

2025 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

承保範圍說明書：

您身為福全健保全加計劃 (HMO C-SNP) 會員享有的聯邦醫療保險健康福利與服務，以及處方藥物承保

本文件詳細說明您在 2025 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期間的聯邦醫療保險健康照護及處方藥物承保。此為重要法律文件。請妥善保管。

如對本文件有任何疑問，請致電 (833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) 聯絡會員服務部，瞭解更多詳細資訊。(聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 711)。服務時間為 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，以及 4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。

本計劃 (福全健保全加計劃 (HMO C-SNP)) 由福全健保股份有限公司 (以下簡稱為福全健保) 提供。本承保範圍說明書上的「我們/我方」或「我們的/我方的」等用語係指福全健保。手冊上的「計劃」或「本計劃」係指福全健保全加計劃 (HMO C-SNP)。

本文件免費提供中文、韓文、西班牙文和越南文版本。如果您需要其他格式的計劃資訊 (例如點字、大字體或語音版本)，請撥打上述會員服務專線。

福利、保費、自付額和/或共付額/共保額可能於 2026 年 1 月 1 日變更。

處方集、藥局網路和/或醫療機構網路可能隨時更動。在必要的時候，您將收到通知。我們將至少提前 30 天將變更事項通知受影響的投保人。

本文件說明您的福利和權利。使用本文件來瞭解：

- 您的計劃保費和分攤費用；
- 您的醫療和處方藥品福利；
- 如果您對服務或治療不滿意，如何提出申訴；
- 如果您需要進一步協助，如何與我們聯絡；以及，
- 聯邦醫療保險法律規定的其他保護。

H7607_25_CM1416_C File & Use TLP 10142024

目錄**2025 年承保範圍說明書****目錄**

第 1 章：開始成為會員	5
第 1 節 介紹.....	6
第 2 節 成為計劃會員的資格為何？.....	7
第 3 節 您會收到的重要會員資料.....	9
第 4 節 您的福全健保全加計劃每月費用.....	10
第 5 節 更多關於每月保費的詳細資訊.....	14
第 6 節 請隨時更新您的計劃會員記錄.....	16
第 7 節 其他保險如何與本計劃配合.....	17
第 2 章：重要電話號碼 與資源	19
第 1 節 福全健保聯絡人（如何聯絡我們，包括如何聯絡會員服務部）.....	20
第 2 節 聯邦醫療保險（如何直接從聯邦醫療保險計劃取得協助與資訊）.....	24
第 3 節 State Health Insurance Assistance Program（提供免費協助與資 訊，並回答您關於聯邦醫療保險的問題）.....	27
第 4 節 品質改善組織.....	28
第 5 節 社會安全局.....	29
第 6 節 Medicaid (Medi-Cal).....	30
第 7 節 處方藥費援助計劃資訊.....	31
第 8 節 如何聯絡鐵路職工退休管理局.....	33
第 9 節 您是否有團體保險或其他僱主提供的健康保險？.....	34
第 3 章：將本計劃 用於您的醫療服務	35
第 1 節 以本計劃會員的身分接受醫療照護時的須知.....	36
第 2 節 使用本計劃網路的醫療機構取得醫療照護.....	38

目錄

第 3 節	如何在您有緊急狀況或緊急照護需求或遭遇災難時取得服務.....	42
第 4 節	如果您直接收到所接受服務的全額帳單，該怎麼做？.....	45
第 5 節	如果您參與臨床研究試驗，則您的醫療服務將如何承保？.....	46
第 6 節	於宗教性非醫療健康照護機構取得照護的規則.....	48
第 7 節	耐用醫療設備的所有權規則.....	49
第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）.....		52
第 1 節	了解您的承保服務自付費用.....	53
第 2 節	使用醫療福利表了解承保範圍和您需支付的費用.....	55
第 3 節	哪些服務不屬於本計劃的承保範圍？.....	103
第 5 章：使用本計劃的承保保障 D 部分處方藥物.....		107
第 1 節	介紹.....	108
第 2 節	在網路藥局或透過本計劃的郵購服務領取您的處方藥.....	108
第 3 節	您的藥物必須在本計劃的藥物清單上.....	112
第 4 節	部分藥物有承保限制規定.....	115
第 5 節	如果您的其中一種藥物未以您希望的方式承保，該如何處理？.....	116
第 6 節	如果您其中一種藥物的承保有所變更，該如何處理？.....	119
第 7 節	哪些藥物不能獲得本計劃承保？.....	122
第 8 節	領取處方藥.....	124
第 9 節	特殊情況下的 D 部分藥物承保.....	124
第 10 節	藥物安全與藥物管理計劃.....	126
第 6 章：您需為 D 部分處方藥支付的費用.....		129
第 1 節	介紹.....	130
第 2 節	您支付的藥物費用視您取得該藥物時的藥物付款階段而定.....	133
第 3 節	我們會寄送報告給您，說明您藥物的付款與您所屬的付款階段.....	133

目錄

第 4 節	在自付額階段，您支付第 1 級至第 5 級藥物的全額費用.....	135
第 5 節	在初始承保階段期間，本計劃為您的藥物費用支付其分攤費用， 您則支付您的分攤費用.....	136
第 6 節	在重大傷病承保階段期間，您不需支付承保的 D 部分藥物費用.....	141
第 7 節	D 部分疫苗。您支付的金額取決於您取得的方式和地點.....	141
第 7 章：針對承保醫療服務或藥物，要求我方支付應分攤的費用.....		144
第 1 節	針對您的承保服務或藥物，您應要求我們支付我們應分攤費用的 情況.....	145
第 2 節	如何要求我們退款或支付您收到的帳單.....	147
第 3 節	我們將考慮您的付款要求，並表示同意或不同意.....	148
第 8 章：您的權利和責任.....		150
第 1 節	本計劃必須尊重您身為計劃會員的權利及文化敏感性.....	151
第 2 節	您身為計劃會員的責任.....	167
第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）.....		169
第 1 節	介紹.....	170
第 2 節	可以從哪裡取得更多資訊和個人化協助.....	171
第 3 節	您應透過哪一個程序來處理您的問題？.....	171
第 4 節	承保決定和上訴入門指南.....	172
第 5 節	您的醫療照護：如何要求承保決定或為某承保決定提出上訴.....	176
第 6 節	您的 D 部分處方藥：如何要求承保決定或提出上訴.....	184
第 7 節	如果您認為您出院的時間太早，如何要求我們承保更長時間的住 院治療.....	195
第 8 節	如果您覺得承保太早結束，如何要求我們繼續承保特定醫療服務.....	200
第 9 節	讓您的上訴進入第 3 級（或以上）.....	204

目錄

第 10 節	如何提出關於照護品質、等待時間、客服和其他方面的申訴.....	208
第 10 章：	計劃會員資格的終止.....	212
第 1 節	終止您在本計劃之會員資格的 簡介.....	213
第 2 節	您何時可以終止您在本計劃的會員資格？.....	213
第 3 節	您該如何終止您在本計劃的會員資格？.....	216
第 4 節	直至會員資格終止前，您都必須透過本計劃取得您的醫療用品、 服務和藥物.....	217
第 5 節	福全健保必須在特定情況下終止您的計劃會員資格.....	217
第 11 章：	法律聲明.....	219
第 1 節	適用法律聲明.....	220
第 2 節	不歧視聲明.....	220
第 3 節	聯邦醫療保險次要付款人代位追償權益聲明.....	220
第 4 節	追討溢付金額.....	221
第 5 節	通報詐欺、浪費及濫用.....	221
第 6 節	有關協助協調重要健康資訊的 Manifest MedEx 通知.....	222
第 12 章：	重要字詞定義.....	224

