> <p>年度例行身體檢查可讓您另外與醫師會診，討論整體健康問題、顧慮和病史。</p>   | <p>年度例行身體檢查無需共同保險金、共付額或自付額。</p> <p>對於所有其他服務，請參閱此表後面部分關於每項福利的具體分攤費用資訊。</p>   |
| <p> <b>年度保健看診</b></p> <p>如果您投保 B 部分超過 12 個月，即可接受年度保健看診，根據您目前的健康與風險因子來規劃或更新個人化預防計畫。此類看診每年獲得一次承保。</p>  | <p>您可能需要事先授權</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>年度保健看診無需共同保險金、共付額或自付額。</p>   |

| 為您承保的服務  | 您欲取得這些服務必須支付的費用  |
|--|--|
| <p><b>注意：</b>您的第一次年度保健看診必須與「歡迎投保 Medicare」預防看診相隔超過 12 個月以上。不過，若是您加入 B 部分達 12 個月，您無需經過「歡迎投保 Medicare」看診即可獲得年度保健看診的承保。</p>   |  |
| <p> <b>骨質密度測量</b></p> <p>針對符合資格的人士 (通常是指有骨質流失或骨質疏鬆風險的人)，以下服務每 24 個月可獲得一次承保，或者若為醫療所必需，承保次數可更頻繁：需透過程序判定骨密度、偵測到骨質流失或需骨質判定，以及醫師的檢測結果判讀。</p>   | <p><i>可能需要事先授權</i></p> <p>可能需要轉介。</p> <p>Medicare 承保的骨質密度測量無需共同保險金、共付額或自付額。</p>                |
| <p> <b>乳癌篩檢 (乳房 X 光攝影)</b></p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 年滿 35 歲至 39 歲者一次基本乳房 X 光攝影</li><li>• 年滿 40 歲以上的女性每 12 個月一次乳房 X 光攝影篩檢</li><li>• 每 24 個月一次的臨床乳房檢查</li></ul> | <p><i>可能需要事先授權</i></p> <p>可能需要轉介。</p> <p>屬承保範圍的乳房 X 光攝影篩檢無需共同保險金、共付額或自付額。</p>                  |
| <p><b>心臟功能復健服務</b></p> <p>針對符合特定條件並經由醫師轉介的會員，各項心臟功能復健服務方案 (包括運動、教育和諮詢) 都將可獲得承保。本計畫亦承保密集心臟功能復健服務方案，此方案通常比心臟功能復健服務方案來得嚴謹或密集。</p>   | <p><i>可能需要事先授權</i></p> <p>可能需要轉介。</p> <p>您需為 Medicare 承保的心臟功能復健服務或密集心臟功能復健服務看診每次支付共付額 \$0。</p> |
| <p> <b>減少心血管疾病風險看診 (心血管疾病治療)</b></p> <p>我們承保在您主治醫師處每年一次看診，以幫助降低您罹患心血管疾病的風險。在此次看診期間，您的醫師可能會與您討論阿斯匹靈的使用 (如適用)、檢查您的血壓，並給您一些建議以確保您的飲食健康。</p>  | <p><i>可能需要事先授權</i></p> <p>可能需要轉介。</p> <p>心血管疾病預防福利無需共同保險金、共付額或自付額。</p>                         |

| 為您承保的服務   | 您欲取得這些服務必須支付的費用  |
|---|--|
| <p> <b>心血管疾病檢測</b></p> <p>檢查心血管疾病 (或與心血管疾病風險增高有關的異常) 的血液檢測，每 5 年 (60 個月) 一次。</p>   | <p><i>可能需要事先授權</i></p> <p>可能需要轉介。</p> <p>每 5 年可獲得一次承保的心血管疾病檢測無需共同保險金、共付額或自付額。</p>  |
| <p> <b>子宮頸癌及陰道癌篩檢</b></p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 適用所有女性：每 24 個月一次的子宮頸抹片檢查及骨盆檢查</li><li>• 如果您是子宮頸癌或陰道癌的高風險者，或您是育齡婦女且過去 3 年間子宮頸抹片檢查結果有異常：則可以每 12 個月做一次檢測</li></ul> | <p><i>可能需要事先授權</i></p> <p>可能需要轉介。</p> <p>Medicare 承保的預防性子宮頸抹片檢查及骨盆檢查無需共同保險金、共付額或自付額。</p>   |
| <p><b>脊椎推拿治療服務</b></p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 我們僅承保以矯正半脫位為目的的脊椎推拿</li></ul>   | <p><i>可能需要事先授權</i></p> <p>可能需要轉介。</p> <p>針對 Medicare 承保的脊椎推拿治療看診，您每次需支付共付額 \$10。</p> <p>例行脊椎推拿治療服務 (非 Medicare 承保項目) 不屬承保範圍。但您若支付額外費用，本計畫也承保例行脊椎推拿治療福利。如需更多關於自選附加脊椎推拿治療服務的資訊，請參閱本章後面第 2.2 節 (您可額外購買的「自選附加」福利)。</p> |

| 為您承保的服務  | 您欲取得這些服務必須支付的費用  |
|--|--|
| <p> <b>大腸直腸癌篩檢</b></p> <p>若是年滿 50 歲以上者，以下項目屬承保範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>軟式乙狀結腸鏡檢查 (或替代性鋇劑灌腸篩檢)，每 48 個月一次</li></ul> <p>下列任一服務均為每 12 個月一次：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>傳統化學法糞便潛血檢測 (gFOBT)</li><li>糞便免疫化學檢測 (FIT)</li></ul> <p>DNA 結腸直腸癌篩檢，每 3 年一次</p> <p>若是結腸直腸癌高風險者，本計畫承保：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>結腸鏡篩檢 (或替代性鋇劑灌腸篩檢)，每 24 個月一次</li></ul> <p>非結腸直腸癌高風險者，本計畫承保：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>結腸鏡篩檢，每 10 年 (120 個月) 一次，但不能在進行過乙狀結腸鏡篩檢的 48 個月之內</li></ul> | <p><i>可能需要事先授權</i></p> <p>可能需要轉介。</p> <p><b>Medicare 承保的結腸直腸癌篩檢檢查</b>無需共同保險金、共付額或自付額。</p> <p><b>Medicare 承保的鋇劑灌腸</b>無需共同保險金、共付額或自付額。</p>                             |
| <p><b>牙科服務</b></p> <p>一般來說，牙科預防服務 (例如洗牙、例行牙科檢查及牙科 X 光) 均不屬於 Original Medicare 承保範圍。</p> <p>本計畫承保：</p> <ul style="list-style-type: none"><li><b>Medicare 承保的牙齒照護</b><br/>承保服務僅限下顎或相關結構的外科手術、下顎或臉骨骨折固位、為了準備下顎腫瘤癌症疾病的放射線治療而進行的拔牙，或當由醫師提供時即屬承保範圍的服務。</li><li><b>預防性牙齒照護</b><br/>承保服務包括：<ul style="list-style-type: none"><li>口腔檢查 — 每年度 2 次</li></ul></li></ul>  | <p><i>可能需要事先授權</i></p> <p>可能需要轉介。</p> <p><b>Medicare 承保服務</b><br/>Medicare 承保的牙科服務每次支付共付額 \$0。</p> <p><b>預防性服務</b><br/><u>網絡內及網絡外：</u><br/>每年度您為預防性服務支付自付額 \$35。</p> |



| 為您承保的服務   | 您欲取得這些服務必須支付的費用  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>○ 洗牙 (預防) – 每年度 2 次</li><li>○ 塗氟治療 – 每年度 2 次</li><li>○ 咬翼片 X 光 – 每年度最多 4 次就診</li></ul> <p>若需要承保牙科代碼的完整清單，請上網造訪：<br/><a href="http://ca.healthnetadvantage.com">ca.healthnetadvantage.com</a>。</p> <p>若有關於如何尋找醫療服務提供者、如何提出理賠等問題，或需要其他資訊時，請聯絡我們的牙科會員服務部，電話是 1-866-249-2382 (TTY 使用者請撥打 711)，服務時間為中部標準時間星期一至星期五，上午 7:00 至晚上 10:00。</p> <p>支付額外保費，可享其他牙科福利。如需更多資訊，請參閱本章第 2.2 節。</p> | <p>口腔檢查每次支付共付額 \$0。</p> <p>每次洗牙支付共付額 \$0。</p> <p>您需為每項塗氟治療支付共付額 \$0。</p> <p>每次看診咬翼片 X 光支付共付額 \$0。</p> <p>預防服務每年度的網絡內和網絡外計畫福利上限為 \$500。您需負擔超過福利上限的金額。</p> |
| <p> <b>憂鬱症篩檢</b></p> <p>我們每年承保一次憂鬱症篩檢。篩檢必須在可提供追蹤治療和 (或) 轉介的主要照護環境下進行。</p>  | <p><i>可能需要事先授權</i></p> <p>可能需要轉介。</p> <p>年度憂鬱症篩檢看診無需共同保險金、共付額或自付額。</p>   |
| <p> <b>糖尿病篩檢</b></p> <p>如果您具備以下其中一項危險因子，我們承保此項篩檢 (包括空腹血糖檢測)：高血壓、膽固醇與三酸甘油酯指數異常之病史 (血脂異常)、肥胖，或是高血糖病史。如果您符合其他規定，例如體重過重及有糖尿病家族病史，檢驗也可能納入承保範圍。</p> <p>根據檢驗結果，您可能就會擁有每 12 個月最高兩次糖尿病篩檢的資格。</p>  | <p><i>可能需要事先授權</i></p> <p>可能需要轉介。</p> <p>Medicare 承保的糖尿病篩檢檢測無需共同保險金、共付額或自付額。</p>   |

## 為您承保的服務

### 糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務與用品

針對所有糖尿病患者 (胰島素和非胰島素使用者)。承保服務包括：

- 用於監測血糖的用品：血糖監測器、血糖試紙、採血針裝置和採血針，以及檢查試紙和監測器是否準確的模擬血糖液。
- 有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者：每年度一雙訂製模壓治療鞋 (包括這類鞋子隨附的鞋墊) 及額外兩雙鞋墊，或一雙鞋身加深的鞋子和三雙鞋墊 (不包括這類鞋子隨附的非訂製可拆卸鞋墊)。承保範圍包括試鞋。
- 糖尿病自我管理訓練在某些情況下可獲得承保。

## 您欲取得這些服務必須支付的費用

*可能需要事先授權*

可能需要轉介。

每項 Medicare 承保的糖尿病用品您需要支付共付額 \$0。

用於監測血糖的用品可能僅限由指定廠商提供的用品。您的 PCP 將協助您安排或協調各項承保服務。

針對 Medicare 承保、適用於罹患嚴重糖尿病足部疾病之糖尿病患者的專用糖尿病治療鞋或鞋墊，您需支付 20% 的共同保險金。

Medicare 承保的糖尿病自我管理訓練無需共同保險金、共付額或自付額。

### 耐用醫療器材 (DME) 與相關用品

(「耐用醫療器材」的定義請參閱本手冊第 12 章)。

承保用品包括但不限於：輪椅、拐杖、動力床墊、糖尿病用品、由醫療服務提供者所訂購居家使用的病床、靜脈輸液幫浦、語音溝通裝置、氧氣設備、噴霧器和助行器。


我們承保由 Original Medicare 承保的所有醫療所必需的 DME。如果我們的供應商在您所在地區不提供特定品牌或廠家，您可以詢問他們是否可為您特別訂購。我們的網站提供最新的供應商清單，網址：[ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com)。

*可能需要事先授權。*

針對 Medicare 承保的 DME 和相關用品，您需支付 20% 的共同保險金。

| 為您承保的服務   | 您欲取得這些服務必須支付的費用  |
|---|--|
| <b>急診照護</b>   | 您需為 Medicare 承保的每次急診室看診支付共付額 \$90。   |
| 急診照護是指符合以下條件的服務：  | 如果您立即住院即不需支付此金額。   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>由有資格提供急診服務的醫療服務提供者所提供，並且</li><li>需要該服務以評估或穩定緊急醫療病況。</li></ul>   | 如果您在網絡外醫院接受急診照護，並且在您的急診病況穩定後需要住院照護，您必須回到網絡內醫院，您的照護才可繼續獲得承保，或者您在網絡外醫院的住院照護必須獲得本計畫的授權，在此情況下，您的費用比照您在網絡內醫院需支付的分攤費用。 |
| 「急診狀況」是指當您或其他具備一般健康醫療知識之審慎非專業人士，認定您的醫療症狀必須即時醫治，才能避免喪失生命、四肢或四肢功能的狀況。醫療症狀包括疾病、受傷、劇痛或迅速惡化的醫療狀況。          |  |
| 在網絡外提供的必要急診服務其分攤費用將比照該等服務在網絡內提供時的情況。  |  |
| 本節中所列的福利適用於美國境內及其領土內的服務。  |  |
| 如需美國境外及其領土外的承保範圍資訊，請參閱本醫療福利表後面的「全球急診/緊急照護承保」部分。   |  |
|  <b>健康與保健教育方案</b>  | 使用護士諮詢專線服務您需要支付共付額 \$0。  |
| <b>護士諮詢專線：</b>  |  |
| 受過訓練的臨床醫護人員將為您提供免付費的電話輔導和護士諮詢。護士諮詢專線每週 7 天、每天 24 小時均可提供健康相關問題協助服務。護士諮詢專線電話號碼顯示在您的會員卡上，您也可以致電會員服務部並轉接。 |  |
| <b>聽力服務</b>   | 可能需要轉介。  |
| 由您的 PCP 或醫療服務提供者所進行、用於判定您是否需要治療的聽力診斷和平衡感評估將比照門診照護的承保方式，但診斷和評估服務必須由醫師、聽力學家或其他合格的醫療服務提供者提供。             | <b>Medicare 承保服務：</b>  |
|   | 您需為每項 Medicare 承保的聽力檢查支付共付額 \$15。  |



| 為您承保的服務   | 您欲取得這些服務必須支付的費用   |
|---|---|
| <p>本計畫亦承保下列例行 (非 Medicare 承保項目) 聽力服務：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 例行聽力檢查：每年度 1 次</li></ul> <p>您必須直接與 Hearing Care Solutions 進行聽力檢查約診。如欲尋找您附近的 Hearing Care Solutions 據點並與 Hearing Care Solutions 醫療服務提供者約診，請致電與 Hearing Care Solutions 聯絡，電話號碼為 1-866-344-7756，服務時間為山區時間週一至週五，早上 6:00 至下午 6:00 (TTY：711，聽力和言語障礙人士協助熱線)。</p> | <p><b>例行聽力服務：</b></p> <p>您需為每項年度例行聽力檢查支付共付額 \$15。</p>   |
| <p> <b>HIV 篩檢</b></p> <p>對要求做 HIV 篩檢檢測或感染 HIV 風險增高的人士，本計畫承保：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 每 12 個月一次篩檢檢查</li></ul> <p>對懷孕婦女，我們承保：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 懷孕期間最多三次篩檢檢查</li></ul>   | <p><i>可能需要事先授權</i></p> <p>可能需要轉介。</p> <p>符合資格的會員無需為 Medicare 承保的 HIV 預防篩檢支付共同保險金、共付額或自付額。</p> |
| <p><b>居家照護機構照護</b></p> <p>在接受居家醫療照護服務前，醫師必須證明您需要居家醫療照護服務並開具醫囑，要求由居家照護機構提供居家醫療照護服務。您必須是被侷限於家中的人士，這意味著離開家是件費力的事情。</p> <p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 兼職或暫時性的特護療養和居家健康助理服務 (您的特護療養和居家健康助理服務時間合計每天必須少於 8 小時，且每週必須少於 35 小時，才可納入居家健康照護福利的承保範圍)</li><li>• 物理治療、職能治療與言語治療</li><li>• 醫療及社會服務</li><li>• 醫療器材與用品</li></ul> | <p><i>可能需要事先授權。</i></p> <p>可能需要轉介。</p> <p>Medicare 承保的居家醫療照護出診每次支付共付額 \$0。</p>                |

## 為您承保的服務

### 安寧照護

您可以從任何經 Medicare 認證的安寧照護方案取得照護。如果醫師和安寧照護醫療主任已確診您的末期病況，證明您患有末期疾病且按照您疾病正常的病程發展，您的壽命只剩下 6 個月或以下，則您將有資格獲得安寧照護福利。您的安寧照護醫師可以是網絡內醫療服務提供者或網絡外醫療服務提供者。

承保服務包括：

- 控制症狀與舒緩疼痛的藥品
- 短期喘息照護
- 居家照護

針對安寧照護服務以及 Medicare A 部分或 B 部分承保並與您的末期病況有關的服務：Original Medicare (而非本計畫) 將會給付與您的末期病況有關的安寧照護服務及任何 A 部分與 B 部分服務。當您使用安寧照護方案時，您的安寧照護提供者將會把 Original Medicare 應給付服務的帳單寄給 Original Medicare。

針對 Medicare A 部分或 B 部分承保並與您的末期病況無關的服務：如果您需要屬於 Medicare A 部分或 B 部分承保範圍且與您末期病況無關的非急診、非緊急需求服務，您的服務費用將取決於您是否使用本計畫網絡內的醫療服務提供者：


- 如果您從網絡內醫療服務提供者處取得承保服務，您僅需支付網絡內服務的計畫分攤費用
- 如果您從網絡外醫療服務提供者處取得承保服務，則您需根據 Medicare (Original Medicare) 按服務付費的規定支付分攤費用

對於本計畫承保但 Medicare A 部分或 B 部分不予承保的服務：本計畫將繼續承保屬於計畫承保範圍但 A 部分或 B 部分不予承保的服務，不論其是否與您的末期病況有關。您將為這些服務支付計畫分攤費用額。

## 您欲取得這些服務必須支付的費用

當您參加 Medicare 認證的安寧照護方案時，與您的末期病況有關的安寧照護服務及 A 部分與 B 部分服務將由 Original Medicare 給付，而非由本計畫給付。

醫師服務分攤費用可能適用於安寧照護諮詢服務。有關分攤費用的資訊，請參閱本表的「醫師/執業人員服務」一節。

| 為您承保的服務  | 您欲取得這些服務必須支付的費用  |
|--|--|
| <p><u>針對可能可獲得本計畫 D 部分福利承保的藥品</u>：不論在何種情況下，藥品均不會同時獲得安寧照護及本計畫的承保。如需更多資訊，請參閱第 5 章第 9.4 節 (如果您接受了經 Medicare 認證的安寧照護怎麼辦?)。</p> <p><b>注意：</b>如果您需要的是非安寧照護 (與末期病況無關的照護)，您應與我們聯絡以安排服務。</p> <p>本計畫為尚未選擇安寧照護福利之末期疾病患者承保安寧照護諮詢服務 (僅限一次)。</p>  |  |
| <p> <b>免疫接種</b></p> <p>Medicare B 部分承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 肺炎疫苗</li><li>• 流感疫苗，每次秋季和冬季的流感季節各一次，如為醫療所必需，可注射額外的流感疫苗</li><li>• B 型肝炎疫苗 (如果您是 B 型肝炎中高風險者)</li><li>• 如果您有罹病風險且其他疫苗符合 Medicare B 部分承保規定，則其他疫苗也納入承保</li></ul> <p>D 部分處方藥福利所涵蓋的一些疫苗也納入我們的承保範圍。</p> | <p>有些 B 部分藥品須取得事先授權才屬於承保範圍。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>Medicare 承保的肺炎、流感及 B 型肝炎疫苗無需共同保險金、共付額或自付額。</p> <p>針對 Medicare 承保的其他疫苗 (如果您有罹病風險且這些疫苗符合 Medicare B 部分的承保規定)，請參閱此表中的 Medicare B 部分處方藥一節，瞭解適用的分攤費用。</p> |
| <p><b>住院照護</b></p> <p>包含急性病症住院、住院復健、長期照護醫院以及其他類型的住院服務。住院照護是從您經醫師安排正式住院的當天開始算起。您出院的前一天即是您住院的最後一天。</p> <p>每次 Medicare 承保的住院或入院，沒有承保天數的限制。</p> <p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 雙人病房 (若是醫療所必需則承保單人病房)</li></ul>   | <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>對於 Medicare 承保的住院，每次住院：</p> <p>第 1 天到第 4 天：您每日需支付共付額 \$335。</p>   |

## 為您承保的服務

- 膳食，包括特殊飲食
- 例行護理服務
- 特殊照護病房 (例如加護病房或冠心病照護病房) 的費用
- 藥品和藥物
- 化驗
- X 光和其他放射線服務
- 必需的外科和醫療用品
- 用具的使用，例如：輪椅
- 手術室和恢復室費用
- 物理、職能及言語治療
- 物質濫用住院服務
- 在某些情況下，下述類型的移植屬承保範圍：角膜、腎臟、腎臟－胰臟、心臟、肝臟、肺臟、心臟/肺臟、骨髓、幹細胞以及小腸/多重器官。如果您需要移植，我們將安排一個 Medicare 核准的移植中心審查您的病例，以決定您是否適合移植。移植醫療服務提供者可能在當地或在服務區外。如果網絡內移植服務位於社區照護範圍外，則只要您當地的移植醫療服務提供者願意接受 Original Medicare 的費率，您即可選擇前往當地醫療服務提供者處接受移植。如果本計畫在您社區的照護範圍外的地點提供移植服務，而您選擇在該地點接受移植，則我們會為您及陪伴您前往的人士 (限一位) 安排適當的住宿和交通運輸或為您支付相關費用。
- 血液 — 包括儲存和輸血。全血與濃縮紅血球從您需要的第一品脫血液開始承保。所有其他血液元素從使用的第一品脫開始承保。
- 醫師服務



**注意：**如果您是住院病患，必須由您的醫療服務提供者書寫入院許可單。即便您在醫院過夜，仍然可能視同為「門診」。如果您不確定自己是住院病患還是門診病患，請詢問醫院工作人員。


## 您欲取得這些服務必須支付的費用

第 5 天及之後：您每日需支付共付額 \$0。

如果您在網絡外醫院接受急診照護，並且在您的急診病況穩定後需要住院照護，您必須回到網絡內醫院，您的照護才可繼續獲得承保，或者您在網絡外醫院的住院照護必須獲得本計畫的授權，在此情況下，您的費用比照您在網絡內醫院需支付的分攤費用。

| 為您承保的服務  | 您欲取得這些服務必須支付的費用  |
|--|--|
| <p>您亦可查詢 Medicare 的《您是住院病患還是門診病患？如果您有 Medicare — 歡迎詢問！》資訊簡介您可於網站上檢視此資訊簡介 <a href="https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> 或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。<br/>TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。您可撥打這些免費電話，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。</p> |  |
| <p><b>住院心理健康照護</b></p> <p>承保服務包括需要住院的心理健康照護服務。</p> <p>住院心理健康服務，我們的計畫承保達 90 天。</p> <p>在精神科醫院提供的住院心理健康服務有 190 天的終身上限。190 天上限並不適用於在一般醫院精神科病房提供的心理健康服務。如果您在投保本計畫之前已經使用部分 190 天 Medicare 終身福利，您只有權取得終身天數扣除該計畫福利中已使用天數後的剩餘天數。</p>  | <p><i>可能需要事先授權。</i></p> <p>對於 Medicare 承保的住院，每次住院：</p> <p>您需支付共付額 \$900。</p> <p>如果您在急診病況穩定後獲得授權於網絡外醫院接受住院照護，那麼您的費用比照您在網絡內醫院需支付的分攤費用。</p>     |
| <p><b>住院照護：在醫院或是 SNF 非承保住院期間接受的承保服務</b></p> <p>如果您的住院福利已經用盡，或住院無合理性與必要性，我們將不會承保您的住院。不過，在有些情況下，我們還是會承保您在醫院或特護療養機構 (SNF) 住院時所接受的某些服務。承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 醫師服務</li><li>• 診斷檢測 (例如化驗)</li><li>• X 光、鐳放射治療以及同位素治療，包括技師準備的材料和提供的服務</li><li>• 外科敷料</li><li>• 夾板、固定用石膏，以及其他用來減輕骨折和脫臼的裝置</li></ul>  | <p><i>可能需要事先授權。</i></p> <p>可能需要轉介。</p> <p>所列服務將可繼續獲得承保，並按福利表中顯示的特定服務分攤費用額收費。</p> <p>提供特定服務時，針對 Medicare 承保的醫療用品，包括固定用石膏和夾板，您必須支付適用的分攤費用。</p> |

| 為您承保的服務   | 您欲取得這些服務必須支付的費用   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 取代某體內器官 (包括相鄰組織) 的全部或部分，或取代永久失能或失常的體內器官全部或部分機能的義體和矯正裝置 (假牙除外)，包括替換或修復這類裝置</li><li>• 腿部、手臂、背部和頸部用支架；疝氣帶以及腿部義肢、手臂義肢和義眼，包括因斷裂、磨損、喪失或病患身體狀況改變所需的調整、修復和置換</li><li>• 物理治療、言語治療與職能治療</li></ul>   |   |
| <p> <b>醫療營養治療</b></p> <p>此福利適用於糖尿病、腎臟病 (但未洗腎) 或接受過腎臟移植的病患，但需經您醫師的轉介。</p> <p>您接受 Medicare (包括我們的計畫、任何其他 Medicare Advantage 計畫或是 Original Medicare) 所提供的醫療營養治療服務時，首年期間我們承保 3 小時的一對一諮詢服務，之後每年則為 2 小時。如果您的病況、治療或診斷結果有所改變，在醫師的轉介下，您接受治療的時數可能可以增加。如果您的治療需要持續至下個年度，醫師必須每年開立一次這些服務的處方並更新其轉介內容。</p> | <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>符合資格的受益人無需為 Medicare 承保的醫療營養治療服務支付共同保險金、共付額或自付額。</p> |
| <p> <b>Medicare 糖尿病預防方案 (MDPP)</b></p> <p>所有 Medicare 的健康計畫皆承保 MDPP 服務給符合資格的 Medicare 受益人。</p> <p>MDPP 是藉由有組織的介入改變健康行為，提供長期飲食改變的實際訓練、增加身體活動量和制定策略解決問題以達成持續減重和克服健康生活模式的挑戰。</p>  | <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>此 MDPP 福利無需共同保險金、共付額或自付額。</p>                        |
| <p><b>Medicare B 部分處方藥</b></p> <p>這些藥品屬於 Original Medicare B 部分的承保範圍。本計畫會員透過本計畫取得這些藥品承保。承保藥品包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 通常不是病患自行施用或自行注射，而是於接受醫師、醫院門診或門診外科手術中心服務時注射或輸注的藥品</li></ul>  | <p>可能需要事先授權。</p> <p>針對 Medicare 承保的 B 部分藥品，您需支付 20% 的共同保險金。</p>                         |

| 為您承保的服務   | 您欲取得這些服務必須支付的費用                                  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 您使用本計畫授權的耐用醫療器材 (例如噴霧器) 施用的藥品</li><li>• 血友病患者自行注射的凝血因子</li><li>• 免疫抑制藥品 (如果在您進行器官移植時已投保 Medicare A 部分)</li><li>• 骨質疏鬆注射藥品 (如果您無法離開家、醫師證明您的骨折與停經後骨質疏鬆有關，且您無法自行施用藥品)</li><li>• 抗原</li><li>• 某些口服抗癌藥品和抗噁心藥品</li><li>• 部分居家洗腎藥品，包括肝素、肝素解毒劑 (醫療所必需時)、局部麻醉劑、紅血球生成刺激劑 (例如 Epopoetin<sup>®</sup>、Procrit<sup>®</sup>、Epoetin Alfa、Aranesp<sup>®</sup> 或 Darbepoetin Alfa)</li><li>• 免疫球蛋白靜脈注射劑，供原發性免疫缺乏病患居家治療之用</li></ul> | <p>您需為 Medicare 承保的 B 部分化療藥品支付 20% 的共同保險金。</p>   |
| <p>下列連結將會前往依規定可能須採用階段療法的 B 部分藥品清單：<a href="http://ca.healthnetadvantage.com/reference-documents.html">ca.healthnetadvantage.com/reference-documents.html</a>。</p>   |  |
| <p>第 5 章說明 D 部分處方藥福利，包括您若要取得處方藥承保所必須遵循的規定。您透過本計畫取得 D 部分處方藥所需支付的費用列於第 6 章。</p>   |  |
| <p> 為促進持續減重效果的肥胖篩檢與治療</p>  | <p>可能需要事先授權。</p>                                 |
| <p>如果您的體質指數為 30 或以上，我們承保幫助您減重的密集諮詢。如果您是在能協調您綜合性預防計畫的基層醫療環境下獲得服務，則該諮詢為承保服務。請徵詢您的主治醫師或執業人員以瞭解詳情。</p>  | <p>可能需要轉介。</p> <p>肥胖症預防篩檢及治療無需共同保險金、共付額或自付額。</p> |

| 為您承保的服務  | 您欲取得這些服務必須支付的費用  |
|--|--|
| <p><b>鴉片類藥物治療服務</b></p> <p>使用鴉片類藥品疾病治療服務屬於 Original Medicare B 部分的承保範圍。本計畫會員透過本計畫取得這些藥品承保。承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 經 FDA 核准的鴉片類催動劑和拮抗劑治療藥物，以及這些藥物的配發和給藥 (如適用)。</li><li>• 藥物使用諮詢</li><li>• 個人和團體治療</li><li>• 毒物學檢測</li></ul>   | <p><i>可能需要事先授權。</i></p> <p>如為團體治療，您為每項 Medicare 承保的鴉片類藥物治療支付共付額 \$15。</p> <p>如為個人治療，您為每項 Medicare 承保的鴉片類藥物治療支付共付額 \$15。</p>  |
| <p><b>門診診斷檢測及治療服務與用品</b></p> <p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• X 光</li><li>• 放射線治療 (鐳和同位素)，包括技師準備的材料和提供的服務</li><li>• 外科用品，例如敷料</li><li>• 夾板、固定用石膏，以及其他用來減輕骨折和脫臼的裝置</li><li>• 化驗</li><li>• 血液 — 包括儲存和輸血。全血與濃縮紅血球從您需要的第一品脫血液開始承保。所有其他血液元素從使用的第一品脫開始承保。</li><li>• 其他門診診斷檢測 (包括如 CT、MRI、MRA、SPECT 等複雜檢測)</li><li>• 心電圖 (EKG) 檢測</li></ul> | <p><i>可能需要事先授權。</i></p> <p>可能需要轉介。</p> <p>每次 Medicare 承保的 X 光服務您需要支付共付額 \$0。</p> <p>針對 Medicare 承保的治療性放射線服務 (包括技師準備的材料和用品)，您需支付共付額 \$60。</p> <p>提供特定服務時，針對 Medicare 承保的醫療用品，包括固定用石膏和夾板，您必須支付適用的分攤費用。</p> <p>每次 Medicare 承保的化驗服務您需要支付共付額 \$0。</p> <p>每次 Medicare 承保的血液和血液服務您需要支付共付額 \$0。</p> <p>每次 Medicare 承保的診斷程序與檢測您需要支付共付額 \$0。</p> |



## 為您承保的服務

## 您欲取得這些服務必須支付的費用

針對 Medicare 承保的複雜放射診斷服務，您須支付共付額 \$60。

對於「歡迎投保 Medicare」預防看診後的 EKG，您需要支付共付額 \$0。

如果除了門診診斷程序、檢測及化驗服務之外，醫師還為您提供其他服務，另外的分攤費用可能適用。

## 醫院門診服務

觀察服務是醫院的一項門診服務，用於確定您是否需要住院或可以出院。

承保的門診醫院觀察服務必須符合 Medicare 標準，並被認為是合理且必要。僅當由醫師或經州執照法授權的其他人士和醫院員工依法要求，以接收病患住院或開立門診檢測單時，所提供的觀察服務才將獲得承保。

**注意：**除非醫療服務提供者書寫入院許可單准許您住院，否則您仍是門診病患且必須支付門診醫院服務的分攤費用。即便您在醫院過夜，仍然可能視同為「門診」。如果您不確定自己是否是門診病患，請詢問醫院工作人員。

您亦可查詢 Medicare 的《您是住院病患還是門診病患？如果您有 Medicare — 歡迎詢問！》資訊簡介您可於網站上檢視此資訊簡介 <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf> 或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。您可撥打這些免費電話，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。

*可能需要事先授權。*

在門診醫院機構看診期間，針對 Medicare 承保的觀察服務，您每次需支付共付額 \$275。

在急診室看診期間，針對 Medicare 承保的觀察服務，您每次需支付共付額 \$90。

## 為您承保的服務

## 您欲取得這些服務必須支付的費用

### 醫院門診服務

可能需要事先授權。

您在醫院門診部門為診斷或治療疾病或受傷而接受的醫療所必需服務，本計畫均會承保。

可能需要轉介。

承保服務包括但不限於：

您遵照本醫療福利表，為特定服務支付適用的分攤費用。

- 急診部門或門診診所之服務，例如：觀察服務或門診手術
- 醫院的化驗與診斷檢測帳單
- 心理健康照護，包括部分住院計畫之照護，只要醫師證明不接受此照護就必須要住院治療
- 醫院的 X 光和其他放射線服務帳單
- 醫療用品，例如夾板和固定用石膏
- 您無法自行給藥的特定藥品與生物製劑

提供特定服務時，針對 Medicare 承保的醫療用品，包括固定用石膏和夾板，您必須支付適用的分攤費用。

**注意：**除非醫療服務提供者書寫入院許可單准許您住院，否則您仍是門診病患且必須支付門診醫院服務的分攤費用。即便您在醫院過夜，仍然可能視同為「門診」。如果您不確定自己是否是門診病患，請詢問醫院工作人員。

您亦可查詢 Medicare 的《您是住院病患還是門診病患？如果您有 Medicare — 歡迎詢問！》資訊簡介您可於網站上檢視此資訊簡介

<https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf> 或撥打

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。您可撥打這些免費電話，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。

### 門診心理健康照護

可能需要事先授權。


承保服務包括：


由取得州政府執照的精神科醫師或醫師、臨床心理醫師、臨床社工、臨床專科護士、執業護理師、醫師助理、或其他合格的 Medicare 心理健康照護專業人士在適用州法律許可的範圍內所提供的心理健康服務。

針對 Medicare 承保的個人或團體治療看診，您每次需支付共付額 \$15。

| 為您承保的服務   | 您欲取得這些服務必須支付的費用  |
|---|--|
| <p><b>門診復健服務</b></p> <p>承保服務包括：物理治療、職能治療及語言治療。</p> <p>門診復健服務由各種門診機構，例如：醫院門診部門、獨立治療師診所以及綜合門診復健機構 (CORF) 提供。</p>  | <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>您需為 Medicare 承保的職能治療看診每次支付共付額 \$20。</p> <p>您需為 Medicare 承保的物理治療看診每次支付共付額 \$20。</p> <p>您需為 Medicare 承保的語言治療看診每次支付共付額 \$20。</p> |
| <p><b>門診藥物濫用服務</b></p> <p>承保服務包括：</p> <p>由醫師、臨床心理醫師、臨床社工、臨床專科護士、執業護理師、醫師助理或其他合格的 Medicare 心理健康照護專業人士或方案在適用州法律許可的範圍內所提供的物質濫用障礙服務，例如個人和團體治療。</p>                          | <p>可能需要事先授權。</p> <p>針對 Medicare 承保的個人治療看診，您每次需支付共付額 \$15。</p> <p>針對 Medicare 承保的團體治療看診，您每次需支付共付額 \$15。</p>   |
| <p><b>門診外科手術，包括在醫院門診機構和門診外科手術中心提供的服務</b></p> <p><b>注意：</b>如果您打算在醫院接受手術，應詢問您的醫療服務提供者您是住院病患還是門診病患。除非醫療服務提供者書寫入院許可單准許您住院，否則您仍是門診病患且必須支付門診手術的分攤費用。即便您在醫院過夜，仍然可能視同為「門診」。</p> | <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>您需為 Medicare 承保的門診醫院機構看診每次支付共付額 \$275。</p> <p>您需為 Medicare 承保的門診外科手術中心看診每次支付共付額 \$100。</p>                                    |

| 為您承保的服務   | 您欲取得這些服務必須支付的費用  |  |                                       |   |                            |
|---|--|--|---------------------------------------|---|----------------------------|
| <b>部分住院服務</b>   | <i>可能需要事先授權。</i>   |  |                                       |   |                            |
| <p>「部分住院」是一項在醫院門診環境下或由社區心理健康中心所提供的結構化積極心理治療方案，「部分住院」治療比您在醫師或治療師的診所接受的照護更為密集，是住院的替代方案之一。</p>   | <p>您每日需為 Medicare 承保的部分住院服務支付共付額 \$0。</p>                              |  |                                       |   |                            |
| <b>醫師/執業人員服務，包括醫師看診</b>   | <i>本節中的某些服務可能需要事先授權，包括但不限於專業人士手術服務、專科醫師服務、Medicare 承保的牙科服務和其他門診服務。</i> |  |                                       |   |                            |
| 承保服務包括：   | 可能需要轉介。  |  |                                       |   |                            |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 在醫師診間、經認證的門診外科手術中心、醫院門診部或任何其他地點所提供之醫療所必需的醫療照護或外科手術服務</li><li>• 專科醫師的諮詢、診斷和治療</li><li>• 由您的 PCP 或專科醫師所執行的基礎聽力和平衡檢查，如果您的醫師為了確認您是否需要醫療治療而安排此檢查</li><li>• 某些遠距醫療服務包含醫師或執業人員對於特定農村地區或 Medicare 核准的其他地點中的病患提供的諮詢、診斷和治療</li><li>• 在醫院或偏遠地區特約醫院洗腎中心、洗腎機構或會員家中，為居家洗腎會員的每月末期腎臟病相關看診提供的遠距醫療服務</li><li>• 用於診斷、評估或治療急性腦中風症狀的遠距醫療服務</li><li>• 簡短虛擬溝通問診 (例如：透過電話或視訊聊天)，與您的醫師進行 5 至 10 分鐘的溝通問診 (如果您是舊病患並且虛擬溝通問診與過去 7 天內的看診無關，也不會造成接下來 24 小時內須到診間看診或進行即將到來的約診)</li><li>• 傳送給醫師的預錄視訊和 (或) 影像的遠距評估，包括您的醫師的判讀和 24 小時內的追蹤 (如果您是舊病患並且遠距評估與過去 7 天內的看診無關，也不會造成接下來 24 小時內須到診間看診或進行即將到來的約診)</li></ul> | <p>您需為 Medicare 承保的 PCP 看診每次支付共付額 \$10。</p>                            | <p>您需為 Medicare 承保的專科醫師看診每次支付共付額 \$15。</p> | <p>Medicare 承保的牙科服務看診每次支付共付額 \$0。</p> | <p>提供特定服務時，針對在經認證的門診外科手術中心、醫院門診部或任何其他地點所提供的醫療所必需之外科手術服務，您必須支付適用的分攤費用。</p> | <p>根據提供的服務可能需要支付額外共付額。</p> |

| 為您承保的服務  | 您欲取得這些服務必須支付的費用  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 您的醫師透過電話、網際網路或電子健康紀錄評估與其他醫師所進行的諮詢 (如果您是舊病患)</li><li>• 外科手術前由其他網絡內醫療服務提供者提供的第二意見諮詢</li><li>• 非例行牙科照護 (承保服務僅限下顎或相關結構的外科手術、下顎或臉骨骨折固位、為了準備下顎腫瘤癌症疾病的放射線治療而進行的拔牙，或當由醫師提供時即屬承保範圍的服務)</li></ul>                                    |  |
| <p><b>足科服務</b></p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 診斷及醫療或外科治療足部受傷與疾病 (例如槌狀趾或足跟骨刺)。</li><li>• 為罹患某些影響下肢之醫療狀況的會員所提供的例行足部照護</li></ul> <p>本計畫也承保：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 每年度最高可達 6 次例行性 (非 Medicare 承保範圍內) 足科看診。</li></ul> | <p>可能需要轉介。</p> <p>您需為 Medicare 承保的足科看診每次支付共付額 \$15。</p> <p>您需為每次例行足科看診支付共付額 \$15。</p>          |
| <p> <b>前列腺癌篩檢檢查</b></p> <p>適用於年滿 50 歲以上之男性的承保服務包括 (每 12 個月一次)：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 直腸指診</li><li>• 前列腺特異性抗原 (PSA) 檢測</li></ul>                           | <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>年度直腸指診無需共同保險金、共付額或自付額。</p> <p>年度 PSA 檢測無需共同保險金、共付額或自付額。</p> |

| 為您承保的服務  | 您欲取得這些服務必須支付的費用  |
|--|--|
| <b>義體裝置和相關用品</b>   | <i>可能需要事先授權。</i>   |
| <p>用於取代所有或某身體部位或身體機能的裝置 (假牙除外)。包括但不限於：與直腸造口照護直接相關的直腸造口袋與用品、起搏器、支架、義肢鞋、義肢及義乳 (包括用於乳房切除術後的外科胸罩)。包括與義體裝置相關的部分用品以及義體裝置的修復和 (或) 替換。另也包括白內障摘除手術或白內障外科手術後的一些承保項目 — 請參閱本節後面的「視力照護」，瞭解更多詳細資訊。</p> | <p>針對 Medicare 承保的義體裝置，您需支付 20% 的共同保險金。</p> <p>針對 Medicare 承保的義體裝置相關醫療用品，您需支付共付額 \$0。</p> <p>針對 Medicare 承保的靜脈和腸道相關用品及營養物，您需支付 20% 的共同保險金。不承保可以管灌和搭配腸胃道灌食系統使用的嬰兒食品和其他一般食品，或任何額外的營養補充品 (例如：為確保每日蛋白質攝取的補充品)。</p> |
| <b>肺部復健服務</b>  | <i>可能需要事先授權。</i>   |
| <p>對於患有中度至非常嚴重的慢性阻塞性肺病 (COPD)，並經由治療慢性呼吸疾病的醫師轉介進行肺部功能復健的會員，綜合肺部功能復健服務方案可獲得承保。</p>   | <p>可能需要轉介。</p> <p>Medicare 承保的肺部復健服務看診每次支付共付額 \$0。</p>   |
|  <b>減少酒精誤用之篩檢及諮詢</b>  | <i>可能需要事先授權。</i>   |
| <p>本計畫為持有 Medicare 並誤用酒精 (但非依賴酒精成性) 的成人 (包括孕婦) 承保一次酒精誤用篩檢。</p> <p>如果您的酒精誤用篩檢結果呈陽性，您每年可獲得最多 4 次、由合格主治醫師或執業人員在基層醫療環境下所提供的短時間面對面諮詢會談 (條件是您必須有能力接受諮詢並在過程中保持神智清醒)。</p>                        | <p>可能需要轉介。</p> <p>Medicare 承保的減少酒精誤用篩檢及諮詢預防福利無需共同保險金、共付額或自付額。</p>  |