第 1 章：

開始成為會員

第 1 章：開始成為會員

第 1 節 介紹

第 1.1 節 您目前投保福全健保全加計劃，這是一項專門的聯邦健保優勢計劃（特殊需求計劃）

您由聯邦醫療保險承保，且您選擇透過本計劃，即福全健保全加計劃 (HMO C-SNP) 來取得聯邦醫療保險健康照護和處方藥物承保。

福全健保全加計劃是經由聯邦醫療保險核准，且由私人公司營運的聯邦健保優勢 HMO 計劃（HMO 全名是 Health Maintenance Organization，即健康維護組織）。

福全健保全加計劃是一項專門的聯邦健保優勢計劃（一項聯邦醫療保險特殊需求計劃），意即其福利是專為有特殊健康照護需求的人士所設計。本計劃旨在提供額外的健康福利，特別幫助患有符合條件之心血管疾病或糖尿病的人士。

本計劃包括治療血管疾病或糖尿病的專科醫療機構。也包括專為滿足這些病患的特殊需求而設計的健康計劃。此外，本計劃承保用於治療大多數病症的處方藥，包括通常用於治療心血管疾病和糖尿病的藥物。作為計劃會員，您可以獲得專門為您的病症量身打造的福利，並透過本計劃協調您的所有護理。

本計劃的保險符合 Qualifying Health Coverage (QHC) 資格，並且遵守《患者保護與平價醫療法案》(Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) 的個人分攤責任要求。請造訪美國國稅局 (IRS) 網站：www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 以瞭解更多資訊。

第 1.2 節 本承保範圍說明書是什麼？

本承保範圍說明書文件為您說明如何取得醫療照護與處方藥。它解釋了您的權利和責任、承保範圍、您作為計劃會員支付的費用；以及如果您對承保決定或治療不滿意時，如何提出投訴。

承保及承保服務係指您能夠以本計劃會員身分使用的醫療照護、服務以及處方藥。

第 1 章：開始成為會員

了解本計劃的規則及您可使用的服務項目對您而言非常重要。我們建議您特地撥冗詳閱本承保範圍說明書。

如果您有不清楚的地方、有疑慮或有問題，請聯絡會員服務部。

第 1.3 節 本承保範圍說明書之相關法律資訊

本承保範圍說明書係我方與您針對本計劃如何承保您的照護所訂立之合約的一部分。本合約的其他部分包括您的投保申請書、承保藥物清單（處方集）、我方向您發送的承保變動通知，以及我方針對將影響您的承保的條件變動而向您發送的通知。此等通知有時稱為附加條款 (rider) 或修訂 (amendment)。

本合約生效期間為 2025 年 1 月 1 日至同年 12 月 31 日之間您投保本計劃的月份。

聯邦醫療保險允許我方於每個日曆年度變更所提供的計劃。這表示我們可以在 2025 年 12 月 31 日之後變更本計劃的費用和福利。我方亦可在 2025 年 12 月 31 日後選擇停止在您的服務區域提供本計劃。

本計劃每年皆必須經過聯邦醫療保險（聯邦醫療保險與 Medicaid 服務中心）核准。只要我方選擇繼續提供本計劃，且聯邦醫療保險亦持續核准本計劃，則您每年便可繼續以我方計劃會員的身分取得聯邦醫療保險承保。

第 2 節 成為計劃會員的資格為何？

第 2.1 節 您的資格要求

只要您符合下列條件，便符合資格成為計劃會員：

- 您同時擁有聯邦醫療保險 A 部分及 B 部分
- -- 且 -- 您的居住地在地理上位於我們的服務區域（以下第 2.2 節會說明我們的服務區域）。被監禁者即便身處該地理服務區域內，仍然不被視為居住於其中。
- -- 且 -- 您是美國公民或在美國為合法居留

第 1 章：開始成為會員

- 以及 -- 您符合以下所述的特殊資格要求。

本計劃的特殊資格要求

本計劃旨在滿足患有特定疾人士的特殊需求。您必須患有符合條件之心血管疾病或糖尿病，才符合投保本計劃的資格。

請注意：如果您失去資格，但可合理預期在 2 個月內重新獲得資格，則您仍然符合成為本計劃會員的資格（第 4 章第 2.1 節告訴您在視為持續資格期間的承保和分攤費用）。

第 2.2 節 以下為福全健保全加計劃服務區域

福全健保全加計劃僅提供給居住在本計劃服務區域的個人。如欲維持本計劃的會員身分，您必須持續居住於本計劃的服務區域。本計劃服務區域如下

我們的服務區域包含以下加州各郡：洛杉磯、橘郡、聖伯納迪諾、河濱市和聖地牙哥。

如果您預計搬離服務區域，則您將無法維持本計劃會籍。請聯絡會員服務部，瞭解我們是否在您的新地區提供計劃。如果您遷出，則您將擁有一段「特別投保期」，讓您可以轉換為 Original Medicare 或投保新地點提供的聯邦醫療保險健康或藥物計劃。

如果您搬家或變更通訊地址，請務必聯絡社會安全局 (Social Security)。社會安全局的電話號碼及聯絡資訊請參閱第 2 章第 5 節。

第 2.3 節 美國公民或合法居留者



聯邦醫療保險健保計劃會員必須為美國公民，或於美國合法居留之人。如果基於此原因而不再符合保有會員資格的條件，則聯邦醫療保險（聯邦醫療保險與 Medicaid 服務中心）將會通知我們。如果您不符合此要求，本計劃必須讓您退保。

第 1 章：開始成為會員

第 3 節 您會收到的重要會員資料

第 3.1 節 您的計劃會員卡

您身為計劃的會員，每當您接受本計劃的承保服務，或是向網路內藥局領取處方藥時，都必須使用您的會員卡。在適用的情況下，您亦應向醫療機構出示您的 Medicaid 卡。以下是會員卡範例，告訴您會員卡的外觀：

		Clever Care TOTAL+ (HMO C-SNP) EFFECTIVE DATE: 01/01/25 PCP EFFECTIVE DATE: 01/01/25		IN AN EMERGENCY CALL 911 OR GO TO THE NEAREST ER			
MEMBER NAME John A. Smith MEMBER ID 000-000-0000 Health Plan (80840)		COPAYMENTS PCP VISIT: 20% SPECIALIST VISIT: 20% URGENT CARE: \$25 ER: \$95		MEMBER SERVICES (833) 388-8168 (TTY: 711) clevercarehealthplan.com 24-hour Nurse Line: (800) 396-1961 Telehealth: (800) 835-2362 Dental: DentaQuest (800) 608-9542 Hearing: NationsHearing (866) 304-7577 Vision: (855) 492-9028 Transportation: CareCar (844) 743-4344		HOSPITAL ADMIT AUTH & TRANSFER (888) 888-8888 PRIOR AUTHORIZATION (800) 800-8080 PROFESSIONAL CLAIMS NOBLE AMA IPA 1234 Main St, Suite 100 Small Town, CA 90210	
PCP NAME Brandon Lee MD (555) 555-5555 MEDICAL GROUP/NETWORK Acme Medical Partners		 RxBIN: 015574 RxPCN: ASPROD1 RxGRP: CLC01 H7607 011-001		PHARMACY HELP DESK & CLAIMS (800) 926-3004 Medimpact Healthcare Systems P.O. Box 509108, San Diego, CA 92150		INSTITUTIONAL CLAIMS Prospect Health 456 Elm Dr, Suite 200 Big Town, CA CA Printed: 01/01/25	