## 為您承保的服務

## 您欲取得這些服務必須支付的費用

### 透過低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 進行的肺癌篩檢

針對合格人士，LDCT 每 12 個月可獲得一次承保。

**具資格會員的條件為：**年齡介於 55 至 77 歲之間沒有肺癌徵兆或症狀但有至少 30 包年數的抽煙史，且目前有在抽煙或已在最近 15 年內戒煙；或在肺癌篩檢諮詢及共同決策看診期間獲得 LDCT 的書面醫囑而該看診符合 Medicare 對此類看診所設定的標準，且此書面醫囑為醫師或合格非醫師執業人員提供。

*初步 LDCT 篩檢後的 LDCT 肺癌篩檢：*會員必須獲得 LDCT 肺癌篩檢的書面醫囑，該醫囑可在任何適當看診期間由醫師或合格非醫師執業人員提供。如果醫師或合格非醫師執業人員選擇為後續的 LDCT 肺癌篩檢提供肺癌篩檢諮詢及共同決策看診，則該看診必須符合 Medicare 對此類看診所設定的標準。

可能需要事先授權。

可能需要轉介。

Medicare 承保的 LDCT 諮詢及共同決策看診無需共同保險金、共付額或自付額。

### 性傳染病 (STI) 篩檢及 STI 預防諮詢

我們承保性傳染病 (STI) 的篩檢，包括衣原體、淋病、梅毒及 B 型肝炎。若這些篩檢由主治醫師開具檢測醫囑，則對孕婦及有感染 STI 風險的某些人士屬承保範圍。這些檢測每 12 個月一次或在孕期的特定時間均屬承保範圍。

針對有性生活且屬 STI 高感染風險的成人，我們亦承保每年最多 2 次、每次 20 至 30 分鐘的高度密集面對面行為輔導。我們會比照預防服務承保這些諮詢面談，但條件是這些諮詢面談僅能由主治醫師在基層醫療環境下 (如醫師診室) 提供。

可能需要事先授權。

可能需要轉介。

Medicare 承保的 STI 篩檢及 STI 諮詢預防福利無需共同保險金、共付額或自付額。

## 為您承保的服務

## 您欲取得這些服務必須支付的費用

### 治療腎臟疾病的服務

承保服務包括：

- 腎臟病教育服務教導腎臟照護並協助會員在資訊充足的情況下針對其照護作出決定。適用第四期慢性腎臟病會員，當由其醫師轉介時，本計畫承保最多終身六堂腎臟疾病教育服務課程
- 門診洗腎治療 (包括暫時在服務區域外的洗腎治療，如第 3 章的說明)
- 住院洗腎治療 (如果您是以住院病患身分住院接受特殊照護)
- 自行洗腎訓練 (包括訓練您和協助您的人士進行居家洗腎治療)
- 居家洗腎器材和用品
- 某些居家支援服務 (例如：在必要的時候，受過訓練的洗腎工作人員可進行家訪，查看您的居家洗腎情況、協助緊急情況，並檢查您的洗腎器材和供水)

您的 Medicare B 部分藥品福利承保特定洗腎用藥品。如需更多有關 B 部分藥品承保範圍的資訊，請參閱「Medicare B 部分處方藥」一節。

可能需要轉介。

您需為 Medicare 承保的洗腎服務看診支付 20% 的共同保險金。

您需為 Medicare 承保的腎臟疾病教育服務支付共付額 \$0，每人終身最多 6 堂課。

### 特護療養機構 (SNF) 照護

(如需瞭解「特護療養機構照護」的定義，請參閱本手冊的第 12 章。特護療養機構有時簡稱為「SNF」)。

您每福利期間可獲得的承保天數是 100 天。入住 SNF 前不需要有住院紀錄。

承保服務包括但不限於：

- 雙人病房 (若是醫療所必需則承保單人病房)
- 膳食，包括特殊飲食
- 特護療養服務
- 物理治療、職能治療與言語治療
- 根據您的照護計畫對您投予的藥物 (這些藥物包括原本就存在於您體內的物質，例如凝血因子)。

可能需要事先授權。

您從第 1 日至第 20 日，每日需為 SNF 照護支付共付額 \$0。

您從第 21 日至第 100 日，每日需為 SNF 照護支付共付額 \$75。

您支付 100 天後的每天所有費用。

福利期間由住院或進入特護療養機構的第一日起算。並在您已連續 60 天未在 SNF 接受任何特護照護時結束。



## 為您承保的服務

- 血液 — 包括儲存和輸血。全血與濃縮紅血球從您需要的第一品脫血液開始承保。所有其他血液元素從使用的第一品脫開始承保。
- 通常由 SNF 提供的醫療和外科用品
- 通常由 SNF 提供的化驗
- 通常由 SNF 提供的 X 光和其他放射線服務
- 使用通常由 SNF 提供的用具，例如：輪椅
- 醫師/執業人員服務

一般而言，您會從網絡內機構取得您的 SNF 照護。然而在下列某些情況下，如果某非網絡內醫療服務提供者的機構接受了本計畫的給付金額，則在使用該機構時，您可能可支付網絡內的分攤費用。

- 在您到醫院之前所住的療養院或持續照護退休社區 (只要它提供特護療養機構照護)。
- 您的配偶在您離開醫院時所住的 SNF。

## 戒煙 (戒煙諮詢)

如果您抽煙，但沒有抽煙相關疾病的病徵或症狀：我們在 12 個月期間承保兩次的戒煙諮詢，該服務是預防服務，您無需付費。每次諮詢均包括最多四次的面對面看診。

如果您有抽煙並經診斷患有抽煙相關疾病，或是您因抽煙緣故而服用藥物：我們承保戒煙諮詢服務。我們在 12 個月期間承保兩次的戒煙諮詢，不過您必須支付適用的分攤費用。每次諮詢均包括最多四次的面對面看診。

您可透過我們的電話和網上戒煙方案額外獲得 4 次撥出電話輔導。此方案透過一對一支援戒煙輔導，提供個人化方法。該方案也能著重於戒掉電子煙或電子雪茄的使用。您也可以不限次數主動致電戒煙輔導員。線上支援包括學習單元、討論論壇、進度追蹤器以及與線上輔導員的聊天功能。如需更多資訊，或要安排面談，請致電 1-800-893-5597。

## 您欲取得這些服務必須支付的費用

如果您在一段福利期間結束後又住進特護療養機構，則新的福利期間便會開始。福利期間沒有次數上限。

*可能需要事先授權。其他戒煙諮詢面談不需要事先授權。*

*可能需要轉介。其他戒煙諮詢面談不需要轉介。*

**Medicare** 承保的戒煙預防福利無需共同保險、共付額或自付額。

每年度您為最多 4 次額外戒煙看診的諮詢面談支付共付額 \$0。

## 為您承保的服務

## 您欲取得這些服務必須支付的費用

### 受監督的運動訓練 (SET)

可能需要事先授權。

承保的 SET 是提供給癥狀性周邊動脈疾病 (PAD) 的會員，或是經由負責 PAD 治療的醫師轉介治療 PAD 者。

可能需要轉介。

如果達到了 SET 方案的要求，最高可在 12 個星期內承保 36 次療程。

Medicare 承保的受監督的運動訓練看診每次支付共付額 \$0。

SET 方案必須要：

- 由持續 30 至 60 分鐘的療程組成，內含提供給不良於行的病患治療 PAD 的運動訓練方案
- 在醫院門診環境或在醫師診所中進行
- 由合格的輔導人員提供，以確保利多於弊，且這些人員都受過治療 PAD 運動治療的教育訓練
- 要直接受到醫師、醫師助理或執業護理師/臨床專科護士的監督，且這些人員都受到基本和進階的生命維持技術的培訓

如果健康照護服務提供者認為是醫療所必需，SET 的承保範圍可從原本的 12 個星期內 36 次療程再增加 36 次療程，而時間上可再延長一段期間。

### 緊急需求服務

針對 Medicare 承保的緊急需求服務看診，您每次需支付共付額 \$15。

緊急需求服務是針對非急診但需立即接受醫療照護的意外醫療疾病、受傷或病症所提供的治療。緊急需求服務可由網絡內醫療服務提供者提供，或當網絡內醫療服務提供者暫時無法提供服務或聯絡不上時，可由網絡外醫療服務提供者提供。

在網絡外提供的必要緊急需求服務其分攤費用將比照該等服務在網絡內提供時的情況。

本節中所列的福利適用於美國境內及其領土內的服務。

如需美國境外及其領土外的承保範圍資訊，請參閱本醫療福利表後面的「全球急診/緊急照護承保」部分。

## 為您承保的服務

### 視力照護

本計畫承保：

#### Medicare 承保服務

- 眼睛疾病和受傷診斷和治療的門診醫師服務，包括治療年齡相關性黃斑變性。Original Medicare 不承保眼鏡/隱形眼鏡例行眼科檢查 (眼睛屈光)。
- 針對青光眼高危險群，本計畫將每年給付一次青光眼篩檢。青光眼高危險群包括有青光眼家族病史的人士、糖尿病患者、年滿 50 歲的非裔美國人以及年滿 65 歲的拉丁裔美國人。
- 針對糖尿病患者，糖尿病視網膜病變篩檢每年可獲得一次承保。
- 每次包含植入人工晶體的白內障外科手術後，提供一副眼鏡或隱形眼鏡 (如您分別接受過兩次白內障外科手術，無法保留第一次手術後所享有之福利，在第二次手術後購買二副眼鏡)。

本計畫也承保：

#### 例行視力檢查

- 每年度一次例行 (非 Medicare 承保項目) 眼科檢查。

您必須前往網絡內視力服務提供者處看診，才能獲得例行視力福利。

日常視力設備不屬於承保範圍。但您若支付額外費用，本計畫也承保日常視力設備。如需更多關於自選附加視力照護服務的資訊，請參閱本章後面第 2.2 節 (您可額外購買的「自選附加」福利)。

## 您欲取得這些服務必須支付的費用

可能需要事先授權。

可能需要轉介。

#### Medicare 承保服務

針對 Medicare 承保的與眼部疾病與病況的診斷和治療有關的眼睛檢查，您每次需支付共付額 \$15。


Medicare 承保的青光眼篩檢無需共同保險金、共付額或自付額。

您需為 Medicare 承保的糖尿病視網膜病變篩檢支付共付額 \$0。

Medicare 承保的白內障術後眼鏡，您需要支付共付額 \$0。

#### 例行視力檢查

您需為每項例行眼睛檢查支付共付額 \$15。

| 為您承保的服務  | 您欲取得這些服務必須支付的費用   |
|--|---|
| <p> 「歡迎投保 Medicare」預防看診</p> <p>本計畫承保此一次性的「歡迎投保 Medicare」預防看診。該看診包括審查您的健康，以及有關您所需的預防服務 (包括特定的篩檢及注射) 之教育和諮詢，如有需要，亦轉介您接受其他照護。</p> <p><b>重要事項：</b>我們僅在您投保 Medicare B 部分的頭 12 個月為您承保「歡迎投保 Medicare」預防看診。當您預約看診時，請告知您醫師的診所您想要預約「歡迎投保 Medicare」預防看診。</p> | <p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>「歡迎投保 Medicare」預防看診無需共同保險金、共付額或自付額。</p>        |
| <p><b>全球急診/緊急照護承保</b></p> <p>全球急診/緊急照護承保。指在美國境外及其領土接受的緊急、突發和穩定後照護。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 限屬於急診、緊急需求照護或穩定後照護範圍內且在美國境內提供的服務。</li><li>• 在使用任何其他方式前往急診室均有可能會危及您健康的情況下，救護服務將可獲得承保。</li><li>• 在美國境外零售藥房取得的 D 部分處方藥不屬於承保範圍。</li><li>• 外地稅款和費用 (包括但不限於匯率換算或交易手續費) 不屬承保範圍。</li></ul>                                  | <p>在美國境外接受的每次全球急診照護、緊急照護和交通服務，您需支付共付額 \$0。</p> <p>全球急診/緊急照護承保的年度上限為 \$50,000。</p> |

## 第 2.2 節 額外購買「自選附加」福利

本計畫提供一些額外福利，這些福利既不屬於 Original Medicare 的承保範圍，也未包含在計畫會員的福利組合中。這些額外福利稱為「自選附加福利」。如果您想要這些自選附加福利，您必須登記並支付額外保費。本節說明的自選附加福利與其他福利須遵守相同的上訴流程。

### 自選附加福利的額外保費

除了您的計畫月保費外，如果您投保自選附加福利計畫，您必須支付額外保費。請見下表，瞭解保費金額及含在自選附加福利計畫中的福利。

如果您選擇了自選附加福利組合，而我們在該月份第 7 個工作日之前沒有收到您的保費，我們將以書面方式通知您，讓您知道您的自選附加福利可能遭終止。

未繳納自選附加福利月保費的會員將會失去附加福利，但其仍會受保於 Medicare Advantage 計畫。

### 承保的自選附加福利

| <b>Health Net Fit 加</b>   |   |
|---|---|
| <b>額外月保費</b>  | <b>\$32</b>   |
| <b>如果您購買此自選附加福利組合，為您提供的承保服務</b>   | <b>您欲取得這些服務必須支付的費用</b>  |
| <b>綜合性牙科服務</b>  |   |
| <p>承保服務包括某些：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 非例行性服務</li> <li>• 診斷性服務</li> <li>• 修復服務</li> <li>• 牙髓病</li> <li>• 牙周病</li> <li>• 拔牙</li> <li>• 義齒補綴，包括假牙、其他口腔/顎顏外科手術和其他服務</li> </ul> <p>如有關於如何尋找醫療服務提供者、如何提出理賠等問題，或需要其他資訊，請致電我們的牙科會員服務部，1-866-249-2382 TTY：服務時間為週一至週五，中部標準時間早上 7 點至晚上 10 點。</p> | <p><u>網絡內和網絡外：</u></p> <p><u>非例行性服務：</u><br/>                     您需為每項非例行服務支付 50% 的共同保險金。</p> <p><u>診斷性服務：</u><br/>                     您需為每項診斷性服務支付共付額 \$0。</p> <p><u>修復服務：</u><br/>                     您需為每項修復服務支付 20% 的共同保險金。</p> <p><u>牙髓病：</u><br/>                     您需為每項牙髓服務支付 50% 的共同保險金。</p> <p><u>牙周病：</u><br/>                     您需為每項牙周病服務支付 50% 的共同保險金。</p> |

|   |   |
|---|---|
|   | <p><u>拔牙</u>：<br/>針您需為每次拔牙支付 50% 的共同保險金。</p> <p><u>義齒補綴，包括假牙、其他口腔/顎顏外科手術和其他服務</u></p> <p>您需為此類別的每項服務支付 50% 的共同保險金。</p> <p>綜合服務每年度的網絡內及網絡外合併計畫福利上限為 \$1,000。您需負擔超過福利上限的金額。</p> |
| <b>例行視力眼鏡</b>   |   |
| <p>本計畫承保：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>每年度限購買 1 副常用眼鏡 (鏡框和鏡片) 或隱形眼鏡。</li></ul>   | <p><b>網絡內和網絡外：</b></p> <p>您需為日常視力設備支付共付額 \$0。</p> <p>每年度的網絡內和網絡外合併計畫福利上限為 \$250。您需負擔超過福利上限的金額。</p>  |
| <b>針灸和例行脊椎推拿治療服務</b>  |   |
| <p>本計畫承保：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>每年度最高可達 30 次例行性 (非 Medicare 承保範圍內) 針灸和脊椎推拿治療看診。</li></ul> <p><i>除網絡內新病患檢查和緊急/急診服務之外，所有服務均需事先授權。任何由網絡外醫療服務提供者提供的服務必須經 American Specialty Health Plans of California, Inc. 事先核准。</i></p> <p><b>承保的針灸服務包括：</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>新病患檢查或舊病患做新病況或新發病期所進行的初步評估方面之檢查</li><li>舊病患檢查 (新檢查的三年內)</li></ul> | <p><b>網絡內</b></p> <p>每次針灸或例行脊椎推拿治療看診，您需支付共付額 \$10。</p> <p><b>網絡外</b></p> <p>您需為針灸或例行脊椎推拿治療看診每次支付 50% 的共同保險金。</p>  |

- 追蹤看診可包括針灸服務和 (或) 重新檢查。
- 使用不同的簽約醫療服務提供者取得第二意見
- 緊急和急診服務

**承保的脊椎推拿治療服務包括：**

- 新病患檢查或舊病患做新病況或新發病期所進行的初步評估方面之檢查
- 舊病患檢查 (新檢查的三年內) 可包括脊椎、關節的脊椎推拿治療、重新檢查和 (或) 其他服務。
- X 光和化驗服務，但必須是由簽約脊椎治療醫師提供或轉介。在新病患或舊病患看診外進行的 X 光和化驗服務會需要評估個人共付額
- 緊急和急診服務

在緊急狀況下，您可能必須先行支付費用給網絡外醫療服務提供者。要求醫療服務提供者先把帳單發給承保單位。如果您被要求為服務付款，請將帳單副本和填妥的理賠表寄至 American Specialty Health Plans of California, Inc.。欲索取理賠表，請致電 1-800-678-9133 (TTY 使用者請撥打 711)，我們的服務時間為週一至週五上午 5:00 到晚上 8:00 以及星期六中午 12:00 到晚上 8:00 (太平洋時間)。填妥的理賠表和帳單應寄至：

American Specialty Health Plans of California, Inc.  
Claims Department  
P.O. Box 509001  
San Diego, CA 92150-9001

**健身福利**

**健身福利 (Silver&Fit® 運動及健康老化方案)**

Silver&Fit 方案是一項運動與健康老化方案，可提供簽約 Silver&Fit 健身機構的免費會籍，或為無法參加健身機構或喜歡在家運動的會員提供 Silver&Fit 居家健身方案的免費會籍。

當您購買此自選附加福利計畫時，您無需為所包含的健身會籍或居家健身套件支付額外費用。

### **健身俱樂部**

Silver&Fit 方案的標準健身俱樂部會籍包含所有包括在您健身俱樂部會籍裡的服務和設施。例如：

- 心血管訓練器材
- 自由重量訓練器材或阻力訓練器材
- 團體運動課程 (如有)
- 若有提供，三溫暖、蒸氣室、泳池和按摩池等設施

不包括任何非標準健身俱樂部服務，這通常需要額外付費。

### **運動中心**

Silver&Fit 方案的標準運動中心會籍通常包括肌力、心血管和 (或) 柔軟度訓練課程，課程項目視運動中心提供的項目而定。

### **居家健身方案**

如果在投保時您選擇參加 Silver&Fit 居家健身方案，每福利年度您可以選擇收到最多兩組下列的健身套件：

Silver&Fit 居家健身方案套件可能包括：

- DVD
- 內含主題相關一般資訊的手冊
- 說明如何開始使用套件用品的「快速入門」指南  
— 此指南可能屬於手冊一部分，也可能另外提供

如果您想註冊 Silver&Fit 居家健身方案，請至以下網址尋找開放註冊的簽約健身房或運動中心：

[SilverandFit.com](http://SilverandFit.com)，或致電客戶服務部取得此資訊，電話為 1-888-797-7757 或 TTY：711，服務時間為星期一至星期五，上午 5:00 至晚上 6:00。(太平洋時間)，假日除外。Silver&Fit 方案是由 American Specialty Health Incorporated 的子公司 American Specialty Health Fitness, Inc. 所提供。

自選附加福利保費、自付額、共付額和共同保險金不適用於承保醫療服務的自費額上限。



## 您要怎麼投保自選附加福利計畫？

在籍會員可以在以下選擇期購買自選附加福利：

- 2019 年 10 月 15 日至 2019 年 12 月 31 日，生效日期為 2020 年 1 月 1 日；
- 2020 年 1 月 1 日起至 2020 年 1 月 31 日，生效日期為 2020 年 2 月 1 日；

如果計畫提供的組合不止一個，已投保自選附加福利的在籍會員也可在此期間改選其他的附加福利組合選項。

新會員必須要在初次投保第一個月結束時才能購買這些自選附加福利。福利於次月 1 號生效。

如要投保，請填寫自選附加福利投保登記表並郵寄至：

Enrollment Services  
Health Net Healthy Heart (HMO) Medicare Programs  
P.O. Box 10420  
Van Nuys, CA 91410-0420

或是傳真至：**1-844-222-3180**。如果您需要自選附加福利投保登記表，您可以撥打本手冊的封底上的會員服務部專線。

## 您要如何退保自選附加福利？

您可隨時從這些自選附加福利退保，並轉回基本的 Medicare Advantage 計畫福利。如欲退保自選附加福利，請寄簽名信函給我們要求退保。您也可以傳真信函至 **1-844-222-3180**。重要的是，您需要聲明您只要求退保自選附加福利。隨後我們將寄給您一封信函，告知您自選附加福利何時終止。該日期即是您自選附加福利的**退保日期**。在大部分情況下，您的退保日期將會是我們收到您終止福利要求的次月 1 號。

例如：如果我們是在 2 月某日收到您的終止福利要求，您的退保日期就是 3 月 1 日。例外情況：如果我們是在 **10 月 15 日至 11 月 30 日期間**收到您的要求，您將可選擇以 **11 月 1 日、12 月 1 日或 1 月 1 日**作為您的退保生效日期。如果您未選擇生效日期，您的退保將於我們收到您終止福利要求的次月 1 號生效。請謹記，在您等待自選附加福利終止的期間，您仍能以計畫會員的身分享用這些福利，直到退保生效日期為止。

您若是退保自選附加福利，就必須要等到下次的自選附加福利選擇期才能再重新投保自選附加福利。自選附加福利選擇期的時間列於本節前面的「您要怎麼投保自選附加福利計畫？」一節。

要是您退保 Medicare Advantage 計畫，就會連帶自動退出自選附加福利。在您退保時，我們將審查您的帳戶中是否有貸方餘額。如果存在貸方餘額，我們將向存檔的地址發放退款。

## 上訴和申訴

本節包括的自選附加福利與其他福利須遵守相同的上訴流程。請參閱第 9 章，瞭解有關如何提出投訴的資訊。

## 第 3 節 哪些服務不屬本計畫的承保範圍？

### 第 3.1 節 本計畫不承保的服務 (排除項目)

本節將為您說明哪些服務屬於 Medicare 承保範圍的「排除項目」，因而不屬於本計畫的承保範圍。如果某項服務屬於「排除項目」，這代表本計畫不承保該項服務。

下表列出了在任何情況下均不屬承保範圍或僅有在特定情況下屬承保範圍的服務和用品。

如果您接受了屬於排除項目 (不屬承保範圍) 的服務，您將必須自行負擔相關費用。除非是下表所列的特定情況，否則本計畫將不給付下表所列屬於排除項目的醫療服務。唯一例外：如果下表所列的某項服務在經過上訴後被認定為是本計畫因您的特定情況本應給付或承保的醫療服務，則本計畫將會給付該項服務 (如需資訊瞭解如何對本計畫不承保某醫療服務的決定提出上訴，請參閱本手冊第 9 章第 5.3 節)。

與服務有關的所有排除或限制項目均會在福利表或下表中加以說明。

即使您是在急診機構接受屬於排除項目的服務，該屬於排除項目的服務將仍無法獲得承保且本計畫將不會給付該服務。

| 不屬於 Medicare 承保範圍的服務  | 在任何情況下均不屬承保範圍 | 僅有在特定情況下屬承保範圍   |
|---|---------------|---|
| 根據 Original Medicare 的標準被認定為是不合理或非必要的服務   | ✓             |   |
| 實驗性醫療及外科程序、器材和藥物。<br><br>實驗性程序和用品是指我們計畫與 Original Medicare 判定普遍不被一般醫界所接受的用品和程序。 |               | ✓<br>如果是由獲得 Medicare 核准的臨床研究或由本計畫所提供，可能屬於 Original Medicare 的承保範圍<br><br>(如需更多關於臨床研究的資訊，請參閱第 3 章第 5 節)。 |
| 醫院單人病房。   |               | ✓<br>僅有在醫療所必需時才屬承保範圍。   |
| 您在醫院或特護療養機構的個人用品，如電話或電視。  | ✓             |   |
| 您居家的全職護理照護。   | ✓             |   |

| 不屬於 Medicare 承保範圍的服務                             | 在任何情況下均不屬承保範圍 | 僅有在特定情況下屬承保範圍  |
|--|---------------|--|
| *療養照護是當您不需要專業醫療照護或特護療養照護時，在療養院、安寧照護中心或其他機構提供的照護。 | ✓             |  |
| 家事服務，包括基本的家事協助，如簡單的家務整理或簡單的食物預備。                 | ✓             |  |
| 您的直系親屬或家人收取的照護費用。                                | ✓             |  |
| 諸如補牙和假牙之類的牙科照護                                   |               | ✓<br>例行牙科照護是以自選附加福利方式提供，您可以購買。如需更多福利資訊，請參閱本章第 2.2 節。   |
| 整容手術或程序。   |               | ✓<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• 在發生意外傷害或為了改善會員身體畸形部位的機能時屬承保範圍。</li> <li>• 乳房切除術後之乳房重建的所有階段，以及為了達到對稱外觀，對非患側乳房所進行的乳房重建均屬承保範圍。</li> </ul> |
| 非例行牙科照護。   |               | ✓<br>治療疾病或受傷所需的牙科照護可能可比照住院或門診照護獲得承保。<br><br>非例行牙科照護是以自選附加福利的形式提供，您可自行選購。如需更多福利資訊，請參閱本章第 2.2 節。   |
| 諸如補牙和假牙之類的牙科照護                                   |               | ✓<br>例行牙科照護是以自選附加福利方式提供，您可以購買。如需更多福利資訊，請參閱本章第 2.2 節。   |

| 不屬於 Medicare 承保範圍的服務             | 在任何情況下均不屬承保範圍 | 僅有在特定情況下屬承保範圍  |
|----------------------------------|---------------|--|
| 例行脊椎推拿治療                         |               | <p style="text-align: center;">✓</p> <p>我們承保脊椎推拿以矯正半脫位。</p> <p>脊椎推拿治療是以自選附加福利方式提供，您可以購買。如需更多福利資訊，請參閱本章第 2.2 節。</p>                       |
| 送餐到府。                            | ✓             |  |
| 矯正鞋。                             |               | <p style="text-align: center;">✓</p> <p>如果鞋子是腿部支架的一部分且包含在支架的費用裡，或者鞋子是提供給糖尿病足部疾病患者使用。</p>   |
| 足部輔助裝置。                          |               | <p style="text-align: center;">✓</p> <p>糖尿病足部疾病患者所需的矯正鞋或治療鞋。</p>   |
| 助聽器或助聽器適用性檢查。                    | ✓             |  |
| 例行眼鏡、角膜放射狀切開術、LASIK 外科手術和其他弱視輔具。 |               | <p style="text-align: center;">✓</p> <p>為白內障外科手術之後的病患承保眼睛檢查與一副眼鏡 (或隱形眼鏡)。</p> <p>例行視力眼鏡是以自選附加福利組合方式提供，您可以自行選購。如需更多福利資訊，請參閱本章第 2.2 節。</p> |
| 絕育復原程序和 (或) 非處方節育用品。             | ✓             |  |
| 針灸                               |               | <p style="text-align: center;">✓</p> <p>針灸是以自選附加福利組合方式提供，您可以自行選購。如需更多福利資訊，請參閱本章第 2.2 節。</p>  |
| 自然療法服務 (使用自然或替代療法)。              | ✓             |  |

| 不屬於 Medicare 承保範圍的服務     | 在任何情況下均不屬承保範圍 | 僅有在特定情況下屬承保範圍 |
|--------------------------|---------------|---------------|
| 從美國境外返回美國和美國領土的全球急診救護運輸。 | ✓             |               |

\*療養照護是個人照護，此類照護不需要由受過訓練的醫療或輔助醫事人員持續注意，比如幫助您從事日常生活活動 (如洗澡或穿衣) 的照護。

# 第 5 章

## 利用本計畫的 D 部分處方藥承保

## 第 5 章 利用本計畫的 D 部分處方藥承保

|              |                                      |            |
|--------------|--------------------------------------|------------|
| <b>第 1 節</b> | <b>簡介 .....</b>                      | <b>96</b>  |
| 第 1.1 節      | 本章說明您的 D 部分藥品承保 .....                | 96         |
| 第 1.2 節      | 本計畫 D 部分藥品承保的基本規定 .....              | 97         |
| <b>第 2 節</b> | <b>在網絡內藥房或透過本計畫的郵購服務領取您的處方 .....</b> | <b>97</b>  |
| 第 2.1 節      | 使用網絡內藥房，獲取處方藥承保 .....                | 97         |
| 第 2.2 節      | 尋找網絡內藥房 .....                        | 97         |
| 第 2.3 節      | 使用本計畫的郵購服務 .....                     | 98         |
| 第 2.4 節      | 您如何取得長期藥量？ .....                     | 99         |
| 第 2.5 節      | 您何時能使用計畫網絡外藥房？ .....                 | 100        |
| <b>第 3 節</b> | <b>您的藥品需在本計畫的「藥品清單」上.....</b>        | <b>100</b> |
| 第 3.1 節      | 「藥品清單」說明哪些 D 部分藥品屬承保範圍 .....         | 100        |
| 第 3.2 節      | 藥品清單中的藥品有六個「分攤費用層級」 .....            | 101        |
| 第 3.3 節      | 您如何查明某種藥品是否在藥品清單上？ .....             | 102        |
| <b>第 4 節</b> | <b>部分藥品有承保限制規定 .....</b>             | <b>102</b> |
| 第 4.1 節      | 為什麼部分藥品有限制規定？ .....                  | 102        |
| 第 4.2 節      | 有哪幾種限制規定？ .....                      | 103        |
| 第 4.3 節      | 這些限制規定是否適用於您的藥品？ .....               | 103        |
| <b>第 5 節</b> | <b>如果您其中一種藥品的承保方式非您所願怎麼辦？ .....</b>  | <b>104</b> |
| 第 5.1 節      | 如果您藥品的承保方式非您所願您可以採取的措施 .....         | 104        |
| 第 5.2 節      | 如果您的藥品不在藥品清單上或有某種方式的限制，您怎麼辦？ .....   | 104        |
| 第 5.3 節      | 如果您認為您藥品的分攤費用層級太高怎麼辦？ .....          | 106        |
| <b>第 6 節</b> | <b>如果您某一藥品的承保範圍變更怎麼辦？ .....</b>      | <b>107</b> |
| 第 6.1 節      | 藥品清單可於年度當中變更 .....                   | 107        |
| 第 6.2 節      | 如果您正在使用的藥品承保範圍有所變更怎麼辦？ .....         | 107        |
| <b>第 7 節</b> | <b>哪些類型的藥品不屬於本計畫的承保範圍？ .....</b>     | <b>109</b> |
| 第 7.1 節      | 本計畫不承保的藥品類型 .....                    | 109        |

---

|               |                                    |            |
|---------------|------------------------------------|------------|
| <b>第 8 節</b>  | <b>領取處方藥時請出示您的計畫會員卡 .....</b>      | <b>110</b> |
| 第 8.1 節       | 出示您的會員卡 .....                      | 110        |
| 第 8.2 節       | 如果您未攜帶會員卡怎麼辦？ .....                | 110        |
| <b>第 9 節</b>  | <b>特殊情況的 D 部分藥品承保 .....</b>        | <b>110</b> |
| 第 9.1 節       | 如果您在醫院或特護療養機構的住院屬於本計畫承保範圍怎麼辦？ ..   | 110        |
| 第 9.2 節       | 如果您在長期照護 (LTC) 機構住院怎麼辦？ .....      | 111        |
| 第 9.3 節       | 如果您也透過雇主或退休人員團保計畫取得藥品承保怎麼辦？ .....  | 111        |
| 第 9.4 節       | 如果您接受了經 Medicare 認證的安寧照護怎麼辦？ ..... | 112        |
| <b>第 10 節</b> | <b>藥品安全和藥物管理方案 .....</b>           | <b>112</b> |
| 第 10.1 節      | 幫助會員安全使用藥品的方案 .....                | 112        |
| 第 10.2 節      | 幫助會員安全使用鴉片類藥物的藥品管理方案 (DMP).....    | 113        |
| 第 10.3 節      | 協助會員管理藥物的藥物治療管理 (MTM) 方案 .....     | 113        |





## 您知道有些方案可以協助人們支付其藥品費用嗎？

「額外協助」方案可以幫助資源有限者支付其藥品費用。如需更多資訊，請參閱第 2 章第 7 節。

### 您目前正在接受藥費援助嗎？

如果您已加入協助您支付藥品費用的方案，本《承保範圍證明》中 D 部分處方藥費用的部分資訊可能不適用於您。我們另寄了一份「使用額外協助支付處方藥費用者的承保範圍證明附約」(亦稱為「低收入補助附約」或「LIS 附約」) 插頁給您，說明您的藥品承保範圍。如果您沒有此插頁，請致電會員服務部索取「LIS 附約」(會員服務部電話號碼列印於本手冊封底)。

---

## 第 1 節 簡介

---

### 第 1.1 節 本章說明您的 D 部分藥品承保

本章說明使用您 D 部分藥品承保的規定。下一章則說明您支付 D 部分藥品的哪些費用(第 6 章：您的 D 部分處方藥費用)。

除了您的 D 部分藥品承保，*Health Net Healthy Heart (HMO)* 也承保某些在本計畫醫療福利範圍內的藥品。透過本計畫對 Medicare A 部分福利的承保，本計畫通常會承保您在承保住院期間或在承保特護療養機構住院期間所獲得的藥品。透過本計畫對 Medicare B 部分福利的承保，本計畫承保的藥品包括部分化療藥品、您在看診期間所獲得的部分注射藥品，以及您在洗腎機構所獲得的藥品。第 4 章(醫療福利表(承保範圍以及您所需支付的費用)) 將為您說明您在承保住院期間或在承保特護療養機構住院期間可獲得的藥品福利與所需費用，以及您的 B 部分藥品福利與所需費用。

如果您居住在 Medicare 的安寧照護機構，您的藥品可能屬於 Original Medicare 的承保範圍。本計畫僅承保與您末期病況以及相關病況無關，並因而不屬於 Medicare 安寧照護福利承保範圍的 Medicare A 部分、B 部分及 D 部分服務與藥品。如需更多資訊，請參閱第 9.4 節(如果您接受了經 Medicare 認證的安寧照護服務怎麼辦?)。如需有關安寧照護承保範圍的資訊，請參閱第 4 章(醫療福利表(承保範圍以及您所需支付的費用)) 的安寧照護部分。

下節將會討論您在本計畫 D 部分福利規定之下的藥品承保範圍。第 9 節「特殊情況的 D 部分藥品承保」中包含了更多有關 D 部分承保範圍及 Original Medicare 的資訊。

## 第 1.2 節 本計畫 D 部分藥品承保的基本規定

只要您遵循下列基本規定，本計畫通常會承保您的藥品：

- 您必須請醫療服務提供者 (醫師、牙醫或其他開立處方者) 為您開立處方。
- 您的開立處方者必須接受 Medicare 或向 CMS 提交文件以證明其符合開立處方的資格，否則您的 D 部分理賠將會遭到拒絕。您應在下次致電或看診時詢問您的開立處方者其是否符合這項條件。如果其不符合條件，請注意，從您的開立處方者提交必要書面文件至該文件獲得處理將需一段時間。
- 您通常必須使用網絡內藥房領取處方 (請參閱第 2 節「在網絡內藥房或透過本計畫的郵購服務領取您的處方」)。
- 您的藥品必須列於本計畫的《承保藥品清單 (處方一覽表)》中 (簡稱「藥品清單」) (請參閱第 3 節「您的藥品需在本計畫的『藥品清單』上」)。
- 您的藥品必須是使用於醫療認可的適應症。「醫療認可的適應症」是指藥品的使用已獲得 Food and Drug Administration 核准或有特定參考書籍佐證 (如需更多關於醫療認可的適應症之資訊，請參閱第 3 節)。

## 第 2 節 在網絡內藥房或透過本計畫的郵購服務領取您的處方

### 第 2.1 節 使用網絡內藥房，獲取處方藥承保

在大多數情況下，只有在本計畫的網絡內藥房領取您的處方藥，處方藥才屬承保範圍 (如欲瞭解我們在什麼情況下會承保您在網絡外藥房領取的處方藥，請參閱第 2.5 節)。

網絡內藥房是與本計畫簽約為您提供承保處方藥的藥房。「承保藥品」是指屬於本計畫藥品清單承保範圍的所有 D 部分處方藥。

我們的網絡中包含了提供標準分攤費用的藥房與提供首選分攤費用的藥房。您可至任一類型的網絡內藥房領取您的承保處方藥。若從提供首選分攤費用的藥房領藥，您的分攤費用可能會較低。

### 第 2.2 節 尋找網絡內藥房

您如何找到在您區域內的網絡內藥房？

如欲尋找網絡內藥房，您可以查詢《醫療服務提供者和藥房名錄》、瀏覽我們的網站 ([ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com))，或致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底)。

您可前往任何一家我們的網絡內藥房。不過，如果您使用提供首選分攤費用的網絡內藥房，您的承保藥物費用可能會比您使用提供標準分攤費用的網絡內藥房時來得低。《醫療服務提供者和藥房名錄》將會告訴您哪些網絡內藥房有提供首選分攤費用。您可與我們聯絡以進一步瞭解在領取不同藥品時，您的自費額可能會有哪些差異。如果您從一家網絡內藥房轉換到另一家網絡內藥房，且您需要續配一直服用的藥品，您可要求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。

### 如果您一直使用的藥房退出網絡怎麼辦？

如果您一直使用的藥房退出本計畫的網絡，您必須在網絡中找一家新藥房。或者您一直使用的藥房仍在網絡中但其不再提供首選分攤費用，您可能會想轉用其他藥房。如欲尋找您區域內的另一家網絡內藥房，您可請會員服務部協助 (電話號碼列印於本手冊封底) 或使用《醫療服務提供者和藥房名錄》。也可以到我們的網站 [ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com) 查詢資訊。

### 如果您需要使用專科藥房該怎麼辦？

有時處方藥必須在專科藥房領取。專科藥房包括：

- 供應居家輸液療法藥品的藥房。
- 供應長期照護 (LTC) 機構住院者藥品的藥房。一般來說，LTC 機構 (例如療養院) 都有自己的藥房。如果您居住在 LTC 機構，本計畫必須確保您平常能夠透過本計畫的 LTC 藥房網絡取得您的 D 部分福利，此類藥房通常是 LTC 機構所使用的藥房。如果您在 LTC 機構無法取得您的 D 部分福利，請與會員服務部聯絡。
- 為印地安健康服務/部落/城市印第安健康方案提供服務的藥房 (波多黎各不適用)。除了緊急情況之外，只有美國原住民或阿拉斯加原住民可使用我們網絡中這類藥房的服務。
- 發配 FDA 限制在某些地點使用，或要求特別處理、醫療服務提供者協調或教育其用法的某些藥品的藥房 (注意：此情況應不常發生)。

如欲尋找專科藥房，請查閱您的《醫療服務提供者和藥房名錄》或致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底)。

## 第 2.3 節 使用本計畫的郵購服務

針對某些種類的藥品，您可以使用本計畫的網絡內郵購服務。一般而言，透過郵購提供的藥品是您因慢性或長期醫療狀況而需定期服用的藥品。透過本計畫郵購服務取得的藥品，在我們的藥品清單上標示為「郵購」(MO) 藥品。

透過本計畫的郵購服務，您**最多可訂購 90 天的藥量**。

欲取得訂購單及透過郵購領取處方的相關資訊，請致電會員服務部尋求協助，或瀏覽我們的網站 (電話號碼和網站地址列於本手冊封底)。

通常在郵購藥房訂購藥品時，您將可在 10 天內收到。如果您的郵購寄達時間延遲，請聯絡會員服務部尋求協助 (會員服務部的電話號碼列於本手冊封底)。

#### **藥房直接透過您的醫師診所收到的新處方。**

在藥房收到健康照護服務提供者所開立的處方後，藥房將會與您聯絡，以確認您是否希望立即領藥或過一段時間再領藥。這將讓您有機會能夠確認藥房寄送的是正確的藥物 (包括單位含量、藥量及劑型)，且若有需要，這可讓您在收到帳單及藥物寄出之前取消或延遲訂購。每當藥房與您聯絡時，請務必作出回應，以讓藥房知道該如何處理新處方同時避免任何耽誤寄送的情況發生。

**續配郵購處方。**若要續配您的藥品，您可以選擇註冊自動續配方案。在此方案中，如果我們的紀錄顯示您的藥物即將用完，我們會自動開始處理您的下一次續配。藥房會在寄送每次續配藥物前聯絡您，確保您需要更多藥物，如果您有足夠的藥物或您的藥物已變更，您可以取消排定的續配。如您選擇不要使用自動續配方案，請在您認為藥品即將用完的 14 天前與您的藥房聯絡，以確保您訂購的下一批藥物可以準時送達。

若選擇退出自動準備郵購續配的方案，請撥打電話給您的郵購藥房來聯絡我們：

- **CVS Caremark : 1-888-624-1139 (TTY 使用者請撥打 711)**
- **Homescripts : 1-888-239-7690 (TTY 使用者請撥打 711)**

藥房可能會在寄送藥物之前與您聯絡以確認您訂購的內容，請務必告知藥房最方便與您聯絡的方式。每次訂購藥品時、註冊自動續配方案時或您的聯絡資訊有變更時，您皆應該確認您的聯絡資訊。

## **第 2.4 節 您如何取得長期藥量？**

本計畫提供兩種取得本計畫藥品清單上「維持型」藥品長期藥量 (亦稱為「延長藥量」) 的方式 (維持型藥品是您因慢性或長期醫療狀況定期服用的藥品)。您可透過郵購訂購此長期藥量 (請參閱第 2.3 節) 或者您可前往零售藥房。

1. 我們網絡中有**部分零售藥房**允許您領取維持型藥品的長期藥量。部分這些零售藥房 (有提供首選分攤費用) 針對維持型藥品的長期藥量可能同意接受較低的分攤費用。其他零售藥房針對維持型藥品的長期藥量則可能不同意接受較低的分攤費用。若有此情況，您將必須負責支付差額。您的《醫療服務提供者和藥房名錄》會說明