如果您是本計劃會員，在接受承保醫療服務時請勿使用您的紅、白、藍色聯邦醫療保險卡。如果您使用了聯邦醫療保險卡，而非福全健保會員卡，就可能必須自行支付該醫療服務的全額費用。請妥善收存您的聯邦醫療保險卡。如果您需要醫院服務、安寧療護服務或參與聯邦醫療保險核准的臨床研究（也稱為臨床試驗），則您會被要求出示該卡片。

如果您的計劃會員卡受損、遺失或遭竊，請立刻聯絡會員服務部，我們會補發新卡給您。

第 3.2 節 醫療機構目錄

醫療機構目錄列出我們現有的網路醫療機構「**網路醫療機構**」係指與我們訂有協議的醫生及其他醫療照護專業人士、醫療團隊、醫院，及其他健康照護機構，他們接受我們的付款及計劃的任何費用分攤，作為全額付款。

您必須使用網路醫療機構來取得您的醫療照護和服務。如果您未經適當授權便前往其他地方，您就必須支付全額費用。只有下列情況例外：急診、在無法使用網路（即取得網路內

第 1 章：開始成為會員

服務為不合理或無法實現的情況) 時急需的服務、區域外洗腎服務，以及本計劃授權使用網路外醫療機構的情況等。

醫療機構的最新清單請參閱我們的網站 zh.clevercarehealthplan.com。

如果您手邊沒有 *醫療機構目錄* 的副本，可以向會員服務部索取電子檔或紙本。您申請的紙本 *醫療機構目錄* 將在三個工作天內郵寄給您。

第 3.3 節 藥局目錄

藥局目錄 (zh.clevercarehealthplan.com/pharmacy) 列出我們的網路藥局。**網路藥局** 是已經同意為本計劃會員的承保處方籤配藥的所有藥局。您可使用 *藥局目錄* 找出想要使用的網路藥局。請參閱第 5 章第 2.5 節，瞭解您何時可以使用計劃網路外藥局的資訊。

如果您手邊沒有 *藥局目錄*，可以向會員服務部索取。您也可以在我们的網站上找到這項資訊：zh.clevercarehealthplan.com/pharmacy。

第 3.4 節 本計劃承保藥物清單 (處方集)

本計劃有一份 *承保藥物清單 (處方集)*。該清單簡稱為「藥物清單」。其說明本計劃包含哪些由 D 部分福利承保的 D 部分處方藥物。這份清單上的藥物是由本計劃在醫生和藥劑師團隊的協助下選出。該清單必須符合聯邦醫療保險的規定。聯邦醫療保險已核准福全健保的藥物清單。

本藥物清單也會說明您的藥物承保是否有任何規則限制。

我們會提供一份藥物清單給您。如欲針對承保藥物項目取得最完整的最新資訊，請造訪本計劃網站：zh.clevercarehealthplan.com/formulary，或致電會員服務部。

第 4 節 您的福全健保全加計劃每月費用

您的費用可能包括下列各項：

第 1 章：開始成為會員

- 計劃保費（第 4.1 節）
- 聯邦醫療保險 B 部分每月保費（第 4.2 節）
- D 部分延遲投保罰款（第 4.4 節）
- 依收入調整的每月金額（第 4.5 節）
- Medicare Prescription Payment Plan 金額（第 4.6 節）

在某些狀況下，您的計劃保費可能會較低

有些計劃可協助資源有限的人士支付藥費。這些包含「額外補助」及州政府藥物援助計劃 (State Pharmaceutical Assistance Programs)。第 2 章第 7 節對這些計劃有更多說明。如果您符合資格，投保該計劃可能降低您的每月計劃保費。

如果您已經投保，且從其中一項此種計劃獲得協助，則本承保範圍說明書中關於保費的資訊並不適用於您。我們已另外寄給您一份插頁，題為：取得處方藥物付款「額外補助」之會員的承保範圍說明書附約（也稱為「低收入補貼附約」或「LIS 附約」），其中說明您藥物承保的資訊。如果您尚未收到此插頁，請致電會員服務部並索取「LIS 附約」。

針對收入不同者，聯邦醫療保險 B 部分及 D 部分的保費也有所不同。如果您對這些保費有疑問，請查閱您的 *Medicare & You 2025* 手冊，該小節標題為 *2025 年聯邦醫療保險費用*。如果您需要該份資料，也可以從聯邦醫療保險網站下載 (www.medicare.gov)。或者，您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取紙本手冊，服務時間為每週七天，每天 24 小時。聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 1-877-486-2048。

第 4.1 節	計劃保費
----------------	-------------

身為我方計劃會員，您須繳交每月計劃保費。2025 年，本計劃的每月保費是 \$18.40。

第 4.2 節	聯邦醫療保險 B 部分每月保費
----------------	------------------------

除了支付每月計劃保費之外，您必須繼續繳付您的聯邦醫療保險保費，才能繼續成為計劃會員。這包括您的 B 部分保費。也可能包括 A 部分的保費，這會影響不符合 A 部分保費免費資格的會員。

第 1 章：開始成為會員

第 4.3 節 D 部分延遲投保罰款

有些會員必須支付 D 部分**延遲投保罰款**。D 部分延遲投保罰款是如果您在最初投保期結束後，連續 63 天以上沒有 D 部分承保或其他可替代處方藥物承保，便需要為 D 部分承保支付的額外保費。可替代處方藥物承保是由於預期平均付款至少等於聯邦醫療保險標準處方藥物承保，而符合聯邦醫療保險最低標準的承保。延遲投保罰款的金額，取決於您沒有 D 部分承保或其他可替代處方藥物承保的期間長度。只要您有 D 部分承保，您就必須支付該罰款。

D 部分延遲投保罰款外加於 D 部分每月保費。在您初次投保本計劃時，我們會告知您罰款金額。

如有下列情況，您便**無需**支付該費用：

- 您接收來自聯邦醫療保險的「額外補助」來支付您的處方藥物。
- 您沒有可替代承保的天數持續不到 63 天。
- 您已透過其他方式獲得可替代藥物承保，例如前雇主、工會、TRICARE 或退伍軍人健康管理局 (VA)。您的保險人或您的人力資源部門將會告訴您，您每年的藥物承保是否為可替代承保。這項資訊可能會以信件的形式發送，或者夾帶於計劃電子報當中。如果您稍後加入聯邦醫療保險藥物計劃，您可能會需要此資訊，請妥善保管。
 - **注意：**任何通知皆必須指出，您擁有預期支付費用等同於聯邦醫療保險標準處方藥物計劃的可替代處方藥物承保。
 - **注意：**以下項目並非可替代處方藥物承保：處方藥優惠卡、免費診所，以及藥物折扣網站。

罰款金額由聯邦醫療保險訂定。以下為計算方式：

- 如果您在初次符合 D 部分投保資格後，沒有 D 部分或其他可替代處方藥物承保的天數超過 63 天或以上，本計劃將計算您沒有承保的完整月份數。您沒有可替代承

第 1 章：開始成為會員

保的每一個月份，都會計算 1% 的罰款。例如，假設您有 14 個月未投保，則您的罰款將為 14%。

- 聯邦醫療保險計算罰款的根據是聯邦醫療保險藥物計劃去年在國內的平均每月保費。以 2025 年而言，此平均保費金額為 \$36.78。
- 將罰款百分比乘上平均每月保費，然後四捨五入至小數點第一位，便能算出您的每月罰款。此處範例的罰款為 14% 乘以 \$36.78，等於 \$4.159。四捨五入後是 \$4.16。這個數字會加到**每月保費當中，作為 D 部分延遲投保罰款**。

關於此每月 D 部分延遲投保罰款，有三項須知：

- 首先，由於平均月保費每年都可能變動，因此**該罰款可能每年都會變動**。
- 第二，只要您投保附有聯邦醫療保險 D 部分藥物福利的計劃，就必須每月**持續支付罰款**，即使您變更計劃亦然。
- 第三，如果您未滿 65 歲並且正在接受聯邦醫療保險福利，則該 D 部分延遲投保罰款將在您年滿 65 歲時重新計算。在您年滿 65 歲以後，D 部分延遲投保罰款將僅根據您在聯邦醫療保險最初投保期的無承保月份。

如果您對您的 D 部分延遲投保罰款有異議，則您或您的代表可以提出審核請求。提出此審核請求的期限，一般而言為收到第一封表明您必須支付延遲投保罰款的信件後 **60 日內**。然而，如果您在加入本計劃前正在支付罰款，則您不會獲得提出延遲投保罰款審核請求的額外機會。

第 4.4 節 依收入調整的每月金額

有些會員可能需要支付額外費用，稱為 D 部分依收入調整的每月金額，也稱為 IRMAA。該額外費用是使用您 2 年前的 IRS 納稅申報表上申報的修正調整後總收入來計算。如果此金額超過一定的額度，您將支付標準保費金額和額外的 IRMAA。有關依您的收入而可能必須支付之額外金額的更多資訊，請造訪 <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>。

第 1 章：開始成為會員

如果您必須支付額外費用，則社會安全局（而非您的聯邦醫療保險計劃）便會向您發送信函，通知您需要繳交的費用。無論您通常如何支付您的計劃保費，該額外費用將會自您的社會安全局、鐵路職工退休管理局或人事管理局福利中扣除，除非您的每月福利不足以付清必須支付的額外費用。如果您的福利支票不足以支付該額外費用，則您將會收到聯邦醫療保險的帳單。**您必須向政府支付該額外費用。該費用不得使用您的每月計劃保費支付。如果您未支付該額外費用，則您會自本計劃退保，並失去處方藥物承保。**

如果您對支付額外費用有異議，可向社會安全局申請審核該決定。如欲進一步了解如何提出該請求，請致電社會安全局：1-800-772-1213（聽障專線 (TTY)：1-800-325-0778）。

第 4.5 節 Medicare Prescription Payment Plan 金額

如果參與 Medicare Prescription Payment Plan，您每月需支付計劃保費（如果有計劃保費），而且會收到健保或藥物計劃的處方藥物帳單（而非向藥局付款）。每月帳單金額是根據您處方藥的欠款，加上前一個月的餘額，再除以這一年剩餘的月份數。

第 2 章第 7 節將詳細介紹 Medicare Prescription Payment Plan。如果您不同意作為本付款選項部分的帳單金額，可以遵循第 9 章中的步驟提出投訴或上訴。

第 5 節 更多關於每月保費的詳細資訊

第 5.1 節 計劃保費有數種支付方式

計劃保費有 2 種支付方式。

選項 1：以支票付款

如果您選擇直接向本計劃付款，您就會收到我們的月結單。支付的款項必須在該承保月份的最後一個日曆日前入帳。您亦得透過匯票或銀行本票支付罰款。請在您的支票上寫下您的福全健保 ID 編號，並附上您和每月帳單一起收到的付款憑單。

支票應以**福全健保**為抬頭，並郵寄至：

第 1 章：開始成為會員

Clever Care Health Plan
Attn: Billing Department
7711 Center Ave, Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

如果您的支票是不足額 (NSF) 支票，則您應負責支付與 NSF 支票相關的費用。

選項 2 使用您的每月社會安全支票支付計劃保費

變更您支付計劃保費的方式

如果您決定變更支付計劃保費的方式，新的支付方式可能需要最多三個月的時間方能生效。在我們為您處理轉換支付方式的請求時，您需要負責確保您的計劃保費準時交付。如欲變更付款方式，請致電會員服務部。

如果您在支付計劃保費時遇到困難該怎麼辦

您的計劃保費在我方辦事處的期限為該承保月份的月底。如果我們在該月最後一天未收到您的付款，則我們將會向您發送通知，說明您的保費付款已經逾期。如果您必須支付 D 部分延遲投保罰款，則必須支付罰款才能保有您的處方藥物承保。

如果您因故無法按時支付保費，請聯絡會員服務部，瞭解我們能否將您轉介至可協助您支付費用的方案。

在我們終止您的會員資格時，您可能仍然積欠我們保費。我們有權追討您欠款的金額。將來，如果您想再次投保本計劃（或我們提供的其他計劃），您需要在投保前支付您所積欠的款項。

如果您認為我們非合理地終止您的會員資格，您可以提出申訴（也稱為訴願）；有關如何提出申訴的詳細資訊，請參閱第 9 章。如果您由於不可控的緊急情況，而無法在我們的寬限期內支付您所積欠的計劃保費，您可以提出申訴。針對申訴，我們會再次審查我們的決定。本文件第 9 章第 10 節詳細說明提出申訴的方式，您也可以撥打 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語），服務時間為 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，以及 4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。聽

第 1 章：開始成為會員

障專線 (TTY) 使用者請致電 711。您必須在您的會員資格結束日期後的 60 個日曆日內提出申請。

第 5.2 節 我方是否得於年度以內變更您的每月計劃保費？

不可以。我方不得在年度以內變更計劃之每月計劃保費的收費金額。如果隔年的每月計劃保費有所變更，則我們會在 9 月通知您，且該變更將於來年 1 月 1 日生效。

然而，在某些情況下您必須支付的保費部分可能在年中變更。如果您在年中獲得或失去「額外補助」計劃的資格，就會發生這種情況。如果會員符合獲得「額外補助」支付處方藥費用的資格，「額外補助」計劃將支付該會員每月計劃保費的一部分。在年中失去其資格的會員將必須開始支付其每月保費的全額。如要瞭解更多有關「額外補助」計劃，請參閱第 2 章第 7 節。

第 6 節 請隨時更新您的計劃會員記錄

您的會員記錄包含您在投保申請書上填寫的資訊，例如您的地址與電話號碼。會員記錄顯示您具體的計劃投保範圍，包括家庭醫生/醫療團隊/IPA。

醫生、醫院、藥劑師，以及計劃網路中的其他醫療機構，都需要擁有關於您的正確資訊。**這些網路醫療機構需要使用您的會員記錄，才能得知所承保的服務與藥物，以及您的分攤費用金額。**因此，協助我們維持您資料的更新非常重要。

如果下列事項有所變動，請通知我們：

- 您的姓名、地址或電話號碼變更
- 任何您所擁有的健康保險承保異動（例如來自您的僱主、您配偶或同居人的僱主、勞工賠償，或 Medicaid）
- 如果您有任何賠償請求，例如來自汽車事故的請求
- 如果您於護理之家住院
- 如果您接受服務區外或網路外醫院或急診室的照護

第 1 章：開始成為會員

- 如果您的指定負責方（例如照護者）有所變動
- 如果您正在參與一項臨床研究試驗（**請注意**：關於您打算參加臨床研究試驗一事，不一定需要告知您的計劃，但我們鼓勵您這麼做）。