我們哪些網絡內藥房可提供長期藥量的維持型藥品。您也可以致電會員服務部取得更多資訊 (電話號碼列印於本手冊封底)。

2. 針對某些種類的藥品，您可以使用本計畫的網絡內**郵購服務**。透過本計畫郵購服務取得的藥品，在我們的藥品清單上標示為「**郵購**」(MO) 藥品。透過本計畫的郵購服務，您最多可訂購 90 天的藥量。如需更多有關使用本計畫郵購服務的資訊，請參閱第 2.3 節。

## 第 2.5 節 您何時能使用計畫網絡外藥房？

### 在某些情況下您的處方可能屬承保範圍

一般而言，*只有當您無法使用網絡內藥房時*，我們才會承保您在網絡外藥房領取的藥品。為了協助您，我們有位於服務區域外的網絡內藥房，身為本計畫的會員，您可從這些網絡內藥房領取您的處方藥。如果您無法使用網絡內藥房，以下是我們將會承保您在網絡外藥房領取處方的情況：

- 您附近沒有營業中的網絡內藥房。
- 您需要某項藥品，但您無法在您附近的網絡內藥房領取到該藥品。
- 您需要急診照護或緊急醫療照護所需的藥品。
- 您因聯邦災難或其他公共衛生緊急情況而必須撤離您的住家。

在這些情況下，**請先與會員服務部確認**附近是否有網絡內藥房 (會員服務部電話號碼列印於本手冊封底)。您可能必須支付您在網絡外藥房領取藥品時所支付的費用與本計畫網絡內藥房承保費用之間的差額。

### 您如何向本計畫要求補償？

如果您必須使用網絡外藥房，您通常必須在領取處方時支付全額費用 (而不是只支付您平常的分攤費用)。您可要求我們補償您本計畫應分攤的費用 (第 7 章第 2.1 節說明您如何向本計畫要求償還費用)。

## 第 3 節 您的藥品需在本計畫的「藥品清單」上

### 第 3.1 節 「藥品清單」說明哪些 D 部分藥品屬承保範圍

本計畫有一份《*承保藥品清單 (處方一覽表)*》。在本《*承保範圍證明*》中，我們簡稱它為「**藥品清單**」。

本清單上的藥品由醫師和藥劑師團隊協助本計畫挑選。本清單必須符合 Medicare 的規定。Medicare 已經核准本計畫的「藥品清單」。

藥品清單只包括屬於 Medicare D 部分承保範圍的藥品 (本章前面第 1.1 節有 D 部分藥品的相關說明)。

我們通常會承保本計畫藥品清單上的藥品，只要您遵循本章說明的其他承保規定，且藥品必須用於醫療認可的適應症。「醫療認可的適應症」是指符合以下*其中一種*狀況：

- 由 Food and Drug Administration 核准 (也就是 Food and Drug Administration 核准該藥品用於處方之診斷或病況)。
- 一 或 一 有特定參考書籍佐證的藥品 (這些參考書籍包括 American Hospital Formulary Service Drug Information、DRUGDEX Information System，以及針對癌症的 National Comprehensive Cancer Network 及 Clinical Pharmacology 或其後續版本)。

### 藥品清單包括品牌藥品和普通牌藥品

普通牌藥品是指具有和品牌藥品相同有效成份的處方藥。其功效通常與品牌藥品相當且費用比較低。許多品牌藥品皆有可替代的普通牌藥品。

### 不在藥品清單上的藥品狀況如何？

本計畫並未承保所有處方藥。

- 在某些情況下，法律不允許任何 Medicare 計畫承保某些類型的藥品 (如需更多資訊，請參閱本章第 7.1 節)。
- 在另外一些情況下，則是我們自己決定不將某特定藥品納入藥品清單中。

## 第 3.2 節 藥品清單中的藥品有六個「分攤費用層級」

計畫藥品清單中的每種藥品分屬於六個分攤費用層級之一。一般而言，藥品的分攤費用層級愈高，您就必須支付愈高的費用：

- 層級 1 (首選普通牌藥品) 包括首選普通牌藥品。
- 層級 2 (普通牌藥品) 包括普通牌藥品。
- 層級 3 (首選品牌藥品) 包括首選品牌藥品，也可能包括部分普通牌藥品。
- 層級 4 (非首選藥品) 包括非首選品牌藥品和非首選普通牌藥品。
- 層級 5 (專科層級) 包括高價品牌藥品與普通牌藥品。此層級的藥品不符合按較低層級價位付費的例外處理資格。
- 層級 6 (特選照護藥品) 包括部分普通牌藥品，且可能包含用於治療特定慢性病況的部分品牌藥品。

如需查明您的藥品屬於哪個分攤費用層級，請查詢本計畫的藥品清單。

針對各分攤費用層級的藥品，您所需支付的金額如第 6 章 *(您的 D 部分處方藥費用)* 所列。

### 第 3.3 節 您如何查明某種藥品是否在藥品清單上？

您有三種方式可以查明：

1. 查閱我們以電子方式傳送給您的最新藥品清單。
2. 瀏覽本計畫的網站 ([ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com))。網站上的藥品清單隨時保持更新狀態。
3. 致電會員服務部查明某特定藥品是否在本計畫的藥品清單上，或索取一份藥品清單 (會員服務部電話號碼列印於本手冊封底)。

## 第 4 節 部分藥品有承保限制規定

### 第 4.1 節 為什麼部分藥品有限制規定？

某些處方藥會有特殊規定，限制本計畫以什麼方式和在什麼情況下提供承保。醫師和藥劑師團隊擬定這些規定，幫助我們的會員以最有效的方式使用藥品。這些特殊規定也有助於控制整體藥品費用，讓您的藥品承保更能負擔得起。

一般而言，我們的規定鼓勵您取得有助於您醫療狀況且安全有效的藥品。當有安全且較低價的藥品療效與較高價的藥品相當時，本計畫的規定傾向於鼓勵您和您的醫療服務提供者使用較低價的選項。我們也需遵守 Medicare 有關藥品承保和分攤費用的規則和規定。

**如果您的藥品有限制規定，這通常表示您或您的醫療服務提供者必須採取額外步驟，本計畫才會承保該藥品。**如果您希望我們為您免除限制，您將需要使用承保決定流程來要求我們進行例外處理。我們可能接受或不接受為您免除限制 (請參閱第 9 章第 6.2 節瞭解有關要求例外處理的資訊)。

請注意，有時某項藥品可能會在我們的藥品清單上出現超過一次以上。這是由於根據您健康照護服務提供者所開立的藥品單位含量、藥量或劑型等因素 (例如 10 毫克相對於 100 毫克；一天一次相對於一天兩次；藥錠相對於藥水)，不同的限制或分攤費用可能適用。

## 第 4.2 節 有哪幾種限制規定？

本計畫採用不同類型的限制規定，幫助我們的會員以最有效的方式使用藥品。以下幾節會進一步為您說明我們在某些藥品上使用的限制規定類型。

### 當有普通牌藥品版本可供使用時，限制使用品牌藥品

一般而言，「普通牌藥品」的功效相當於品牌藥品且通常費用較低。在大多數情況下，當有品牌藥品的普通牌藥品版本可供使用時，我們的網絡內藥房會提供您普通牌藥品版本。當有同等普通牌藥品時，我們通常不承保品牌藥品。不過，如果您的醫療服務提供者向我們說明普通牌藥品和治療相同病況的其他承保藥品對您無效的醫療理由，那麼我們將承保品牌藥品（您的品牌藥品分攤費用可能高於普通牌藥品）。

### 事先取得計畫核准

針對某些藥品，您或您的醫療服務提供者需要先取得計畫核准，我們才會同意為您提供該藥品的承保。這稱為「**事先授權**」。有時候取得事先核准的規定可幫助引導適當使用某些藥品。如果您未取得這類核准，您的藥品可能不屬於本計畫的承保範圍。

### 先嘗試不同的藥品

本規定鼓勵您先嘗試費用較低但同樣有效的藥品，之後本計畫才會承保另一種藥品。例如：如果 A 藥品及 B 藥品皆可治療同一種醫療狀況，本計畫可能要求您先嘗試 A 藥品。如果 A 藥品對您無效，之後本計畫就會承保 B 藥品。這種先嘗試不同藥品的規定稱為「**階段療法**」。

### 藥量限制

針對某些藥品，我們藉由限制您每次領取處方時可領取的藥量來限制您可持有的藥量。例如：如果某藥品一般情況每天只能服用一顆才算安全，我們可能將您的處方藥承保限制為每天不超過一顆。

## 第 4.3 節 這些限制規定是否適用於您的藥品？

本計畫的藥品清單包括上述限制規定的資訊。如需查明這些限制規定是否有任何一項適用於您目前服用或想要服用的藥品，請查閱藥品清單。如需最新資訊，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）或查看我們的網站 ([ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com))。

如果您的藥品有限制規定，這通常表示您或您的醫療服務提供者必須採取額外步驟，本計畫才會承保該藥品。如果您想要服用的藥品有限制規定，您應該與會員服務部聯絡，瞭解您或您的醫療服務提供者必須怎麼做才能將藥品納入承保範圍。如果您希望我們為您



免除限制，您將需要使用承保決定流程來要求我們進行例外處理。我們可能接受或不接受為您免除限制 (請參閱第 9 章第 6.2 節瞭解有關要求例外處理的資訊)。

## 第 5 節 如果您其中一種藥品的承保方式非您所願怎麼辦？

### 第 5.1 節 如果您藥品的承保方式非您所願您可以採取的措施

我們希望您的藥品承保適用於您。但有可能會發生您目前正在服用的處方藥或您及您的醫療服務提供者認為您應該服用的處方藥不在本計畫處方一覽表中，或者該處方藥雖在本計畫處方一覽表中但有限制的情況。例如：

- 該藥品可能完全不屬承保範圍。或者，可能是該種藥品的普通牌藥品屬承保範圍，但您想服用的品牌藥品不屬承保範圍。
- 該藥品屬承保範圍，但該藥品有額外的承保規定或限制。如第 4 節所說明，屬於本計畫承保範圍的部分藥品有限制其使用的額外規定。例如：您可能必須先嘗試不同的藥品確認其是否有效，之後才可能將您想服用的藥品列入承保範圍。或者，該藥品在某特定期間可能有藥量 (顆數等) 限制。在一些情況下，您可能希望我們為您免除限制。
- 該藥品屬承保範圍，不過其所在的分攤費用層級卻讓您必須支付高於您認為應該支付的分攤費用。本計畫將各承保藥品分別歸入六層不同的分攤費用層級。您需要支付多少處方藥的費用，部分取決於您的藥品屬於哪一個分攤費用層級。

如果您藥品的承保方式不是您所想要的，您可以採取一些措施。您的選項取決於您的問題類型：

- 如果您的藥品不在藥品清單上，或如果您的藥品有限制規定，請參閱第 5.2 節以瞭解您可以採取什麼措施。
- 如果您藥品所在的分攤費用層級讓您支付高於您認為應該支付的費用，請參閱第 5.3 節以瞭解您可以採取什麼措施。

### 第 5.2 節 如果您的藥品不在藥品清單上或有某種方式的限制，您怎麼辦？

如果您的藥品不在藥品清單上或受到限制，您可以採取以下措施：

- 您可能可以取得該藥品的暫時藥量 (只有在某些特定情況下的會員可以取得暫時藥量)。這讓您和您的醫療服務提供者有時間可以改用其他藥品或提出藥品承保申請。
- 您可以改用另一種藥品。
- 您可以要求例外處理，要求本計畫承保該藥品或免除對該藥品的限制規定。

## 您可能可以取得暫時藥量

在某些情況下，當您的藥品不在藥品清單上或有某種方式的限制時，本計畫能為您提供該藥品的暫時藥量。這樣，您就有時間和您的醫療服務提供者討論承保範圍的變更並討論好怎麼做。

若要具備取得暫時藥量的資格，您必須符合以下兩項規定：

### 1. 您的藥品承保範圍變更必須屬於下列變更類型之一：

- 您一直服用的藥品不再列於本計畫的藥品清單內。
- 或 — 您一直服用的藥品現在有某種方式的限制規定 (本章第 4 節有關於限制規定的說明)。

### 2. 您必須有下述情況之一：

- **新會員或去年投保本計畫的會員：**

如果您新加入本計畫，我們會在您取得計畫會籍的前 90 天期間承保您藥品的暫時藥量，如果您去年即投保本計畫，我們會在年度的前 90 天期間承保您藥品的暫時藥量。此暫時藥量以 30 天份為限。如果您的處方天數較短，我們會允許您領取多次，直到我們為您提供的藥量達到 30 天份的上限為止。處方藥必須在網絡內藥房領取 (請注意，長期照護藥房為避免浪費，可能每次提供您較少的藥量)。

- **已成為本計畫會員 90 天以上且目前居住在長期照護 (LTC) 機構並有立即供藥需求的會員：**

我們會承保一次某特定藥品的 31 天藥量，或如果您的處方天數更短則藥量更少。這是在上述暫時供藥量以外另計。

- **正要從長期照護 (LTC) 機構或醫院出院返家並立即需要過渡藥量的計畫現有會員：**

我們會承保一次 30 天藥量，或如果您的處方天數更短則藥量更少 (在此情況下，我們會允許您多次領取處方藥，直到合計領取達 30 天藥量為止)。

- **正要從家中或醫院移至長期照護 (LTC) 機構並立即需要過渡藥量的計畫現有會員：**

我們將會為您承保一次 31 天份的藥量，或者如果您的處方天數較短則藥量更少 (在此情況下，我們將會允許您多次領取處方藥，直到合計領取達 31 天藥量為止)。

如需要暫時藥量，請致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底)。

在取得藥品的暫時藥量期間，您應該和您的醫療服務提供者討論，以決定當暫時藥量使用完畢時的作法。您可以換用計畫承保的不同藥品，或要求計畫為您例外處理並承保您目前使用的藥品。下列幾節進一步為您說明這些選項。

## 您可以改用另一種藥品

首先，請和您的醫療服務提供者討論。也許有屬於本計畫承保範圍的另一種藥品對您同樣有效。您可以致電會員服務部，索取一份可以治療相同醫療狀況的承保藥品清單。此清單可以幫助您的醫療服務提供者找到可能對您有效的承保藥品（會員服務部電話號碼列印於本手冊封底）。

## 您可要求例外處理

您和您的醫療服務提供者可要求本計畫為您進行例外處理，以您想要的承保方式提供該藥品承保。如果您的醫療服務提供者表示您有正當的醫療理由可要求我們例外處理，您的醫療服務提供者可幫助您要求該規定的例外處理。例如：即使某藥品不在本計畫的藥品清單上，您仍可要求本計畫承保該藥品。或者，您可要求本計畫進行例外處理，提供該藥品承保而免予限制規定。

如果您和您的醫療服務提供者想要求例外處理，第 9 章第 6.4 節列出了相關作法。其中說明 Medicare 規定的程序和期限，確保您的要求會得到迅速而公平的處理。

### 第 5.3 節 如果您認為您藥品的分攤費用層級太高怎麼辦？

如果您認為您藥品的分攤費用層級太高，可採取下列措施：

## 您可以改用另一種藥品

如果您認為您藥品的分攤費用層級太高，首先，請和您的醫療服務提供者討論。也許在較低分攤費用層級中有其他藥品對您同樣有效。您可以致電會員服務部，索取一份可以治療相同醫療狀況的承保藥品清單。此清單可以幫助您的醫療服務提供者找到可能對您有效的承保藥品（會員服務部電話號碼列印於本手冊封底）。

## 您可要求例外處理

您和您的醫療服務提供者可要求本計畫針對該藥品的分攤費用層級進行例外處理，以降低您為該藥品支付的費用。如果您的醫療服務提供者表示您有正當的醫療理由可要求我們例外處理，您的醫療服務提供者可幫助您要求該規定的例外處理。

如果您和您的醫療服務提供者想要求例外處理，第 9 章第 6.4 節列出了相關作法。其中說明 Medicare 規定的程序和期限，確保您的要求會得到迅速而公平的處理。

屬於層級 5（專科層級）的藥品不符合此類例外處理的資格。我們不會降低此層級藥品的分攤費用額。

## 第 6 節 如果您某一藥品的承保範圍變更怎麼辦？

### 第 6.1 節 藥品清單可於年度當中變更

大多數藥品的承保範圍變更會在年度開始時 (1 月 1 日) 生效。不過，本計畫也可能會在一年當中對藥品清單進行變更。例如：本計畫可能：

- 在藥品清單中新增或移除藥品。開始提供新藥品，包括新的普通牌藥品。可能是政府已經核准既有藥品的新用法。有時候，我們可能因為某藥品被回收而決定不承保該藥品。又或者，我們可能因為已發現某藥品沒有療效而從清單中移除該藥品。
- 將藥品移至更高或更低分攤費用層級。
- 新增或免除藥品的承保限制規定 (如需更多承保限制規定的資訊，請參閱本章第 4 節)。
- 以普通牌藥品取代品牌藥品。

在我們可以變更本計畫的藥品清單前，我們必須遵循 Medicare 的要求。

### 第 6.2 節 如果您正在使用的藥品承保範圍有所變更怎麼辦？

#### 藥品承保的變更資訊

當藥品清單在年度中發生變更時，我們會將資訊張貼在我們的網站上告知這些變更。我們會定期更新我們的線上藥品清單，從而納入自上次更新後發生的變更。如果您正在服用的藥品發生變更，我們會在下文指出您會收到直接通知的時刻。您也可以致電會員服務部取得更多資訊 (電話號碼列印於本手冊封底)。

#### 您藥品的承保範圍變更會立即對您造成影響嗎？

今年可能會對您造成影響的變更：在以下情況中，承保範圍變更會在當年度中對您造成影響：

- 有新的普通牌藥品替代了一種藥品清單上的品牌藥品 (或者我們變更了分攤費用層級或新增了對品牌藥品的限制)
  - 如果我們用分攤費用層級相同或較低而且限制相同或較低的新核准普通牌藥品替代藥品清單上的某品牌藥品時，我們會立即從藥品清單上刪除該品牌藥品。另外，加入新普通牌藥品時，我們可能會決定保留藥品清單上的品牌藥品，但是會立即將該藥品移到較高的分攤費用層級或加入新限制。
  - 在我們做出變動前，我們不會事先告知您 – 就算您目前正在服用該品牌藥品。

- 您和您的開立處方者可要求我們為您進行例外處理，繼續為您承保該品牌藥品。如需有關例外處理申請方式的資訊，請參閱第 9 章 *(如果您有問題或需要投訴(承保決定、上訴、投訴)時怎麼辦)*。
- 如果在我們做出變更時您正在服用該品牌藥品，我們會提供給您有關此變更的資訊。這會包含您申請例外處理的步驟，以讓您可獲得該品牌藥品的承保。在我們做出變更前，您不會收到此通知。
- **藥品清單中下架的不安全藥品和其他藥品**
  - 有時候，可能因發現某一藥品不安全或基於其他理由而從市場下架，導致突然回收該藥品。若發生此情況，我們會立即將該藥品從藥品清單中移除。如果您正在服用該藥品，我們會立即讓您知道這項變更。
  - 您的開立處方者亦會知道此項變更，並可與您合作以找出其他適合您病況的藥品。
- **其他藥品清單中的藥品變更**
  - 年度開始後，我們可能會做出其他影響到您服用中藥品的變更。例如：我們可能會增加一種非市場新品的普通牌藥品，用來替代品牌藥品，或者變更分攤費用層級或對品牌藥品新增限制。我們還可能會根據 FDA 黑框警告或根據 Medicare 認定的新臨床準則，來進行一些變更。我們必須至少提前 30 天通知您，或讓您在網絡內藥房續配 30 天份的藥品。
  - 當您收到變更通知後，您應該與您的開立處方者討論是否轉換使用其他我們承保的藥品。
  - 或者，您和您的開立處方者可要求我們為您進行例外處理，繼續為您承保該藥品。如需有關例外處理申請方式的資訊，請參閱第 9 章 *(如果您有問題或需要投訴(承保決定、上訴、投訴)時怎麼辦)*。

**不會影響到目前服用該藥品者的藥品清單變更：**如果發生了不在上述中的藥品清單的變更，若您正在服用該藥品，且對您服用中藥品造成以下類型的變更影響，該變更會到次年度 1 月 1 日才對您造成影響 (如果您繼續投保本計畫)：

- 如果我們將您的藥品移到較高的分攤費用層級。
- 如果我們對您的藥品增加新的使用限制規定。
- 如果我們將您的藥品從藥品清單中移除。

如果您正在服用的某藥品發生上述任一種變更 (但不是因為下架、普通牌藥品取代了品牌藥品，或其他在上述章節說明的變更)，該變更在次年度 1 月 1 日之前都不會影響您的使用或您支付的分攤費用。在此之前，您應該不會發生付款金額提高或藥品使用限制規定增加的情形。如果不會影響到您，您今年不會收到告知您有關變更的直接通知。不過，下年

度 1 月 1 日當天開始，相關變更就會對您造成影響，所以查看新一年的藥品清單看看是否有藥品變更非常重要。

## 第 7 節 哪些類型的藥品不屬於本計畫的承保範圍？

### 第 7.1 節 本計畫不承保的藥品類型

本節為您說明哪些類型的處方藥屬於「排除」項目。也就是說 Medicare 不會支付這些藥品的費用。

如果您使用了屬於排除項目的藥品，您將必須自行負擔相關費用。本計畫不給付本節所列的藥品。唯一例外：如果經上訴後發現，您要求的藥品不是 D 部分的排除藥品，且因為您的特定情況，我們應該給付或承保該藥品 (如需資訊瞭解如何對本計畫不承保某藥品的決定提出上訴，請參閱本手冊第 9 章第 6.5 節)。

以下為 Medicare 藥品計畫 D 部分不承保藥品的三項一般規定：

- 本計畫的 D 部分藥品承保不能承保屬於 Medicare A 部分或 B 部分承保範圍的藥品。
- 本計畫不能承保在美國與其領土以外地區購買的藥品。
- 本計畫通常不能承保標示外使用藥品。「標示外使用藥品」是指在 Food and Drug Administration 核准的藥品標籤標示以外的任何使用方式。
  - 一般而言，「標示外使用藥品」只有在該用法獲得某些參考書籍的佐證時才允許承保。這些參考書籍包括 American Hospital Formulary Service Drug Information、DRUGDEX Information System，以及針對癌症的 National Comprehensive Cancer Network 及 Clinical Pharmacology 或其後續版本。如果用法沒有取得這些參考書籍的任何佐證，本計畫就不能承保其「標示外使用藥品」。

此外，依法律規定，下列種類的藥品不屬於 Medicare 藥品計畫的承保範圍：

- 非處方藥品
- 用於促進生育的藥品
- 用於舒緩咳嗽或感冒症狀的藥品
- 為了美容或促進毛髮生長目的而使用的藥品
- 處方維他命和礦物質產品，但孕婦專用維他命和氟化物製劑除外
- 用於治療性功能障礙或勃起障礙的藥品
- 用於治療厭食症、減輕體重或增加體重的藥品

- 藥廠希望要求只能向其購買相關檢測或監測服務以作為銷售條件的門診藥品

如果您取得「額外協助」幫您支付藥品費用，您的州政府 Medicaid 方案可能會承保某些通常不屬於 Medicare 藥品計畫承保範圍的處方藥。請聯絡您的州政府 Medicaid 方案確認您可以利用哪些藥品承保 (您可在第 2 章第 6 節找到 Medicaid 的電話號碼和聯絡資訊)。

---

## 第 8 節 領取處方藥時請出示您的計畫會員卡

---

### 第 8.1 節 出示您的會員卡

到您選擇的網絡內藥房領取處方藥時，請出示您的計畫會員卡。當您出示您的計畫會員卡時，網絡內藥房會自動向本計畫請領您承保處方藥費用中本計畫應分攤的部分。領取處方藥時，您需要支付藥房您應分攤的費用。

### 第 8.2 節 如果您未攜帶會員卡怎麼辦？

如果領取您的處方藥時未攜帶您的計畫會員卡，請要求藥房致電本計畫取得所需資訊。

如果藥房無法取得所需資訊，您在領取處方藥時便可能必須支付其全額費用 (之後您可要求我們補償您計畫應分攤的部分。請參閱第 7 章第 2.1 節瞭解如何向本計畫要求補償的資訊)。

---

## 第 9 節 特殊情況的 D 部分藥品承保

---

### 第 9.1 節 如果您在醫院或特護療養機構的住院屬於本計畫承保範圍怎麼辦？

如果您在醫院或特護療養機構的住院屬於本計畫承保範圍，我們通常會承保您住院期間所用處方藥的費用。一旦您離開醫院或特護療養機構，只要您的藥品符合本計畫的所有承保規定，本計畫就會承保該藥品。請參閱本節前面部分以瞭解取得藥品承保的相關規定。第 6 章 (您的 D 部分處方藥費用) 提供更多關於藥品承保及所需支付之費用的資訊。

**請注意：**在您入住或離開特護療養機構之時或在您居住於特護療養機構期間，您皆有權利用特殊投保期。這段期間當中，您可以轉換計畫或變更您的承保 (第 10 章：終止您的本計畫會籍，說明您何時可退出本計畫並加入其他 Medicare 計畫)。

## 第 9.2 節 如果您在長期照護 (LTC) 機構住院怎麼辦？

長期照護 (LTC) 機構 (例如療養院) 通常有自己的藥房，或有為其所有住院者供應藥品的藥房。如果您在長期照護機構住院，您可透過該機構的藥房取得處方藥，不過該藥房必須屬於我們網絡的一部分。

請查閱您的《醫療服務提供者和藥房名錄》，查明您長期照護機構的藥房是否屬於我們網絡的一部分。如果不是，或如果您需要更多資訊，請與會員服務部聯絡 (電話號碼列印於本手冊封底)。

### 如果您在長期照護 (LTC) 機構住院且您成為本計畫的新會員怎麼辦？

如果您需要的藥品不在我們的藥品清單上或該藥品受到某些限制規定，本計畫會在您取得計畫會籍的前 90 天期間為您承保您藥品的**暫時藥量**。總藥量以 31 天份為限，或如果您的處方天數更短則藥量更少 (請注意，長期照護 (LTC) 藥房為避免浪費，可能每次提供您較少的藥量)。如果您成為本計畫會員已超過 90 天，且您需要的藥品不在我們的藥品清單上或本計畫對該藥品的承保有任何限制規定，我們會為您承保一次 31 天藥量，或如果您的處方天數更短則藥量更少。

在取得藥品的暫時藥量期間，您應該和您的醫療服務提供者討論，以決定當暫時藥量使用完畢時的作法。也許有屬於本計畫承保範圍的另一種藥品對您同樣有效。或者，您和您的醫療服務提供者可要求本計畫為您進行例外處理，以您想要的承保方式提供該藥品承保。如果您和您的醫療服務提供者想要求例外處理，第 9 章第 6.4 節列出了相關作法。

## 第 9.3 節 如果您也透過雇主或退休人員團體保險計畫取得藥品承保怎麼辦？

您目前是否有透過您 (或您配偶) 的雇主或退休人員團體取得其他處方藥承保？如果有，請聯絡**該團體的福利管理者**。他 (她) 能協助確認您目前的處方藥承保與本計畫可以如何運作。

一般而言，如果您目前受雇，您透過我們取得的處方藥承保會次於您雇主或退休人員團體的承保。換句話說，您的團體承保會先給付福利。

### 「可替代承保」特別說明：

您的雇主或退休人員團體每年應該寄一份通知給您，說明您下個年度的處方藥承保是否為「可替代承保」，以及您可以選擇的藥品承保。

如果團體保險計畫提供的承保為「可替代承保」，代表計畫的藥品承保平均預期支付費用至少等同於 Medicare 的標準處方藥承保。



請妥善保存這些可替代承保的通知，您未來可能還需要用到。如果您投保的 Medicare 計畫包括 D 部分藥品承保，您可能需要這些通知證明您持續擁有可替代承保。如果您沒有收到雇主或退休人員團保計畫的可替代承保通知，可向您的雇主或退休人員計畫的福利管理者或雇主或工會索取副本。

#### 第 9.4 節 如果您接受了經 Medicare 認證的安寧照護怎麼辦？

不論在何種情況下，藥品均不會同時獲得安寧照護及本計畫的承保。如果您投保了 Medicare 的安寧照護且您需要因與您末期疾病及相關病況無關而不屬於安寧照護承保範圍的抗嘔心、軟便、止痛或抗焦慮藥品，本計畫必須收到開立處方者或安寧照護服務提供者的通知，說明該藥物與您的末期疾病及相關病況無關，本計畫才會承保該藥品。為了避免您在取得任何與您末期疾病無關且應屬於本計畫承保範圍的藥品時發生延誤的情形，在您向藥房領取處方藥之前，您可請您的安寧照護服務提供者或開立處方者向我們確認我們已收到通知，瞭解該藥品與您的末期疾病無關。

如果您撤消安寧照護選項或退出安寧照護，本計畫應承保您所有的藥品。為避免您在 Medicare 安寧照護福利終止之後在藥房領藥時發生任何延誤的情況，您應攜帶文件至藥房，以證明您已撤消或退出安寧照護。請參閱本節前面部分，以瞭解有關取得 D 部分藥品承保規定的說明。第 6 章 (您的 D 部分處方藥費用) 提供更多關於藥品承保及所需支付之費用的資訊。

### 第 10 節 藥品安全和藥物管理方案

#### 第 10.1 節 幫助會員安全使用藥品的方案

我們為會員進行藥品使用審查，以確定其得到安全及適當的照護。這些審查對於有超過一個醫療服務提供者開立其藥品處方的會員格外重要。

您每次領取處方藥時我們都會進行審查。我們也會定期審查我們的紀錄。進行這些審查時，我們會尋找可能的問題，例如：

- 可能的藥物錯誤
- 可能非必要的藥品，因為您同時還服用其他治療相同醫療狀況的藥品
- 對您的年齡或性別而言可能不安全或不合適的藥品
- 如果您同時服用可能有害的某些藥品組合
- 包含會造成您過敏之成份的藥品處方
- 您正在服用藥品的數量 (劑量) 可能發生錯誤
- 不安全劑量的鴉片類止痛劑

如果我們發現您的藥物使用可能有問題，我們會與您的醫療服務提供者一起修正這個問題。

**第 10.2 節 幫助會員安全使用鴉片類藥物的藥品管理方案 (DMP)**

我們有一個方案可以來確保我們的會員可以安全地使用他們的處方鴉片類藥物，或其他經常被濫用的藥物。這個方案被稱為藥品管理方案 (DMP)。如果您使用的鴉片類藥物是您從好幾個醫師或藥房取得，我們會與您的醫師討論，以確保您的藥物使用是適當的，且為醫療所必需。與您的醫師合作後，如果我們判定您有誤用或濫用鴉片類或苯重氨基鹽藥物的風險，我們會限制您取得這些藥物的來源。這些限制可能是：

- 要求您從同一個藥房取得所有處方鴉片類或苯重氨基鹽藥物
- 要求您從同一個醫師取得所有處方鴉片類或苯重氨基鹽藥物
- 限制鴉片類或苯重氨基鹽藥物的承保量

如果我們判定其中一個或多個限制應適用於您，我們將事前向您寄發送一封信函。該信函上面會有資訊，解釋為什麼我們認為這些限制應該適用於您。您也會有機會告訴我們您喜歡使用哪個醫師或哪間藥房。如果您認為我們有疏忽之處，或者您不同意我們的判定——即您沒有處方藥濫用或應受限制的風險，您和您的開立處方者有權向我們提出上訴。請參閱第 9 章以瞭解有關如何提出上訴的資訊。

如果您有某些醫療狀況，如患有癌症，或您正接受安寧、緩和或壽命終止照護，或住在長期照護機構，此 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) 方案**

我們有一項方案可以幫助有複雜健康需求的會員。例如：有些會員患有數種醫療狀況、同時服用多種不同藥品並需支付高額藥費。

此方案為自願性質，會員可免費參加。此方案是由藥劑師及醫師團隊為我們所擬定。此方案有助於確保本計畫的會員可以透過其所服用的藥品獲得最大的益處。我們的此項方案稱之為藥物治療管理 (MTM) 方案。某些因患有不同醫療狀況而需服用多種藥物的會員可能可透過 MTM 方案取得服務。藥劑師或其他健康專業人員會針對您的所有藥物為您提供一次全面性的評估。您可與其討論最佳的服藥方式、您的費用以及您對處方藥和非處方藥品存有的任何問題或疑問。您將會獲得一份討論內容的書面摘要。摘要中內含一項藥物行動計畫，該計畫會提供一些建議，讓您知道可以採取哪些行動以讓您的藥物發揮最大效用，同時也提供了空白處供您做筆記或寫下您之後想問的問題。您還會獲得一份個人藥物清單，其中列有您正在服用的所有藥物以及您服用這些藥物的原因。

我們建議您在年度「保健」看診前安排一次藥物評估，以便您可與醫師討論您的行動計畫和藥物清單。請在您前往看診時或在您於任何時候與醫師、藥劑師及其他健康照護服務提供者洽談時，攜帶您的行動計畫和藥物清單。此外，如果您前往醫院或急診室，請攜帶您的藥物清單 (例如：將您的會員卡和藥物清單放在一起)。

如果有適合您需求的方案，我們會自動將您加入該方案並寄發資訊給您。如果您決定不參加，請通知我們，我們會讓您退出該方案。如果您有關於這些方案的任何疑問，請致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底)。

# 第 6 章

## 您的 D 部分處方藥費用

## 第 6 章 您的 D 部分處方藥費用

|              |  |            |
|--------------|--|------------|
| <b>第 1 節</b> | <b>簡介</b> .....  | <b>118</b> |
| 第 1.1 節      | 搭配使用本章和其他說明您藥品承保的資料 .....                              | 118        |
| 第 1.2 節      | 您可能需要為承保藥品支付的自費額類型 .....                               | 119        |
| <b>第 2 節</b> | <b>您支付的藥品費用取決於取得藥品時您所處的「藥品付款階段」</b> .....              | <b>119</b> |
| 第 2.1 節      | 本計畫的會員有哪些藥品付款階段？ .....                                 | 119        |
| <b>第 3 節</b> | <b>我們會寄給您說明您的藥品付款及您所處付款階段的報告</b> .....                 | <b>120</b> |
| 第 3.1 節      | 我們會寄給您一份《D 部分福利說明》月報 (簡稱「D 部分 EOB」) .....              | 120        |
| 第 3.2 節      | 幫助我們更新您的藥品付款資訊 .....                                   | 120        |
| <b>第 4 節</b> | <b>Health Net Healthy Heart (HMO) 沒有自付額</b> .....      | <b>121</b> |
| 第 4.1 節      | 您無需支付您 D 部分藥品的自付額 .....                                | 121        |
| <b>第 5 節</b> | <b>在初始承保階段，本計畫支付您藥品費用中其應分攤的部分，您則支付您應分攤的部分</b> .....    | <b>121</b> |
| 第 5.1 節      | 您支付的藥品費用取決於藥品本身以及您在哪裡領取處方藥 .....                       | 121        |
| 第 5.2 節      | 一個月藥量的費用支付表 .....                                      | 122        |
| 第 5.3 節      | 如果您的醫師開立的藥量少於一個月份，您可能無需支付一整月份的藥量費用 .....               | 124        |
| 第 5.4 節      | 61 至 90 天份長期藥量的藥品費用表 .....                             | 125        |
| 第 5.5 節      | 在您的年度藥品總費用達到 \$4,020 之前，您將繼續停留在初始承保階段 .....            | 126        |
| <b>第 6 節</b> | <b>在承保缺口階段，您將享有品牌藥品折扣，且您為普通牌藥品支付的費用比例將不超 25%</b> ..... | <b>127</b> |
| 第 6.1 節      | 在您的自費額達到 \$6,350 之前，您都在承保缺口階段 .....                    | 127        |
| 第 6.2 節      | Medicare 如何計算您的處方藥自費額 .....                            | 127        |
| <b>第 7 節</b> | <b>在重大傷病承保範圍階段，本計畫將為您支付大部分的藥品費用</b> .....              | <b>129</b> |
| 第 7.1 節      | 一旦您進入重大傷病承保範圍階段，在年度剩餘期間，您將會持續留在本階段 .....               | 129        |

|              |  |            |
|--------------|--|------------|
| <b>第 8 節</b> | <b>您需支付的 D 部分承保疫苗接種費用取決於您接受接種的管道和地點.....</b> | <b>129</b> |
| 第 8.1 節      | 本計畫可能會分開承保 D 部分疫苗藥物本身和為您接種疫苗的費用              | 129        |
| 第 8.2 節      | 接受疫苗接種之前，建議您先致電會員服務部與我們聯絡.....               | 131        |



## 您知道有些方案可以協助人們支付其藥品費用嗎？

「額外協助」方案可以幫助資源有限者支付其藥品費用。如需更多資訊，請參閱第 2 章第 7 節。

## 您目前正在接受藥費援助嗎？

如果您已加入協助您支付藥品費用的方案，本《承保範圍證明》中 **D 部分處方藥費用的部分資訊可能不適用於您**。我們另寄了一份「使用額外協助支付處方藥費用者的承保範圍證明附約」(亦稱為「低收入補助附約」或「LIS 附約」) 插頁給您，說明您的藥品承保範圍。如果您沒有此插頁，請致電會員服務部索取「LIS 附約」(會員服務部電話號碼列印於本手冊封底)。

## 第 1 節 簡介

### 第 1.1 節 搭配使用本章和其他說明您藥品承保的資料

本章的重點在於說明您的 D 部分處方藥費用。為了方便簡單說明，在本章中我們以「藥品」代表 D 部分處方藥。如第 5 章所說明，並非所有藥品都是 D 部分藥品 — 有些藥品是屬於 Medicare A 部分或 B 部分的承保範圍，另外也有一些是 Medicare 依法排除承保的藥品。

若要瞭解我們在本章所提供的給付資訊，您需要知道哪些藥品屬承保範圍、應到哪裡領取處方藥以及在您取得承保藥品時需要遵守哪些規定等基本事項。以下為說明這些基本事項的資料：

- **本計畫的《承保藥品清單(處方一覽表)》**。為了讓說明簡潔明瞭，我們稱此為「藥品清單」。
  - 此藥品清單說明您的哪些藥品屬承保範圍。
  - 藥品清單還會告訴您，您的藥品屬於六個「分攤費用層級」中的哪一層級，以及是否有任何適用於您藥品的承保限制規定。
  - 如果您需要一份藥品清單，請致電會員服務部(電話號碼請列印於本手冊封底)。您也可在我們的網站 [ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com) 找到此藥品清單。網站上的藥品清單隨時保持更新狀態。
- **本手冊第 5 章**。第 5 章提供有關您處方藥承保的詳細資訊，包括您取得承保藥品時需遵守的規定。第 5 章也告訴您哪些類型的處方藥不屬於本計畫的承保範圍。
- **本計畫的《醫療服務提供者和藥房名錄》**。大多數情況下，您必須使用網絡內藥房取得您的承保藥品(請參閱第 5 章以瞭解詳情)。《醫療服務提供者和藥房名錄》載列了本計畫的網絡內藥房清單。同時也為您說明我們的網絡內有哪些藥房可以為您提供藥品的長期藥量(例如領取三個月藥量的處方藥)。

## 第 1.2 節 您可能需要為承保藥品支付的自費額類型

如欲瞭解本章提供您的付費資訊，您就需要知道您可能需要為承保服務支付的自費額類型。您為某藥品所支付的費用稱為「分攤費用」，而您可能需支付的費用一共有三種。

- 「自付額」是指在本計畫開始分攤藥品費用之前，您必須自行支付的金額。
- 「共付額」是指您每次領取處方藥時支付的固定金額。
- 「共同保險金」是指您每次領取處方藥時支付的藥品總費用百分比。

## 第 2 節 您支付的藥品費用取決於取得藥品時您所處的「藥品付款階段」

### 第 2.1 節 本計畫的會員有哪些藥品付款階段？

如下表顯示，根據 *Health Net Healthy Heart (HMO)* 規定，您的處方藥承保有不同的「藥品付款階段」。您支付多少藥品費用取決於領取或續配處方藥時您在哪個「藥品付款階段」。切記，無論哪個藥品付款階段，您都必須負擔本計畫的月保費。

| 第 1 階段<br>年度自付額階段        | 第 2 階段<br>初始承保階段  | 第 3 階段<br>承保缺口階段  | 第 4 階段<br>重大傷病承保範圍階段   |
|--------------------------|---|---|--|
| 由於本計畫沒有自付額，所以此付款階段不適用於您。 | <p>您在一年當中首次領取處方藥時便進入本階段。</p> <p>在本階段，計畫支付您藥品費用中其應分攤的部分，<b>您則支付您應分攤的部分。</b></p> <p>在您本年迄今的「<b>藥品總費用</b>」(您支付的款項加上任何 D 部分計畫的給付)總計達到 <b>\$4,020</b> 之前，您都會留在本階段</p> <p>(詳情請參閱本章第 5 節)。</p> | <p>在本階段，您需為品牌藥品支付定價的 <b>25%</b> (外加一部分的配藥費用)，普通牌藥品您亦需支付定價的 <b>25%</b>。</p> <p>在您本年迄今的「<b>自費額</b>」(您支付的款項)總計達到 <b>\$6,350</b> 之前，您都會留在本階段。此金額和計算此金額的規則由 Medicare 制定</p> <p>(詳情請參閱本章第 6 節)。</p> | <p>在本階段，本計畫將在年度剩餘期間(至 2020 年 12 月 31 日為止)<b>為您支付您藥品的大部分費用</b></p> <p>(詳情請參閱本章第 7 節)。</p> |



## 第 3 節 我們會寄給您說明您的藥品付款及您所處付款階段的報告

### 第 3.1 節 我們會寄給您一份《D 部分福利說明》月報 (簡稱「D 部分 EOB」)

當您在藥房領取或續配處方藥時，本計畫會紀錄您處方藥的費用以及您累計已經支付的金額。這樣，當您已從一個藥品付款階段進入下個階段時，我們就能通知您。我們會特別紀錄兩種類型的費用：

- 我們會紀錄您累計已經支付的金額，此金額稱為您的「**自費額**」費用。
- 我們會紀錄您的「**藥品總費用**」，此金額是您支付的自費額或他人代您支付的金額，外加本計畫給付的金額。