如果上述資訊有任何變更，請致電會員服務部告知我們。

如果您搬家或變更通訊地址，請務必聯絡社會安全局 (Social Security)。社會安全局的電話號碼及聯絡資訊請參閱第 2 章第 5 節。

第 7 節 其他保險如何與本計劃配合

其他保險

聯邦醫療保險要求我方針對您所擁有的任何其他醫療或藥物承保，向您收集相關資訊。這是因為我們必須就您在本計劃下的福利，與您的任何其他承保協調。這稱為**福利協調**。

我們將每年發送一封信函給您，列出任何其他我們所知的醫療或藥物承保。請詳閱這些資訊。如果該資訊正確，則您無須採取任何行動。如果該資訊不正確，或如果您有其他未列出的承保，請致電會員服務部。在您確定您的其他承保人後，您可能會需要向他們提供您的計劃會員 ID 編號，以便您的帳單可準時正確付款。

如果您有諸如勞工團體健康承保之類的其他保險，則聯邦醫療保險設有規則，會決定應由本計劃或您的其他保險優先理賠。優先理賠的保險稱為主要支付者，負擔的費用以其承保上限為限。理賠次序在後的保險稱為次要支付者，只在主要承保理賠後仍有未付費用時提供理賠。次要支付者得不支付所有未付費用。如果您有其他保險，請告訴您的醫生、醫院及藥局。

以下規則適用於僱主或工會團體健保計劃承保：

- 如果您有退休承保，則聯邦醫療保險優先理賠。

第 1 章：開始成為會員

- 如果您的團體健保計劃承保是因您或您家人目前的僱傭關係而取得，則優先理賠者取決於您的年齡、您的雇主所聘雇的員工人數，以及您是否因為年齡、身心障礙或未期腎臟疾病 (ESRD) 而取得聯邦醫療保險：
 - 如果您未滿 65 歲且為殘疾人士，並且您或您的家人仍在工作，且您的雇主或重雇主至少其中之一擁有 100 名以上的員工，則由您的團體健保計劃優先理賠。
 - 如果您超過 65 歲，並且您或您的配偶或同居人仍在工作，且您的雇主或重雇主至少其中之一擁有 20 名以上的員工，則由您的團體健保計劃優先理賠。
- 如果您是因為 ESRD 而取得聯邦醫療保險承保，則在您取得聯邦醫療保險資格之後的前 30 個月，由您的團體健保計劃優先理賠。

以下類型的承保通常優先理賠與各個類型相關的服務：

- 無過失保險（包括汽車險）
- 責任賠償（包括汽車險）
- 肺煤病福利
- 勞工賠償

Medicaid 和 TRICARE 永遠不會對聯邦醫療保險承保的服務優先理賠。這兩者只在聯邦醫療保險、雇主團體健保計劃，及/或 Medigap 理賠完畢後才進行理賠。

第 2 章：

重要電話號碼與資源

第 2 章：重要電話號碼與資源**第 1 節 福全健保聯絡人****(如何聯絡我們，包括如何聯絡會員服務部)****如何聯絡本計劃的會員服務部**

如果在理賠、帳單或會員卡相關問題上需要協助，請致電或寫信給會員服務部。我們會很高興協助您。

方式	會員服務部 – 聯絡資訊
請致電	(833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) 本號碼為免付費電話且將進行通話錄音。 服務時間為：10 月 1 日至次年 3 月 31 日，每天上午 8 時至晚上 8 時；以及 4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。 會員服務部也為非英語使用者提供免費的口譯服務。
聽障專線 (TTY)	711 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。 本號碼為免付費電話且將進行通話錄音。服務時間為 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，以及 4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。
傳真	(657) 276-4720
郵寄	Clever Care Health Plan 7711 Center Ave, Suite 100 Huntington Beach, CA 92647
網站	zh.clevercarehealthplan.com

如何聯絡我們，要求針對您的醫療照護做出承保決定或上訴

承保決定指我們對您的福利和承保範圍，或我們將為您的醫療服務或 D 部分處方藥物所支付的金額，所作出的決定。上訴為要求我們審核和變更已作出之承保決定的正式方式。

第 2 章：重要電話號碼與資源

如欲了解如何為您的醫療服務或 D 部分處方藥物，要求我方做出承保決定或提出上訴的更多資訊，請見第 9 章（*如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）*）。

方式	醫療照護承保決定與上訴 — 聯絡資訊
請致電	(833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語） 本號碼為免付費電話且將進行通話錄音。服務時間為 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，以及 4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。
聽障專線 (TTY)	711 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。 本號碼為免付費電話且將進行通話錄音。服務時間為 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，以及 4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。
傳真	(657) 276-4715
郵寄	Clever Care Health Plan Grievance & Appeals 7711 Center Ave, Suite 100 Huntington Beach, CA 92647
網站	zh.clevercarehealthplan.com/our-members

方式	D 部分處方藥物承保決定與上訴 — 聯絡資訊
請致電	(800) 926-3004 本號碼為免付費電話。服務時間為 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，以及 4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。

第 2 章：重要電話號碼與資源

方式	醫療照護承保決定與上訴 — 聯絡資訊
聽障專線 (TTY)	711 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。 本號碼為免付費電話。服務時間為 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，以及 4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。
傳真	(858) 790-6060
郵寄	MedImpact Healthcare Systems PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108
網站	medimpact.com

若您欲針對您的醫療照護提出申訴，如何聯絡我方

您可針對我方或我們的網路醫療機構或藥局提出申訴，包括申訴您所獲得的護理品質。此類申訴不包含承保範圍或費用爭議。關於針對您的醫療照護提出申訴，如需更多資訊，請參閱第 9 章（*如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）*）。

方式	醫療護理申訴 — 聯絡資訊
請致電	(833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語） 本號碼為免付費電話且將進行通話錄音。服務時間為 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，以及 4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。
聽障專線 (TTY)	711 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。 本號碼為免付費電話且將進行通話錄音。服務時間為 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，以及 4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。
傳真	(657) 276-4715

第 2 章：重要電話號碼與資源

方式	醫療護理申訴 — 聯絡資訊
郵寄	Clever Care Health Plan Grievance & Appeals 7711 Center Ave, Suite 100 Huntington Beach, CA 92647 appeals@ccmapd.com
聯邦醫療保險網站	您也可以直接向聯邦醫療保險提出對於福全健保的投訴。如要向聯邦醫療保險提出線上申訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。

若要求我們為您所接收的醫療照護或藥物支付應分攤的費用，應將請求發送至何處

如果您收到帳單或已支付您認為應該由我們支付的服務（例如醫療機構帳單），您可能必須要求我們為您報銷，或支付醫療機構帳單。請參閱第 7 章（*針對承保醫療服務或藥物，要求我方支付應分攤的費用*）。

請注意：如果您向我方提出的支付請求有任何部分遭拒，則您可針對我們的決定提出上訴。詳情請參閱第 9 章（*如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）*）。

方式	支付請求 — 聯絡資訊
請致電	(833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語） 本號碼為免付費電話且將進行通話錄音。服務時間為 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，以及 4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。
聽障專線 (TTY)	711 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。 本號碼為免付費電話且將進行通話錄音。服務時間為 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，以及 4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。

第 2 章：重要電話號碼與資源

方式	支付請求 — 聯絡資訊
傳真	(657) 276-4715
郵寄	Clever Care Health Plan Grievance & Appeals 7711 Center Ave, Suite 100 Huntington Beach, CA 92647 appeals@ccmapd.com
網站	zh.clevercarehealthplan.com

第 2 節 聯邦醫療保險**(如何直接從聯邦醫療保險計劃取得協助與資訊)**

聯邦醫療保險是聯邦健康保險計劃，對象為 65 歲以上人士、部分未滿 65 歲的身心障礙人士，以及患有末期腎臟疾病（需要透析或換腎的永久腎臟失能）的人士。

聯邦醫療保險的聯邦主管機關是聯邦醫療保險與 Medicaid 服務中心（有時簡稱為 CMS）。這個機構與聯邦醫療保險優勢組織（包括我們）簽署合約。

第 2 章：重要電話號碼與資源

方式	聯邦醫療保險 - 聯絡資訊
請致電	1-800-MEDICARE，或 1-800-633-4227 以上號碼為免付費電話。 全年無休服務。
聽障專線 (TTY)	1-877-486-2048 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。 以上號碼為免付費電話。

第 2 章：重要電話號碼與資源

方式	聯邦醫療保險 – 聯絡資訊
網站	<p>www.medicare.gov</p> <p>此為聯邦醫療保險的官方政府網站。此網站提供有關聯邦醫療保險以及目前的聯邦醫療保險議題的最新資訊。網站上也提供關於醫院、護理之家、醫生、居家式健康機構及透析機構的資訊。網站上包含您可以使用電腦直接列印的文件。您也可以找到您所屬州的聯邦醫療保險聯絡人資訊。</p> <p>該聯邦醫療保險網站也透過下列工具，針對您的聯邦醫療保險資格與投保選項提供詳細資訊：</p> <ul style="list-style-type: none">● 聯邦醫療保險資格工具：提供聯邦醫療保險資格狀態資訊。● 聯邦醫療保險計劃搜尋工具：針對您所在區域的可用聯邦醫療保險處方藥計劃、聯邦醫療保險健保計劃，以及 Medigap（聯邦醫療保險補充保險）政策，提供個人化資訊。這些工具可協助您 <i>估算</i> 在不同的聯邦醫療保險計劃下的自付費用金額。 <p>您也可以利用該網站向聯邦醫療保險提出任何關於本計劃的投訴。</p> <ul style="list-style-type: none">● 向聯邦醫療保險提出申訴：您可以直接向聯邦醫療保險提出關於本計劃的投訴。如要向聯邦醫療保險提出申訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。聯邦醫療保險會審慎處理您的申訴，並運用此資訊協助改善聯邦醫療保險計劃的品質。 <p>如果您沒有電腦，則您當地的圖書館或老人中心或許可協助您使用他們的電腦瀏覽此網站。或您可致電聯邦醫療保險，告訴他們您正在搜尋哪些資訊。他們會在網站上找到資訊並與您一同檢閱。（您可以致電聯邦醫療保險：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。）</p>

第 2 章：重要電話號碼與資源**第 3 節 State Health Insurance Assistance Program****(提供免費協助與資訊，並回答您關於聯邦醫療保險的問題)**

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 是一項政府計劃，在每個州都有受過訓練的顧問。在加利福尼亞州，SHIP 稱為 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)。

HICAP 是一個獨立（與任何保險公司或健保計劃皆無關聯）的州政府計劃，由聯邦政府提撥資金，為投保聯邦醫療保險者提供免費的當地健康保險諮詢。

HICAP 顧問能幫助您了解聯邦醫療保險權益、針對醫療照護或服務提出申訴，以及解決與聯邦醫療保險帳單相關的問題。HICAP 顧問可以在聯邦醫療保險相關疑問或問題上協助您，幫助您了解您的聯邦醫療保險計劃選擇，並回答有關轉換計劃的問題。

使用 SHIP 及其他資源的方式：

- 請前往 <https://www.shiphelp.org>（按一下頁面中央的 SHIP LOCATOR）
- 然後從清單中選擇您的所在州 (STATE)。這會將您轉到一個網頁，列出專屬於該州的電話號碼與資源。

方式	HICAP (加州 SHIP) - 聯絡資訊
請致電	(800) 434-0222
郵寄	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
網站	aging.ca.gov/hicap/

第 2 章：重要電話號碼與資源**第 4 節 品質改善組織**

各州都有為聯邦醫療保險受益人服務的指定品質改善組織。加州的品質改善組織稱為「Livanta」。

Livanta 由一群醫生和其他健康照護專業人員組成，這些人員受聘於聯邦醫療保險，負責檢查並協助改善聯邦醫療保險保戶的照護品質。Livanta 為獨立組織。該組織與我方計劃並無關聯。

如有任何下列情況，則您應聯絡 Livanta：

- 您欲針對獲得的照護品質提出申訴。
- 您認為您的住院承保結束過早。
- 您認為您的居家式健康照護、專業護理之家照護，或綜合門診復健設施 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服務承保結束過早。

方式	Livanta：（加州品質改善組織）- 聯絡資訊
請致電	(877) 588-1123 週一至週五上午 8 時至下午 5 時，週六及週日上午 11 時至下午 3 時，假日上午 7 時至下午 3:30。
聽障專線 (TTY)	(855) 887-6668 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。
郵寄	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
網站	livantaqio.com

第 2 章：重要電話號碼與資源**第 5 節 社會安全局**

社會安全局負責判定聯邦醫療保險的資格及處理投保事宜。符合特定條件的美國公民及合法永久居民，只要年滿 65 歲、具有身心障礙，或罹患末期腎臟疾病，皆符合聯邦醫療保險的投保資格。如果您已經有領取社會安全局支票，您將自動投保聯邦醫療保險。如果您未領取社會安全局支票，您必須自行投保聯邦醫療保險。如欲申請投保聯邦醫療保險，可致電社會安全局，或前往您當地的社會安全局辦公室。

社會安全局也負責判定有哪些人因為收入較高，而必須為其 D 部分處方藥物承保支付額外費用。如果您收到社會安全局來信要求您必須支付額外費用，而您對該費用有疑問，或您因為重大變故而收入減少，您可致電社會安全局要求重新考慮。

如果您搬家或變更通訊地址，請務必告知社會安全局。

方式	社會安全局 — 聯絡資訊
請致電	<p>1-800-772-1213</p> <p>以上號碼為免付費電話。服務時間為週一至週五上午 8 時至晚上 7 時。</p> <p>您一天 24 小時皆可以使用社會安全局的自動語音專線服務取得預錄的資訊或處理某些業務。</p>
聽障專線 (TTY)	<p>1-800-325-0778</p> <p>本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。</p> <p>以上號碼為免付費電話。服務時間為週一至週五上午 8 時至晚上 7 時。</p>
網站	<p>www.ssa.gov</p>

第 2 章：重要電話號碼與資源**第 6 節 Medicaid (Medi-Cal)**

Medi-Cal 是一項聯邦與州政府的聯合計劃，對收入及資源有限的某些人士提供醫療費用援助。在加州，此計劃稱為 Medi-Cal。部分投保聯邦醫療保險的人亦符合資格申請 Medi-Cal。

透過 Medi-Cal 提供的計劃可幫助擁有聯邦醫療保險的人支付其聯邦醫療保險費用，例如其聯邦醫療保險保費。這些**聯邦醫療保險儲蓄計劃**包括：

- **符合資格的聯邦醫療保險受益人 (QMB)**：協助支付聯邦醫療保險 A 部分與 B 部分保費，及其他分攤費用，如自付額、共保額及共付額。（部分擁有 QMB 的人亦符合資格享有 Medicaid 完整福利 (QMB+)。）
- **特定低收入聯邦醫療保險受益人 (SLMB)**：協助支付 B 部分保費。（部分擁有 SLMB 的人亦符合資格享有 Medicaid 完整福利 (SLMB+)。）
- **符合資格的個人 (QI)**：協助支付 B 部分保費。
- **符合資格之身心障礙與勞動個人 (QDWI)**：協助支付 A 部分保費。