當您在上一個月份透過本計畫領取過一次或多次處方藥之後，本計畫即會準備一份名為《D 部分福利說明》(有時也稱為「D 部分 EOB」)的書面報告。其內容包括：

- **當月資訊**。本報告會列出您在上個月所領取處方藥的付款詳情。它會顯示藥品總費用、本計畫已支付哪些費用，以及您和代表您的其他人已經支付哪些費用。
- **自本年度 1 月 1 日起的總計費用**，稱為「本年迄今」資訊。它會顯示從年度開始，您的藥品總費用以及您的藥品總付款金額。

### 第 3.2 節 幫助我們更新您的藥品付款資訊

紀錄您的藥品費用以及您支付的藥品金額時，我們會採用藥房提供的資訊。下列說明您如何可以幫助我們更新您的資訊並保持其正確性：

- **領取處方藥時請出示您的會員卡**。為了確保我們知道您領取的處方藥以及您支付哪些費用，每次領取處方藥時請務必出示您的計畫會員卡。
- **確保我們取得所需的資訊**。有些時候您可能支付處方藥的費用，我們卻沒有自動取得我們需要的資訊以紀錄您的自費額。為幫助我們紀錄您支付的自費額，您可以提供我們您購買藥品時收據的副本 (若您收到承保藥品的帳單，您可以要求本計畫支付我們應當分攤的費用。如欲瞭解如何提出要求的說明，請參閱本手冊第 7 章第 2 節)。在以下情況中，您最好提供我們您藥品收據的副本，以確保我們擁有您支付藥品費用的完整紀錄：
  - 您以特殊價格或本計畫福利以外的折扣卡在網絡內藥房購買承保藥品。
  - 您為藥廠病患協助方案所提供的藥品支付了共付額。
  - 任何時候您在網絡外藥房購買承保藥品，或您在特殊情況下支付了承保藥品的全額費用。

- **請將其他人代您付款的資訊寄給我們。** 某些其他個人或組織支付的款項也計入您的自費額費用，且有助於您取得重大傷病承保範圍的資格。例如：由 AIDS 藥品補助方案 (ADAP)、印第安健康服務和大多數慈善機構所支付的款項也可計入您的自費額中。您應保存這些付款紀錄，並將其寄給我們，好讓我們紀錄您的付費情況。
- **查看我們寄給您的書面報告。** 當您透過郵件收到《D 部分福利說明》(「D 部分 EOB」) 時，請仔細查看以確認資訊是否完整且正確無誤。如果您認為報告遺漏任何資訊，或您有任何疑問，請致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底)。請務必保存這些報告。它們是您藥品費用的重要紀錄。

## 第 4 節 Health Net Healthy Heart (HMO) 沒有自付額

### 第 4.1 節 您無需支付您 D 部分藥品的自付額

Health Net Healthy Heart (HMO) 沒有自付額。您在年度首次領取處方藥時，即開始初始承保階段。您在初始承保階段的承保資訊請參閱第 5 節。

## 第 5 節 在初始承保階段，本計畫支付您藥品費用中其應分攤的部分，您則支付您應分攤的部分

### 第 5.1 節 您支付的藥品費用取決於藥品本身以及您在哪裡領取處方藥

在初始承保階段，本計畫支付您的承保處方藥費用中其應分攤的部分，您則支付您應分攤的部分 (您的共付額或共同保險金)。您分攤的費用會因藥品本身以及您在哪裡領取處方藥而有差異。

#### 本計畫有六個分攤費用層級

計畫藥品清單中的每種藥品分屬於六個分攤費用層級之一。一般而言，藥品的分攤費用層級數字愈高，您就必須支付愈高的費用：

- 層級 1 (首選普通牌藥品) 包括首選普通牌藥品。
- 層級 2 (普通牌藥品) 包括普通牌藥品。
- 層級 3 (首選品牌藥品) 包括首選品牌藥品，也可能包括部分普通牌藥品。
- 層級 4 (非首選藥品) 包括非首選品牌藥品和非首選普通牌藥品。
- 層級 5 (專科層級) 包括高價品牌藥品與普通牌藥品。此層級的藥品不符合按較低層級價位付費的例外處理資格。
- 層級 6 (特選照護藥品) 包括部分普通牌藥品，且可能包含用於治療特定慢性病況的部分品牌藥品。

如需查明您的藥品屬於哪個分攤費用層級，請查詢本計畫的藥品清單。

## 您的藥房選擇

您支付的藥品費用多寡取決於您在哪裡取得藥品：

- 提供標準分攤費用的網絡內零售藥房
- 提供首選分攤費用的網絡內零售藥房
- 本計畫網絡外的藥房
- 本計畫的郵購藥房

如需更多有關上述藥房選擇以及領取處方藥的資訊，請參閱本手冊第 5 章和本計畫的《醫療服務提供者和藥房名錄》。

一般而言，*僅當*您在本計畫任一網絡內藥房領取處方時本計畫才會承保您的處方。本計畫的部分網絡內藥房也提供首選分攤費用。您可前往提供首選分攤費用的網絡內藥房或其他提供標準分攤費用的網絡內藥房領取您的承保處方藥。您在提供首選分攤費用的藥房領取藥物的費用可能會較低。

### 第 5.2 節 一個月藥量的費用支付表

在初始承保階段，您需為承保藥品分攤的費用將是共付額或共同保險金。

- 「**共付額**」是指您每次領取處方藥時支付的固定金額。
- 「**共同保險金**」是指您每次領取處方藥時支付的藥品總費用百分比。

如下表所示，共付額或共同保險金的金額取決於您的藥品屬於哪個分攤費用層級。請注意：

- 如果您承保藥品的費用低於本表所列的共付額金額，您將支付較低的藥品金額。您要支付藥品全額或共付額，以金額較低者為準。
- 我們僅在有限情況下會承保在網絡外藥房領取的處方藥。如欲瞭解我們在什麼情況下會承保您在網絡外藥房領取的處方藥，請參閱第 5 章第 2.5 節。

領取 D 部分承保處方藥一個月藥量時，您應分攤的費用如下：

|   | 標準零售分攤費用 (網絡內)<br>(最多可領取 30 天藥量) | 首選零售分攤費用 (網絡內)<br>(最多可領取 30 天藥量) | 郵購分攤費用<br>(最多可領取 30 天藥量) | 長期照護 (LTC) 分攤費用<br>(最多可領取 31 天藥量) | 網絡外分攤費用<br>(承保僅限於某些情況；詳情請參閱第 5 章) (最多可領取 30 天藥量)。 |
|---|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---|
| <b>分攤費用層級 1</b><br>(首選普通牌藥品 — 包括首選普通牌藥品)。                             | \$5                              | \$0                              | \$0                      | \$5                               | \$5   |
| <b>分攤費用層級 2</b><br>(普通牌藥品 — 包括普通牌藥品)。                                 | \$18                             | \$7                              | \$7                      | \$18                              | \$18  |
| <b>分攤費用層級 3</b><br>(首選品牌藥品 — 包括首選品牌藥品，也可能包括某些普通牌藥品)。                  | \$47                             | \$37                             | \$37                     | \$47                              | \$47  |
| <b>分攤費用層級 4</b><br>(非首選藥品 — 包括非首選品牌藥品和非首選普通牌藥品)。                      | \$100                            | \$90                             | \$90                     | \$100                             | \$100   |
| <b>分攤費用層級 5</b><br>(專科層級 — 包括高價品牌藥品與普通牌藥品。此層級的藥品不符合按較低層級價位付費的例外處理資格)。 | 33%                              | 33%                              | 33%                      | 33%                               | 33%   |

|   | 標準零售分攤費用 (網絡內)<br>(最多可領取 30 天藥量) | 首選零售分攤費用 (網絡內)<br>(最多可領取 30 天藥量) | 郵購分攤費用<br>(最多可領取 30 天藥量) | 長期照護 (LTC) 分攤費用<br>(最多可領取 31 天藥量) | 網絡外分攤費用<br>(承保僅限於某些情況；詳情請參閱第 5 章)(最多可領取 30 天藥量)。 |
|---|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--|
| <b>分攤費用層級 6</b><br>(特選照護藥品 – 包括部分普通牌藥品，且可能包含用於治療特定慢性病況的部分品牌藥品)。 | \$0                              | \$0                              | \$0                      | \$0                               | \$0  |

### 第 5.3 節 如果您的醫師開立的藥量少於一個月份，您可能無需支付一整個月份的藥量費用

一般而言，您為處方藥所支付的費用可以領取承保藥品一個月份的藥量。然而，您的醫師卻可能開立少於一個月份的藥量。有時候，您可能會希望請醫師開立少於一個月份的藥量(例如：您第一次嘗試某藥品，而該藥品有已知的嚴重副作用)。如果您的醫師開立少於一個月份的藥量，則在為某些藥品付費時您將無需支付一整個月份的藥量費用。

當您領取少於一個月份的藥量時，您需支付的金額將取決於您需要負擔共同保險金(總費用的一定比例)或共付額(固定金額)。

- 如果您需要負擔共同保險金，您將支付藥品總費用的一定比例。不論處方註明的是是一個月份的藥量還是少於一個月份的藥量，您支付的比例均維持不變。然而，若是您領取少於一個月份的藥量，藥品總費用將會下降，因此您所需支付的金額也會跟著降低。
- 如果您需要負擔藥品的共付額，共付額將以您領取的藥量天數為基準。我們會計算您每天需為您的藥品支付多少金額(「每日分攤費用費率」)，然後將該金額乘上您領取的藥量天數。
  - 範例如下：假設您藥品一個月份藥量(30 天份藥量)的共付額為 \$30。這表示您每天需為您的藥品支付 \$1。如果您領取 7 天份藥量的藥品，您需支付的總費用將為 \$7(每天 \$1 乘上 7 天)。

每日分攤費用可讓您在為一整月份的藥量付費之前，先確認該藥物適合您。如果開立少於一個月份的藥量可協助您更妥善地規劃續配不同處方的日期，並進而讓您減少前往藥房的次數，您也可要求醫師開立少於一個月份的藥量，並要求藥劑師發配少於一個月份的藥量。您所需支付的金額將視您所獲得的藥量天數而定。

#### 第 5.4 節 61 至 90 天份長期藥量的藥品費用表

領取處方藥時，有些藥品您可以取得長期藥量（也稱為「延長供給」）。長期藥量是指 61 至 90 天藥量（如欲詳細瞭解取得藥品長期藥量的地點和方式，請參閱第 5 章第 2.4 節）。

下表顯示領取藥品 61 至 90 天長期藥量時您需支付的費用。

- 請注意：如果您承保藥品費用低於本表所列的共付額，您將支付較低的藥品金額。您要支付藥品全額或共付額，以金額較低者為準。

領取 D 部分承保處方藥的長期藥量時，您應分攤的費用如下：

|   | 標準零售分攤費用<br>(網絡內)<br>(61 至 90 天份藥量) | 首選零售分攤費用<br>(網絡內)<br>(61 至 90 天份藥量) | 郵購分攤費用<br>(61 至 90 天份藥量) |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 分攤費用層級 1<br>(首選普通牌藥品 – 包括首選普通牌藥品)。            | \$15                                | \$0                                 | \$0                      |
| 分攤費用層級 2<br>(普通牌藥品 – 包括普通牌藥品)。                | \$54                                | \$21                                | \$14                     |
| 分攤費用層級 3<br>(首選品牌藥品 – 包括首選品牌藥品，也可能包括某些普通牌藥品)。 | \$141                               | \$111                               | \$101                    |
| 分攤費用層級 4<br>(非首選藥品 – 包括非首選品牌藥品和非首選普通牌藥品)。     | \$300                               | \$270                               | \$260                    |

|   | 標準零售分攤費用<br>(網絡內)<br>(61 至 90 天份藥量) | 首選零售分攤費用<br>(網絡內)<br>(61 至 90 天份藥量) | 郵購分攤費用<br>(61 至 90 天份藥量) |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| <b>分攤費用層級 5</b><br>(專科層級 — 包括高價品牌藥品與普通牌藥品。此層級的藥品不符合按較低層級價位付費的例外處理資格)。 |                                     |                                     | 層級 5 的藥品不提供長期藥量          |
| <b>分攤費用層級 6</b><br>(特選照護藥品 — 包括部分普通牌藥品，且可能包含用於治療特定慢性病況的部分品牌藥品)。       | \$0                                 | \$0                                 | \$0                      |

**第 5.5 節** 在您的年度藥品總費用達到 **\$4,020** 之前，您將繼續停留在初始承保階段

在您為所領取和續配之處方藥支付的總金額達到**初始承保階段上限 \$4,020** 之前，您都在初始承保階段。

您的藥品總費用等於您已支付的費用加任何 D 部分計畫已給付的費用：

- **您已支付的費用**是指從您年度首次購買藥品開始，您為已取得的全部承保藥品所支付的金額 (請參閱第 6.2 節以取得更多有關 Medicare 如何計算您自費額費用的資訊)。其中包括：
  - 您在初始承保階段累計為您的藥品支付的分攤費用。
- **本計畫已給付的費用**是指在初始承保階段本計畫累計為您的藥品支付的分攤費用 (如果您在 2020 年的任何時間投保了不同的 D 部分計畫，則在初始承保階段計畫所支付的金額也會計入您的藥品總費用)。

我們寄給您的《D 部分福利說明》(D 部分 EOB) 將會幫助您紀錄在該年度中您和本計畫以及任何代您支付費用的第三方，各自為您的藥品支付了多少費用。很多人在年度內不會達到上限 \$4,020。

如果您達到此上限金額 \$4,020，我們會通知您。如果您確實達到此金額，您便會離開初始承保階段並進入承保缺口階段。

---

## 第 6 節 在承保缺口階段，您將享有品牌藥品折扣，且您為普通牌藥品支付的費用比例將不超 25%

---

### 第 6.1 節 在您的自費額達到 \$6,350 之前，您都在承保缺口階段

當您在承保缺口階段時，Medicare 承保缺口折扣方案會提供品牌藥品藥廠折扣。您需支付品牌藥品議定價格的 25% 以及一部分的配藥費用。您支付的金額和藥廠提供的折扣金額仍算作您的自費額，如同是您已支付這筆金額，使您渡過承保缺口階段。

您亦可獲得一些普通牌藥品的承保。您為普通牌藥品支付不超過 25% 的費用，其餘費用則由計畫支付。對於普通牌藥品，計畫給付的金額 (75%) 不計入您的自費額。只有您支付的金額才會被計入，使您渡過承保缺口階段。

您持續支付品牌藥品的折扣價格且不超過普通牌藥品費用的 25%，直到您的年度自費額達到 Medicare 規定的最高金額為止。在 2020 年，該金額為 \$6,350。

Medicare 有哪些費用可計入和哪些費用不可計入您自費額的相關規定。當您達到自費額上限 \$6,350 時，您就會離開承保缺口階段並進入重大傷病承保範圍階段。

### 第 6.2 節 Medicare 如何計算您的處方藥自費額

紀錄您藥品的自費額時，我們必須遵守下列 Medicare 規定。

#### 下列付款包括在您的自費額中

在加總您的自費額時，可以納入下列付款 (必須是 D 部分承保藥品的付款，且您遵守本手冊第 5 章中說明的藥品承保規定)：

- 當您在下列任一藥品付款階段時，您為藥品支付的金額：
  - 初始承保階段。
  - 承保缺口階段。
- 加入本計畫之前，您於本年度期間以不同 Medicare 處方藥計畫會員身分支付的任何費用。

付款人規定：

- 如果您自己支付，這些款項就可以納入在您的自費額中。



- 如果由**某些其他個人或組織**代您支付，這些款項也可以納入您的自費額中。其中包括由朋友或親戚、大多數慈善機構、AIDS 藥品補助方案、印第安健康服務代您支付的藥品費用。由 Medicare 「額外協助」方案所支付的費用也可納入。
- Medicare 承保缺口折扣方案所支付的費用，有一些也可納入。藥廠為您的品牌藥品所支付的費用可納入，但是計畫為您支付的普通牌藥品金額則不納入。

#### 進入重大傷病承保範圍階段：

當您 (或代您付款者) 在年度內合計支付的自費額達 \$6,350 時，您就會從承保缺口階段進入重大傷病承保範圍階段。

#### 下列付款不包括在您的自費額中

在加總您的自費額時，**不得包括**下列任一種處方藥付款：

- 您支付的月保費金額。
- 您在美國和其領土以外地區購買的藥品。
- 不屬於本計畫承保範圍的藥品。
- 在網絡外藥房取得且不符合本計畫網絡外承保規定的藥品。
- 非 D 部分藥品，包括屬於 A 部分或 B 部分承保範圍的處方藥，以及其他 Medicare 排除承保的藥品。
- 本計畫在承保缺口階段為您支付的品牌藥品或普通牌藥品費用。
- 由團體健保計畫 (包括雇主健保計畫) 支付的藥品費用。
- 由某些保險計畫和政府資助的健康方案支付的您的藥品費用，如 TRICARE 和退伍軍人管理局。
- 由有處方藥付款法定義務的第三方 (例如勞工賠償) 支付的藥品費用。

**提醒：**若有任何其他組織 (例如上述組織) 支付部分或全部您的藥品自費額，您必須讓本計畫知道。請致電會員服務部通知我們 (電話號碼列印於本手冊封底)。

#### 您如何紀錄您自費額的合計金額？

- **我們會幫助您。**我們寄給您的《D 部分福利說明》(D 部分 EOB) 會包括您目前的自費額金額 (請參閱本章第 3 節有關本報告的說明)。當您在年度內合計支付的自費額達 \$6,350 時，本報告就會告訴您，您已離開承保缺口階段並進入重大傷病承保範圍階段。
- **確保我們取得所需的資訊。**第 3.2 節說明您可以做些什麼，以幫助確保我們已有您最新且完整的付款紀錄。

---

## 第 7 節 在重大傷病承保範圍階段，本計畫將為您支付大部分的藥品費用

---

|                |                                    |
|----------------|------------------------------------|
| <b>第 7.1 節</b> | 一旦您進入重大傷病承保範圍階段，在年度剩餘期間，您將會持續留在本階段 |
|----------------|------------------------------------|

當您的自費額達到年度上限 \$6,350 時，您就有資格進入重大傷病承保範圍階段。一旦您進入重大傷病承保範圍階段後，您都會在本付款階段，一直到年度結束為止。

在本階段中，本計畫會支付您藥品的大多數費用。

- 您需分攤的承保藥品費用會是共同保險金或共付額，以兩者中金額較高者為準：
  - — 可能是 — 藥品費用 5% 的共同保險金。
  - — 也可能是 — \$3.60 (適用於普通牌藥品或可視為普通牌藥品的藥) 和 \$8.95 (適用於其他所有藥品)。
- 本計畫會支付其餘費用。

---

## 第 8 節 您需支付的 D 部分承保疫苗接種費用取決於您接受接種的管道和地點

---

|                |                                 |
|----------------|---------------------------------|
| <b>第 8.1 節</b> | 本計畫可能會分開承保 D 部分疫苗藥物本身和為您接種疫苗的費用 |
|----------------|---------------------------------|

本計畫提供多種 D 部分疫苗承保。我們也有承保被視為醫療福利的疫苗。您可以在第 4 章第 2.1 節的醫療福利表找到這些疫苗的承保資訊。

我們的 D 部分疫苗接種承保分為兩個部分：

- 承保的第一個部分是**疫苗藥物本身**的費用。疫苗為處方藥。
- 承保的第二個部分是為**您接種疫苗**的費用 (有時也稱為「施打」疫苗)。

### 您要支付哪些 D 部分疫苗接種費用？

您要支付哪些 D 部分疫苗接種費用取決於下列三個因素：

1. **疫苗的類型** (您為什麼要接種疫苗)。
  - 有些疫苗被視為醫療福利。您可以在第 4 章 (**醫療福利表 (承保範圍以及您所需支付的費用)**) 找到這些疫苗的承保資訊。

- 另有些疫苗被視為 D 部分藥品。您可以在本計畫的《承保藥品清單(處方一覽表)》中找到這些疫苗。

2. 您在哪裡取得疫苗藥物。

3. 什麼人為您接種疫苗？

您接受 D 部分疫苗接種時支付的金額可能因情況而異。例如：

- 有時候，當您接受疫苗接種時，您必須支付疫苗藥物和接種疫苗的全部費用。您可能要求本計畫償還您我們應分攤的費用。
- 其他時候，當您取得疫苗藥物或接受疫苗接種時，您只需支付您應分攤的費用。

以下列舉三種您可取得 D 部分疫苗接種的常見方式，以為您說明流程。請切記，在您處於福利承保缺口階段期間，您必須負擔與疫苗接種(包括施打)相關的所有費用。

*情況 1：* 您在藥房購買 D 部分疫苗，且您在網絡內藥房接受疫苗接種(您是否能利用這項選擇，需視您居住的地點而定。有些州不允許藥房施打疫苗)。

- 您將需向藥房支付疫苗的共付額費用以及接受疫苗接種的費用。
- 本計畫將會支付剩餘的費用。

*情況 2：* 您在醫師診所接受 D 部分疫苗接種。

- 當您接受疫苗接種時，您會支付疫苗和施打疫苗的全部費用。
- 之後您可以利用本手冊第 7 章(要求計畫為您所取得的承保醫療服務或藥品帳單支付分攤費用)所述的程序，要求本計畫支付我們應分攤的費用。
- 您會收到的補償等於您支付的金額扣除您使用該疫苗(包括施打)的正常共付額，再扣除醫師收費金額與我們通常支付金額之間的差額(如果您有取得「額外協助」，我們將會補償您此差額)。

*情況 3：* 您在藥房購買 D 部分疫苗，之後帶到您醫師的診所請他們為您接種疫苗。

- 您必須支付藥房該疫苗本身的共付額金額。
- 當您的醫師為您接種疫苗時，您將需支付這項服務的全部費用。之後您可利用本手冊第 7 章所述的程序，要求本計畫支付我們應分攤的費用。
- 您會收到的補償等於醫師施打疫苗的收費金額，扣除醫師收費和我們通常支付金額之間的差額(如果您有取得「額外協助」，我們將會補償您此差額)。

## 第 8.2 節 接受疫苗接種之前，建議您先致電會員服務部與我們聯絡

疫苗接種的承保規定比較複雜。我們可以協助您。無論您在何時計畫接受疫苗接種，我們建議您事先致電會員服務部與我們聯絡（會員服務部電話號碼列印於本手冊封底）。

- 我們會告訴您本計畫如何承保您的疫苗接種，並說明您應分攤的費用。
- 我們能告訴您如何使用我們網絡內的醫療服務提供者和藥房以降低您的費用。
- 如果您無法使用網絡內醫療服務提供者和藥房，我們能告訴您該怎麼做可以要求我們支付應分攤的費用。

## 第 7 章

要求計畫爲您所取得的承保醫療服務  
或藥品帳單支付分攤費用

**第 7 章 要求計畫為您所取得的承保醫療服務或藥品帳單支付分攤費用**

|              |  |            |
|--------------|--|------------|
| <b>第 1 節</b> | <b>您應要求我們為承保服務或藥品支付分攤費用的情況 .....</b>           | <b>134</b> |
| 第 1.1 節      | 如果您為承保服務或藥品支付本計畫的分攤費用，或如果您收到帳單，您可以要求我們給付 ..... | 134        |
| <b>第 2 節</b> | <b>如何要求我們償還您或給付您所收到的帳單 .....</b>               | <b>136</b> |
| 第 2.1 節      | 您如何寄送給付申請給我們以及寄送地點 .....                       | 136        |
| <b>第 3 節</b> | <b>我們會考慮您的給付申請，然後同意或拒絕 .....</b>               | <b>137</b> |
| 第 3.1 節      | 我們會查看我們是否應該承保服務或藥品，以及應付的金額 .....               | 137        |
| 第 3.2 節      | 如果我們告訴您我們不會給付醫療照護或藥品的全部或部分費用，您可以提出上訴 .....     | 137        |
| <b>第 4 節</b> | <b>您應該保留收據並寄副本給我們的其他情況 .....</b>               | <b>138</b> |
| 第 4.1 節      | 在某些情況下，您應該將收據副本寄給我們，幫助我們紀錄您的藥品自費額 .....        | 138        |

## 第 1 節 您應要求我們為承保服務或藥品支付分攤費用的情況

### 第 1.1 節 如果您為承保服務或藥品支付本計畫的分攤費用，或如果您收到帳單，您可以要求我們給付

當您接受醫療照護或領取處方藥時，有時您可能需要立即支付全額費用。還有些時候，您可能發現自己支付了超過本計畫承保規定您應支付的金額。不論是上述何種情況，您都可要求本計畫償還該筆費用（償還通常又稱為「補償」）。當您為本計畫承保的醫療服務或藥品支付的費用超過您的分攤費用，您有權要求本計畫償還。

有時您也可能收到醫療服務提供者的帳單，要求您支付您所接受醫療照護的全額費用。在大部分情況下，您應將此帳單寄給我們，而非自己付款。我們會查看帳單並決定該服務是否應獲得承保。如果我們決定該服務應獲得承保，我們會直接給付給醫療服務提供者。

以下幾個例子說明您可能需要要求本計畫償還您或給付您所收到帳單的情況：

#### 1. 您接受不屬於本計畫網絡的醫療服務提供者提供的急診或緊急醫療照護

您可以接受任何醫療服務提供者提供的急診服務，無論該醫療服務提供者是否屬於本計畫網絡。當您接受非計畫網絡內醫療服務提供者所提供的急診或緊急需求服務時，您只需負擔分攤費用，而非全額費用。您應該要求醫療服務提供者把計畫應分攤費用的帳單寄給我們。

- 如果您在接受照護時自行支付全額費用，您必須要求我們償還應分攤的費用。請將該帳單連同您已付款的文件紀錄寄給我們。
- 有時候您可能會收到醫療服務提供者的帳單，要求您支付您認為您不需支付的帳款。請將該帳單連同您已付款的文件紀錄寄給我們。
  - 如有任何應付款項，我們會直接支付給該醫療服務提供者。
  - 如果您為該服務支付的金額已超過您的分攤費用，我們會判定您應支付的金額，並將我們應分攤的費用償還給您。

#### 2. 網絡內醫療服務提供者寄給您一份您認為不應支付的帳單

網絡內醫療服務提供者應直接向本計畫請款，並且只要求您支付您應分攤的費用。但他們有時會出錯，要求您支付超過您分攤費用的金額。

- 當您接受計畫承保服務時，僅需支付計畫的分攤費用即可。我們不允許醫療服務提供者向您另外收取額外的費用（即「差額負擔」）。即便我們支付給醫療服務提供者的金額低於醫療服務提供者收取的服務費用，又即便因糾紛致使我們拒絕支付醫療服務提供者的部分費用，此項保障（您無需支付超過您分攤費用額的部分）仍適用。如需更多有關「差額負擔」的資訊，請參閱第 4 章第 1.4 節。

- 當您收到網絡內醫療服務提供者的帳單，且認為其超過您應付的金額時，請將帳單寄給我們。我們會直接與該醫療服務提供者聯絡並解決該帳單問題。
- 如果您已將網絡內醫療服務提供者給您的帳單金額付清，但您覺得您支付過多，請將帳單連同您已付款的文件紀錄寄給我們，並要求我們償還您所支付金額與您根據本計畫規定應支付金額之間的差額。

### 3. 如果您回溯投保本計畫

有時候，個人可回溯投保本計畫 (回溯是指已超過其投保首日。投保日期甚至可能回溯至去年)。

如果您回溯投保本計畫，且您在投保日期之後支付了承保服務或藥品的自費額，您可要求本計畫償還我們應分攤的費用。您需要準備書面文件，交給我們處理補償事宜。

請致電會員服務部，詢問有關如何要求我們償還及提出申請之期限等的其他資訊 (會員服務部電話號碼列印於本手冊封底)。

### 4. 您使用網絡外藥房領取處方藥

如果您到網絡外藥房並嘗試使用您的會員卡領取處方藥，藥房可能無法直接向我們申請理賠。若有此情況，您必須支付您處方藥的全額費用 (我們僅在少數特殊情況下會承保在網絡外藥房領取的處方藥。請參閱第 5 章第 2.5 節以進一步瞭解)。

請保留收據，當您要求本計畫償還我們應分攤的費用時，請寄一份副本給我們。

### 5. 您因為沒有攜帶您的計畫會員卡而支付處方藥的全額費用

如果您沒有攜帶您的計畫會員卡，您可以要求藥房致電本計畫或查閱您的計畫投保資訊。不過，如果藥房無法立刻取得他們需要的投保資訊，您可能需要支付處方藥的全額費用。

請保留收據，當您要求本計畫償還我們應分攤的費用時，請寄一份副本給我們。

### 6. 您在其他情況下支付處方藥的全額費用

您可能發現由於某種理由，藥品不屬承保範圍，因此您需支付處方藥的全額費用。

- 例如：藥品可能不在本計畫的《承保藥品清單 (處方一覽表)》中；或藥品可能有您不知道或您認為不應該適用於您的要求或限制規定。如果您決定立即取得藥品，您可能需要支付其全額費用。
- 請保留收據，當您要求本計畫償還您時，請寄一份副本給我們。在某些情況下，我們可能需要您醫師提供更多資訊才能償還您我們應分攤的費用。

所有上述範例皆為承保決定的類型。也就是說，如果我們拒絕您的給付申請，您可以對我們的決定提出上訴。本手冊第 9 章「如果您有問題或需要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦」有如何提出上訴的資訊。



## 第 2 節 如何要求我們償還您或給付您所收到的帳單

### 第 2.1 節 您如何寄送給付申請給我們以及寄送地點

請將您的給付申請連同您的帳單和付款文件紀錄一併寄給我們。建議您影印您的帳單和收據留底。

為了確保您有將我們作決定所需的所有資訊皆提供給我們，您在提出給付申請時可以填寫我們的理賠表。

- 您不一定要使用該表格，不過它會幫助我們加快資訊處理的速度。
- 您可從我們網站 ([ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com)) 下載或致電會員服務部索取該表格。(會員服務部電話號碼列印於本手冊封底)。

請將您的醫療服務給付申請連同所有帳單或收據一併寄給我們，地址如下：

Health Net Healthy Heart (HMO)  
P.O. Box 9030  
Farmington, MO 63640-9030

請將您的 D 部分處方藥給付申請連同所有帳單或收據一併寄給我們，地址如下：

**有關 D 部份理賠：**  
Health Net Healthy Heart (HMO)  
Attn: Pharmacy Claims  
P.O. Box 419069  
Rancho Cordova, CA 95741-9069

您必須分別在取得服務、用品或藥品當日起的 12 個月內 (針對醫療理賠) 和三年內 (針對藥品理賠)，向我們提出您的理賠申請。

如果您有任何疑問，請與會員服務部聯絡 (電話號碼列印於本手冊封底)。如果您不知道您應付哪些費用，或您收到帳單但不知道應該怎麼辦，我們能為您提供協助。如果您已寄出給付申請但您想提供更多資訊，您也可以致電給我們。

## 第 3 節 我們會考慮您的給付申請，然後同意或拒絕

### 第 3.1 節 我們會查看我們是否應該承保服務或藥品，以及應付的金額

收到您的給付申請時，我們會讓您知道您是否還需要提供其他資訊。否則，我們會考量您的申請並作出承保決定。

- 如果我們的決定是該醫療照護或藥品屬承保範圍，且您遵循取得照護或藥品的所有規定，我們就會給付我們應分攤的費用。如果您已經支付該服務或藥品的費用，我們會將我們應分攤的費用補償郵寄給您。如果您尚未支付該服務或藥品的費用，我們會將款項直接郵寄給醫療服務提供者 (第 3 章說明您取得醫療服務承保時需遵循的規定。第 5 章說明您取得 D 部分處方藥承保時需遵循的規定)。
- 如果我們的決定是該醫療照護或藥品不屬承保範圍，或您未遵循所有規定，我們就不會給付我們應分攤的費用。我們會寄一封信函給您，說明我們不寄送您要求款項的理由，以及您對該決定提出上訴的權利。

### 第 3.2 節 如果我們告訴您我們不會給付醫療照護或藥品的全部或部分費用，您可以提出上訴

如果您認為我們拒絕您給付申請的決定不正確或不同意我們給付的金額，您可以提出上訴。如果您提出上訴，代表您要求我們變更我們拒絕您給付申請的決定。

如需有關如何提出此類上訴的詳細資訊，請參閱本手冊的第 9 章 (如果您有問題或需要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦)。上訴流程是具有詳細程序和重要期限的正式流程。如果您是第一次提出上訴，您可先閱讀第 9 章第 4 節中的實用資訊。第 4 節為簡介性內容，除了說明承保決定和上訴流程，也提供術語 (例如「上訴」) 的定義。您讀完第 4 節後，可以繼續閱讀第 9 章其他節的內容，瞭解在您的情況下該做什麼：

- 如果您想要針對獲得償還醫療服務的費用提出上訴，請參閱第 9 章第 5.3 節。
- 如果您想要針對獲得償還藥品的費用提出上訴，請參閱第 9 章第 6.5 節。

## 第 4 節 您應該保留收據並寄副本給我們的其他情況

### 第 4.1 節 在某些情況下，您應該將收據副本寄給我們，幫助我們紀錄您的藥品自費額

有某些情況您應該讓我們知道您已為您的藥品支付費用。在這些情況中，您不是要求我們給付，而是告訴我們您支付的費用，讓我們可以正確地計算您的自費額。這可幫助您更快達到重大傷病承保範圍階段的資格。

以下是您應該寄收據副本給我們，讓我們知道您已為您的藥品支付費用的兩種情況：

#### 1. 當您以低於我們的價格購買藥品時

當您在承保缺口階段時，有時候您能以低於我們的價格在**網絡內藥房**購買您的藥品。

- 例如：藥房可能有該藥品的特價活動。或者，您可能有我們福利以外的折扣卡，可享有更低的價格。
- 除了特殊情況之外，在這些情況中您必須使用網絡內藥房，且您的藥品必須在我們的藥品清單上。
- 保留您的收據並寄送副本給我們，我們會依此計入您的自費額費用中，以便您取得重大傷病承保範圍階段的資格。
- **請注意：**如果您在承保缺口階段中，我們可能不會分攤這類藥品的任何費用。不過，寄送收據副本不僅讓我們可正確地計算您的自費額，也可能幫助您更快取得重大傷病承保範圍階段的資格。

#### 2. 當您透過藥廠提供的病患協助方案取得藥品時

有些會員參加本計畫福利以外的藥廠所提供的病患協助方案。如果您透過藥廠提供的方案取得任何藥品，您可能支付共付額給該病患協助方案。

- 保留您的收據並寄送副本給我們，我們會依此計入您的自費額費用中，以便您取得重大傷病承保範圍階段的資格。
- **請注意：**由於您是透過病患協助方案，而不是透過本計畫福利取得您的藥品，因此我們不會分攤這類藥品的任何費用。不過，寄送收據副本不僅讓我們可正確地計算您的自費額，也可能幫助您更快取得重大傷病承保範圍階段的資格。

在上述兩種情況中，您並不是要求給付，所以這些情況不會視為承保決定。因此，如果您不同意我們的決定，您無法提出上訴。

# 第 8 章

## 您的權利和責任

## 第 8 章 您的權利和責任

|              |  |            |
|--------------|--|------------|
| <b>第 1 節</b> | <b>本計畫必須尊重計畫會員的權利 .....</b>                    | <b>141</b> |
| 第 1.1 節      | 我們必須以您瞭解的方式 (以英語以外的語言、錄音版、大字版或其他格式等) 提供資訊..... | 141        |
| 第 1.2 節      | 我們必須確保您適時取得您的承保服務和藥品.....                      | 141        |
| 第 1.3 節      | 我們必須保護您個人健康資訊的隱私.....                          | 142        |
| 第 1.4 節      | 我們必須提供您本計畫、醫療服務提供者網絡以及您承保服務的相關資訊.....          | 143        |
| 第 1.5 節      | 我們必須支持您作出相關照護決定的權利.....                        | 144        |
| 第 1.6 節      | 您有權投訴並要求我們重新審查已作出的決定.....                      | 146        |
| 第 1.7 節      | 您有權對我們的會員權利和責任政策提出建議.....                      | 146        |
| 第 1.8 節      | 新技術評估.....                                     | 146        |
| 第 1.9 節      | 如果您認為自己受到不公平待遇或權利未受重視怎麼辦? .....                | 146        |
| 第 1.10 節     | 如何取得更多與您權利相關的資訊.....                           | 147        |
| <b>第 2 節</b> | <b>作為本計畫會員，您有某些責任 .....</b>                    | <b>147</b> |
| 第 2.1 節      | 您的責任是什麼? .....                                 | 147        |

## 第 1 節 本計畫必須尊重計畫會員的權利

### 第 1.1 節 我們必須以您瞭解的方式 (以英語以外的語言、錄音版、大字版或其他格式等) 提供資訊

如需以您瞭解的方式向我們取得資訊，請致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底)。

本計畫有服務人員並提供免費口譯服務可回答殘疾人士和非英語會員的疑問。本資訊備有其他語言版本，可免費提供。請與會員服務部聯絡，電話號碼為 1-800-275-4737 (TTY: 711)。每週 7 天，每天上午 8:00 到晚上 8:00 均提供服務。如果您有需要，我們可以免費提供錄音版、大字版或其他格式的資訊給您。我們必須提供方便您獲取且適合您的本計畫福利資訊。如需以您瞭解的方式向我們取得資訊，請致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底)，您也可以透過同個號碼致電申訴部門。

如果您無法順利取得方便您獲取且適合您的本計畫福利資訊格式，請致電會員服務部進行申訴 (電話號碼列印於本手冊封底)。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048 向 Medicare 進行投訴，或直接聯絡民權辦公室。聯絡資訊附在《承保範圍證明》中，您也可以在本郵件中找到聯絡資訊，或者您也可以聯絡會員服務部取得額外資訊。

### **We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in audio, in large print, or other alternate formats, etc.)**

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. This information is available for free in other languages. Please contact our Member Services at 1-800-275-4737. (TTY: 711). Hours of operation 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week. We can also give you information in audio, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact our Grievance department at the same number.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048 or directly with the Office of Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Member Services for additional information.