若要瞭解更多關於 Medi-Cal 及其計劃，請聯絡加州衛生保健服務部 (DHCS)。

方式	由加州衛生服務部管理的 Medi-Cal (即加州的 Medicaid 計劃) — 聯絡資訊
請致電	(800) 541-5555 開放時間為週一至週五上午 8 時至下午 5 時；不包括州定假日。
郵寄	California Department of Health Care Services Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
網站	dhcs.ca.gov

第 2 章：重要電話號碼與資源

第 7 節 處方藥費援助計劃資訊

Medicare.gov 網站 (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) 提供有關如何降低處方藥費用的資訊。對於收入有限的人士，還有其他計劃可提供協助，如下所述。

聯邦醫療保險的「額外補助」計劃

聯邦醫療保險提供「額外補助」，幫助收入和資源有限的人士支付處方藥費。資源包括您的儲蓄與股票，但不包含您的房屋或汽車。如果您符合資格，則您可在支付任何聯邦醫療保險藥物計劃的每月保費、每年自付額，以及處方共付額時獲得援助。此「額外補助」也計入您的自付費用。

如果您自動符合「額外補助」的資格，聯邦醫療保險會寄信給您。您不需要申請。如果您沒有自動符合資格，您可能可以獲得「額外補助」來支付處方藥物保費及費用。如需確認您是否符合「額外補助」的資格，請致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時；
- 社會安全辦公室電話：1-800-772-1213，服務時間為週一至週五早上 8 點到晚上 7 點。聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-800-325-0778；或
- 您的州政府 Medicaid 辦事處（聯絡資訊請參閱本章第 6 節）。

如果您認為自己符合「額外補助」資格，並且您在藥局領取處方藥時支付的分攤費用金額不正確，本計劃有相關流程，讓您可以請求協助取得適當共付額等級之證明，或您若持有相關證明，請提供給我們。

- 如果我們收到您的共付額等級證明，我們將會更新系統，使您得以於下次在藥局領取處方藥時得以支付正確的共付額。如果您的共付額有溢繳，我們會為您報銷。我們會向您提供溢繳金額的支票，或者減免未來的共付額。如果藥局未收取您的共付額，而是為您記帳，則我們將會直接向藥局付款。如果州政府代表您付款，則我們會直接付款給州政府。如有疑問，請聯絡福全健保會員服務部。

第 2 章：重要電話號碼與資源

如果您擁有「額外補助」與 AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 會有什麼影響嗎？

什麼是 AIDS Drug Assistance Program (ADAP)？

AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 協助符合 ADAP 資格的 HIV/愛滋病患者能獲得拯救生命的 HIV 治療藥物。同時列於 AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 處方集內的聯邦醫療保險 D 部分處方藥物，也符合由 ADAP 加州辦公室補助處方分攤費用的資格。

注意：個人必須符合特定標準，方能符合所在州 ADAP 的資格。這些標準包括州居住證明和 HIV 狀態、州定義的低收入，以及未投保/保險不足狀態。如果您變更計劃，請通知您當地的 ADAP 登錄工作人員，以便您可以繼續獲得協助。如需資格標準、承保藥物或投保此計劃方式的資訊，請致電 1-844-421-7050。

Medicare Prescription Payment Plan

Medicare Prescription Payment Plan 是一種新的付款選項，可與您目前的藥物承保計劃配合使用，透過**將每月費用分攤到一整年（1 月至 12 月）**，幫助您管理藥物費用。**這個付款選項可幫助您管理開支，但不能為您省錢或降低藥物費用。**對於符合資格的人而言，聯邦醫療保險的「額外補助」以及 SPAP 和 ADAP 的補助，比參加聯邦醫療保險處方藥付款計劃更有利。無論收入等級如何，所有會員均有資格參加此付款選項，而且所有聯邦醫療保險藥物計劃和附帶藥物承保的聯邦醫療保險健保計劃都必須提供此付款選項。請聯絡我們或造訪 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)，以瞭解這個付款選項是否適合您使用。

第 2 章：重要電話號碼與資源

方式	Medicare Prescription Payment Plan – 聯絡資訊
請致電	(833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) 本號碼為免付費電話且將進行通話錄音。服務時間為 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，以及 4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。
聽障專線 (TTY)	711 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。 本號碼為免付費電話且將進行通話錄音。服務時間為 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，以及 4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。
郵寄	Clever Care Health Plan Attn: Enrollment Department 7711 Center Ave, Suite 100 Huntington Beach, CA 92647 電子郵件：enrollment@ccmapd.com
網站	zh.clevercarehealthplan.com

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一個獨立的聯邦機構，為全國的鐵路從業者及其家屬管理各種福利計劃。如果您是透過鐵路職工退休管理局獲得聯邦醫療保險，則如果您搬家或通訊地址變更，請務必告知他們。如果您對於自己的鐵路職工退休管理局福利有問題，請聯絡該機構。

第 2 章：重要電話號碼與資源

方式	鐵路職工退休管理局 — 聯絡資訊
請致電	(877) 772-5772 以上號碼為免付費電話。 在每週一、二、四、五上午 9 時至下午 3 時 30 分、週三上午 9 時至中午 12 時，如果您按下「0」，即可與鐵路職工退休管理局代表通話。 您亦可隨時（包括假日與非假日）按下「1」，接通鐵路職工退休管理局語音服務專線並取得預錄的資訊。
聽障專線 (TTY)	(312) 751-4701 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。 以上號碼並非免費電話。
網站	rrb.gov/

第 9 節 您是否有團體保險或其他雇主提供的健康保險？

如果您、您的配偶或同居人，享有您、您配偶或同居人之雇主或退休團體所提供的本計劃福利，則您如有任何疑問，可致電雇主／工會管理員或會員服務部。您可以諮詢的內容包括您、您配偶或同居人的雇主或退休人員健康福利、保費或投保期間。（會員服務部電話號碼請參閱本文件封底。）您亦可致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227；聽障專線 (TTY)：1-877-486-2048）向其詢問您在此計劃下的聯邦醫療保險承保相關事項。

如果您擁有透過您、您配偶或同居人的雇主或退休團體取得之其他處方藥物承保，請**聯絡該團體的福利管理人員**。福利管理人員可以幫助您判定，您目前的處方藥物承保是否可與本計劃並存。

第 3 章：

將本計劃

用於您的醫療服務

第 3 章：將本計劃用於您的醫療服務

第 1 節 以本計劃會員的身分接受醫療照護時的須知

本章說明關於使用本計劃取得承保醫療照護的須知事項。以下將說明用語的定義，以及您接受本計劃承保的治療、服務、設備、處方藥物及其他醫療照護時需要遵循的規則。

如要瞭解本計劃承保的醫療照護內容，以及您在接受這些照護時應支付的費用的詳細資訊，請參閱下一章，亦即第 4 章（**醫療福利表（承保內容和您支付的費用）**）所提供的福利表。

第 1.1 節 何謂網路醫療機構及承保服務？

- **醫療機構**係指經州政府授予執照以提供醫療服務與照護的醫生及其他醫療照護專業人士。醫療機構一詞也包含醫院及其他健康照護機構。
- **網路醫療機構**係指與我們訂有協議的醫生及其他醫療照護專業人士、醫療團隊、醫院，及其他健康照護機構，他們接受我們的付款及您的費用分攤金額，以作為全額的支付。我們已經安排好由這些醫療機構向本計劃會員提供承保服務。參加我方網路的醫療機構為您提供照護並直接向我們收費。如果您到網路醫療機構就醫，則您只需要為其服務支付您的分攤費用。
- **承保服務**係指本計劃所承保的一切醫療照護、健康照護服務、用品設備及處方藥物。您的醫療照護承保服務列於第 4 章的福利表。第 5 章說明您的處方藥物承保服務。