## 第 1.2 節 我們必須確保您適時取得您的承保服務和藥品

身為本計畫的會員，您有權選擇本計畫網絡中的主治醫師 (PCP)，以提供並安排您的承保服務 (第 3 章有更多說明)。請致電會員服務部，瞭解哪些醫師正在接受新病患 (電話號碼列印於本手冊封底)。您也有權至女性健康專科醫師 (例如婦科醫師) 處就診而不需透過轉介。

身為本計畫的會員，您有權在合理的時間內與本計畫的網絡內醫療服務提供者約診並取得承保服務。這包括在您需要專科照護時，適時取得專科醫師服務的權利。您也有權在合理的等待時間內，於我們的任何網絡內藥房領取或續配處方藥。

如果您認為您未在合理時間內取得您的醫療照護或 D 部分藥品，本手冊第 9 章第 10 節會告訴您怎麼做 (如果我們拒絕為您的醫療照護或藥品提供承保，而您不同意我們的決定，第 9 章第 4 節會告訴您怎麼做)。

## 第 1.3 節 我們必須保護您個人健康資訊的隱私

聯邦與州法律保護您病歷與個人健康資訊的隱私。我們根據這些法律的規定保護您的個人健康資訊。

- 您的「個人健康資訊」包括您投保本計畫時提供給我們的個人資訊，以及您的病歷和其他醫療與健康資訊。
- 保障您隱私的法律賦予您取得資訊及控制您健康資訊使用方式的相關權利。我們會提供您一份名為「隱私權行使聲明」的書面通知，告訴您這些權利並說明我們如何保護您健康資訊的隱私。

### 我們如何保護您健康資訊的隱私？

- 我們會確保未經授權者不會看到或變更您的紀錄。
- 在大多數情況下，如果我們要向不是為您提供照護或不是為您給付照護服務的任何人提供您的健康資訊，我們必須先取得您的書面許可。書面許可可能由您本人或您已賦予法定權力可為您做決定的某人提供。
- 有些例外的情況我們可以不必先取得您的書面許可。這些例外情況為法律允許或規定。
  - 例如：我們必須向檢查照護品質的政府機構公開健康資訊。
  - 因為您透過 Medicare 成為本計畫的會員，我們必須向 Medicare 提供您的健康資訊，其中包括您 D 部分處方藥的相關資訊。如果 Medicare 為了研究或其他用途公開您的資訊，必須依聯邦法令與法規行事。

## 您能查看您紀錄中的資訊，並瞭解您的資訊曾以什麼方式與他人分享

您有權閱覽本計畫保留之有關您的病歷並取得其副本。我們可向您收取影印的費用。您也有權向我們要求新增或修改您的病歷。如果您對我們提出此要求，我們將與您的醫療照護服務提供者一起決定是否應該變更。

若非例行用途，您有權瞭解您的健康資訊曾以什麼方式與他人分享。

如果您對於您個人健康資訊隱私有疑問或顧慮，請致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底)。

|                |   |
|----------------|---|
| <b>第 1.4 節</b> | <b>我們必須提供您本計畫、醫療服務提供者網絡以及您承保服務的相關資訊</b> |
|----------------|---|

身為本計畫的會員，您有權透過我們取得幾種類型的資訊 (如第 1.1 節的說明，您有權以您能瞭解的方式從我們這裡取得資訊。這包括取得非英文語言、大字版或其他格式的資訊)。

如果您需要以下種類的資訊，請致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底)：

- **本計畫的相關資訊。**舉例來說，這包括與本計畫財務狀況相關的資訊，也包括會員提出上訴的次數以及本計畫的表現評等 (包括會員對計畫的評等，以及與其他 Medicare 健保計畫的比較) 等相關資訊。
- **本計畫網絡內醫療服務提供者 (包括本計畫網絡內藥房) 的相關資訊。**
  - 例如：您有權向我們索取本計畫網絡內醫療服務提供者和藥房之資格，以及我們如何給付網絡內醫療服務提供者的相關資訊。
  - 如需本計畫的網絡內醫療服務提供者和藥房清單，請參閱《醫療服務提供者和藥房名錄》。
  - 如需更多有關本計畫醫療服務提供者或藥房的詳細資訊，您可致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底) 或瀏覽我們的網站 [ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com)。
- **您的承保資訊以及使用承保時必須遵守的規定。**
  - 在本手冊的第 3 章和第 4 章，我們說明哪些醫療服務您可獲得承保、您承保的限制規定，以及您必須遵循那些規定才能取得您的承保醫療服務。
  - **注意：**本計畫不會對執行使用評議的執業人員、醫療服務提供者或員工給予獎勵，包括委任組織的員工。使用管理 (UM) 決策的依據僅限照護與服務的適切性以及承保存否。此外，本計畫不特別獎勵發布拒絕承保的執業人士或其他人士。給予 UM 決策者的財務獎勵，不鼓勵導致低度使用的決策。



- 如需取得您 D 部分處方藥承保的詳情，請參閱本手冊第 5 章與第 6 章，以及本計畫的《承保藥品清單(處方一覽表)》。這兩章搭配《承保藥品清單(處方一覽表)》除了告訴您哪些藥品屬承保範圍，也說明您必須遵循的規定以及您某些藥品的承保限制規定。
- 如果您對相關規定與限制規定有疑問，請致電會員服務部(電話號碼列印於本手冊封底)。
- **某項目不屬承保範圍的原因以及您可以怎麼做的相關資訊。**
  - 如果某項醫療服務或 D 部分藥品您不能取得承保，或如果您的承保有某種方式的限制，您可以要求我們提供書面說明。即使您是從網絡外的醫療服務提供者或藥房取得醫療服務或藥品，您仍有權取得此一說明。
  - 如果您不滿意或不同意我們作出與您醫療照護或 D 部分藥品承保相關的決定，您有權要求我們變更決定。您可透過上訴要求我們變更決定。如需取得當某項目不是以您認為應該的承保方式提供承保時您該怎麼做的詳細資訊，請參閱本手冊第 9 章內容載有如何提出上訴以要求我們變更決定的詳細資訊(第 9 章也會說明如何提出有關照護品質、等待時間以及其他顧慮的投訴)。
  - 如果您想要求本計畫給付您所接受的醫療照護或 D 部分處方藥帳單中我們應分攤的費用，請參閱本手冊第 7 章。

### 第 1.5 節 我們必須支持您作出相關照護決定的權利

#### 您有權知道您的治療選項並參與您健康照護的相關決定

當您接受健康照護時，您有權從您的醫師和其他健康照護服務提供者取得完整的資訊。您的醫療服務提供者必須以您能瞭解的方式，向您說明您的醫療狀況以及您的治療選擇。

您也有權完全參與和您的健康照護有關的決定。為幫助您和您的醫師決定哪種治療對您最有益處，您的權利包括以下項目：

- **瞭解您的所有選擇。**也就是說，您有權得知針對您病況建議的所有治療選項，不考慮其費用或其是否屬於本計畫的承保範圍，也包括得知本計畫可提供那些方案，幫助會員管理他們的藥物並安全地使用藥品。
- **瞭解風險。**您有權得知任何與您照護相關的風險。您必須被事先告知任何提議的醫療照護或治療是否為研究實驗的一部分。您始終可以選擇拒絕任何實驗性的治療。
- **您有權「拒絕」。**您有權拒絕接受任何治療。這包括離開醫院或其他醫療機構的權利，即使醫師建議您不要離院。您也有權停止服藥。當然，如果您拒絕治療或停止服藥，您須為您的身體因而發生的狀況負完全的責任。

- **如果您的照護承保遭到拒絕，您有權要求說明。**如果醫療服務提供者拒絕提供您認為您應得到的照護，您有權要求我們說明原因。如欲取得說明，您必須要求我們作出承保決定。本手冊第 9 章說明如何要求本計畫作出承保決定。

### 您有權提供在您無法為自己作出醫療決定時應該怎麼做的指示

有時候，人們會因為意外或嚴重疾病而無法為自己做健康照護的決定。您有權表達如果處於這種情況時您想要怎麼做。也就是說，*如果您想*，您可以：

- 填寫書面表格，**合法授權某人在您無法為自己做決定時替您作出醫療決定。**
- **為您的醫師提供一份書面指示**，說明如果您無法為自己做決定時，您希望他們如何處理您的醫療照護。

這些您預先用來提供面臨上述狀況時之指示的法律文件，稱為「**預立醫囑**」。預立醫囑有不同的類型，其名稱也不同。例如：「**預立遺囑**」和「**健康照護委託授權書**」等文件即屬預立醫囑範例。

如果您想使用「預立醫囑」給予指示，以下是相關步驟說明：

- **取得表格。**如果您想預立醫囑，可以向律師、社工索取或從一些辦公用品商店取得。有時候您也可以向提供 Medicare 相關資訊的組織取得預立醫囑表格。
- **填寫表格並簽名。**無論您從何處取得此表格，請謹記它是一份法律文件。您應考慮請律師協助您準備這份文件。
- **將副本提供給相關人等。**您應該將此表格的副本交給您的醫師，以及您在表格上指名在您不能為自己做決定時可以代您做決定的人士。您可能也想將該表格的副本交給好友或家人。請務必在家中保存一份。

如果您事先知道要住院，且您已經簽署預立醫囑，**請帶一份副本到醫院。**

- 如果您住院，他們會問您是否已經簽署預立醫囑表以及您是否帶著此表格。
- 如果您尚未簽署預立醫囑表，醫院可提供表格並會詢問您是否想簽署。

**切記，是否要填寫預立醫囑** (包括如果您在醫院時是否想簽署) **屬於您個人的選擇**。根據法律規定，任何人都不得基於您是否已經簽署預立醫囑而拒絕為您提供照護或歧視您。

### 如果您的指示未被遵循怎麼辦？

如果您已簽署預立醫囑，且您認為醫師或醫院並未遵循其中指示，您可以向健保品質中心提出投訴。

**第 1.6 節 您有權投訴並要求我們重新審查已作出的決定**

如果您對您的承保服務或照護有任何疑問或顧慮，本手冊第 9 章為您說明可以怎麼做，並詳細說明如何處理所有類型的問題和投訴。您需採取哪些行動以針對您的問題或顧慮進行追蹤需視您的情況而定。您可能需要本計畫為您作出承保決定、向我們提出變更承保決定的上訴，或者提出投訴。無論您怎麼做 — 要求承保決定、上訴或投訴，**我們都必須公平地對待您。**

您有權取得其他會員過去曾對本計畫提出的上訴與投訴的資訊摘要。如欲取得這類資訊，請致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底)。

**第 1.7 節 您有權對我們的會員權利和責任政策提出建議**

如果您對這些權利和責任有任何疑問或顧慮，或者您想提出建議來改善我們的會員權利政策，請透過本手冊封底的電話號碼與會員服務部聯絡以與我們分享您的想法。

**第 1.8 節 新技術評估**

新技術是指最近才研發出來治療特定疾病或病況的程序、藥物、生物製劑或裝置，或是指現有程序、藥物、生物製劑或裝置的新用途。凡在適用時，本計畫均會遵循 Medicare 全國性與地方性的承保判定。

在沒有 Medicare 承保判定的情況下，本計畫將會針對同儕審查刊物中目前已出版的醫學文獻進行嚴格評讀，以評估是否要將新技術或現有技術的新應用納入適用的福利計畫中，以確保會員能夠獲得安全且有效的照護，這些醫學文獻包括能夠證實技術安全性和有效性的系統性文獻回顧、隨機對照試驗、世代研究、個案對照研究、結果具有統計顯著性的診斷檢測研究，本計畫同時也會檢閱由國家組織和經過認可的主管機關所制定之以實證為基礎的準則。本計畫亦會將由執業醫師或經國家認可的醫療協會所提供的意見、建議及評估納入考量，其中包括專科醫師協會、共識小組或其他經過國家認可的研究或技術評估組織、政府機關 (例如 Food and Drug Administration [FDA]、疾病管制中心 [CDC]、國家衛生研究院 [NIH]) 的報告和出版物。

**第 1.9 節 如果您認為自己受到不公平待遇或權利未受重視怎麼辦？**

**如果事關歧視，請致電民權辦公室**

如果您認為自己因為種族、殘疾、宗教、性別、健康、族裔、信條 (信仰)、年齡或國籍而受到不公平待遇或權利遭受侵犯，您應該致電 Department of Health and Human Services 的民權辦公室，電話號碼為 1-800-368-1019，TTY 1-800-537-7697，或致電您當地的民權辦公室。

## 是因爲其他原因嗎？

如果您認爲自己受到不公平待遇或權利未受重視，且事情與歧視無關，您可以透過下列方式取得協助以處理您遭遇的問題：

- 您可以**致電會員服務部** (電話號碼列印於本手冊封底)。
- 您可以**致電州健康保險援助方案 (State Health Insurance Assistance Program)**。如需該組織的詳細資訊以及聯絡資訊，請參閱第 2 章第 3 節。
- 或者，您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) **聯絡 Medicare**，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

### 第 1.10 節 如何取得更多與您權利相關的資訊

您可以在下列幾個地方取得更多與您權利相關的資訊：

- 您可以**致電會員服務部** (電話號碼列印於本手冊封底)。
- 您可以**致電 SHIP**。如需該組織的詳細資訊以及聯絡資訊，請參閱第 2 章第 3 節。
- 您可以聯絡 **Medicare**。
  - 您可以瀏覽 Medicare 網站以閱覽或下載《Medicare 權利及保障》(Medicare Rights & Protections) 出版刊物 (出版刊物下載網址：**Error! Hyperlink reference not valid.**<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>)。
  - 或者，您可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

## 第 2 節 作爲本計畫會員，您有某些責任

### 第 2.1 節 您的責任是什麼？

身爲本計畫的會員，您需要做的事項如下所列。如果您有任何疑問，請致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底)。我們可以協助您。

- **熟悉您的承保服務，以及取得這些承保服務時您必須遵循的規定。** 使用本《承保範圍證明》手冊來瞭解您的承保範圍以及取得承保服務時您必須遵循的規定。
  - 第 3 章和第 4 章詳細說明您的醫療服務，包括哪些服務屬承保範圍、哪些服務不屬承保範圍、需要遵循的規定，以及您應支付的費用。
  - 第 5 章和第 6 章詳細說明您的 D 部分處方藥承保範圍

- 如果您除了本計畫以外還有任何其他健康保險或處方藥承保，您必須告訴我們。請致電會員服務部告知我們 (電話號碼列印於本手冊封底)。
  - 我們必須遵循 Medicare 制定的規定，確保您從本計畫取得承保服務時一併使用您的全部承保。由於這會涉及協調您從本計畫和他處取得的健康和藥品福利，因此稱為「福利協調」。我們會幫助您協調您的福利 (有關福利協調的詳細資訊，請參閱第 1 章第 10 節)。
- 告訴您的醫師和其他健康照護服務提供者您投保本計畫。每次取得您的醫療保健或 D 部分處方藥時，請出示您的計畫會員卡。
- 透過提供資訊、提出疑問以及遵循您的照護指示，幫助您的醫師和其他醫療服務提供者來協助您。
  - 為了協助您的醫師和其他健康服務提供者為您提供最佳照護，請盡您所能瞭解您的健康問題，並向他們提供有關您自己和您健康的所需資訊。遵循您與醫師均同意的治療計畫與指示。
  - 所有您正在服用的藥品都務必告知您的醫師，包括非處方藥品、維他命和補充品。
  - 如果您有任何疑問，一定要提出來。您的醫師和其他健康照護服務提供者應該以您能夠瞭解的方式為您說明。如果您提出疑問但您不瞭解回答的內容，再問一次。
- 請為他人著想。我們期望我們的會員能尊重其他病患的權利。我們也期望您的行為能幫助您的醫師診所、醫院和其他診所順利運作。
- 支付您應付的費用。身為計畫會員，您應負責支付下列款項：
  - 您必須繳納您的計畫保費，才能繼續作為本計畫的會員。
  - 您若要符合本計畫的資格，必須擁有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分的資格。有些計畫會員必須繳納 Medicare A 部分的保費，大部分計畫會員則必須繳納 Medicare B 部分的保費，才能繼續作為本計畫的會員。
  - 針對大多數屬於本計畫承保範圍的醫療服務或藥品，您取得服務或藥品時必須支付您應分攤的費用。這費用會是共付額 (固定金額) 或是共同保險金 (總費用的百分比)。第 4 章說明您必須支付的醫療服務費用。第 6 章說明您必須支付的 D 部分處方藥費用。
  - 如果您取得的醫療服務或藥品不屬於本計畫承保範圍或由您的其他保險承保，您必須支付全額費用。
    - 如果您不同意我們對服務或藥品的拒絕承保決定，您可以提出上訴。請參閱本手冊第 9 章瞭解您如何提出上訴的資訊
  - 如果您必須支付延遲投保罰款，您必須要支付罰款才能繼續保有您的處方藥承保。

- 如果您因為年收入的關係而必須支付 D 部分的額外費用，您必須直接向政府支付該額外費用，才能繼續保有本計畫會員的資格。
- **如果您搬家，請通知我們。**如果您即將搬家，務必立即告知我們。請致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底)。
- **如果您遷往本計畫的服務區域外，您將不能再保有本計畫的會員身分** (第 1 章有我們服務區域的相關說明)。我們可以協助查出您是否會遷往我們的服務區域外。如果您離開服務區域，您將會有個特殊投保期，在此期間您可以在您新搬進的區域加入任何 Medicare 計畫。我們會讓您知道在您新搬進的地區是否有我們的計畫。
  - **就算您搬到我們的服務區域內，我們仍需要知道**，以便更新您的會籍紀錄，並瞭解該如何與您聯絡。
  - 如果您搬家，也請務必告知 Social Security (或鐵路職工退休管理局)。您可在第 2 章找到上述組織的電話號碼和聯絡資訊。
- **如果您有疑問或顧慮，請致電會員服務部尋求協助。**我們也歡迎您提供任何與改善本計畫相關的建議。
  - 會員服務部的電話號碼和服務時間列印於本手冊封底。
  - 如需更多如何與我們聯絡的資訊，包括郵寄地址，請參閱第 2 章。

## 第 9 章

如果您有問題或需要投訴 (承保決定、  
上訴、投訴) 時怎麼辦

## **第 9 章 如果您有問題或需要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦**

|                |   |            |
|----------------|---|------------|
| <b>背景</b>      |   | <b>153</b> |
| <b>第 1 節</b>   | <b>簡介</b>                                       | <b>153</b> |
| 第 1.1 節        | 如果您有問題或顧慮怎麼辦                                    | 153        |
| 第 1.2 節        | 如果出現法律專有名詞呢？                                    | 153        |
| <b>第 2 節</b>   | <b>您可向與我們無關聯的政府組織取得協助</b>                       | <b>153</b> |
| 第 2.1 節        | 哪裡可以取得更多資訊和個人化的協助                               | 153        |
| <b>第 3 節</b>   | <b>處理您的問題時應該使用哪種流程？</b>                         | <b>154</b> |
| 第 3.1 節        | 您是否應利用承保決定和上訴流程？或您是否應利用投訴流程？                    | 154        |
| <b>承保決定和上訴</b> |   | <b>155</b> |
| <b>第 4 節</b>   | <b>承保決定和上訴的基本指南</b>                             | <b>155</b> |
| 第 4.1 節        | 要求作出承保決定和上訴：總覽                                  | 155        |
| 第 4.2 節        | 當您要求作出承保決定或提出上訴時，如何取得幫助？                        | 156        |
| 第 4.3 節        | 本章哪一節詳細說明您的情況？                                  | 157        |
| <b>第 5 節</b>   | <b>您的醫療照護：如何要求作出承保決定或提出上訴</b>                   | <b>157</b> |
| 第 5.1 節        | 本節說明當您無法取得醫療照護承保、或您要我們償還您照護費用中我們應分攤的費用時，您該做什麼   | 157        |
| 第 5.2 節        | 逐步說明：如何要求作出承保決定 (如何要求本計畫授權或提供您想要的醫療照護承保)        | 159        |
| 第 5.3 節        | 逐步說明：如何提出層級 1 上訴 (如何要求審查本計畫作出的醫療照護承保決定)         | 162        |
| 第 5.4 節        | 逐步說明：層級 2 上訴進行方式                                | 165        |
| 第 5.5 節        | 如果您想要求我們給付您所收到之醫療照護帳單中我們應分攤的費用應該怎麼辦？            | 167        |
| <b>第 6 節</b>   | <b>您的 D 部分處方藥：如何要求作出承保決定或提出上訴</b>               | <b>168</b> |
| 第 6.1 節        | 本節為您說明如果您有取得 D 部分藥品方面的問題，或您要我們償還您 D 部分藥品費用時該怎麼辦 | 168        |



|               |  |            |
|---------------|--|------------|
| 第 6.2 節       | 什麼是例外處理？ .....   | 170        |
| 第 6.3 節       | 要求例外處理重要須知 .....   | 171        |
| 第 6.4 節       | 逐步說明：如何要求作出承保決定，包括例外處理 .....                               | 172        |
| 第 6.5 節       | 逐步說明：如何提出層級 1 上訴 (如何要求審查本計畫作出的承保決定).....                   | 175        |
| 第 6.6 節       | 逐步說明：如何提出層級 2 上訴.....                                      | 177        |
| <b>第 7 節</b>  | <b>如果您認為醫師太快讓您出院，該如何要求本計畫承保更長的住院時間.....</b>                | <b>179</b> |
| 第 7.1 節       | 在您住院期間，您將收到為您說明相關權利的 Medicare 書面通知 ....                    | 179        |
| 第 7.2 節       | 逐步說明：如何提出層級 1 上訴，以變更您的出院日期 .....                           | 180        |
| 第 7.3 節       | 逐步說明：如何提出層級 2 上訴，以變更您的出院日期 .....                           | 183        |
| 第 7.4 節       | 如果您錯過提出層級 1 上訴的期限怎麼辦？ .....                                | 184        |
| <b>第 8 節</b>  | <b>如果您認為您的承保太快終止，該如何要求本計畫繼續承保某些醫療服務 .....</b>              | <b>186</b> |
| 第 8.1 節       | <i>本節僅與三種服務有關：居家健康照護、特護療養機構照護和綜合門診復健機構 (CORF) 服務</i> ..... | 186        |
| 第 8.2 節       | 我們會事先通知您的承保何時終止 .....                                      | 187        |
| 第 8.3 節       | 逐步說明：如何提出層級 1 上訴，使本計畫延長您的照護承保時間 .....                      | 187        |
| 第 8.4 節       | 逐步說明：如何提出層級 2 上訴，使本計畫延長您的照護承保時間 .....                      | 189        |
| 第 8.5 節       | 如果您錯過提出層級 1 上訴的期限怎麼辦？ .....                                | 190        |
| <b>第 9 節</b>  | <b>提出層級 3 和更高層級的上訴 .....</b>                               | <b>192</b> |
| 第 9.1 節       | 層級 3、4 與 5 的醫療服務上訴 .....                                   | 192        |
| 第 9.2 節       | 上訴層級 3、4 與 5 的 D 部分藥品上訴 .....                              | 194        |
| <b>提出投訴</b>   | <b>.....</b>   | <b>195</b> |
| <b>第 10 節</b> | <b>如何提出與照護品質、等待時間、客戶服務或其他顧慮相關的投訴 ....</b>                  | <b>195</b> |
| 第 10.1 節      | 投訴流程處理哪些種類的問題？ .....                                       | 195        |
| 第 10.2 節      | 「提出投訴」的正式名稱為「提出申訴」 .....                                   | 196        |
| 第 10.3 節      | 逐步說明：提出投訴 .....  | 197        |
| 第 10.4 節      | 您也能向品質改善組織提出照護品質相關投訴 .....                                 | 198        |
| 第 10.5 節      | 您也可以向 Medicare 提出您的投訴 .....                                | 199        |

## 背景

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 節 如果您有問題或顧慮怎麼辦

本章說明兩種處理問題和顧慮的流程：

- 針對某些類型的問題，您需使用**承保決定和上訴流程**。
- 至於其餘類型的問題，您則需使用**投訴流程**。

這兩種流程都經過 Medicare 核准。為了確保公平性以及處理您問題的效率，每種流程都有一套您和我們都必須遵循的規定、程序和期限。

您使用哪一種？這需視您的問題類型而定。第 3 節中的指南會幫助您確認使用正確的流程。

#### 第 1.2 節 如果出現法律專有名詞呢？

本章中說明的規定、程序和期限類型有些會出現技術性的法律術語。大多數人都不熟悉其中許多術語，而且無法瞭解其意義。

為了方便簡單說明，本章在說明法律規定和程序時，會使用比較簡單的用語來取代某些法律術語。例如：本章通常會說「提出投訴」而非「提出申訴」；「承保決定」而非「組織判定」或「承保判定」或「有風險的判定」；以及「獨立審查組織」而非「獨立審查實體」。此外，本章也會儘量少用縮寫。

不過，針對您的處境您若知道正確的法律專有名詞將會有所幫助 (有時會很重要)。在處理您的問題及針對您的情況取得正確的協助或資訊時，如果能知道使用哪些術語，可幫助您清楚、準確地進行溝通。為了協助您瞭解應使用哪些術語，我們在提供處理特定類型之情況的詳細資訊時，也會一併提供法律術語。

### 第 2 節 您可向與我們無關聯的政府組織取得協助

#### 第 2.1 節 哪裡可以取得更多資訊和個人化的協助

怎麼啟動問題的處理流程或過程中該如何追蹤，有時會令人感到困惑。如果您身體不適或體力不佳，尤其可能發生這種問題。有時您也可能不知道接下來該怎麼做。

## 向獨立的政府組織取得協助

我們始終樂於提供協助。不過，某些情況下您也可能想要請與我們無關聯的某人提供協助或指導。您隨時可以與州健康保險援助方案 (SHIP) 聯絡。本政府方案在每一州都有受過訓練的諮詢人員。而且它與本計畫或任何保險公司或健保計畫都沒有關聯。本方案的諮詢人員可協助您瞭解應該使用哪種流程來處理您目前遭遇的問題。此外，他們也能回答您的疑問、提供您更多資訊並告訴您該怎麼做。

SHIP 諮詢人員的服務是免費的。您可在本手冊第 2 章第 3 節找到電話號碼。

## 您也可以從 Medicare 取得協助和資訊

如需更多資訊以及處理問題方面的協助，您也可以與 Medicare 聯絡。以下兩種方法可以直接向 Medicare 索取資訊：

- 您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。
- 您可以瀏覽 Medicare 網站 (<https://www.medicare.gov>)。

---

## 第 3 節 處理您的問題時應該使用哪種流程？

---

|                                      |
|--------------------------------------|
| 第 3.1 節 您是否應利用承保決定和上訴流程？或您是否應利用投訴流程？ |
|--------------------------------------|

如果您有問題或顧慮，只需閱讀本章中適用您情況的相關部分。下列指南會幫助您。

---

若要查詢本章中哪個部分能幫助您解決特定問題或顧慮，請從這裡開始

### 您的問題或顧慮是否與您的福利或承保有關？

(包括特定醫療照護或處方藥是否屬承保範圍、他們承保的方式，以及醫療照護或處方藥付款相關問題)。

是。我的問題是關於福利或承保。

請參閱本章的下一節，即第 4 節「承保決定和上訴的基本指南」。

否。我的問題與福利或承保無關。

請跳到本章最後的**第 10 節**：「如何提出與照護品質、等待時間、客戶服務或其他顧慮有關的投訴」。

## 承保決定和上訴

### 第 4 節 承保決定和上訴的基本指南

#### 第 4.1 節 要求作出承保決定和上訴：總覽

承保決定和上訴流程適用於處理與您醫療服務和處方藥之福利和承保相關的問題，其中也包括給付相關問題。您利用此流程來解決某項目是否屬承保範圍和某項目獲得承保的方式等問題。

#### 要求作出承保決定

承保決定是我們針對您的福利與承保範圍或我們給付您醫療服務或藥品的金額所作的決定。例如：在您接受您計畫的網絡醫師所提供的醫療照護，或您的網絡醫師把您轉介給醫療專科醫師時，他(她)就會對您做出(有利)承保決定。要是您的醫師不確定我們是否承保特定醫療服務，或者是否拒絕提供您自認必要的醫療照護，您或您的醫師也可以與我們聯絡要求我們作出承保決定。換句話說，如果您在接受某項醫療服務前想知道該服務是否屬於本計畫的承保範圍，您可以要求我們為您作承保決定。

每次我們決定什麼屬於您的承保範圍以及我們給付的金額時，我們就會為您作出一個承保決定。在某些情況下，我們可能決定某服務或藥品不屬承保範圍，或不再屬於 Medicare 提供給您的承保範圍。如果您不同意這項承保決定，您可以提出上訴。

#### 提出上訴

如果我們作出承保決定，但是您不滿意這項決定，您可以對此決定提出「上訴」。上訴是要求我們審查並改變我們所作出之承保決定的正式途徑。

當您首次針對某項決定提出上訴時，此稱為層級 1 上訴。在此次上訴期間，我們會審查我們已作出的承保決定，以查看我們是否有適當地遵循所有規定。受理您上訴的審查人員跟最初做出不利決定的審查人員是不同的人。當完成審查時，我們會告知您我們的決定。在特定情況下，您將可申請特急或「快速承保決定」或承保決定快速上訴，我們將會於後面章節針對這些特定情況詳加說明。

如果我們完全或部分拒絕您的層級 1 上訴，您可以繼續提出層級 2 上訴。層級 2 上訴由與我們無關聯的獨立組織執行 (在某些情況下，您的案件會自動提送給獨立組織進行層級 2 上訴。若非此情況，您則必須自行提出層級 2 上訴)。如果您對層級 2 上訴的決定感到不滿意，您可能可以繼續提出更高層級的上訴。

#### 第 4.2 節 當您要求作出承保決定或提出上訴時，如何取得幫助？

您需要一些協助嗎？如果您決定要求任何種類的承保決定或針對我們的決定提出上訴，以下是您可利用的資源：

- 您可以致電會員服務部與我們聯絡 (電話號碼列印於本手冊封底)。
- 如需從與本計畫無關聯的獨立組織取得免費協助，請與您的州健康保險援助方案 (State Health Insurance Assistance Program) 聯絡 (請參閱本章第 2 節)。
- 您的醫師可以代您提出要求。
  - 針對醫療照護，您的醫師可以代您提出承保決定要求或層級 1 上訴。如果您在層級 1 的上訴遭到拒絕，您的案件將會自動被轉送至層級 2。如欲提出任何層級 2 以上的上訴，您必須指定您的醫師擔任您的代表。
  - 針對 D 部分處方藥，您的醫師或其他處方開立者可以代您提出承保決定要求或是層級 1 或層級 2 上訴。如欲提出任何層級 2 以上的上訴，您必須指定您的醫師或其他處方開立者擔任您的代表。
- 您可以要求某人代表您。根據您的意願，您可以指名另一人士代表您，擔任您的「代表」以提出承保決定的要求或提出上訴。
  - 根據州法律規定或許已有獲授權的人士擔任您的合法代表。
  - 如果您想請朋友、親戚、醫師或其他醫療服務提供者，或其他人士擔任您的代表，請致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底) 索取「代表委託書」表格 (本表格亦可在 Medicare 網站 <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> 或在我們網站 [ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com) 取得)。本表格可為該人士提供授權以讓其代您行事。表格必須由您和您想要其代理您的人士簽名。您必須給我們一份已簽名的表格。
- 您也有權聘請律師代表您。您可以聯絡自己的律師，或從您當地律師協會或其他轉介服務取得律師名單。如果您符合資格，也有些團體可以提供您免費法律服務。不過，不論您想提出任何類型的承保決定要求或針對我們的決定提出上訴，您都不一定要聘請律師。

### 第 4.3 節 本章哪一節詳細說明您的情況？

有四種不同類型的情況牽涉承保決定和上訴。由於每種情況皆有不同的規定和期限，我們會分節詳細說明各種情況：

- 本章第 5 節：「您的醫療照護：如何要求作出承保決定或提出上訴」
- 本章第 6 節：「您的 D 部分處方藥：如何要求作出承保決定或提出上訴」
- 本章第 7 節：「如果您認為醫師太快讓您出院，該如何要求本計畫承保更長的住院時間」
- 本章第 8 節：「如果您認為您的承保太快終止，該如何要求本計畫繼續承保某些醫療服務」(本規定僅適用於以下服務：居家健康照護、特護療養機構照護和綜合門診復健機構 (CORF) 服務)

如果您仍不確定您應利用哪一節的內容，請致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊的封底)。您也可以透過政府組織取得協助或資訊，例如 SHIP (本手冊的第 2 章第 3 節有此方案的電話號碼)。

## 第 5 節 您的醫療照護：如何要求作出承保決定或提出上訴



您已經閱讀本章的第 4 節 (承保決定和上訴的基本指南) 了嗎？如果還沒，開始閱讀本節之前，您可能要先閱讀該節。

### 第 5.1 節 本節說明當您無法取得醫療照護承保、或您要我們償還您照護費用中我們應分攤的費用時，您該做什麼

本節說明有關您醫療照護和服務的福利。以下是本手冊第 4 章所列的福利：**醫療福利表 (承保範圍以及您所需支付的費用)**。為了讓說明簡潔明瞭，我們在本節其餘部分通常只說「醫療照護承保」或「醫療照護」，而不每次重複「醫療照護或治療或服務」。「醫療照護」一詞包括醫療用品和服務以及 Medicare B 部分處方藥。在某些情況下，要求取得 B 部分處方藥時適用不同的規則。在這些情況下，我們將會說明 B 部分處方藥的規則與醫療用品和服務的規則有什麼樣的差異。

本節告訴您如果在以下五種情況中您可以做什麼：

1. 您沒有得到您要的醫療照護，且您認為該照護屬於本計畫的承保範圍。
2. 本計畫不核准您的醫師或其他醫療服務提供者想要給您的醫療照護，而您認為該照護屬於本計畫的承保範圍。

3. 您已經接受您認為應該屬於本計畫承保範圍的醫療照護或服務，但我們已表明不會給付該照護。
4. 您已接受並支付您認為應屬於本計畫承保範圍的醫療照護或服務，且您想要求本計畫補償您該照護的費用。
5. 您被告知您一直以來接受的某醫療照護承保會減少或停止，而您認為減少或停止該照護可能對您的健康有害。
  - 注意：如果將要停止的是醫院照護、居家健康照護、特護療養機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務的承保，您需要閱讀本章的另一節，因為這些類型的照護有特別的規定。以下是在這些情況下您該閱讀的內容：
    - 第 9 章第 7 節：如果您認為醫師太快讓您出院，該如何要求本計畫承保更長的住院時間。
    - 第 9 章第 8 節：如果您認為您的承保太快終止，該如何要求本計畫繼續承保某些醫療服務。本節僅與三種服務有關：居家健康照護、特護療養機構照護和綜合門診復健機構 (CORF) 服務。
  - 關於所有其他您被告知您正在接受的醫療照護將被停止的情況，請利用本節 (第 5 節) 作為指引瞭解您該怎麼做。

### 您遇到下列何種情況？

| 如果您遇到這種情況：                          | 您應該：   |
|-------------------------------------|--|
| 您想要查明我們是否承保您想要的醫療照護或服務？             | 您可要求我們為您作承保決定。<br>請參閱本章下一節， <b>第 5.2 節</b> 。                 |
| 我們是否已經告知您，我們無法承保或支付您希望承保或獲得給付的醫療服務？ | 您可以提出 <b>上訴</b> (也就是說，您可以要求我們重新審查)。<br>跳到本章 <b>第 5.3 節</b> 。 |
| 您想要求我們就您已經接受且付款的醫療照護或服務償還您費用？       | 您可將帳單寄給我們。<br>跳到本章 <b>第 5.5 節</b> 。                          |

**第 5.2 節****逐步說明：如何要求作出承保決定**

(如何要求本計畫授權或提供您想要的醫療照護承保)

**法律專有名詞**

當承保決定涉及您的醫療照護時，稱為「組織判定」。

**步驟 1：**您要求本計畫針對您要求的醫療照護作出承保決定。如果您因健康情況需要儘快取得回應，您應要求我們進行「快速承保決定」。

**法律專有名詞**

「快速承保決定」也稱為「特急承保判定」。

**如何針對您想要的醫療照護提出承保要求**

- 首先，請致電或寫信至本計畫，要求我們為您需要的醫療照護提供授權或承保。您、您的醫師或您的代表皆可以提出該要求。
- 如需有關如何與我們聯絡的詳細資訊，請至第 2 章第 1 節並參閱「若要提出醫療照護相關的承保決定要求該如何與我們聯絡」一節。

**我們通常採用標準期限來為您提供我們的決定**

為您提供我們的決定時，除非我們已經同意使用「快速」期限之外，我們都會使用「標準」期限。**標準承保決定表示我們會於收到您的醫療用品或服務要求後的 14 個曆日內給您答覆。**若您要求的是 **Medicare B 部分處方藥**，我們會於收到您要求後的 72 小時內給您答覆。

- **不過，對於醫療用品或服務的要求**，如果您要求更多時間，或如果我們需要可能對您有利的資訊 (例如來自從網絡外醫療服務提供者的病歷)，**我們最多可能需要額外 14 個曆日的時間。**如果我們決定需要額外天數來作決定，我們會以書面方式通知您。若您要求的是 **Medicare B 部分處方藥**，我們不得花費額外的時間來做出決定。
- 如果您認為我們不應該需要額外天數，您可以針對我們使用額外天數的決定提出「快速投訴」。當您提出快速投訴時，我們會在 24 小時內回覆您的投訴 (提出投訴的流程與提出承保決定和上訴的流程不同。如需更多關於提出投訴 (包括快速投訴) 之流程的資訊，請參閱本章第 10 節)。



**如果是因您的健康情況所需，請要求我們進行「快速承保決定」**

- **快速承保決定意味著如果您要求的是醫療用品或服務，我們將於 72 小時內給您答覆。若您要求的是 Medicare B 部分處方藥，我們會於 24 小時內答覆。**
  - 不過，對於醫療用品或服務的要求，如果我們發現缺少某些可能對您有利的資訊 (例如來自從網絡外醫療服務提供者的病歷)，或您需要時間取得供我們審查的資訊，我們最多可能需要額外 14 個曆日的時間。如果我們決定需要額外天數，我們會以書面方式通知您。若您要求的是 Medicare B 部分處方藥，我們不得花費額外的時間來做出決定。
  - 如果您認為我們不應該需要額外天數，您可以針對我們使用額外天數的決定提出「快速投訴」(如需更多關於提出投訴 (包括快速投訴) 之流程的資訊，請參閱本章的第 10 節)。我們作出決定後會儘快用電話與您聯絡。
- **若要取得快速承保決定，您必須符合兩項規定：**
  - 僅當針對您尚未接受的醫療照護提出承保要求時，您才可以取得快速承保決定 (如果您的要求是關於您已接受之醫療照護的給付，您就無法取得快速承保決定)。
  - 僅有當採用標準期限可能會嚴重危害您的健康或損害您的身體機能時，您才可以取得快速承保決定。
- **如果您的醫師告訴我們您的健康情況需要「快速承保決定」，我們會自動同意為您提供快速承保決定。**
- 如果您是自己提出快速承保決定要求且您的醫師未提供佐證文件，我們將根據您的健康情況決定我們是否需要為您提供快速承保決定。
  - 如果我們決定您的醫療狀況不符合快速承保決定的規定，我們會寄一封信函通知您 (並說明我們會改用標準期限)。
  - 此信函會告訴您如果您的醫師要求快速承保決定，我們會自動為您提供快速承保決定。
  - 該信函也會告訴您，如果我們向您提供的是標準承保決定而非您所要求的快速承保決定，您可如何提出「快速投訴」(如需更多關於提出投訴 (包括快速投訴) 之流程的資訊，請參閱本章的第 10 節)。

## 步驟 2：我們針對您的醫療照護承保要求進行考量，並給您答覆。

### 「快速」承保決定的期限

- 對於醫療用品或服務要求的快速承保決定，我們通常會在 **72 小時內**給您答覆。若您要求的是 Medicare B 部分處方藥，我們會於 **24 小時內**答覆。
  - 如上所述，在特定情況下我們最多可能需要額外 14 個曆日的時間。如果我們決定需要額外天數來作承保決定，我們會以書面方式通知您。若您要求的是 Medicare B 部分處方藥，我們不得花費額外的時間來做出決定。
  - 如果您認為我們不應該需要額外天數，您可以針對我們使用額外天數的決定提出「快速投訴」當您提出快速投訴時，我們會在 24 小時內回覆您的投訴 (如需更多關於提出投訴 (包括快速投訴) 之流程的資訊，請參閱本章的第 10 節)。
  - 如果我們未在 72 小時內 (若有延長期間，則是該期間結束之前) 給您答覆，或未在 24 小時內給您答覆 (若您要求的是 B 部分處方藥)，您有權提出上訴。以下第 5.3 節說明如何提出上訴。
- 如果我們的答覆是同意您部分或全部的要求，我們必須在收到您要求後 72 小時內授權或提供我們同意提供的醫療照護承保。如果我們對您的醫療用品或服務要求延長作出承保決定所需的時間，我們會在延長期間結束之前授權或提供承保。
- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求，我們會寄給您一份詳細書面解釋函，說明我們拒絕的理由。

### 「標準」承保決定的期限

- 對於醫療用品或服務要求的標準承保決定，我們通常會在收到您要求後的 **14 個曆日內**給您答覆。若您要求的是 Medicare B 部分處方藥，我們會於收到您要求後的 **72 小時內**給您答覆。
  - 對於醫療用品或服務的要求，在特定情況下，我們最多可能需要額外 14 個曆日的時間 (「延長期間」)。如果我們決定需要額外天數來作承保決定，我們會以書面方式通知您。若您要求的是 Medicare B 部分處方藥，我們不得花費額外的時間來做出決定。
  - 如果您認為我們不應該需要額外天數，您可以針對我們使用額外天數的決定提出「快速投訴」當您提出快速投訴時，我們會在 24 小時內回覆您的投訴 (如需更多關於提出投訴 (包括快速投訴) 之流程的資訊，請參閱本章的第 10 節)。
  - 如果我們未在 14 個曆日內 (若有延長期間，則是該期間結束之前) 給您答覆，或未在 72 小時內給您答覆 (若您要求的是 B 部分處方藥)，您有權提出上訴。以下第 5.3 節說明如何提出上訴。

- 如果我們的答覆是同意您部分或全部的要求，我們必須在收到您要求後的 14 個曆日內或 72 小時內 (若您要求的是 B 部分處方藥) 授權或提供我們同意提供的承保。如果我們對您的醫療用品或服務要求延長作出承保決定所需的時間，我們會在延長期間結束之前授權或提供承保。
- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求，我們會寄給您一份書面聲明，說明我們拒絕的理由。

### 步驟 3：如果我們拒絕您的醫療照護承保要求，您可以決定是否要提出上訴。

- 如果我們拒絕您的要求，您有權提出上訴，要求我們重新審查 — 或許改變此一決定。提出上訴是指再次嘗試取得您想要的醫療照護承保。
- 當您決定提出上訴時，表示您進入上訴流程的層級 1 (請參閱以下第 5.3 節)。

#### 第 5.3 節

#### 逐步說明：如何提出層級 1 上訴 (如何要求審查本計畫作出的醫療照護承保決定)

#### 法律專有名詞

向本計畫提出與醫療照護承保決定相關的上訴也稱為計畫「重新審查」。

**步驟 1：與我們聯絡並提出您的上訴。**如果您因健康情況需要儘快取得回應，您必須要求進行「快速上訴」。

#### 作法

- 您、您的醫師或您的代表必須與我們聯絡以開始為您進行上訴。如需有關如何為上訴事宜與我們聯絡的詳細資訊，請至第 2 章第 1 節並參閱「若要提出醫療照護相關上訴該如何與我們聯絡」一節。
- 如果您欲提出標準上訴，請以書面方式提交您的標準上訴要求。
  - 如果您是由醫師以外的他人針對我們的決定為您提出上訴，您的上訴可能必須要檢附「代表委託書」表格，才能授權此人代表您 (如欲取得該表格，請致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底) 索取「代表委任書」表格)。本表格亦可在 Medicare 網站 <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> 或在我們網站 [ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com) 取得。若無此表，我們也會受理上訴申請，但需等到委託書送達後才能開始或完成審查。如果我們未能在收到您上訴申請後的 44 個曆日內收到本表格 (此為我們就您上訴作出決定的期限)，您的上訴申請將會遭到駁回。如果發生此情況，我們將會寄書面通知給您，說明您向獨立審查組織申請審查本計畫決定駁回您上訴的權利。

- 如果您想要求進行快速上訴，請以書面方式提出您的上訴，或致電本計畫，電話號碼請參閱第 2 章第 1 節 (若要提出醫療保健相關上訴該如何與我們聯絡)。
- 您必須在我們寄送給您書面通知答覆您所要求的承保決定之日起 **60 個曆日** 內提出上訴。如果您錯過這個期限，且您有適當的理由，我們可給您更多時間提出上訴。超過期限的適當理由舉例包括您患了嚴重疾病，無法與我們聯絡，或者我們提供您不正確或不完整的申請上訴期限資訊。
- 您可以要求一份與您醫療決定相關的資訊副本，並加入更多資訊以支持您的上訴。
  - 您也有權向我們索取一份與您上訴相關的資訊。
  - 根據您的意願，您和您的醫師可以向我們提供額外的資訊以支持您的上訴。

*如果您因健康情況所需，請要求進行「快速上訴」(您可以透過電話提出要求)*

| 法律專有名詞             |
|--------------------|
| 「快速上訴」也稱為「特急重新審查」。 |

- 如果您要對本計畫針對您尚未接受的照護所作的決定提出上訴，您和 (或) 您的醫師必須決定您是否需要「快速上訴」。
- 取得「快速上訴」的規定和程序與取得「快速承保決定」相同。如欲要求快速上訴，請遵循要求快速承保決定的指示 (這些指示於本節前面已進行過說明)。
- 如果您的醫師告訴我們您的健康情況需要「快速上訴」，我們會自動同意給您快速上訴。

### **步驟 2：我們針對您的上訴進行審查並給您我們的答覆。**

- 當本計畫審查您的上訴時，我們會再次仔細查看所有與您對醫療照護提出承保要求相關的資訊。我們會查看以確定在拒絕您的要求時，我們是否遵循所有規定。
- 如有需要，我們會蒐集更多資訊。我們可能會與您或您的醫師聯絡以取得更多資訊。

### 「快速」上訴的期限

- 如果我們採用快速期限，我們必須在收到您的上訴後的 **72 小時內** 給您答覆。如果您因健康情況所需，我們會更快給您答覆。
  - 不過，如果您要求更多時間，或如果我們需要蒐集更多可能對您有利的資訊，我們**最多可能需要額外 14 個曆日的時間** (如果您要求的是醫療用品或服務)。如果我們決定需要額外天數來作決定，我們會以書面方式通知您。若您要求的是 Medicare B 部分處方藥，我們不得花費額外的時間來做出決定。
  - 如果我們沒有在 72 小時之內給您答覆 (或如果我們需要額外天數，則在延長期間結束之前)，我們必須自動將您的要求轉至層級 2 的上訴流程，由獨立組織審查您的要求。在本節後面，我們會針對上述組織以及層級 2 的上訴流程作業進行解說。
- 如果我們的答覆是同意您部分或全部的要求，我們必須在收到您上訴後 72 小時內授權或提供我們同意提供的承保。
- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求，我們就會自動將您的上訴轉到獨立審查組織進行層級 2 上訴。

### 「標準」上訴的期限

- 如果我們使用標準期限，且您的上訴是關於您尚未接受之服務的承保，我們必須在收到您上訴後的 **30 個曆日內** 針對醫療用品或服務要求給您我們的答覆。如果您要求的是 Medicare B 部分處方藥，且您的上訴是關於您尚未接受之 B 部分處方藥的承保，我們必須在收到您上訴後的 **7 個曆日內** 給您我們的答覆。如果因您的健康病況所需，我們會更快告知您我們的決定。
  - 不過，如果您要求更多時間，或如果我們需要蒐集更多可能對您有利的資訊，我們**最多可能需要額外 14 個曆日的時間** (如果您要求的是醫療用品或服務)。如果我們決定需要額外天數來作決定，我們會以書面方式通知您。若您要求的是 Medicare B 部分處方藥，我們不得花費額外的時間來做出決定。
  - 如果您認為我們不應該需要額外天數，您可以針對我們使用額外天數的決定提出「快速投訴」。當您提出快速投訴時，我們會在 24 小時內回覆您的投訴 (如需更多關於提出投訴 (包括快速投訴) 之流程的資訊，請參閱本章的第 10 節)。
  - 如果我們沒有在上述的適用期限內 (或如果我們對您的醫療用品或服務要求需要額外天數，則期限應為延長期間結束之前) 給您答覆，我們必須將您的要求轉至層級 2 的上訴流程，由獨立外部組織審查您的要求。在本節後面，我們會針對上述審查組織以及層級 2 的上訴流程作業進行解說。

- 如果我們的答覆是同意您部分或全部的要求，我們必須在收到您上訴後的 30 個曆日內或 7 個曆日內 (若您要求的是 Medicare B 部分處方藥) 授權或提供我們同意提供的承保。
- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求，我們就會自動將您的上訴轉到獨立審查組織進行層級 2 上訴。

**步驟 3：**如果本計畫拒絕您部分或全部的上訴，您的案件會被自動轉到上訴流程的下一層級。

- 為確保我們拒絕您的上訴時遵循所有規定，我們必須將您的上訴轉到「獨立審查組織」。當我們這樣做時，表示您的上訴已進入上訴流程的下一層級，也就是層級 2。

#### 第 5.4 節 逐步說明：層級 2 上訴進行方式

如果我們拒絕您的層級 1 上訴，您的案件會被自動轉到上訴流程的下一層級。在層級 2 上訴期間，獨立審查組織會審查我們針對您第一次上訴所作的決定。這個組織決定我們作出的決定是否應該變更。

#### 法律專有名詞

「獨立審查組織」的正式名稱是「獨立審查實體」，有時簡稱為「IRE」。

**步驟 1：**獨立審查組織審查您的上訴。

- 獨立審查組織是由 Medicare 聘用的獨立組織。該組織與我們並無關聯，而且不是政府機構。該組織是 Medicare 挑選的公司，以獨立審查組織的角色處理相關工作。Medicare 監督其工作。
- 我們會將與您上訴有關的資訊寄給這個組織。這份資訊稱為您的「案件檔案」。您有權向我們索取您案件檔案的副本。
- 您有權提供獨立審查組織額外的資訊以支持您的上訴。
- 獨立審查組織的審查人員會仔細查看所有與您上訴有關的資訊。

**如果您在層級 1 進行的是「快速」上訴，您在層級 2 也會以「快速」上訴方式進行**

- 如果您在層級 1 進行的是「快速上訴」，您在層級 2 會自動以「快速上訴」方式進行。審查組織必須在收到您上訴要求後的 72 小時內針對您的層級 2 上訴給您答覆。

- 但是，如果您要求的是醫療用品或服務，且獨立審查組織需要蒐集更多可能對您有利的資訊，**最多可能需要額外 14 個曆日的時間**。若您要求的是 Medicare B 部分處方藥，獨立審查組織不得花費額外的時間來做出決定。

### **如果您在層級 1 進行的是「標準」上訴，您在層級 2 也會以「標準」上訴方式進行**

- 如果您在層級 1 進行的是「標準上訴」，您在層級 2 會自動以「標準上訴」方式進行。如果您要求的是醫療用品或服務，審查組織必須在收到您上訴後的 **30 個曆日內**針對您的層級 2 上訴給您答覆。如果您要求的是 Medicare B 部分處方藥，審查組織必須在收到您上訴後的 **7 個曆日內**針對您的層級 2 上訴給您答覆。
- 但是，如果您要求的是醫療用品或服務，且獨立審查組織需要蒐集更多可能對您有利的資訊，**最多可能需要額外 14 個曆日的時間**。若您要求的是 Medicare B 部分處方藥，獨立審查組織不得花費額外的時間來做出決定。

### **步驟 2：獨立審查組織給您答覆。**

獨立審查組織會以書面方式告訴您其決定並解釋決定的理由。

- **如果審查組織同意您部分或全部的醫療用品或服務要求**，若為標準要求，我們必須在收到審查組織決定後的 72 小時內授權該醫療保健承保或在 14 個曆日內提供該服務；若為特急要求，我們必須在收到審查組織決定日期起的 72 小時內提供該服務。
- **如果審查組織同意您部分或全部的 Medicare B 部分處方藥要求**，若為標準要求，我們必須在收到審查組織決定後的 72 小時內授權或提供爭議下的 B 部分處方藥；若為特急要求，我們必須在收到審查組織決定日期起的 24 小時內授權或提供爭議下的 B 部分處方藥。
- **如果組織拒絕您部分或全部的要求**，表示他們與我們一樣，認為不應該核准您的醫療照護承保要求 (或您的部分要求) (這稱為「維持原決定」，也稱為「駁回您的上訴」)。
  - 如果獨立審查組織「維持原決定」，您有權提出層級 3 上訴。然而，如要在層級 3 提出進一步上訴，您所要求的醫療照護承保現金價值必須達到特定最低金額的規定。如果您所要求承保的現金價值過低，您就不能提出進一步上訴；這表示層級 2 的決定即是最後決定。獨立審查組織寄給您的書面通知會告訴您，如何瞭解繼續進行上訴流程所需達到的金額。

### **步驟 3：如果您的案件符合規定，您可選擇是否要進一步上訴。**

- 上訴流程中，層級 2 之後還有另外三個層級 (總共有五個上訴層級)。

- 如果您的層級 2 上訴被駁回，且您符合繼續上訴流程的規定，您必須決定是否要進入層級 3 並提出第三次上訴。您在層級 2 上訴後收到的書面通知裡有如何進行下一層級上訴的詳細資訊。
- 層級 3 上訴由行政法官或訴訟判決者處理。本章第 9 節為您詳細說明層級 3、4 與 5 的上訴流程。

### 第 5.5 節 如果您想要求我們給付您所收到之醫療照護帳單中我們應分攤的費用應該怎麼辦？

如果您想要求我們支付醫療照護費用，請先閱讀本手冊第 7 章：*要求計畫為您所取得的承保醫療服務或藥品帳單支付分攤費用*。第 7 章說明您可能需要要求補償，或要求給付您從醫療服務提供者收到之帳單的情況。該章也會說明您該如何將要求本計畫給付的書面文件寄給我們。

#### 要求補償就是要求我們作出承保決定

如果您將要求補償的文件資料寄給我們，您是在要求本計畫作出承保決定 (如需更多關於承保決定的資訊，請參閱本章第 4.1 節)。要作出此承保決定，我們會查看您所支付費用的醫療照護是否為承保服務 (參閱第 4 章：*醫療福利表 (承保範圍以及您所需支付的費用)*)。我們也會查看您在使用醫療照護的承保時是否遵循所有的規定 (本手冊第 3 章：*利用本計畫的醫療服務承保*中列有這些規定)。

#### 我們可能同意或拒絕您的要求

- 如果您所支付費用的醫療照護屬承保範圍，且您遵循所有規定，我們會在收到您要求後的 60 個曆日內將該項醫療照護費用中我們必須分攤的款項寄給您。或者，如果您尚未支付服務費用，我們會將款項直接寄給該醫療服務提供者 (我們若寄出款項，即表示我們同意您對承保決定的要求)。
- 如果該項醫療照護不屬承保範圍，或是您未遵循所有規定，我們便不會寄出款項。相反的，我們會寄給您一封信函，告知您我們不會給付服務費用及此決定的詳細理由 (我們若駁回您的給付要求，即表示我們拒絕您對承保決定的要求)。

#### 當您要求給付，而我們表示我們不會給付時，怎麼辦？

如果您不同意我們駁回的決定，您可以提出上訴。如果您提出上訴，表示您要求我們變更我們駁回您給付申請的承保決定。



如欲提出上訴，請遵循我們在第 5.3 節說明的上訴流程。請參閱該節的逐步說明指示。當您遵循這些指示時，請注意：

- 如果您提出關於補償的上訴，我們必須在收到您上訴後的 60 個曆日內給您答覆 (如果您想要求我們針對您已接受並自行付費的醫療照護補償其費用，您不能要求進行快速上訴)。
- 如果獨立審查組織推翻我們拒絕給付的決定，我們必須在 30 個曆日內將您要求給付的費用寄給您或醫療服務提供者。在層級 2 上訴流程之後的任何階段，如果答覆是同意您的上訴，我們必須在 60 個曆日內將您要求給付的費用寄給您或醫療服務提供者。

## 第 6 節 您的 D 部分處方藥：如何要求作出承保決定或提出上訴



您已經閱讀本章的第 4 節 (*承保決定和上訴的基本指南*) 了嗎？如果還沒，開始閱讀本節之前，您可能要先閱讀該節。

### 第 6.1 節 本節為您說明如果您有取得 D 部分藥品方面的問題，或您要我們償還您 D 部分藥品費用時該怎麼辦

身為本計畫的會員，您的福利包括許多處方藥的承保。請參閱本計畫的《*承保藥品清單 (處方一覽表)*》。如欲獲得承保，藥品必須是使用於醫療認可的適應症 (「醫療認可的適應症」是指藥品的使用已獲得 Food and Drug Administration 核准或有特定參考書籍佐證。如需更多與醫療認可的適應症相關的資訊，請參閱第 5 章第 3 節)。

- **本節僅與您的 D 部分藥品有關。**為了方便簡單說明，我們在本節的其餘部分統稱為「藥品」，而不每次重複「承保門診處方藥」或「D 部分藥品」。
- 如需有關 D 部分藥品定義、《*承保藥品清單 (處方一覽表)*》、承保規定和限制，以及費用的詳細資訊，請參閱第 5 章 (*利用本計畫的 D 部分處方藥承保*) 與第 6 章 (*您的 D 部分處方藥費用*)。

### D 部分承保決定和上訴

如本章第 4 節所述，承保決定是我們針對您的福利與承保範圍或我們給付您藥品的金額所作的相關決定。

#### 法律專有名詞

與您的 D 部分藥品有關的初始承保決定又稱為「承保判定」。

以下是幾個您要求我們針對您 D 部分藥品所作之承保決定的範例：

- 您要求我們進行例外處理，包括：
  - 要求我們承保在本計畫《承保藥品清單(處方一覽表)》以外的 D 部分藥品。
  - 要求本計畫免除對某藥品的承保限制規定 (例如限制您可以取得的藥品數量)
  - 要求以較低的分攤費用額來支付較高分攤費用層級的承保藥品。
- 您問我們是否為您承保某藥品以及您是否符合任何適用的承保規定 (例如：當您的藥品在本計畫的《承保藥品清單(處方一覽表)》上，但我們要求您先取得我們的核准，之後我們才為您承保該藥品)。
  - *請注意*：如果您的藥房告訴您，無法照單領取您的處方，您將會收到一份書面通知，說明如何與我們聯絡要求作出承保決定。
- 您要求我們給付您已經購買的處方藥費用。這是針對給付所提出的承保決定要求。

如果您不同意我們已經作出的承保決定，您可以對我們的決定提出上訴。

本節為您說明如何要求作出承保決定與如何提出上訴。利用下表可協助您判定哪部分的資訊適用於您的情況：

您遇到下列何種情況？

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <p>您需要的藥品未被納入我們的藥品清單，或需要我們免除某承保藥品相關之規定或限制？</p>               | <p>您希望我們承保本計畫「藥品清單」中的某項藥品，且您認為就您所需的藥品而言，您符合所有的計畫規定或限制 (例如取得預先核准)？</p> | <p>您想要求我們針對您已取得並已付費的藥品補償費用給您？</p>                         | <p>我們是否已經告知您，我們不承保或給付您想要承保或給付的藥品？</p>                       |
| <p>您可要求我們進行例外處理 (這是一種承保決定)。<br/>請從本章的<b>第 6.2 節</b>開始閱讀。</p> | <p>您可要求我們作承保決定。<br/>請跳到本章的<b>第 6.4 節</b>。</p>                         | <p>您可要求我們補償費用給您 (這是一種承保決定)。<br/>請跳到本章的<b>第 6.4 節</b>。</p> | <p>您可以提出上訴 (也就是說，您可要求我們重新審查)。<br/>請跳到本章的<b>第 6.5 節</b>。</p> |

## 第 6.2 節 什麼是例外處理？

如果藥品未依照您的希望獲得承保，您可以要求我們進行「例外處理」。例外處理是一種承保決定。與其他類型的承保決定類似，如果我們駁回您的例外處理要求，您可以對我們的決定提出上訴。

當您要求例外處理時，您的醫師或其他開立處方者將需要解釋需要您需要例外處理被核准的醫療理由。我們屆時會考慮您的要求。以下是三個您、您的醫師或其他開立處方者可以要求我們進行例外處理的範例：

1. 為您承保在我們《承保藥品清單 (處方一覽表)》以外的 D 部分藥品 (我們簡稱它為「藥品清單」)。

### 法律專有名詞

要求承保不在藥品清單上的藥品，有時稱為要求「處方一覽表例外處理」。

- 如果我們同意進行例外處理並承保不在藥品清單上的藥品，您將需要支付適用於層級 4 藥品 (非首選藥品) 的分攤費用額。您不能針對我們規定您支付的藥品共付額或共同保險金要求例外處理。
2. 免除我們對某承保藥品的承保限制規定。有些額外的規定或限制適用於我們《承保藥品清單 (處方一覽表)》上的某些藥品 (如需更多資訊，請參閱第 5 章第 4 節)。

### 法律專有名詞

要求免除對某藥品的承保限制規定有時稱為要求「處方一覽表例外處理」。

- 某些藥品的承保額外規定與限制規定包括：
  - 必須使用藥品的普通牌藥品版本以取代品牌藥品。
  - 事先取得本計畫核准，之後我們才會同意承保您的藥品 (這有時稱為「事先授權」)。
  - 在本計畫同意承保您所要求的藥品前，您必須先嘗試其他藥品 (這有時稱為「階段療法」)。
  - 藥量限制。就某些藥品而言，您可以領取的數量有限制。
- 如果我們同意作出例外處理並免除對您的限制規定，您可以針對我們規定您支付的該藥品共付額或共同保險金的金額，要求我們進行例外處理。

3. 將藥品承保變更至較低的分攤費用層級。計畫藥品清單中的每種藥品分屬於六個分攤費用層級之一。一般而言，藥品的分攤費用層級數字愈低，您就會支付愈低的藥品分攤費用。

#### 法律專有名詞

要求以較低的價格支付非首選承保藥品有時稱為要求「層級例外處理」。

- 如果我們的藥品清單中含有替代藥物可以治療您的醫療狀況，而這些藥品的分攤費用層級比您的藥品低，那麼您可以要求我們用替代藥物的分攤費用金額來承保您的藥品。如此可降低您藥品的分攤費用。
  - 如果您服用的藥品是生物製劑，而我們較低分攤費用層級中有可替代的生物製劑可以用來治療您的病況，您可以要求我們用這個最低分攤費用金額層級來承保您的藥品。
  - 如果您服用的藥品是品牌藥品，而我們較低分攤費用層級中有可替代的品牌藥品，可以用來治療您的病況，您可以要求我們用這個最低分攤費用金額層級來承保您的藥品。
  - 如果您服用的藥品是普通牌藥品，而我們較低分攤費用層級中有可替代的品牌或普通牌藥品，可以用來治療您的病況，您可以要求我們用這個最低分攤費用金額層級來承保您的藥品。
- 您不能要求我們變更層級 5 (專科層級) 中任何藥品的分攤費用層級。
- 如果我們核准了您對層級區分的例外處理請求，而有超過一個較低分攤費用層級中有您無法服用的可替代藥物時，通常您會支付最低金額。

### 第 6.3 節 要求例外處理重要須知

#### 您的醫師必須告訴我們醫療理由

您的醫師或其他開立處方者必須給我們一份書面聲明，說明要求例外處理的醫療理由。如為加速決定，當您要求例外處理時，請包括您的醫師或其他開立處方者提供的這項醫療資訊。

一般而言，我們的藥品清單包括一種以上治療特定病況的藥品。這些不同的可能性稱為「替代」藥品。如果某替代藥品與您要求的藥品有同樣的效果而且不會產生更多副作用或其他健康問題，我們通常不會核准您的例外處理要求。如果您要求我們進行層級例外處理，除非所有較低分攤費用層級的替代藥品對您皆沒有效用，否則我們通常不會核准您的例外處理要求。

## 我們可能同意或拒絕您的要求

- 如果我們核准您的例外處理要求，我們核准的有效期間通常到計畫年度結束時。只要您的醫師持續開立該藥品處方給您，且該藥品能安全有效地治療您的病況，就適用上述說明。
- 如果我們拒絕您的例外處理要求，您可以提出上訴要求審查我們的決定。第 6.5 節說明如果我們拒絕時您該如何提出上訴。

下一節為您說明如何要求作出承保決定，包括例外處理。

### 第 6.4 節 逐步說明：如何要求作出承保決定，包括例外處理

**步驟 1：**您要求本計畫針對您所需的藥品或給付作出承保決定。如果您因健康情況需要儘快取得回應，您必須要求我們進行「快速承保決定」。如果您要求我們償還您已經購買的藥品費用，您不能要求我們進行快速承保決定。

#### 作法

- **要求您想要的承保決定類型。**首先，請致電、寫信或傳真至本計畫，以提出您的要求。您、您的代表或您的醫師 (或其他開立處方者) 皆可以提出該要求。您也可以透過我們的網站使用承保決定流程。如需詳細資訊，請至第 2 章第 1 節並參閱「若要提出 D 部分處方藥相關的承保決定要求該如何與我們聯絡」一節。或者，如果您要求我們償還您藥品費用，請參閱「若欲要求計畫為您所取得的醫療照護或藥品支付分攤費用，應將要求寄到何處」一節。
- **您或您的醫師或代理您的某人**可以要求承保決定。本章第 4 節為您說明您如何提供書面同意讓某人擔任您的代表。您也可以請律師代表您。
- **如果您想要求我們償還您藥品費用**，請先閱讀本手冊第 7 章：*要求計畫為您所取得的承保醫療服務或藥品帳單支付分攤費用*。第 7 章說明您可能需要要求補償的情況。本章也會為您說明如何將書面文件寄給我們，要求就您已經支付的藥品償還我們應分攤的部分。
- **如果您欲申請例外處理**，請提供「佐證聲明」。您的醫師或其他開立處方者必須提供我們您想要求藥品例外處理的醫療理由 (我們稱之為「佐證聲明」)，您的醫師或其他開立處方者可以傳真或郵寄本聲明給我們。或者，您的醫師或其他開立處方者可以打電話告訴我們，之後視需要再傳真或郵寄書面聲明給我們。請參閱第 6.2 節與第 6.3 節，瞭解更多關於例外處理要求的資訊。
- **我們必須接受所有的書面要求**，包括透過「CMS 制式承保判定申請表 (CMS Model Coverage Determination Request Form)」(可從我們的網站取得) 所提出的要求。

**法律專有名詞**

「快速承保決定」也稱為「特急承保判定」。

**如果是因您的健康情況所需，請要求我們進行「快速承保決定」**

- 為您提供我們的決定時，除非我們已經同意使用「快速」期限之外，我們都會使用「標準」期限。標準承保決定代表我們會於收到您醫師申述之後的 72 小時內給您答覆。快速承保決定代表我們會於收到您醫師申述之後的 24 小時內給您答覆。
- 若要取得快速承保決定，您必須符合兩項規定：
  - 僅有當您針對您尚未取得的藥品提出承保決定要求時，您才可以取得快速承保決定 (如果您要求我們針對您已經購買的藥品費用進行補償，您無法取得快速承保決定)。
  - 僅有當採用標準期限可能會嚴重危害您的健康或損害您的身體機能時，您才可以取得快速承保決定。
- 如果您的醫師或其他開立處方者告訴我們您的健康情況需要「快速承保決定」，我們會自動同意為您提供快速承保決定。
- 如果您是自己提出快速承保決定要求 (且您的醫師或其他開立處方者未提供佐證文件)，我們將根據您的健康情況決定我們是否需要為您提供快速承保決定。
  - 如果我們決定您的醫療狀況不符合快速承保決定的規定，我們會寄一封信函通知您 (並說明我們會改用標準期限)。
  - 此信函會告訴您如果您的醫師或其他開立處方者要求快速承保決定，我們會自動為您提供快速承保決定。
  - 該信函也會告訴您，如果我們向您提供的是標準承保決定而非您所要求的快速承保決定，您可如何提出投訴。該信函會說明如何提出「快速投訴」，快速投訴是指我們會於收到投訴之後的 24 小時內對您的投訴給予答覆 (提出投訴的流程與提出承保決定和上訴的流程不同。如需更多關於提出投訴之流程的資訊，請參閱本章的第 10 節)。

**步驟 2：我們針對您的要求進行審查，並給您答覆。****「快速承保決定」的期限**

- 如果我們採用快速期限，我們必須在 24 小時內給您答覆。
  - 這通常指我們收到您要求後的 24 小時內。如果您要求例外處理，我們會在收到您醫師針對您的要求提供佐證聲明後的 24 小時內給您答覆。如果您因健康情況所需，我們會更快給您答覆。

- 如果我們沒有達到這個期限的規定，我們必須將您的要求轉至層級 2 的上訴流程，由獨立的外部組織審查您的要求。在本節後面，我們會針對上述審查組織以及層級 2 的上訴流程作業進行解說。
- 如果我們的答覆是同意您部分或全部的要求，我們必須在收到您要求或您醫師針對您的要求提供佐證聲明後的 24 小時內提供我們同意提供的承保。
- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求，我們會寄給您一份書面聲明，說明我們拒絕的理由以及上訴的方式。

#### **適用於您尚未收到之藥品的「標準承保決定」期限**

- 如果我們採用標準期限，我們必須在 72 小時內給您答覆。
  - 這通常指我們收到您要求後的 72 小時內。如果您要求例外處理，我們會在收到您醫師針對您的要求提供佐證聲明後的 72 小時內給您答覆。如果您因健康情況所需，我們會更快給您答覆。
  - 如果我們沒有達到這個期限的規定，我們必須將您的要求轉至層級 2 的上訴流程，由獨立的組織審查您的要求。在本節後面，我們會針對上述審查組織以及層級 2 的上訴流程作業進行解說。
- 如果我們的答覆是同意您部分或全部的要求 —
  - 如果我們核准您的承保要求，我們必須在收到您要求或您醫師針對您的要求提供佐證聲明後的 72 小時內提供我們同意提供的承保。
- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求，我們會寄給您一份書面聲明，說明我們拒絕的理由以及上訴的方式。

#### **適用於您已購藥品之給付的「標準承保決定」期限**

- 我們必須在收到您要求後 14 個曆日內給您答覆。
  - 如果我們沒有達到這個期限的規定，我們必須將您的要求轉至層級 2 的上訴流程，由獨立的組織審查您的要求。在本節後面，我們會針對上述審查組織以及層級 2 的上訴流程作業進行解說。
- 如果我們的答覆是同意您部分或全部的要求，我們也必須在收到您要求後的 14 個曆日內給付費用給您。
- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求，我們會寄給您一份書面聲明，說明我們拒絕的理由以及上訴的方式。

#### **步驟 3：如果我們拒絕您的承保要求，您可以決定是否要提出上訴。**

- 如果我們拒絕您的要求，您有權提出上訴。要求上訴代表要求我們重新審查 — 以及可能變更 — 我們作出的決定。

## 第 6.5 節 逐步說明：如何提出層級 1 上訴 (如何要求審查本計畫作出的承保決定)

### 法律專有名詞

向本計畫提出與 D 部分藥品承保決定相關的上訴也稱為計畫「重新判定」。

**步驟 1：與我們聯絡並提出您的層級 1 上訴。**如果您因健康情況需要儘快取得回應，您必須要求進行「快速上訴」。

#### 作法

- 您 (或您的代表、您的醫師或其他開立處方者) 必須與我們聯絡以開始為您進行上訴。
  - 如需有關如何透過電話、傳真、郵件或我們的網站針對任何上訴相關事宜與我們聯絡的詳細資訊，請至第 2 章第 1 節並參閱「若要提出 D 部分處方藥相關上訴該如何與我們聯絡」一節。
- 如果您欲提出標準上訴，請以書面方式提出您的上訴要求。
- 如果您想要求進行快速上訴，您可以書面方式，或致電本計畫提出您的上訴，電話號碼請參閱第 2 章第 1 節 (若要提出 D 部分處方藥相關上訴該如何與我們聯絡)。
- 我們必須接受所有的書面要求，包括透過「CMS 制式承保判定申請表 (CMS Model Coverage Determination Request Form)」(可從我們的網站取得) 所提出的要求。
- 您可以透過本計畫的安全會員入口網站，以電子形式提出您的上訴。請造訪 [ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com)。
- 您必須在我們寄送給您書面通知答覆您所要求的承保決定之日起 **60 個曆日內提出上訴**。如果您錯過這個期限，且您有適當的理由，我們可給您更多時間提出上訴。超過期限的適當理由舉例包括您患了嚴重疾病，無法與我們聯絡，或者我們提供您不正確或不完整的申請上訴期限資訊。
- 您可索取您的上訴資訊副本並加入更多資訊。
  - 您也有權向我們索取一份與您上訴相關的資訊。
  - 根據您的意願，您和您的醫師或其他開立處方者可以向我們提供額外的資訊以支持您的上訴。

### 法律專有名詞

「快速上訴」也稱為「特急重新判定」。



### *如果您因健康情況所需，請要求進行「快速上訴」*

- 如果您要對本計畫針對您尚未取得的藥品所作的決定提出上訴，您和您的醫師或其他開立處方者必須決定您是否需要「快速上訴」。
- 取得「快速上訴」的規定與取得「快速承保決定」的規定相同 (如本章第 6.4 節所述)。

### **步驟 2：我們針對您的上訴進行審查並給您我們的答覆。**

- 當本計畫審查您的上訴時，我們會再次仔細查看所有關於您承保要求的資訊。我們會查看以確定在拒絕您的要求時，我們是否遵循所有規定。我們可能會與您或您的醫師或其他開立處方者聯絡以取得更多資訊。

#### *「快速上訴」的期限*

- 如果我們採用快速期限，我們必須在收到您的上訴後的 **72 小時內** 給您答覆。如果您因健康情況所需，我們會更快給您答覆。
  - 如果我們沒有在 72 小時之內給您答覆，我們必須將您的要求轉至層級 2 的上訴流程，由獨立審查組織審查您的要求。在本節後面，我們會針對上述審查組織以及層級 2 的上訴流程作業進行解說。
- 如果我們的答覆是同意您部分或全部的要求，我們必須在收到您上訴後 72 小時內提供我們同意提供的承保。
- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求，我們會寄給您一份書面聲明，說明我們拒絕的理由以及上訴的方式。

#### *「標準上訴」的期限*

- 如果我們採用標準期限，我們必須在收到您針對尚未取得的藥品所提出的上訴後 **7 個曆日內** 給您答覆。如果您尚未取得藥品且因您的健康情況所需，我們會更快告知您我們的決定。如果您認為自己健康情況所需，您應該要求進行「快速上訴」。
  - 如果我們沒有在 7 個曆日之內告知您我們的決定，我們必須將您的要求轉至層級 2 的上訴流程，由獨立審查組織審查您的上訴。在本節後面，我們針對上述審查組織以及層級 2 的上訴流程作業進行解說。
- 如果我們的答覆是同意您部分或全部的要求 —
  - 如果我們核准承保要求，我們必須儘快按照您健康所需提供我們同意提供的承保，但最遲不超過我們收到您上訴後的 **7 個曆日**。
  - 如果我們核准償還您已經購買的藥品費用的要求，我們必須在收到您的上訴要求後 **30 個曆日內** 寄送款項給您。

- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求，我們會寄給您一份書面聲明，說明我們拒絕的理由以及上訴的方式。
- 如果您要我們償還您已經購買的藥物費用，我們必須在收到您要求後 **14 個曆日內** 給您答覆。
  - 如果我們沒有在 14 個曆日之內給您我們的決定，我們必須將您的要求轉至層級 2 的上訴流程，由獨立組織審查您的上訴。在本節後面，我們會針對上述審查組織以及層級 2 的上訴流程作業進行解說。
- 如果我們的答覆是同意您部分或全部的要求，我們也必須在收到您要求後的 30 個曆日內給付費用給您。
- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求，我們會寄給您一份書面聲明，說明我們拒絕的理由以及上訴的方式。

**步驟 3：**如果我們拒絕您的上訴，您可以決定是否繼續上訴流程並提出進一步上訴。

- 如果我們拒絕您的上訴，屆時您可以選擇是否接受這個決定，或繼續提出進一步上訴。
- 如果您決定提出進一步上訴，代表您的上訴將進入層級 2 的上訴流程 (請參閱以下說明)。

### 第 6.6 節 逐步說明：如何提出層級 2 上訴

如果我們拒絕您的上訴，屆時您可以選擇是否接受這個決定，或繼續提出進一步上訴。如果您決定進入層級 2 上訴，**獨立審查組織**會審查我們拒絕您第一次上訴的決定。這個組織決定我們作出的決定是否應該變更。

#### 法律專有名詞

「獨立審查組織」的正式名稱是「**獨立審查實體**」，有時簡稱為「**IRE**」。

**步驟 1：**欲提出層級 2 上訴，您 (或是您的代表、醫師或其他開立處方者) 必須與獨立審查組織聯絡，並要求其審查您的案件。

- 如果我們拒絕您的層級 1 上訴，我們會寄送書面通知給您，其中包括如何向獨立審查組織提出層級 2 上訴的說明。這些說明會告訴您誰可以提出層級 2 上訴、您必須遵循哪些期限以及如何與審查組織聯絡。
- 當您向獨立審查組織提出上訴，我們會寄送我們擁有與您上訴相關的資訊給該組織。這份資訊稱為您的「案件檔案」。您有權向我們索取您案件檔案的副本。
- 您有權提供獨立審查組織額外的資訊以支持您的上訴。

## 步驟 2：獨立審查組織審查您的上訴並給您答覆。

- **獨立審查組織是由 Medicare 聘用的獨立組織。**該組織與我們並無關聯，而且不是政府機構。該組織是由 Medicare 挑選的公司，其職責是審查我們對您在本計畫 D 部分福利作出的決定。
- 獨立審查組織的審查人員會仔細查看所有與您上訴有關的資訊。這個組織會以書面方式告訴您其決定並解釋決定的理由。

### 層級 2「快速上訴」的期限

- 如果您因健康情況所需，請向獨立審查組織要求進行「快速上訴」。
- 如果審查組織同意為您進行「快速上訴」，審查組織必須在收到您上訴要求後的 **72 小時內**給您層級 2 上訴的答覆。
- 如果獨立審查組織同意您部分或全部的要求，我們必須在收到審查組織決定後的 **24 小時內**提供審查組織核准的藥品承保。

### 層級 2「標準上訴」的期限

- 如果您提出層級 2 標準上訴，且是針對您尚未取得的藥品，審查組織必須在收到您上訴後的 **7 個曆日內**給您層級 2 上訴的答覆。如果您要我們償還您已經購買的藥物費用，審查組織必須在收到您要求後 **14 個曆日內**答覆您的層級 2 上訴。
  - 如果獨立審查組織同意您部分或全部的要求 —
    - 如果獨立審查組織核准承保要求，我們必須在收到審查組織決定後的 **72 小時內**提供審查組織核准的藥品承保。
    - 如果獨立審查組織核准償還您已經購買之藥品費用的要求，我們必須在收到審查組織決定後的 **30 個曆日內**寄送款項給您。

## 如果審查組織拒絕您的上訴時怎麼辦？

如果審查組織拒絕您的上訴，表示該組織同意我們不核准您要求的決定 (這稱為「維持原決定」，也稱為「駁回您的上訴」)。

如果獨立審查組織「維持原決定」，您有權提出層級 3 上訴。然而，如要在層級 3 提出進一步上訴，您所要求的藥品承保現金價值必須達到最低金額的規定。如果您所要求的藥品承保現金價值過低，您就不能提出進一步上訴；這表示層級 2 的決定即是最後決定。您從獨立審查組織收到的通知會告訴您可繼續進行上訴流程所需達到的金額。

**步驟 3：如果您要求承保的現金價值符合規定，您可以選擇是否要提出進一步上訴。**

- 上訴流程中，層級 2 之後還有另外三個層級 (總共有五個上訴層級)。
- 如果您的層級 2 上訴被駁回，且您符合繼續上訴流程的規定，您必須決定是否要進入層級 3 並提出第三次上訴。如果您決定提出第三次上訴，在您第二次上訴後收到的書面通知之中會有如何繼續進行下一層級上訴的詳細資訊。
- 層級 3 上訴由行政法官或訴訟判決者處理。本章第 9 節為您詳細說明層級 3、4 與 5 的上訴流程。

**第 7 節 如果您認為醫師太快讓您出院，該如何要求本計畫承保更長的住院時間**

當您住院時，您有權取得診斷和治療您疾病或受傷所需的所有承保醫院服務。如需更多關於本計畫提供給您的醫院照護承保資訊，包括該承保的限制規定，請參閱本手冊第 4 章：*醫療福利表 (承保範圍以及您所需支付的費用)*。

在您承保住院期間，您的醫師和醫院工作人員將與您合作，一同為您出院的日子做準備。他們也會協助安排您出院後可能需要的照護。

- 您離開醫院的日子稱為您的「**出院日期**」。
- 您的出院日期決定之後，您的醫師或醫院工作人員便會通知您。
- 如果您認為您太快被要求離開醫院，您可以要求延長住院時間，且將對您的要求進行審查。本節為您說明如何提出要求。

**第 7.1 節 在您住院期間，您將收到為您說明相關權利的 Medicare 書面通知**

在您承保住院期間，您將收到一份書面通知稱為《*Medicare 重要訊息：您的權利*》。每一位 Medicare 投保人住院時皆會收到此通知。醫院工作人員 (例如：社工或護士) 必須在您住院後兩天內將此通知交給您。如果您沒有收到通知，請向醫院工作人員索取。如果您需要協助，請致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底)。您還可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

1. **請仔細閱讀此通知，若有不瞭解之處請詢問清楚。**此通知說明您身為醫院病患的權利，包括：
  - 您有權在住院期間和出院之後得到您醫師所指示的 Medicare 承保服務。這包括瞭解有哪些服務、誰給付這些服務以及哪裡能取得這些服務的權利。
  - 您有權參與任何與您住院有關的決定，並瞭解誰會支付您的住院費用。

- 應向何處舉報任何您對醫院照護品質的顧慮。
- 如果您認為您太快被要求出院，您有權針對出院決定提出上訴。

### 法律專有名詞

Medicare 的書面通知說明您如何「**要求立即審查**」。要求立即審查是一個要求延遲您出院日期的正式、合法途徑，我們讓您可以取得更長時間的醫院照護承保 (以下第 7.2 節說明您如何提出立即審查要求)。

## 2. 您必須在書面通知上簽名，表示您已收到通知並瞭解您的權利。

- 您本人或代表您的人必須在此通知上簽名 (本章第 4 節為您說明您如何提供書面同意讓某人擔任您的代表)。
- 在此通知上簽名只表示您已收到關於您權利的資訊。此通知並不提供您的出院日期 (您的醫師或醫院工作人員會讓您知道您的出院日期)。在此通知上簽名並不表示您同意某出院日期。

## 3. 保存一份您簽名的通知副本，以便在您需要時，手邊就有關於上訴 (或舉報關於照護品質的顧慮) 的資訊。

- 如果您在出院的兩天之前簽署此通知，您會在預定出院日之前收到另一份副本。
- 您若要事先閱覽此通知副本，可致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底) 或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。您也可以上網查閱，網址：  
<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>。

## 第 7.2 節

### 逐步說明：如何提出層級 1 上訴，以變更您的出院日期

如果您想要求我們為您延長住院服務的承保期間，您需要使用上訴流程來提出此要求。在開始之前，請先瞭解您需要做什麼，以及期限是什麼時候。

- **遵循流程。** 下面說明上訴流程中前兩個層級的每一步驟。
- **遵守期限。** 期限非常重要。請務必瞭解並遵守您必須採取之行動的適用期限。
- **如有需要請尋求協助。** 如果您在任何時候有疑問或需要協助，可致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底)。或致電您的州健康保險援助方案 (State Health Insurance Assistance Program)，該政府組織可提供個人化的協助 (請參閱本章第 2 節)。

層級 1 上訴期間，品質改善組織會審查您的上訴。該組織會檢查確認您的預定出院日期對您是否具有醫療適當性。

**步驟 1：聯絡您所在州的品質改善組織，並要求對您的出院進行「快速審查」。您必須儘快行動。**

### **品質改善組織是什麼？**

- 品質改善組織是由一群受雇於聯邦政府的醫師和其他健康照護專業人士所組成。這些專家不屬於本計畫。Medicare 支付本組織費用，以檢查並改善 Medicare 投保人取得的照護品質。這包括審查 Medicare 投保人的醫院出院日期。

### **您如何與該組織聯絡？**

- 您所收到的書面通知 (《Medicare 重要訊息：您的權利》) 會告訴您應如何與該組織聯絡 (或可在本手冊第 2 章第 4 節找到您所在州的品質改善組織的名稱、地址與電話號碼)。

### **儘快行動：**

- 如欲提出上訴，您必須在離開醫院之前與品質改善組織聯絡，**最遲不得超過您的預定出院日期** (「預定出院日期」是指您離開醫院的預定日期)。
  - 如果您符合該期限規定，在您等候品質改善組織對您上訴作出決定的期間，您可以在出院日期後繼續住院而不需支付費用。
  - 如果您不符合該期限規定，且您決定在您的預定出院日期後仍繼續住院，您可能必須支付您在預定出院日期後所接受醫院照護的所有費用。
- 如果您錯過聯絡品質改善組織進行上訴的期限，您可以直接向本計畫提出您的上訴。關於這種替代上訴方式的詳細資訊，請參閱第 7.4 節。

### **要求「快速審查」：**

- 您必須要求品質改善組織針對您的出院進行「**快速審查**」。要求「快速審查」表示您要求該組織使用上訴的「快速」期限，而非使用標準期限。

#### **法律專有名詞**

「**快速審查**」也稱為「**立即審查**」或「**特急審查**」。

## 步驟 2：品質改善組織對您的案件進行獨立審查。

### 這段審查期間會發生哪些事？

- 品質改善組織的健康專業人員 (我們簡稱為「審查人員」) 會詢問您 (或您的代表) 為何認為應該繼續承保該服務。您不必準備任何書面文件，若您想準備也可以。
- 審查人員也會查看您的醫療資訊、與您的醫師討論，並審查醫院和我們向其提供的資訊。
- 在審查人員將您的上訴情況通知本計畫後，您也會於次日中午之前收到書面通知，告知您的預定出院日期，並說明您的醫師、醫院和我們均認為讓您在該日期出院是正確 (具有醫療適當性) 的理由。

### 法律專有名詞

此書面說明稱為「**出院細節通知**」。要獲得該通知的範例，您可致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底) 或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務 (TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048)。或者您可以在線上查看範例通知，網址是 <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

## 步驟 3：品質改善組織取得全部所需資訊之後，會在一天內針對您的上訴給您答覆。

### 如果答覆是同意會怎樣？

- 如果審查組織同意您的上訴，我們就必須繼續為您提供醫療所必需的承保住院服務。
- 您仍須繼續支付您的分攤費用 (例如適用的自付額或共付額)。此外，您的承保醫院服務可能有限制規定 (請參閱本手冊第 4 章)。

### 如果答覆是拒絕會怎樣？

- 如果審查組織拒絕您的上訴，代表他們認為您的預定出院日期具有醫療適當性。若是發生此情況，本計畫提供給您的住院服務承保將於品質改善組織通知您上訴的決定後次日中午結束。
- 如果審查組織拒絕您的上訴，但您決定繼續住院，您可能必須支付您在品質改善組織給您上訴答覆的次日中午之後所接受住院照護的全額費用。

## 步驟 4：如果答覆是拒絕您層級 1 上訴，您可以決定是否要提出進一步上訴。

- 如果品質改善組織駁回您的上訴，而且您在預定出院日期之後仍然住院，您可以提出進一步上訴。提出進一步上訴表示您將進入「層級 2」的上訴流程。

**第 7.3 節 逐步說明：如何提出層級 2 上訴，以變更您的出院日期**

如果品質改善組織駁回您的上訴，*而且*您在預定出院日期後仍繼續住院，那麼您即可提出層級 2 上訴。層級 2 上訴期間，您要求品質改善組織重新查看他們對您第一次上訴所做的決定。如果品質改善組織駁回了您的層級 2 上訴，您可能必須為您在預定出院日之後的住院支付全額費用。

以下是層級 2 上訴流程的步驟：

**步驟 1：您再次聯絡品質改善組織並要求其進行另一次審查。**

- 您必須在品質改善組織*拒絕*您層級 1 上訴後的 **60 個曆日**內要求此審查。您必須在照護承保終止後仍然住院，才能要求此審查。

**步驟 2：品質改善組織對您的情況進行第二次審查。**

- 品質改善組織的審查人員會再仔細查看所有與您上訴有關的資訊。

**步驟 3：品質改善組織審查人員會在收到您二次審查要求後的 14 個曆日內對您的上訴作出決定，並通知您他們的決定。**

**如果審查組織同意：**

- 對您在第一次上訴被品質改善組織駁回的次日中午後所接受的醫院照護，**我們必須補償**您我們應分攤的費用。**我們將必須繼續為您提供醫療所必需的住院照護承保。**
- 您必須繼續支付您的分攤費用，且承保限制可能適用。

**如果審查組織拒絕：**

- 表示他們同意他們對您層級 1 上訴所做的決定，不會改變該決定。這稱為「維持原決定」。
- 您收到的書面通知會說明如果您想要繼續審查流程該做什麼。它會提供如何進行下一層級上訴的詳細資訊；該層級上訴將由行政法官或訴訟判決者處理。

**步驟 4：如果答覆是拒絕，您需要決定是否要進入層級 3 提出進一步上訴。**

- 上訴流程中，層級 2 之後還有另外三個層級 (總共有五個上訴層級)。如果審查組織駁回您的層級 2 上訴，您可以選擇是接受該決定，或進入層級 3 並提出進一步上訴。若是層級 3，您的上訴是由行政法官或訴訟判決者處理審查。
- 本章第 9 節為您詳細說明層級 3、4 與 5 的上訴流程。



**第 7.4 節 如果您錯過提出層級 1 上訴的期限怎麼辦？****您可以轉而向我們提出上訴**

如上述第 7.2 節所述，您必須儘快與品質改善組織聯絡，以針對您出院事宜開始進行第一次上訴（「儘快」是指在您離開醫院之前，最遲不得超過您的預定出院日期）。如果您錯過聯絡該組織的期限，還有其他方式可以提出上訴。

如果您使用這種替代方式提出您的上訴，*前兩層級的上訴方式並不相同*。

**逐步說明：如何提出層級 1 替代上訴**

如果您錯過聯絡品質改善組織的期限，您可以向我們提出上訴，要求進行「快速審查」。快速審查就是使用快速期限而非標準期限的上訴。

**法律專有名詞**

「快速審查」(或「快速上訴」)也稱為「特急上訴」。

**步驟 1：聯絡我們，要求「快速審查」。**

- 如需有關如何聯絡我們的詳細資訊，請至第 2 章第 1 節並參閱「若要提出醫療照護相關上訴該如何與我們聯絡」一節。
- **請務必要求「快速審查」。**這表示您要求我們在給您答覆時使用「快速」期限，而非「標準」期限。

**步驟 2：我們針對您的預定出院日期進行「快速審查」，檢查確認其是否具有醫療適當性。**

- 在審查期間，我們會查看所有與您住院有關的資訊。我們會查看您的預定出院日期是否具有醫療適當性。我們會查看關於您應何時出院的決定是否公平且遵循所有規定。
- 在此情況下，我們向您提供本次審查的答覆時會使用「快速」期限，而非標準期限。

**步驟 3：我們會在您要求「快速審查」(「快速上訴」) 後的 72 小時內告知您我們的決定。**

- **如果我們同意您的快速上訴**，表示我們與您一樣，認為您在出院日期後仍需住院，且會繼續為您提供醫療所必需的承保住院服務。這也表示，對您在我們告知您的承保終止日期後所接受的照護，我們同意補償您我們應分攤的費用 (您仍須支付您的分攤費用，且可能有承保限制規定)。

- 如果我們拒絕您的快速上訴，我們的意思是您的預定出院日期具有醫療適當性。我們為您提供的住院服務承保將在我們告知您的承保終止日終止。
  - 如果您在預定出院日期後繼續住院，您可能需要支付您在預定出院日期後所接受醫院照護的全額費用。

**步驟 4：**如果我們拒絕您的快速上訴，您的案件會被自動轉到上訴流程的下一層級。

- 為確保我們拒絕您的快速上訴時遵循所有規定，我們必須將您的上訴轉到「獨立審查組織」。當我們這樣做時，表示您已自動進入層級 2 的上訴流程。

### 逐步說明：層級 2 替代上訴程序

如果我們拒絕您的層級 1 上訴，您的案件會被自動轉到上訴流程的下一層級。在層級 2 上訴期間，獨立審查組織會審查我們拒絕您「快速上訴」的決定。這個組織決定我們作出的決定是否應該變更。

#### 法律專有名詞

「獨立審查組織」的正式名稱是「獨立審查實體」，有時簡稱為「IRE」。

**步驟 1：**我們會自動將您的案件轉至獨立審查組織。

- 我們必須在告知您我們拒絕您第一次上訴後的 24 小時內將資訊轉寄給獨立審查組織，以進行層級 2 上訴 (如果您認為我們未遵守此期限或其他期限規定，您可以提出投訴。投訴流程不同於上訴流程。本章第 10 節說明如何投訴)。

**步驟 2：**獨立審查組織會對您的上訴進行「快速審查」。審查人員會在 72 小時內給您答覆。

- 獨立審查組織是由 Medicare 聘用的獨立組織。該組織與本計畫並無關聯，而且不是政府機構。該組織是 Medicare 挑選的公司，以獨立審查組織的角色處理相關工作。Medicare 監督其工作。
- 獨立審查組織的審查人員會仔細查看所有與您的醫院出院上訴有關的資訊。
- 如果該組織同意您的上訴，我們就必須補償 (償還) 您在預定出院日期之後所接受醫院照護中我們應分攤的費用。我們也必須繼續為您承保醫療所必需的住院服務。您必須繼續支付您的分攤費用。如果有承保限制規定，可能會限制我們能補償多少金額，或是我們會繼續承保您的服務多長時間。

- 如果該組織拒絕您的上訴，表示他們與我們一樣，認為您的預定出院日期具有醫療適當性。
  - 您從獨立審查組織收到的書面通知會說明如果您想要繼續審查流程該做什麼。它會提供如何進行層級 3 上訴的詳細資訊；該層級上訴將由行政法官或訴訟判決者處理。

### 步驟 3：如果獨立審查組織駁回您的上訴，您可選擇是否要進一步上訴。

- 上訴流程中，層級 2 之後還有另外三個層級 (總共有五個上訴層級)。如果審查人員拒絕您的層級 2 上訴，您可以決定是要接受他們的決定，還是要進入層級 3 並提出第三次上訴。
- 本章第 9 節為您詳細說明層級 3、4 與 5 的上訴流程。

## 第 8 節 如果您認為您的承保太快終止，該如何要求本計畫繼續承保某些醫療服務

### 第 8.1 節 本節僅與三種服務有關： 居家健康照護、特護療養機構照護和綜合門診復健機構 (CORF) 服務

本節僅與以下三種類型的照護有關：

- 您所取得的居家健康照護服務。
- 您以特護療養機構的病患身分所取得的特護療養照護 (欲知「特護療養機構 (SNF) 照護」的歸類規定，請參閱第 12 章：重要用語的定義)。
- 您以 Medicare 核准的綜合門診復健機構 (CORF) 病患身分所取得的復健照護。這通常表示您因疾病或意外而正在接受治療，或您正處於重大手術的恢復期 (如需更多關於此類機構的資訊，請參閱第 12 章：重要用語的定義)。

如果您正在接受任何此類照護，您有權持續取得該類照護的承保服務，只要該照護是診斷和治療您的疾病或受傷所需。如需更多關於您承保服務的資訊，包括您的分攤費用以及任何適用的承保限制規定，請參閱本手冊第 4 章：醫療福利表 (承保範圍以及您所需支付的費用)。

一旦我們決定應停止為您提供這三類照護中任何一種承保時，我們必須事先讓您知道。當您該照護的承保終止時，我們會停止給付針對您的照護我們應分攤的費用。

如果您認為我們太快終止您的照護承保，您可以針對我們的決定提出上訴。本節為您說明如何要求提出上訴。

## 第 8.2 節 我們會事先通知您的承保何時終止

1. 您會收到書面通知。您將會在本計畫將要停止承保您照護的至少兩天前收到通知。

- 此書面通知會告訴您我們何時會停止您的照護承保。
- 此書面通知也會告訴您，如果您想要求本計畫針對何時終止您照護的決定進行變更並且延長承保的時間，您可以做些什麼。

### 法律專有名詞

書面通知在指示您相關作法的同時，也告訴您如何提出「快捷上訴」。提出快捷上訴是一個要求本計畫針對何時停止您照護的決定進行變更的正式、合法途徑 (以下第 8.3 節說明您如何提出快捷上訴)。

此書面通知稱為「**Medicare 終止承保通知**」。如欲索取範本，請致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底) 或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227，每週 7 日，每日 24 小時均提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048)。或者在線上瀏覽此通知副本，網址是 <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>

2. 您必須在此書面通知上簽名，表示您已收到通知。

- 您本人或代表您的人必須在此通知上簽名 (第 4 節為您說明您如何提供書面同意讓某人擔任您的代表)。
- 在此通知上簽名只表示您已收到關於您的承保何時停止的資訊。在通知上簽名不表示您同意本計畫對於應停止取得照護時間的看法。

## 第 8.3 節 逐步說明：如何提出層級 1 上訴，使本計畫延長您的照護承保時間

如果您想要求我們延長您照護的承保期間，您需要使用上訴流程來提出此要求。在開始之前，請先瞭解您需要做什麼，以及期限是什麼時候。

- **遵循流程。** 下面說明上訴流程中前兩個層級的每一步驟。
- **遵守期限。** 期限非常重要。請務必瞭解並遵守您必須採取之行動的適用期限。另外也有本計畫必須遵守的期限 (如果您認為我們未遵守我們的期限規定，您可以提出投訴。本章第 10 節說明如何投訴)。
- **如有需要請尋求協助。** 如果您在任何時候有疑問或需要協助，可致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底)。或致電您的州健康保險援助方案 (State Health Insurance Assistance Program)，該政府組織可提供個人化的協助 (請參閱本章第 2 節)。

如果您準時要求進行層級 1 上訴，品質改善組織會審查您的上訴，並決定是否變更本計畫所作的決定。

**步驟 1：提出您的層級 1 上訴：聯絡您所在州的品質改善組織並要求審查。您必須儘快行動。**

### *品質改善組織是什麼？*

- 品質改善組織是由一群受雇於聯邦政府的醫師和其他健康照護專家所組成。這些專家不屬於本計畫。他們檢查 Medicare 投保人所接受照護的品質，並審查計畫針對何時應停止某些種類醫療照護的決定。

### *您如何與該組織聯絡？*

- 您所收到的書面通知會告訴您如何與該組織聯絡 (或可在本手冊第 2 章第 4 節找到您所在州的品質改善組織的名稱、地址與電話號碼)。

### *您應向其提出什麼要求？*

- 要求該組織對我們終止您醫療服務承保是否具有醫療適當性進行「快捷上訴」(獨立審查)。

### *您聯絡該組織的期限。*

- 您收到告知您會於何時停止您照護承保的書面通知後，最遲必須在次日中午前與品質改善組織聯絡，才能開始進行您的上訴。
- 如果您錯過聯絡品質改善組織進行上訴的期限，您可以直接向我們提出您的上訴。如欲瞭解有關透過此其他方式提出上訴的詳情，請參閱第 8.5 節。

**步驟 2：品質改善組織對您的案件進行獨立審查。**

### *這段審查期間會發生哪些事？*

- 品質改善組織的健康專業人員 (我們簡稱為「審查人員」) 會詢問您 (或您的代表) 為何認為應該繼續承保該服務。您不必準備任何書面文件，若您想準備也可以。
- 審查組織也會查看您的醫療資訊、與您的醫師討論，並審查本計畫向其提供的資訊。
- 在審查人員將您的上訴情況通知我們當天結束前，您也會收到我們寄給您的書面通知，其中詳細說明了我們終止您服務承保的理由。

#### 法律專有名詞

此通知說明稱為「終止承保詳細說明」。

**步驟 3：**審查人員取得全部所需資訊之後，會在一天之內告訴您他們的決定。

*如果審查人員同意您的上訴會怎樣？*

- 如果審查人員同意您的上訴，我們就必須繼續為您提供醫療所必需的承保服務。
- 您仍須繼續支付您的分攤費用 (例如適用的自付額或共付額)。此外，您的承保服務可能有限制規定 (請參閱本手冊第 4 章)。

*如果審查人員拒絕您的上訴會怎樣？*

- 如果審查人員拒絕您的上訴，那麼您的承保將於我們告知您的日期終止。自通知上所列的日期開始，我們將會停止針對本照護給付本計畫的分攤費用。
- 如果您決定在承保終止日期後繼續接受居家健康照護、特護療養機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務，則您必須自行支付該照護的全額費用。

**步驟 4：**如果答覆是拒絕您層級 1 上訴，您可以決定是否要提出進一步上訴。

- 您提出的第一次上訴是上訴流程的「層級 1」上訴。如果審查人員拒絕您的層級 1 上訴 — 並且您選擇在您的照護承保終止之後繼續接受照護，您可以提出進一步上訴。
- 提出進一步上訴表示您將進入「層級 2」的上訴流程。

#### 第 8.4 節 逐步說明：如何提出層級 2 上訴，使本計畫延長您的照護承保時間

如果品質改善組織駁回您的上訴，而且您選擇在您的照護承保終止之後繼續接受照護，您可以提出層級 2 上訴。層級 2 上訴期間，您要求品質改善組織重新查看他們對您第一次上訴所做的決定。如果品質改善組織駁回了您的層級 2 上訴，則在我們告知您的承保終止日期後，您可能必須自行支付居家醫療保健、特護療養機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務的全額費用。

以下是層級 2 上訴流程的步驟：

**步驟 1：**您再次聯絡品質改善組織並要求其進行另一次審查。

- 您必須在品質改善組織拒絕您層級 1 上訴後的 60 天內要求此審查。您必須在照護承保終止後仍繼續接受照護，才能要求此審查。

**步驟 2：**品質改善組織對您的情況進行第二次審查。

- 品質改善組織的審查人員會再仔細查看所有與您上訴有關的資訊。

**步驟 3：**審查人員會在收到您上訴要求後的 **14** 天內對您的上訴作出決定，並通知您他們的決定。

**如果審查組織同意您的上訴會怎樣？**

- 針對您自我們告知您承保即將終止之日起所接受的照護，**我們必須補償您**我們應分攤的費用。**我們必須繼續為您提供**醫療所必需的**承保**。
- 您必須繼續支付您的分攤費用，且可能有承保限制規定。

**如果審查組織拒絕會怎樣？**

- 表示他們同意我們對您層級 1 上訴所做的決定，不會改變該決定。
- 您收到的書面通知會說明如果您想要繼續審查流程該做什麼。它會提供如何進行下一層級上訴的詳細資訊；該層級上訴將由行政法官或訴訟判決者處理。

**步驟 4：**如果答覆是拒絕，您需要決定是否要進一步提出上訴。

- 層級 2 之後還有另外三個上訴層級，即總共有五個上訴層級。如果審查人員駁回您的層級 2 上訴，您可以選擇是接受該決定，或進入層級 3 並提出進一步上訴。若是層級 3，您的上訴是由行政法官或訴訟判決者處理審查。
- 本章第 9 節為您詳細說明層級 3、4 與 5 的上訴流程。

**第 8.5 節 如果您錯過提出層級 1 上訴的期限怎麼辦？**

**您可以轉而向我們提出上訴**

如以上第 8.3 節所述，您必須儘快與品質改善組織聯絡，以開始進行您的第一次上訴 (最多不超過一或兩天)。如果您錯過聯絡該組織的期限，還有其他方式可以提出上訴。如果您使用這種替代方式提出您的上訴，*前兩層級的上訴方式並不相同*。

**逐步說明：如何提出層級 1 替代上訴**

如果您錯過聯絡品質改善組織的期限，您可以向我們提出上訴，要求進行「快速審查」。快速審查就是使用快速期限而非標準期限的上訴。

以下是層級 1 替代上訴的步驟：

**法律專有名詞**

「快速審查」(或「快速上訴」) 也稱為「特急上訴」。

**步驟 1：聯絡我們，要求「快速審查」。**

- 如需有關如何聯絡我們的詳細資訊，請至第 2 章第 1 節並參閱「若要提出醫療照護相關上訴該如何與我們聯絡」一節。
- 請務必要求「快速審查」。這表示您要求我們在給您答覆時使用「快速」期限，而非「標準」期限。

**步驟 2：我們針對何時終止您服務承保所作的決定進行「快速審查」。**

- 在審查期間，我們會再次查看所有與您的案件有關的資訊。我們會查看我們在擬定終止本計畫對您所接受服務之承保的日期時，是否遵循所有規定。
- 我們向您提供本次審查的答覆時會使用「快速」期限，而非標準期限。

**步驟 3：我們會在您要求「快速審查」(「快速上訴」) 後的 72 小時內告知您我們的決定。**

- 如果我們同意您的快速上訴，表示我們與您一樣，認為您需要更長時間的服務，且會繼續為您提供醫療所必需的承保服務。這也表示，對您在我們告知您的承保終止日期後所接受的照護，我們同意補償您我們應分攤的費用 (您仍須支付您的分攤費用，且可能有承保限制規定)。
- 如果我們拒絕您的快速上訴，您的承保將於我們所通知您的日期終止，而在該日期後我們便不再支付任何分攤費用。
- 如果您在我們告知您的承保終止日期後繼續接受居家健康照護、特護療養機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務，則您必須自行支付該照護的全額費用。

**步驟 4：如果我們拒絕您的快速上訴，您的案件會被自動轉到上訴流程的下一層級。**

- 為確保我們拒絕您的快速上訴時遵循所有規定，我們必須將您的上訴轉到「獨立審查組織」。當我們這樣做時，表示您已自動進入層級 2 的上訴流程。

**逐步說明：層級 2 替代上訴程序**

如果我們拒絕您的層級 1 上訴，您的案件會被自動轉到上訴流程的下一層級。在層級 2 上訴期間，獨立審查組織會審查我們拒絕您「快速上訴」的決定。這個組織決定我們作出的決定是否應該變更。

**法律專有名詞**

「獨立審查組織」的正式名稱是「獨立審查實體」，有時簡稱為「IRE」。



**步驟 1：我們會自動將您的案件轉至獨立審查組織。**

- 我們必須在告知您我們拒絕您第一次上訴後的 24 小時內將資訊轉寄給獨立審查組織，以進行層級 2 上訴 (如果您認為我們未遵守此期限或其他期限規定，您可以提出投訴。投訴流程不同於上訴流程。本章第 10 節說明如何投訴)。

**步驟 2：獨立審查組織會對您的上訴進行「快速審查」。審查人員會在 72 小時內給您答覆。**

- **獨立審查組織是由 Medicare 聘用的獨立組織。**該組織與本計畫並無關聯，而且不是政府機構。該組織是 Medicare 挑選的公司，以獨立審查組織的角色處理相關工作。Medicare 監督其工作。
- 獨立審查組織的審查人員會仔細查看所有與您上訴有關的資訊。
- **如果該組織同意您的上訴**，對於您在我們告知您的承保終止日期後所接受的照護，我們必須補償 (償還) 您我們應分攤的費用。我們也必須繼續為您承保醫療所必需的照護。您必須繼續支付您的分攤費用。如果有承保限制規定，可能會限制我們能補償多少金額，或是我們會繼續承保您的服務多長時間。
- **如果該組織拒絕您的上訴**，表示他們同意本計畫對您第一次上訴所作的決定，不會改變該決定。
  - 您從獨立審查組織收到的書面通知會說明如果您想要繼續審查流程該做什麼。該通知也會提供您如何進行層級 3 上訴的詳細資訊。

**步驟 3：如果獨立審查組織駁回您的上訴，您可選擇是否要進一步上訴。**

- 層級 2 之後還有另外三個上訴層級，即總共有五個上訴層級。如果審查人員拒絕您的層級 2 上訴，您可以選擇是接受該決定，還是要進入層級 3 並提出進一步上訴。若是層級 3，您的上訴是由行政法官或訴訟判決者處理審查。
- 本章第 9 節為您詳細說明層級 3、4 與 5 的上訴流程。

**第 9 節 提出層級 3 和更高層級的上訴****第 9.1 節 層級 3、4 與 5 的醫療服務上訴**

如果您已經提出層級 1 與層級 2 上訴，且您兩次上訴都被駁回，本節可能適合您參考。

如果您上訴的用品或醫療服務現金價值達到特定最低標準，您可能可以進入更高層級的上訴。如果現金價值未達最低標準，您將不能進一步上訴。如果現金價值達到標準，您收到的層級 2 上訴書面答覆會說明應與誰聯絡以及該如何提出層級 3 上訴要求。

就大多數涉及上訴的情況而言，上訴作業的最後三個層級的方式相當雷同。以下為這些層級中負責審查您上訴的人員。

**層級 3 上訴：** 聯邦政府的法官 (稱為行政法官) 或聯邦訴訟判決者會審查您的上訴並給您答覆。

- 如果行政法官或訴訟判決者同意您的上訴，上訴流程 *可能就此結束，也可能還未結束* — 我們會決定是否要對此決定提出層級 4 上訴。有別於層級 2 (獨立審查組織) 的決定，我們有權就對您有利的層級 3 決定提出上訴。
  - 如果我們決定不對此決定提出上訴，我們必須在收到行政法官或訴訟判決者決定後的 60 個曆日內授權或提供服務給您。
  - 如果我們決定對此決定提出上訴，我們會寄給您一份層級 4 上訴的要求，連同任何附帶文件。我們可能暫不授權或提供有爭議的服務，直到我們接獲層級 4 的上訴決定。
- 如果行政法官或訴訟判決者拒絕您的上訴，上訴流程 *可能就此結束，也可能還未結束*。
  - 如果您決定接受此上訴遭駁回的決定，上訴流程於此結束。
  - 如果您不想接受這決定，您可以繼續下一層級的審查流程。如果行政法官或訴訟判決者拒絕您的上訴，您收到的通知會告訴您，如果您選擇繼續上訴，接下來要做些什麼。

**層級 4 上訴：** Medicare 上訴委員會 (委員會) 將審查您的上訴並給您答覆。該委員會隸屬於聯邦政府。

- 如果答覆是同意，或如果我們要求委員會審查對您有利的層級 3 上訴而上訴委員會拒絕該要求，上訴流程 *可能就此結束，也可能還未結束* — 我們會決定是否要對此決定提出層級 5 上訴。有別於層級 2 (獨立審查組織) 的決定，我們有權就對您有利的層級 4 決定提出上訴。
  - 如果我們決定不對此決定提出上訴，我們必須在收到委員會決定後的 60 個曆日內授權或提供服務給您。
  - 如果我們決定對此決定提出上訴，我們會以書面方式通知您。
- 如果答覆是拒絕，或如果委員會拒絕審查要求，上訴流程 *可能就此結束，也可能還未結束*。
  - 如果您決定接受此上訴遭駁回的決定，上訴流程於此結束。

- 如果您不想接受這決定，您可能可以繼續下一層級的審查流程。如果委員會拒絕您的上訴，您收到的通知會告訴您，根據規定您是否可以繼續進行層級 5 上訴。如果規定允許您繼續，書面通知也會告訴您應該與誰聯絡，以及如果您選擇繼續上訴，接下來要做些什麼。

**層級 5 上訴：** 聯邦地方法院的法官將審查您的上訴。

- 這是上訴流程的最後步驟。

## 第 9.2 節 上訴層級 3、4 與 5 的 D 部分藥品上訴

如果您已經提出層級 1 與層級 2 上訴，且您兩次上訴都被駁回，本節可能適合您參考。

如果您上訴的藥品價值達到特定金額，您可能可以繼續進行更高層級的上訴。如果未達金額標準，您將不能進一步上訴。您收到的層級 2 上訴書面答覆會說明應與誰聯絡以及該如何提出層級 3 上訴要求。

就大多數涉及上訴的情況而言，上訴作業的最後三個層級的方式相當雷同。以下為這些層級中負責審查您上訴的人員。

**層級 3 上訴：** 聯邦政府的法官 (稱為行政法官) 或聯邦訴訟判決者會審查您的上訴並給您答覆。

- 如果答覆是同意，上訴流程於此結束。您的上訴要求已經被核准。我們必須在收到決定後的 72 小時內 (特急上訴為 24 小時內) 授權或提供行政法官或訴訟判決者核准的藥品承保，或在 30 個曆日內進行給付。
- 如果答覆是拒絕，上訴流程可能結束，也可能還未結束。
  - 如果您決定接受此上訴遭駁回的決定，上訴流程於此結束。
  - 如果您不想接受這決定，您可以繼續下一層級的審查流程。如果行政法官或訴訟判決者拒絕您的上訴，您收到的通知會告訴您，如果您選擇繼續上訴，接下來要做些什麼。

**層級 4 上訴** Medicare 上訴委員會 (委員會) 將審查您的上訴並給您答覆。該委員會隸屬於聯邦政府。

- 如果答覆是同意，上訴流程於此結束。您的上訴要求已經被核准。我們必須在收到決定後的 72 小時內 (特急上訴為 24 小時內) 授權或提供委員會核准的藥品承保，或在 30 個曆日內進行給付。

- 如果答覆是拒絕，上訴流程 *可能結束，也可能還未結束*。
  - 如果您決定接受此上訴遭駁回的決定，上訴流程於此結束。
  - 如果您不想接受這決定，您可能可以繼續下一層級的審查流程。如果委員會拒絕您的上訴或拒絕您提出的上訴審查要求，您收到的通知會告訴您根據規定您是否可以繼續進行層級 5 上訴。如果規定允許您繼續，書面通知也會告訴您應該與誰聯絡，以及如果您選擇繼續上訴，接下來要做些什麼。

#### 層級 5 上訴 聯邦地方法院的法官將審查您的上訴。

- 這是上訴流程的最後步驟。

## 提出投訴

### 第 10 節 如何提出與照護品質、等待時間、客戶服務或其他顧慮相關的投訴



如果您的問題與福利、承保範圍或給付有關，本節就不適用於您。這些情況下您需要採用的是承保決定與上訴的流程。請參閱本章第 4 節。

#### 第 10.1 節 投訴流程處理哪些種類的問題？

本節為您說明如何利用投訴的流程。投訴流程 *僅*適用於某些類型的問題，其中包括與照護品質、等待時間以及您所接受的客戶服務有關的問題。以下為可藉由投訴流程處理的一些問題類型範例。

如果您有任何這些類型的問題，您可「提出投訴」

| 投訴                | 範例  |
|-------------------|---|
| 醫療照護的品質           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 您對您接受照護品質不滿意 (包括醫院內的照護) 嗎？</li> </ul>  |
| 尊重您的隱私            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 您認為有人不尊重您的隱私權或跟他人分享您的資訊而您認為該資訊應該保密？</li> </ul>   |
| 不尊重、客戶服務不佳或其他負面行為 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 有人對您粗魯或不尊重嗎？</li> <li>• 您對我們會員服務部對待您的方式不滿意嗎？</li> <li>• 您覺得被鼓勵退出 (退保) 本計畫嗎？</li> </ul> |

| 投訴                                   | 範例   |
|--------------------------------------|--|
| 等待時間                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 您預約不到或等很久才約到嗎？</li> <li>• 您等了醫師、藥劑師或其他健康專業人員很久？或是我們的會員服務部或本計畫其他員工讓您久等？ <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 久等的例子包括在電話上、等待室、等待處方或檢查室中長時間等候。</li> </ul> </li> </ul>  |
| 整潔                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 您對診所、醫院或醫師辦公室的整潔或狀態不滿意嗎？</li> </ul>   |
| 您向我們取得的資訊                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 您認為我們沒有依規定提供您通知？</li> <li>• 您認為我們給您的書面資訊艱澀難懂？</li> </ul>  |
| 適時性<br>(這些類型的投訴全都與我們承保決定和上訴行動的適時性有關) | <p>有關要求承保決定及提出上訴的流程說明位於本章的第 4 至 9 節。如果您欲要求決定或提出上訴，請依循該流程，而非投訴流程。</p> <p>不過，要是您已經要求我們作出承保決定或提出上訴，且您認為我們的回覆不夠迅速，您也可對我們的緩慢作業做出投訴。以下是幾個例子：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 如果您要求我們為您提供「快速承保決定」或者「快速上訴」，而我們表示拒絕，則您可以提出投訴。</li> <li>• 如果您認為我們未遵守向您作出承保決定或回答您所提上訴的期限，則您可以提出投訴。</li> <li>• 我們所作的承保決定經過審查並被告知我們必須承保或補償您所接受的特定醫療服務或藥品時，會有適用的期限。如果您認為我們未遵守這些期限規定，您可以提出投訴。</li> <li>• 如果我們未準時向您提供決定，我們必須將您的案件轉交獨立審查組織。如果我們未遵守這些期限規定，您可以提出投訴。</li> </ul> |

### 第 10.2 節 「提出投訴」的正式名稱爲「提出申訴」

#### 法律專有名詞

- 本節所稱的「投訴」也稱爲「申訴」。
- 「提出投訴」的另一個術語爲「提出申訴」。
- 「利用投訴的流程」的另一個說法是「利用提出申訴的流程」。

**第 10.3 節 逐步說明：提出投訴****步驟 1：立刻與我們聯絡 — 透過電話或書面。**

- **通常第一步為致電會員服務部。**如果有任何其他您需要做的事，會員服務部都會讓您知道，會員服務部電話號碼為：1-800-275-4737，TTY 711。服務時間：您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (10 月 1 日起至 3 月 31 日止) 或週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (4 月 1 日起至 9 月 30 日止)。
- **如果您不想打電話 (或者您打過電話但感到不滿意)，您可以寄給我們書面投訴。**如果您提出的是書面投訴，我們就會以書面方式回覆您的投訴。
- **如果您要求我們提供書面回應、您提出書面投訴 (申訴) 或您的投訴與照護品質有關，我們會以書面方式回應您。如果我們無法透過電話解決您的投訴，我們有正式的程序審查您的投訴。我們稱之為申訴程序。**如欲提出投訴，或如果您有關於此程序的疑問，請致電上述的電話號碼與會員服務部聯絡。或者，您可以利用本手冊第 2 章「醫療照護上訴」或「C 部分醫療照護投訴」以及「D 部分處方藥上訴」或「D 部分處方藥投訴」等部分所列的地址，將書面要求郵寄給我們。
  - 您必須在事件發生後 60 個曆日內提出投訴 (如果您因合理理由超過期限，我們可以給您更多時間提出 D 部分處方藥的投訴)。您可以利用本手冊第 2 章「醫療照護上訴」或「C 部分醫療照護投訴」以及「D 部分處方藥上訴」或「D 部分處方藥投訴」等部分所列的地址，以書面方式正式提出您的投訴。
  - 我們必須根據您的健康狀況按照您照護的需求儘快對您的投訴作出決定，但不會遲於接到您投訴後的 30 個曆日內作出決定。如果您要求延長時間，或如果我們有正當理由需要額外資訊而延後時間對您最有利，我們最多可能延長 14 個曆日。
  - 在某些情況下，您有權要求對您的投訴進行快速審查。這稱為特急申訴程序。若有下列情形，當您不同意我們的決定時，您有權要求針對您的投訴進行快速審查：
    - 我們拒絕您針對醫療照護或 D 部分藥品所提出進行快速審查的要求。
    - 我們拒絕您針對服務遭拒或 D 部分藥品提出上訴進行快速審查的要求。
    - 我們決定需要額外時間審查您的醫療照護要求。
    - 我們決定需要額外時間審查您針對醫療照護遭拒提出的上訴。

- 您可以撥打本手冊封底的會員服務部電話，提出這類的投訴。您也可以利用本手冊第 2 章「醫療照護上訴」或「C 部分醫療照護投訴」以及「D 部分處方藥上訴」或「D 部分處方藥投訴」等部分所列的地址，以書面方式向我們提出投訴。一旦我們收到特急申訴 (投訴)，就會有一位臨床執業人員審查案件，判定拒絕您的快速審查要求之理由，或案件延長時間是否合適。您會獲得快速案件決定的口頭通知，我們也會在收到您投訴的 24 小時內以書面方式通知您。
- 無論是致電或寫信，您應該立即與會員服務部聯絡。投訴必須在您想要投訴的問題發生後的 60 個曆日內提出。
- 如果您因為我們拒絕您的「快速承保決定」或「快速上訴」要求而提出投訴，我們會自動為您提供「快速投訴」。如果您提出「快速投訴」，代表我們將於 24 小時內給您答覆。

#### 法律專有名詞

本節所稱的「快速投訴」也稱為「特急申訴」。

#### 步驟 2：我們調查您的投訴並給您答覆。

- 如果可能，我們會立刻答覆您。如果您致電向我們投訴，我們可能可以在同一通電話中給您答覆。如果您的健康情況有必要我們快速答覆，我們會儘速答覆您。
- 大部分投訴都能在 30 個曆日內得到答覆。如果我們需要更多資訊且延長時間對您最有利，或如果您要求更多時間，我們最多可延長 14 個曆日 (即總共 44 個曆日) 來答覆您的投訴。如果我們決定需要額外天數，我們會以書面方式通知您。
- 如果我們不同意您部分或全部的投訴，或不負責您投訴的問題，我們會讓您知道。我們的回應會包括該答覆的理由。無論我們是否同意您的投訴，我們均須做出回應。

#### 第 10.4 節 您也能向品質改善組織提出照護品質相關投訴

您可以利用前述逐步說明的流程向我們提出與您所接受的照護品質有關的投訴。

當您的投訴與照護品質有關時，您還有另外兩種選擇：

- 您可以向品質改善組織提出您的投訴。如果您願意，您可以直接向該組織提出與您接受的照護品質相關的投訴 (不必向我們提出投訴)。
  - 品質改善組織是執業醫師與其他健康照護專家組成的團體，由聯邦政府付款，負責檢查並改善提供給 Medicare 病患的照護。
  - 您可在本手冊第 2 章第 4 節找到您所在州的品質改善組織的名稱、地址與電話號碼。如果您向該組織提出投訴，我們會與其合作解決您的投訴。

- 或者，您可以同時向兩邊提出投訴。如果您希望，您可以在向本計畫提出與照護品質相關的投訴時，也向品質改善組織提出該投訴。

### 第 10.5 節 您也可以向 Medicare 提出您的投訴

您可以向 Medicare 直接提交有關針對我們計畫的投訴。如需向 Medicare 提出投訴，請造訪 <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>。Medicare 會認真處理您的投訴，並利用此資訊協助改善 Medicare 方案的品質。

如果您有其他任何意見或顧慮，或您感到本計畫未能解決您的問題，請撥打電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。



# 第 10 章

## 終止您的本計畫會籍

## **第 10 章. 終止您的本計畫會籍**

|              |   |            |
|--------------|---|------------|
| <b>第 1 節</b> | <b>簡介 .....</b>                             | <b>202</b> |
| 第 1.1 節      | 本章重點為終止您的本計畫會籍 .....                        | 202        |
| <b>第 2 節</b> | <b>您何時可以終止您的本計畫會籍？ .....</b>                | <b>202</b> |
| 第 2.1 節      | 您可以在年度投保期內終止您的會籍 .....                      | 202        |
| 第 2.2 節      | 您可以在 Medicare Advantage 開放投保期內終止您的會籍 .....  | 203        |
| 第 2.3 節      | 在某些情況下，您可以在特殊投保期內終止您的會籍 .....               | 203        |
| 第 2.4 節      | 您可以從何處取得更多關於您何時可以終止您會籍的資訊？ .....            | 204        |
| <b>第 3 節</b> | <b>您如何終止您的本計畫會籍？ .....</b>                  | <b>205</b> |
| 第 3.1 節      | 通常，您投保另一個計畫即終止您本計畫的會籍 .....                 | 205        |
| <b>第 4 節</b> | <b>在您的會籍終止前，您必須繼續透過本計畫取得您的醫療服務和藥品 .....</b> | <b>206</b> |
| 第 4.1 節      | 在您的會籍終止前，您仍然是本計畫的會員 .....                   | 206        |
| <b>第 5 節</b> | <b>本計畫在某些情況下必須終止您的會籍 .....</b>              | <b>206</b> |
| 第 5.1 節      | 我們何時終止您的計畫會籍？ .....                         | 206        |
| 第 5.2 節      | 我們不能以任何與您健康相關的理由要求您離開本計畫 .....              | 207        |
| 第 5.3 節      | 如果我們終止您的本計畫會籍，您有權提出投訴 .....                 | 207        |

---

## 第 1 節 簡介

---

### 第 1.1 節 本章重點為終止您的本計畫會籍

您可出於**自願** (您自行選擇) 或**非出於自願** (非您自行選擇) 終止您本計畫的會籍：

- 您可以因為已決定**想要離開**而退出本計畫。
  - 年度當中，您只有幾個特定時期，或在特殊情況下，可自願終止您本計畫的會籍。第 2 節為您說明您**何時**可以終止本計畫的會籍。
  - 自願終止您會籍的流程因您選擇的新承保類型而異。第 3 節為您說明在每一種狀況中您如何終止您的會籍。
- 也有少數情況是您並未選擇離開，而是我們必須終止您的會籍。第 5 節為您說明在什麼情況下我們必須終止您的會籍。

如果您要離開本計畫，您必須繼續透過本計畫取得您的醫療照護，直到您的會籍終止為止。

---

## 第 2 節 您何時可以終止您的本計畫會籍？

---

您只能在年度當中的幾個時期 (也就是投保期) 終止您的本計畫會籍。所有會員都有機會在年度投保期內和 Medicare Advantage 開放投保期內離開本計畫。在特定的情況下，您可能符合資格在年度的其他時期離開本計畫。

### 第 2.1 節 您可以在年度投保期內終止您的會籍

您可以在**年度投保期** (也稱為「年度開放投保期間」) 內終止您的會籍。這段期間您應該審視您的健康與藥品承保範圍，並為您下一個年度的承保做決定。

- **年度投保期是什麼時候？** 從 10 月 15 日至 12 月 7 日。
- **在年度投保期內，您可以轉換到哪一種類型的計畫？** 您可以選擇保留您目前的承保或變更您下個年度的承保。如果您決定變更至新計畫，您可以選擇以下任何一種類型的計畫：
  - 另一個 Medicare 健保計畫 (您可以選擇有處方藥承保的計畫或沒有處方藥承保的計畫)。
  - 含獨立 Medicare 處方藥計畫的 Original Medicare。
  - – 或 – 不含獨立 Medicare 處方藥計畫的 Original Medicare。

如果您取得 Medicare 的「額外協助」幫您支付處方藥費用：如果您轉換到 Original Medicare，而且未投保獨立的 Medicare 處方藥計畫，Medicare 可能會為您投保藥品計畫，除非您選擇放棄自動加入。

**注意：**如果您從 Medicare 處方藥承保退保，而且之後沒有可替代處方藥承保，若您後來加入 Medicare 藥品計畫，您可能必須支付 D 部分延遲投保罰款（「可替代」承保是指平均預期支付費用至少等同於 Medicare 的標準處方藥承保）。請參閱第 1 章第 5 節瞭解更多關於延遲投保罰款的資訊。

- **您的會籍何時會終止？**當您新計畫的承保於 1 月 1 日開始生效時，您的會籍就會終止。

## 第 2.2 節 您可以在 Medicare Advantage 開放投保期內終止您的會籍

您有機會在 Medicare Advantage 開放投保期內對您的健康承保進行一次變更。

- **年度 Medicare Advantage 開放投保期是什麼時候？**每年 1 月 1 日至 3 月 31 日。
- **在年度 Medicare Advantage 開放投保期內您可以轉換到哪一種類型的計畫？**在這段期間，您可以：
  - 轉換至另一個 Medicare Advantage 計畫（您可以選擇有處方藥承保的計畫或沒有處方藥承保的計畫）。
  - 從我們的計畫中退保，並透過 Original Medicare 取得承保。如果您在這段期間選擇轉換到 Original Medicare，則您必須在 3 月 31 日前投保獨立的 Medicare 處方藥計畫來新增藥品承保。
- **您的會籍何時會終止？**您的會籍會在您投保其他 Medicare Advantage 計畫或者在我們收到您轉換到 Original Medicare 的要求之後的下個月 1 號終止。如果您也選擇投保 Medicare 處方藥計畫，您的藥品計畫會籍也會從收到您的藥品計畫投保申請下個月的 1 號開始。

## 第 2.3 節 在某些情況下，您可以在特殊投保期內終止您的會籍

在某些情況下，本計畫的會員可能符合資格在年度的其他時間終止其會籍。這段期間稱為特殊投保期。

- **誰符合特殊投保期的資格？**如果下列任何情況適用於您，您可能就符合資格可在特殊投保期當中終止您的會籍。以下情況僅為範例，如需完整清單，請與本計畫聯絡、致電 Medicare 或瀏覽 Medicare 網站 (<https://www.medicare.gov>)：
  - 通常當您搬家的時候。
  - 如果您有 Medicaid。

- 如果您符合接受「額外協助」支付您 Medicare 處方藥費用的資格。
- 如果我們違反了跟您簽訂的合約。
- 如果您正在機構裡接受其提供的照護，例如療養院或長期照護 (LTC) 醫院。
- 如果您投保老年人全方位照護 (PACE) 方案。
- **注意：**如果您參加了藥品管理方案，則您可能無法變更計畫。第 5 章第 10 節會告訴您更多有關藥品管理方案的資訊。
- **特殊投保期是什麼時候？** 投保期因您的情況而異。
- **您能做些什麼？** 如欲查詢您是否符合特殊投保期的資格，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。如果您因特殊情況符合資格可終止您的會籍，您可以選擇同時變更您的 Medicare 健康承保與處方藥承保。這代表您可以選擇下列任何類型的計畫：
  - 另一個 Medicare 健保計畫 (您可以選擇有處方藥承保的計畫或沒有處方藥承保的計畫)。
  - 含獨立 Medicare 處方藥計畫的 Original Medicare。
  - — 或 — 不含獨立 Medicare 處方藥計畫的 Original Medicare。

如果您取得 Medicare 的「額外協助」幫您支付處方藥費用：如果您轉換到 Original Medicare，而且未投保獨立的 Medicare 處方藥計畫，Medicare 可能會為您投保藥品計畫，除非您選擇放棄自動加入。

**注意：**如果您從 Medicare 處方藥承保退保，而且之後連續 63 天或更多天的時間沒有可替代處方藥承保，若您後來加入 Medicare 藥品計畫，您可能必須支付 D 部分延遲投保罰款（「可替代」承保是指平均預期支付費用至少等同於 Medicare 的標準處方藥承保）。請參閱第 1 章第 5 節瞭解更多關於延遲投保罰款的資訊。

- **您的會籍何時會終止？** 您的會籍通常會在我們收到您要求變更計畫的下個月 1 號終止。

#### 第 2.4 節 您可以從何處取得更多關於您何時可以終止您會籍的資訊？

如果您有任何疑問或想要更多關於您何時可以終止您會籍的資訊：

- 您可以致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底)。
- 您可以在《Medicare & You 2020》手冊中找到這些資訊。
  - 投保 Medicare 的每一個人都會在每年秋天收到一份《Medicare & You》手冊。新投保 Medicare 的人士會在首次登記參加的一個月內收到。

- 您也可以從 Medicare 網站 (<https://www.medicare.gov>) 下載副本。或者，您可以利用以下電話號碼致電 Medicare 索取一份印刷本。
- 您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

## 第 3 節 您如何終止您的本計畫會籍？

### 第 3.1 節 通常，您投保另一個計畫即終止您本計畫的會籍

一般而言，您只要在任一投保期內投保其他的 Medicare 計畫 (請參閱本章的第 2 節，瞭解投保期的相關資訊)，就能終止您在本計畫的會籍。不過，如果您想要自本計畫轉換至不含 Medicare 處方藥計畫的 Original Medicare，就必須先從我們的計畫退保。您有兩種方式可以退保：

- 您可以向我們提出書面申請。您可以與會員服務部聯絡取得如何提出書面申請的更多資訊 (電話號碼列印於本手冊封底)。
- — 或 — 您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

**注意：**如果您從 Medicare 處方藥承保退保，而且之後連續 63 天或更多天的時間沒有可替代處方藥承保，若您後來加入 Medicare 藥品計畫，您可能必須支付 D 部分延遲投保罰款 (「可替代」承保是指平均預期支付費用至少等同於 Medicare 的標準處方藥承保)。請參閱第 1 章第 5 節瞭解更多關於延遲投保罰款的資訊。

下表說明您應如何終止您的本計畫會籍。

| 如果您想從本計畫轉換至：                             | 您應該：   |
|--|--|
| ● 另一個 Medicare 健保計畫。                     | ● 投保新的 Medicare 健保計畫。<br>當您的新計畫承保開始時，您就會自動從本計畫退保。  |
| ● 含獨立 Medicare 處方藥計畫的 Original Medicare。 | ● 投保新的 Medicare 處方藥計畫。<br>當您的新計畫承保開始時，您就會自動從本計畫退保。 |

| 如果您想從本計畫轉換至：   | 您應該：  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 不含獨立 Medicare 處方藥計畫的 Original Medicare。</li><li>○ <b>注意：</b>如果您從 Medicare 處方藥計畫退保，而且之後沒有可替代處方藥承保，若您後來加入 Medicare 藥品計畫，可能必須支付延遲投保罰款。請參閱第 1 章第 5 節瞭解更多關於延遲投保罰款的資訊。</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>向我們發送書面退保申請。</b>您可以與會員服務部聯絡取得如何提出書面申請的更多資訊 (電話號碼列印於本手冊封底)。</li><li>• 您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 <b>Medicare</b> 聯絡並要求退保，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。</li><li>• 當您的 Original Medicare 承保開始時，您就會自動從本計畫退保。</li></ul> |

## 第 4 節 在您的會籍終止前，您必須繼續透過本計畫取得您的醫療服務和藥品

### 第 4.1 節 在您的會籍終止前，您仍然是本計畫的會員

如果您離開本計畫，可能需要一些時間您的會籍才會終止、您的新 Medicare 承保才會開始生效 (請參閱第 2 節瞭解您的新承保何時開始)。在這段期間，您必須繼續透過本計畫取得您的醫療照護和處方藥。

- 在您的本計畫會籍終止前，您應該繼續使用我們的網絡內藥房領取您的處方藥。一般而言，只有在網絡內藥房領取 (包括透過我們的郵購藥房服務) 時，您的處方藥才屬承保範圍。
- 如果您於會籍終止當天住院，您的住院通常屬於本計畫的承保範圍，一直到您出院為止 (即使您在新的健康承保開始之後才出院也是如此)。

## 第 5 節 本計畫在某些情況下必須終止您的會籍

### 第 5.1 節 我們何時終止您的計畫會籍？

如果發生下列任何情況，本計畫就必須終止您的計畫會籍：

- 您未繼續投保 Medicare A 部分和 B 部分。
- 您搬離我們的服務區域。

- 如果您離開我們的服務區域超過六個月。
  - 如果您搬家或長期旅行，您必須致電會員服務部，查明您搬遷或旅行的地區是否在本計畫的服區域內 (會員服務部電話號碼列印於本手冊封底)。
- 如果您被監禁 (坐牢)。
- 如果您不是美國公民或美國合法居民。
- 如果您沒有據實以告或隱瞞有關您所擁有提供處方藥承保的其他保險的資訊。
- 當您投保本計畫，如果您蓄意提供我們不正確的資訊，而該資訊影響您投保本計畫的資格 (除非事先取得 Medicare 的許可，否則我們無法以此為由要求您離開本計畫)。
- 如果您持續進行破壞性的行為，而且這些行為讓我們難以提供您或本計畫的其他會員醫療照護 (除非事先取得 Medicare 的許可，否則我們無法以此為由要求您離開本計畫)。
- 如果您讓他人使用您的會員卡取得醫療照護 (除非事先取得 Medicare 的許可，否則我們無法以此為由要求您離開本計畫)。
  - 如果我們因為這個理由終止您的會籍，Medicare 可能會將您的案件交由檢察總長調查。
- 如果您已兩個月未繳納計畫保費。
  - 在終止您的會籍之前，我們必須透過書面方式通知您，您有兩個月的計畫保費必須繳納。
- 如果您因收入所得而被要求支付 D 部分額外費用，且您沒有支付，那麼 Medicare 會將您從我們的計畫退保，而且您將失去處方藥承保。

### 您可以從何處取得更多資訊？

如果您有疑問或想要更多關於我們何時可以終止您會籍的資訊：

- 您可以致電**會員服務部**取得更多資訊 (電話號碼列印於本手冊封底)。

## 第 5.2 節 我們不能以任何與您健康相關的理由要求您離開本計畫

本計畫不能以任何與您健康相關的理由要求您離開。

### 如果發生這樣的情況，您怎麼辦？

若您覺得因健康相關理由而被要求離開本計畫，您應該致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。每週 7 天，每天 24 小時均提供服務。

## 第 5.3 節 如果我們終止您的本計畫會籍，您有權提出投訴

如果我們終止您的本計畫會籍，我們必須以書面方式告訴您終止您會籍的理由。我們也必須說明您如何針對我們終止您會籍的決定提出申訴或投訴。您也可以參閱第 9 章第 10 節瞭解如何提出投訴的相關資訊。



# 第 11 章

## 法律聲明

## 第 11 章 法律聲明

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| 第 1 節 | 管轄法聲明 .....   | 210 |
| 第 2 節 | 反歧視聲明 .....   | 210 |
| 第 3 節 | <b>Medicare</b> 次要給付者代位權聲明 .....                                  | 211 |
| 第 4 節 | 根據您的 <b>Health Net Healthy Heart (HMO)</b> 計畫追償本計畫支<br>付的福利 ..... | 211 |
| 第 5 節 | 會員卡 .....   | 213 |
| 第 6 節 | 獨立承包商 .....   | 213 |
| 第 7 節 | 醫療保健計畫詐欺 .....  | 214 |
| 第 8 節 | 本計畫無法控制的情況 .....  | 214 |

---

## 第 1 節 管轄法聲明

---

許多法律規定均適用於本《承保範圍證明》，而一些附加條款則因法律規定而可能適用。即使本文件未將這些法律條文納入或詳加說明，您的權利與責任仍有可能受其影響。適用本文件的主要法律包括 Social Security 法案第 XVIII 編，以及 Centers for Medicare & Medicaid Services (或簡稱 CMS) 依 Social Security 法案制定的法規。此外，其他的聯邦法律也可能適用，同時在某些情況下，您居住所在州的法律亦適用。

---

## 第 2 節 反歧視聲明

---

本計畫必須遵守保障您免受歧視或不公平待遇的法律規定。**我們不會基於種族、族裔、原國籍、膚色、宗教、性向、性別、年齡、心理或肢體殘疾、健康狀態、理賠紀錄、病史、遺傳資訊、可保性證明或服務區域內的地理位置等理由而歧視他人。**所有提供 Medicare Advantage 計畫 (例如本計畫) 的組織均須遵守聯邦法律的反歧視規定，包括 1964 年的《民權法案》第 VI 篇、1973 年的《復健法案》、1975 年的《年齡歧視法案》、《美國殘障人士法案》、《平價醫療法案》的第 1557 節，以及適用於聯邦政府資助組織的所有其他法律和因任何其他原因而適用的任何其他法律與規定。

如果您想索取更多資訊或對歧視或不公平待遇有顧慮，請致電 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) 與 Department of Health and Human Services 的民權辦公室聯絡，或致電您當地的民權辦公室。

如果您有殘疾並需要協助取得照護，請致電會員服務部與我們聯絡 (電話號碼列印於本手冊封底)。如果您想投訴，例如輪椅進出不便，會員服務部可提供協助。

Health Net 遵循適用的聯邦民權法規定，不會基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性向等理由而歧視他人。

Health Net：

- 為殘疾人士提供免費輔助和服務，例如：合格手語翻譯員以及其他格式 (大字版、錄音版、無障礙電子版、其他格式) 的書面資訊，以讓其可以有效地與我們溝通。
- 為非以英語為母語的人士提供免費的語言服務，例如：合格口譯員以及其他語言版本的書面資訊。

如果您需要上述服務，請致電與 Health Net 的會員服務部聯絡，聯絡電話：

1-800-275-4737 (HMO)、1-800-431-9007 (HMO) Sapphire Plan 和 (HMO SNP) (TTY：711)。

自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們。

自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們。

下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。

如果您認為 Health Net 未能提供上述服務或基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾狀態或性別等理由而透過其他方式歧視他人，您可致電上列電話號碼提出申訴，並告知對方您需要協助提出申訴；Health Net 的會員服務部將可為您提供協助。

您也可向 U.S. Department of Health and Human Services 的民權辦公室提出民權投訴，您可透過民權辦公室的投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 在線上提出投訴，或者透過郵件或電話提出投訴，聯絡資訊如下：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)。

您可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 網站找到投訴表。

---

### 第 3 節 Medicare 次要給付者代位權聲明

---

我們有權利和責任對 Medicare 承保服務 (只要 Medicare 不是該承保服務的主要給付者) 收取費用。根據 42 CFR 第 422.108 和第 423.462 節中的 CMS 規定，我們的計畫 (作為 Medicare Advantage 組織) 將行使與政府官員在 42 CFR 的第 411 部分，子部分 B 到 D 的 CMS 規定下行使的相同的追償權，且在本節中確定的規定取代了任何州法律。

---

### 第 4 節 根據您的 Health Net Healthy Heart (HMO) 計畫追償本計畫支付的福利

---

#### 當您受傷時

如果您曾因他人或您自己 (責任方) 的行為而受傷，本計畫會提供本計畫的所有承保服務的福利給您。不過，您若因為受傷而取得金錢賠償或有權得到金錢賠償，不論該賠償是透過和解、審判或任何與您受傷有關的其他給付取得，本計畫和 (或) 醫療服務提供者均保留針對本計畫提供給您的任何服務要求補償該服務價值的權利。

在本規定中，責任方一詞是指，因會員受傷、生病或其病症，而實際或可能負責支付任何費用給會員的任何人。責任方一詞包含上述人員的責任險保險公司或任何保險承保。

舉責任方的行動如何會對您造成的傷害為例來說明：

- 您發生車禍；或
- 您在一家商店滑倒。

本計畫的追償權適用於任何及所有您本人所獲得的追償金、由第三方給付給您的追償金或以下來源代您所提出的追償，其中包括但不限於：

- 第三方或任何保險公司以第三方名義所付的款項；
- 無保險或不足額保險駕駛人保險；
- 個人傷害保障，無過失或任何其他第一方承保；
- 勞工賠償或殘疾裁定或和解；
- 任何駕駛人保單、場所或屋主保險、傘型保險所包括的醫療費用承保；
- 因法律行動或法律訴訟而獲得的任何和解金；
- 因法律行動或法律訴訟而獲得的任何判決金；
- 因醫療疏失結果而衍生的醫療開支；以及
- 由任何其他來源針對責任方的行動或疏失而給付的任何賠償款項。

一旦您接受了本計畫的福利，即代表您知悉本計畫在給付了因責任方之行動或疏失而衍生的健康照護福利費用後，其即享有第一優先代位權與求償權，且您或您的代表也可以有權向責任方追償任何金額。

一旦您接受了本計畫的福利，即代表您 (i) 同意將您針對計畫所提供之所有承保服務向任何可用保險追償全額醫療費用的權利轉讓予本計畫，(ii) 且您同意具體指示上述第三方或保險公司直接代您補償本計畫。

一旦您接受了本計畫的福利，即代表您同意將任何追償、和解或判決，或是其他來源的賠償及所有補償的第一優先留置權授予本計畫，促使本計畫取得其因責任方行為或疏失所造成之傷害、疾病或病況而根據計畫規定所給付之福利的全額費用補償款項，不論其是否特別指定為是醫療開支的追償，也不論您的損失是否有獲得全額或完全賠償。經比較過失原則或其他方式斷定，不論會員是否有任何過失，本計畫皆可追償本計畫所提供之福利的全額費用。不得從本計畫的求償金中扣除律師費用，本計畫亦無須為您聘雇來向任何責任方提出理賠或法律訴訟的律師支付、贊助法庭費用或律師費用。

### 您必須採取的步驟

如果您是因為責任方而受傷，您必須配合本計畫和 (或) 醫療服務提供者追償其費用，包括：

- 將責任方和 (或) 其律師的姓名和地址 (您若是知道)、您律師的姓名和地址 (您若有聘請)、任何與您受傷或理賠有關的保險公司名稱和地址告知本計畫或醫療服務提供者，並說明受傷的原因。
- 填寫本計畫或主治醫療服務提供者在合理範圍內可能要求您填寫的任何書面文件，以協助其行使有爭議的留置權或求償權。
- 迅速答覆本計畫有關案件或理賠狀態及任何和解討論的問題。
- 在您或您律師收到責任方、任何保險公司或任何其他來源支付的任何款項時，立即通知本計畫。

- 使用您透過任何追償、和解或判決，或是其他來源的賠償而獲得的款項來支付健康照護留置權所要求的金額或本計畫求償的金額，其中包括因責任方所造成之受傷、疾病或病況而需向本計畫支付其根據計畫規定所給付之福利的全額費用補償款項，不論其是否特別指定為是醫療開支的追償，也不論您的損失是否有獲得全額或完全賠償；
- 切勿採取任何會侵害本計畫上述權益的行動。這包括但不限於試圖減少或拒絕接受針對計畫給付之所有福利的全額費用而提供的和解金或求償金；試圖拒絕讓本計畫享有第一優先求償權；將您或您律師自責任方或其他任何來源收到的任何款項交付信託，並在您收到責任方支付的款項後及在您向任何其他可能的留置權人或主張其有理賠權的第三方付款前，立即將應付給計畫的追償金額補償給本計畫和醫療服務提供者。

---

## 第 5 節 會員卡

---

本計畫據本《承保範圍證明》所發的會員卡僅用於識別身分目的。持有會員卡並不代表享有本《承保範圍證明》中服務或福利的權利。若要有權取得本《承保範圍證明》中的服務或福利，持卡人必須符合承保資格，並成為本《承保範圍證明》的會員。任何人若接受了他(她)在本《承保範圍證明》中沒有資格取得的服務，便須負擔相關服務的費用。會員在接受服務時必須出示其本計畫的會員卡，而非出示 Medicare 卡。如果您需要更換您的會員卡，請致電本手冊封底的電話號碼聯絡會員服務部。

注意：任何會員若蓄意允許濫用或不當使用會員卡，可能因此遭到退保。本計畫必須向檢察總長辦公室通報肇因於濫用或不當使用會員卡的退保，因為這可能導致刑事起訴。

---

## 第 6 節 獨立承包商

---

本計畫和各簽約醫療服務提供者的關係是獨立承包商關係。簽約醫療服務提供者並非本計畫的員工或代理人，而本計畫或其員工也不是簽約醫療服務提供者的員工或代理人。在任何情形下，本計畫都不需要為任何簽約或其他健康照護服務提供者的過失、不當行為或疏失負責。簽約醫師(而非本計畫)與會員保持醫師和病患的關係。本計畫不是健康照護服務提供者。

---

## 第 7 節 醫療保健計畫詐欺

---

醫療保健計畫詐欺的定義是由醫療服務提供者、會員、僱主或任何代表前述各方的人士所從事的欺騙行為或所作的虛假陳述。醫療詐欺係屬重罪，可能會遭檢方起訴。任何人若在知情的情況下蓄意投入企圖詐騙醫療保健計畫的活動，如提出含有錯誤或不實陳述的理賠申請，其即犯下了保險詐欺罪。

若您對帳單或《福利說明》表上記載的任何費用有疑慮，或您知悉或懷疑有任何非法活動，請致電本計畫的免付費詐欺舉報專線 1-866-685-8664。詐欺舉報專線每週七天，每天 24 小時均提供服務。所有電話皆會嚴格保密。

---

## 第 8 節 本計畫無法控制的情況

---

若因本計畫無法控制的天災、戰爭、暴動、內亂、流行疾病、機構完全或部分毀損、原子彈爆發或其他核能釋放、重要醫療團體人員殘疾或其他類似事件，以致本計畫的機構或人員無法依本《承保範圍證明》的規定提供或安排服務或福利，本計畫提供此類服務或福利的義務僅限於一規定，即本計畫必須盡善意的努力，在目前尚可利用的機構或人員範圍內，提供或安排提供此類服務或福利。

# 第 12 章

## *重要用語的定義*



## 第 12 章 重要用語的定義

**門診外科手術中心** — 門診外科手術中心是指營運目的旨在專為不需住院及預計停留在中心不超過 24 小時的病患提供門診外科手術服務的機構。

**年度投保期** — 每年秋季的一段特定時期，在這段期間，會員可以變更其健康或藥物計畫，或轉投保 Original Medicare。年度投保期從 10 月 15 日起至 12 月 7 日止。

**上訴** — 上訴是當您要求承保醫療保健服務或處方藥、或要求給付您已經接受的服務或藥品時卻被拒絕，而您不同意我們的決定時所採取的行動。如果您不同意我們停止您正在接受的服務，您也可以針對我們的決定提出上訴。例如：如果您認為您應該可以接受某藥品、用品或服務，但我們不予給付，您可以要求上訴。第 9 章提供上訴的說明，其中包括與提出上訴有關的流程。

**差額負擔** — 是指醫療服務提供者 (如醫師或醫院) 向病患收取的費用高於計畫所准許之分攤費用額的情況。身為本計畫的會員，當您接受計畫承保的服務時，您僅需支付計畫的分攤費用即可。我們不允許醫療服務提供者向您收取「差額負擔」，或是向您收取高於計畫規定分攤費用額的費用。

**福利期** — 本公司計畫與 Original Medicare 評測您使用住院及特護療養機構 (SNF) 服務之方式。福利期間由住院或進入特護療養機構的第一日起算。並在您已連續 60 天未在醫院 (或 SNF 住院) 時結束。如果您在一段福利期間結束後又住進醫院或特護療養機構，則新的福利期便會開始。福利期沒有次數上限。

**品牌藥品** — 由原始研發藥品的藥廠生產與銷售的處方藥。品牌藥品和其普通牌藥品版本具有相同的有效成分配方。不過，普通牌藥品是由其他藥廠生產與銷售，而且通常必須等到品牌藥品的專利過期之後才可提供。

**重大傷病承保範圍階段** — 在您或代表您的其他合格當事人在承保年度當中支付承保藥品費用達 \$6,350 後，您為藥品支付低共付額或共同保險金的 D 部分藥品福利階段。

**Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)** — 管理 Medicare 的聯邦機構。第 2 章說明如何與 CMS 聯絡。

**共同保險金** — 您在支付自付額之後，可能必須支付以作為服務或處方藥分攤費用的金額。共同保險金通常按比例分攤 (例如 20%)。

**投訴** — 「提出投訴」的正式名稱為「提出申訴」。投訴流程僅適用於某些類型的問題，其中包括與照護品質、等待時間以及您所接受的客戶服務有關的問題。也請參閱本定義清單的「申訴」部分。

**綜合門診復健機構 (CORF)** — 主要提供患病或受傷後復健服務的機構；提供多種不同的服務，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職能治療、言語及語言病理服務以及居家環境評估服務。

**共付額 (或稱「共同支付」)** — 您可能被要求支付的金額，用以分攤醫療服務或用品，如醫師看診、醫院門診看診或處方藥之費用。共付額是一固定金額，而非百分比。例如：每次醫師看診或處方藥您可能支付 \$10 或 \$20。

**分攤費用** — 分攤費用是指會員在接受服務或藥品時需支付的費用 (這不包括在計畫的月保費中)。分攤費用包括下列三種款項的任意組合：(1) 計畫在承保服務或藥品之前可能要求的自付額；(2) 接受某特定服務或藥品時，計畫要求的固定「共付額」；或者 (3) 接受某特定服務或藥品時，計畫要求的任何「共同保險金」，也就是支付服務或藥品總費用的百分比。當您的醫師針對某藥品為您開立少於一個月份的藥量且依規定您必須支付共付額時，「每日分攤費用費率」即可能適用。

**分攤費用層級** — 承保藥品清單中的每種藥品分屬於六個分攤費用層級之一。一般而言，藥品的分攤費用層級愈高，您就必須支付愈高的費用。

**承保判定** — 有關您的處方藥是否屬於本計畫承保的保範圍，以及您必須為該處方支付的金額 (如有) 的決定。一般而言，如果您到藥房領取處方藥但藥房說該處方不屬於您計畫的承保範圍，這不是承保判定。您需要致電或寫信給您的計畫，要求正式的承保判定。承保判定在本手冊中又稱為「承保決定」。第 9 章說明如何向我們要求作出承保決定。

**承保藥品** — 我們以此名詞來代表所有屬於本計畫承保範圍的處方藥。

**承保服務** — 我們以此名詞泛指所有屬於本計畫承保範圍的健康照護服務和用品。

**可替代處方藥承保** — 處方藥承保 (例如：雇主或工會提供的承保) 平均預期支付費用至少等同於 Medicare 的標準處方藥承保。在取得 Medicare 資格時擁有這類承保的人士，如果他們後來決定投保 Medicare 處方藥承保，通常會因保有這類承保而不需支付罰款。

**療養照護** — 是當您不需要有專業醫療照護或特護療養照護時，在療養院、安寧中心或其他機構提供的個人照護。療養照護是指可由無專業技能或未受專業訓練之人士所提供的個人照護服務，例如協助沐浴、更衣、用餐、上下床或座椅、走動及衛浴使用等日常生活活動。多數人可以自行操作的健康相關照護種類，如使用眼藥水，亦可能包含在內。

Medicare 不給付療養照護。

**每日分攤費用費率** — 當您的醫師針對某藥品為您開立少於一個月份的藥量且依規定您必須支付共付額時，「每日分攤費用費率」即可能適用。每日分攤費用費率的計算方式是將共付額除以一個月份藥量的天數。範例如下：假設您藥品一個月份藥量的共付額是 \$30，且根據您的計畫一個月份的藥量是 30 天，則您的「每日分攤費用費率」即為每天 \$1。這表示，當您領取處方時，您為每天份的藥量所需支付的金額是 \$1。

**自付額** — 在本計畫開始付費前您必須先支付醫療保健或處方藥的費用。

**退保** — 您結束您本計畫會籍的流程。退保可能是自願性 (您自行選擇) 或非自願性 (非您自行選擇)。

**配藥費用** — 每次配用承保藥品所收取的費用，用以支付領取處方藥的費用。配藥費用涵蓋了藥劑師準備及包裝處方藥的時間等的費用。

**耐用醫療器材 (DME)** — 醫師指示用於醫療用途的某些醫療器材。範例包括：助行器、輪椅、拐杖、動力床墊、糖尿病用品、靜脈輸液幫浦、語音溝通裝置、氧氣設備、噴霧器或由醫療服務提供者所訂購居家使用的病床。

**急診狀況** — 急診狀況是指，當您或其他具備一般健康醫療知識之審慎非專業人士，認定您的醫療症狀必須即時醫治，才能避免喪失生命、四肢或四肢功能的狀況。醫療症狀包括疾病、受傷、劇痛或迅速惡化的醫療狀況。

**急診照護** — 符合以下條件的承保服務：1) 由具備提供急診服務資格的醫療服務提供者提供；且 2) 是治療、評估或穩定緊急醫療病況所需。

**《承保範圍證明》(EOC) 與揭露資訊** — 指本文件，連同您的投保登記表與任何其他附件、附約或其他您選擇的自選承保項目，說明您的承保範圍、我們的責任、您的權利以及您身為本計畫會員應盡的義務。

**例外處理** — 承保判定的類型之一，如果核准，您就能取得不在您計畫贊助者處方一覽表中的藥品 (處方一覽表例外處理)，或以較低的分攤費用層級取得非首選藥品 (層級例外處理)。如果您的計畫贊助者要求您在接受要求的藥品之前先嘗試另一種藥品，或本計畫限制您要求藥品的數量或劑量，您也可以要求例外處理 (處方一覽表例外處理)。

**額外協助** — Medicare 幫助收入和資源有限的人士支付 Medicare 處方藥方案費用 (例如保費、自付額和共同保險金) 的一種方案。

**普通牌藥品** — Food and Drug Administration (FDA) 核准為與品牌藥品有相同有效成份的處方藥。一般而言，「普通牌藥品」的功效相當於品牌藥品且通常費用較低。

**申訴** — 您對本計畫或藥房的一種投訴類型，包括與您的照護品質有關的投訴。這種類型的投訴與承保或給付爭議無關

**居家醫療照護助理** — 居家醫療照護助理提供不需要持照護士或治療師專業技術的服務，例如協助個人照護 (如沐浴、上廁所、更衣，或進行醫師要求的運動)。居家醫療照護助理沒有護士執照，也不提供治療。

**安寧照護** — 壽命僅剩 6 個月或不到 6 個月的會員均有權選擇接受安寧照護。您的計畫必須為您提供您所在地區的安寧照護清單。如果您選擇接受安寧照護且您繼續支付保費，您將還是屬於本計畫的會員。您將仍可獲得由本計畫所提供之所有醫療所必需的服務以及附加福利。安寧照護將會根據您的病況提供特殊的治療。

**醫院住院期間** — 當您正式住院接受專業醫療服務的住院期間。即便您在醫院過夜，仍然可能視同為「門診」。

**與收入相關的每月調整金額 (IRMAA)** — 如果您 2 年前 IRS 退稅申報中報告的修正後調整總收入高於一定金額，您將支付標準保費金額和與收入相關的每月調整金額，也稱為 IRMAA。IRMAA 是加到您的保費的額外費用。在投保 Medicare 的人士當中僅有不到 5% 的人會受到影響，因此大多數人將無需支付較高的保費。

**初始承保限制** — 在初始承保階段的承保最高限制。

**初始承保階段** — 這是您在該年度的藥品總費用達到 \$4,020 之前所處的階段，藥品總費用包含您所支付的費用以及您計畫所代您支付的費用。

**初次投保期** — 是指當您首次獲得 Medicare 投保資格時，您可以加入 Medicare A 部分與 B 部分的時期。例如：當您年滿 65 歲而獲得 Medicare 的投保資格時，您 7 個月的初步投保期即為滿 65 歲當月的前 3 個月起，包含您滿 65 歲當月，至滿 65 歲當月之後的 3 個月為止。

**《承保藥品清單 (處方一覽表或「藥品清單」)》** — 本計畫提供的承保處方藥清單。本清單上的藥品由醫師和藥房協助本計畫挑選。此清單包括品牌藥品和普通牌藥品。

**低收入補助 (LIS)** — 請參閱「額外協助」。

**自費額上限** — 是指您在年度期間為網絡內承保 A 部分和 B 部分服務所支付的最高自費額。您所支付的計畫保費、Medicare A 部分和 B 部分的保費，以及處方藥費用不計入最高自費額上限。如需有關最高自費額上限的資訊，請參閱第 4 章第 1.3 節。

**Medicaid (或醫療協助)** — 協助部分低收入和資源有限的人士支付醫療費用的聯邦和州政府聯合方案。Medicaid 方案因州而異，但您若符合 Medicare 及 Medicaid 的資格，您大部分的健康照護費用都屬承保範圍。如需有關如何聯絡您所在州 Medicaid 的資訊，請參閱第 2 章第 6 節。

**醫療團體** — 由兩名或兩名以上的醫師以及不具備醫師身分的執業人員所合法組成的合作團體、專業公司、基金會、非營利公司、醫療人員實習計畫或類似協會，在這些團體中，具備團體會員身分的各醫師將會使用共同的診所空間、設施、器材及人員來提供大體而言醫師會例行提供的完整服務項目 (包括醫療照護、諮詢、診斷或治療)。

**醫療認可的適應症** — 獲得 Food and Drug Administration 核准或有特定參考書籍佐證的藥品使用。如需更多與醫療認可的適應症相關的資訊，請參閱第 5 章第 3 節。

**醫療所必需** — 預防、診斷或治療您醫療狀況所需並符合可接受醫療執業標準的服務、用品或藥物。

**Medicare** — 適用對象為年滿 65 歲以上的人士、部分未滿 65 歲的特定殘疾人士以及末期腎臟病 (通常是需洗腎或腎臟移植的永久性腎衰竭) 患者的聯邦健康保險方案。Medicare 的投保人可以透過 Original Medicare、PACE 計畫或 Medicare Advantage 計畫取得 Medicare 健康承保。

**Medicare Advantage 開放投保期** — 每一年當中 Medicare Advantage 計畫會員能夠退出投保計畫並轉換至 Original Medicare，或對您 D 部分承保做出變更的一段期間。開放投保期為 2020 年 1 月 1 日起至 3 月 31 日止。

**Medicare Advantage (MA) 計畫** — 有時也稱為 Medicare C 部分，是由與 Medicare 簽約的私人公司提供的計畫，為您提供您 Medicare A 部分和 B 部分的所有福利。Medicare Advantage 計畫可以是 HMO、PPO、私人按服務收費 (PFFS) 計畫或 Medicare 醫療儲蓄帳戶 (MSA) 計畫。當您加入 Medicare Advantage 計畫之後，Original Medicare 不支付的 Medicare 服務也會被納入計畫。在大多數情況下，Medicare Advantage 計畫也提供 Medicare D 部分 (處方藥承保)。這些計畫稱為 **Medicare Advantage 含處方藥承保計畫**。任何人只要有 Medicare A 部分和 B 部分，都具有參加在其區域內提供的任何 Medicare 健保計畫的資格，但末期腎臟病患者除外 (除非適用某些例外處理規定)。

**Medicare 承保缺口折扣方案** — 此方案為已達到承保缺口階段且目前尚未接受「額外協助」的 D 部分會員提供大部分 D 部分承保品牌藥品的折扣。折扣是基於聯邦政府與某些藥廠之間的協議。因此，大多數 (但非全部) 的品牌藥品都有折扣。

**Medicare 承保的服務** — Medicare A 部分和 B 部分承保範圍內的服務。所有的 Medicare 健保計畫 (包括我們的計畫) 必須承保所有在 Medicare A 部分和 B 部分承保範圍內的所有服務。

**Medicare 健保計畫** — Medicare 健保計畫是由與 Medicare 簽約的私人公司提供的計畫，為加入本計畫且享有 Medicare 的人提供 A 部分和 B 部分的福利。此一用語包含了所有 Medicare Advantage 計畫、Medicare Cost 計畫、Demonstration/Pilot 方案以及老年人全方位照護 (PACE) 方案。

**Medicare 處方藥承保 (Medicare D 部分)** — 協助支付門診處方藥、疫苗、生物製劑和某些不屬於 Medicare A 部分或 B 部分承保範圍的用品之費用的保險。

**「Medigap」(Medicare 附加保險) 保單** — 由私人保險公司銷售的 Medicare 附加保險，目的是補足 Original Medicare 的「差額」。Medigap 保單只能搭配 Original Medicare 使用 (Medicare Advantage 計畫不是 Medigap 保單)。

**會員 (本計畫的會員，也稱為「計畫會員」)** — 享有 Medicare 且符合取得承保服務資格的人士，其已經投保本計畫且其投保已經由 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 確認。

**會員服務部** — 本計畫的部門之一，負責回答您在會籍、福利、申訴與上訴方面的疑問。請參閱第 2 章有關如何聯絡會員服務部的資訊。

**網絡內藥房** — 網絡內藥房是指本計畫會員可取得其處方藥福利的藥房。我們稱其為「網絡內藥房」是因為他們與本計畫簽約。多數情況下，您的處方藥必須在我們網絡內藥房領取才屬承保範圍。

**網絡內醫療服務提供者** — 「醫療服務提供者」一詞用來泛指由 Medicare 和州政府核發執照或認證，提供健康照護服務的醫師、其他健康照護專業人員、醫院以及其他醫療照護機構。當他們與本計畫簽訂協議，接受以我們的給付金額作為全額給付的標準，且在某些情形下為本計畫會員協調並提供承保服務時，我們稱其為「網絡內醫療服務提供者」。本計畫給付網絡內醫療服務提供者的依據是我們與醫療服務提供者之間的協議，或醫療服務提供者是否同意為您提供計畫承保的服務。網絡內醫療服務提供者亦可稱為「計畫醫療服務提供者」。

**自選附加福利** — 不包括在您的福利組合裡，且可支付額外保費購買的非 Medicare 承保福利。如果您選擇購買自選附加福利，您可能需要支付額外保費。您必須自願選擇自選附加福利，才能取得這些福利。

**組織判定** — 當 Medicare Advantage 計畫針對某項用品或服務是否屬承保範圍，或針對您需要為該承保用品或承保服務支付多少費用等事宜作決定時，該決定即稱為組織判定。組織判定在本手冊中又稱為「承保決定」。第 9 章說明如何向我們要求作出承保決定。

**Original Medicare (「傳統 Medicare」或「按服務收費」Medicare)** — Original Medicare 由政府提供，和 Medicare Advantage 計畫和處方藥計畫等私人健保計畫不同。根據 Original Medicare 規定，Medicare 服務承保包括按美國國會規定的金額給付醫師、醫院和其他健康照護服務提供者。您可以使用接受 Medicare 的任何醫師、醫院或其他健康照護服務提供者。您必須支付自付額。Medicare 支付其分攤的 Medicare 核准金額，而您支付您分攤的部分。Original Medicare 包含兩部分：A 部分 (醫院保險) 和 B 部分 (醫療保險)，且在全美各地均有提供。

**網絡外藥房** — 尚未與本計畫簽約為本計畫會員協調或提供承保藥品的藥房。如本《承保範圍證明》所述，您從網絡外藥房取得的大多數藥品，除非某些條件適用，否則都不屬於本計畫的承保範圍。

**網絡外醫療服務提供者或網絡外機構** — 我們並未安排由其為本計畫會員協調並提供承保服務的醫療服務提供者或機構。網絡外醫療服務提供者並非本計畫所聘雇、擁有或營運，也沒有簽訂為您提供承保服務的合約。本手冊第 3 章提供使用網絡外醫療服務提供者或機構的說明。

**自費額** — 請參閱上文「分攤費用」中的定義。會員需要支付所接受服務或藥品一部分費用的分攤費用規定，也稱為會員「自費額」費用規定。

**PACE 計畫** — PACE (老年人全方位照護方案) 計畫結合了適用於病弱人士的醫療、社會及長期照護 (LTC) 服務，協助他們在接受其所需之高品質照護的同時，儘可能延長留在社區中獨立生活的時間 (而不用入住療養院)。投保 PACE 計畫的人能透過計畫同時享有 Medicare 與 Medicaid 福利。

**C 部分** — 請參閱「**Medicare Advantage (MA) 計畫**」。

**D 部分** — 自願性的 Medicare 處方藥福利方案 (為了方便說明，我們稱處方藥福利方案為 D 部分)。

**D 部分藥品** — 屬於 D 部分承保範圍的藥品。我們可能提供或不提供所有 D 部分藥品 (如需承保藥品具體清單，請參閱您的處方一覽表)。某些藥品類別經美國國會指定排除，不屬於 D 部分藥品的承保範圍。

**D 部分延遲投保罰款** — 如果您連續 63 天或更多天沒有可替代承保 (即其平均預期支付費用至少等同於 Medicare 的標準處方藥承保)，您的 Medicare 處方藥承保的月保費會加收的金額。只要您有 Medicare 藥品計畫就必須支付此較高金額。有部分例外。例如：如果您取得 Medicare 的「額外協助」幫您支付處方藥計畫費用，您將無需支付延遲投保罰款。

**首選分攤費用** — 首選分攤費用是指在特定網絡內藥房中適用於特定 D 部分承保藥品且費率較低的分攤費用。

**保費** — 向 Medicare、保險公司或承保健康照護或處方藥的健康照護計畫定期支付的費用。

**主治醫師 (PCP)** — 您的主治醫師就是您遇到多數健康問題時首先會去求助的醫師或其他醫療服務提供者。他 (她) 會確保您獲得保持健康所需要的照護。他 (她) 還會與其他醫師及其他健康照護服務提供者商談您的照護，並將您轉介給他們。在許多 Medicare 健保計畫中，您必須要先找主治醫師看診才能再找任何其他健康照護服務提供者。請參閱第 3 章第 2.1 節，瞭解有關主治醫師的資訊。

**事先授權** — 事先核准取得服務或某些可能在或不在我們處方一覽表中的藥品。部分網絡內醫療服務唯有在您醫師或其他網絡內醫療服務提供者取得本計畫的「事先授權」時才屬承保範圍。需要事先授權的承保服務在第 4 章的「福利表」中有加以標示。部分藥品唯有在您醫師或其他網絡內醫療服務提供者取得我們的「事先授權」時才會屬於承保範圍。處方一覽表中會標示需要事先授權的承保藥品。

**義體和矯正裝置** — 這些是需由您醫師或其他健康照護服務提供者開立醫囑的醫療裝置。承保項目包括但不限於手臂、背部及頸部支架、義肢、義眼以及為了代替體內器官或機能所需的裝置，其中包括造口術用品以及腸道和靜脈營養治療。

**品質改善組織 (QIO)** — 執業醫師與其他健康照護專家組成的團體，由聯邦政府付款，負責檢查並改善提供給 Medicare 病患的照護。如需有關如何聯絡您所在州 QIO 的資訊，請參閱第 2 章第 4 節。

**數量限制** — 基於品質、安全或使用的理由，設計用來限制選定藥品使用的管理用具。限制可以是每項處方或在指定期間內我們承保的藥品數量。

**復健服務** — 服務包括物理治療、言語和語言治療和職能治療。

**服務區域** — 有會員居住地限制的保健計畫招收會員的地理區域。針對限定您可用醫師和醫院的計畫，服務區域通常就是您可以獲得常規 (非緊急) 服務的區域。如果您永久性地搬離計畫服務區域，計畫可能將您退保。

**特護療養機構 (SNF) 照護** — 在特護療養機構內所提供的持續性日常特護療養照護與復健服務。特護療養機構照護的例子包括僅限護理師或醫師才可施行的物理治療或靜脈注射。

**特殊投保期** — 會員可以變更其健康或藥物計畫，或轉投保 Original Medicare 的一段時期。符合特殊投保期資格的狀況包括：搬離服務區域、您的處方藥費用領有「額外協助」、搬入療養院，或者本公司違反了跟您所簽訂的契約。

**特殊需求計畫** — 特殊類型的 Medicare Advantage 計畫，為特殊族群提供更集中的醫療保健，例如同時有 Medicare 和 Medicaid 的人、住在療養院的人或是有某種慢性醫療狀況的人。

**標準分攤費用** — 標準分攤費用是指網絡內藥房所提供之首選分攤費用以外的分攤費用。

**階段療法** — 在承保您醫師最初開立處方的藥品之前，我們要求您先嘗試以另一種藥品治療您醫療狀況的一種使用工具。

**社會安全補助金 (SSI)** — Social Security 每月付給收入與資源有限者 (且殘疾、失明或年滿 65 歲以上) 的福利。SSI 與 Social Security 福利不同。

**緊急需求服務** — 緊急需求服務是為了治療非急診但需立即接受醫療照護的意外醫療疾病、受傷或病症。緊急需求服務可由網絡內醫療服務提供者提供，或當網絡內醫療服務提供者暫時無法提供服務或聯絡不上時，可由網絡外醫療服務提供者提供。



## Health Net Healthy Heart (HMO) 會員服務部

| 聯絡方式 | 會員服務部 — 聯絡資訊  |
|------|---|
| 電話   | 1-800-275-4737<br>此為免付費電話。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。<br>會員服務部還可為非英語使用者提供各種語言的免費口譯服務。 |
| TTY  | 711<br>本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。<br>此為免付費電話。您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (10 月 1 日起至 3 月 31 日止) 或週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們 (4 月 1 日起至 9 月 30 日止)。                                 |
| 寫信   | Health Net of California<br>PO Box 10420<br>Van Nuys, CA 91410  |
| 網站   | <a href="http://ca.healthnetadvantage.com">ca.healthnetadvantage.com</a>  |

## 健康保險諮詢及促進方案 (HICAP) (California SHIP)

HICAP 是一項州政府的方案，獲得聯邦政府資助以為投保 Medicare 的人士免費提供當地的健康保險諮詢。

| 聯絡方式 | HICAP (California SHIP) — 聯絡資訊                                   |
|------|--|
| 電話   | 1-800-434-0222   |
| TTY  | 711<br>本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。                          |
| 寫信   | HICAP<br>505 12th Street<br>Sacramento, CA 95814                 |
| 網站   | <a href="http://www.hicapservices.net">www.hicapservices.net</a> |

**PRA 揭露聲明** 根據 1995 年文書簡化法案 (Paperwork Reduction Act of 1995) 規定，除非顯示有效的 OMB 控制編號，否則任何人都不要對資訊搜集加以回應。本資訊蒐集的有效 OMB 控制編號為 0938-1051。如果您有改善本表格的意見或建議，請來函寄至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn:PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.