第 1.2 節 接受本計劃承保服務的基本規則

作為聯邦醫療保險健保計劃，我們必須承保所有 Original Medicare 的承保服務，並且必須遵守 Original Medicare 的承保規則。

只要符合以下條件，本計劃通常將承保您的醫療護理：

- **您接受的照護包含於本計劃的福利表中**（該表格請參閱本文件第 4 章）。
- **您所接受的照護被認定為醫療上有必要**。醫療上有必要係指為預防、診斷或治療您的醫療狀況所需，且符合獲認可之醫療實務標準的服務、用品、設備或藥物。

第 3 章：將本計劃用於您的醫療服務

- **您擁有網路家庭醫生 (PCP) 負責提供並監督您的照護。**身為本計劃會員，您必須選擇網路家庭醫生（相關詳細資訊請參閱本章第 2.1 節）。
 - 在大多數的狀況下，您在使用本計劃網路中其他醫療機構（例如專科醫生、醫院、專業護理之家，或居家式健康照護機構）之前，必須事先獲得網路家庭醫生的核准。這稱為提供您轉診。相關詳細資訊請參閱本章第 2.3 節。
 - 急救照護或緊急需求服務不需要由您的家庭醫生轉診。您還可接受其他類型的照護而不需要事先經過您的家庭醫生核准。（相關詳細資訊請參閱本章第 2.2 節）
- **您必須接受由網路醫療機構提供的照護**（相關詳細資訊請參閱本章第 2 節）。在大多數的狀況下，您接受由網路外醫療機構（未參與我方計劃的網路醫療機構）提供的照護不會獲得承保。這表示您必須全額支付醫療機構所提供的服務。*以下三種狀況為例外：*
 - 本計劃承保您接受的由網路外醫療機構提供的急救照護或緊急需求服務。相關詳細資訊及急救或緊急需求服務之涵義，請參閱本章第 3 節。
 - 如果您需要接受的醫療照護係聯邦醫療保險要求本計劃承保之項目，但本計劃的網路內並無可提供該照護的專科醫生，則您可接受由網路外醫療機構提供的照護，且與一般網路內的分攤費用相同。然而，在尋求照護之前，必須預先取得本計劃的授權。在此情況下，您所支付的費用將與您接受由網路醫療機構提供服務之費用相同。關於取得核准以便向網路外醫生求診，詳細資訊請參閱本章第 2.4 節。
 - 本計劃會承保您在聯邦醫療保險認證的透析機構接受的腎臟透析服務，若您暫時不在本計劃的服務區域內，或為您提供這項服務的醫療機構暫時無法提供服務或無法前往。您為透析支付給計劃的分攤費用永遠不得超過 Original Medicare 的分攤費用。如果您在本計劃的服務區域外，並在計劃網路外的醫療機構接受透析，您的分攤費用不得超過您在網路內支付的分攤費用。但是，如果平常為您進行透析的網路內醫療機構暫時無法提供服務，且您選擇在服務區域內獲得由計劃網路外醫療機構提供的服務，則透析的分攤費用可能較高。

第 3 章：將本計劃用於您的醫療服務

第 2 節 使用本計劃網路的醫療機構取得醫療照護

第 2.1 節 您必須選擇家庭醫生 (PCP) 為您提供並監督醫療照護

何謂家庭醫生？他們可以為您做什麼？

您加入本計劃時，必須選擇一個計劃醫療機構擔任您的家庭醫生 (PCP)。您的家庭醫生將是持照的健康照護專業人員，其將成為您的健康夥伴。從專長於家庭醫學、一般醫學或內科的醫生中挑選。

第 3 章：將本計劃用於您的醫療服務

您的家庭醫生將負責提供及協調您的醫療照護，因此您應將您過去所有的醫療記錄發送至家庭醫生的診所。您大部分例行性健康護理需求將先向家庭醫生就診。您的家庭醫生也將負責安排或協調您身為本計劃會員所接受的其餘承保服務。這包括但不限於：

- X 光
- 實驗室檢驗
- 治療
- 專科醫生照護
- 住院
- 追蹤照護

協調您的服務包括針對您的照護內容與進展，向其他的計劃醫療機構確認或諮詢。如果您需要特定類型的承保服務或物品，則您必須事先取得家庭醫生的書面核准，例如提供轉診單讓您可向專科醫生求醫。

在某些狀況下，您的家庭醫生、專科醫生，或其他您正由其治療的醫療機構，將需要為特定類型的承保服務及物品取得我們的預先授權（預先核准）。需要事先授權的服務及物品清單請參閱本手冊第 4 章。

如何選擇家庭醫生？

當您投保本計畫時，您必須先從我們的網路選擇醫療團隊或獨立醫生協會 (IPA)；然後選擇與該團隊合作的家庭醫生。選擇家庭醫生時，您也可以選擇醫院以及與家庭醫生相關的專科網路。如果您想使用特定的專科醫生或醫院，請確保他們是家庭醫生醫療網路的一部分。這很重要，因為它將有助於確保您不會產生與您照護相關的網路外費用。

要選擇家庭醫生，請前往我們的網站 zh.clevercarehealthplan.com/provider。請務必寫下該醫生的姓名及 ID 編號。這組編號將需要寫在投保申請書中。如果您未選擇家庭醫生，或如果本計劃無法使用您選擇的家庭醫生，則我們將會自動為您指派一位。會員服務部代表亦可協助您選擇家庭醫生。

您投保本計劃後，我們會寄發一張福全健保會員 ID 卡給您。您的家庭醫生姓名和電話號碼都會印在這張卡上。

變更家庭醫生

您可以隨時因任何理由變更您的家庭醫生。您的家庭醫生也有可能退出本計劃的醫療機構網路，這代表您必須尋找新的家庭醫生，或為您重新指派一位。有許多家庭醫生都與醫療

第 3 章：將本計劃用於您的醫療服務

團隊或獨立醫生協會 (IPA) 均有配合，而這些組織都有預先決定的專科醫生、其他醫療保健提供者與機構名單（例如醫院）。如果您選擇來自某個醫療團隊/IPA 中的家庭醫生，則您的家庭醫生將會引導您向這一組醫療機構及醫院（可視為醫療機構的子網路）尋求照護。

如果您希望更換家庭醫生和/或為您指定的醫療團隊/IPA，請致電會員服務部。如果您要向專科醫生求診或取得其他需要家庭醫生核准的承保服務（例如居家式健康服務，以及耐用醫療設備），請告訴我們。我們的代表將會協助確保您在變更家庭醫生後，可繼續接受您所需要的專科照護及其他您變更家庭醫生前的服務。我們的代表也會確認您想選擇的新家庭醫生能夠接收新患者。

變更申請必須在當月最後一天或之前收件（例如 3 月 31 日）。該變更將在下個月首日生效（例如 4 月 1 日）。

您將收到印有新資訊的新會員卡。如果您選用的家庭醫生未印於您的 ID 卡上，則您需要支付較高的分攤費用，或理賠申請可能遭拒。

第 2.2 節 您可接受哪些醫療照護，而不需要透過家庭醫生轉診？

您可以接受下列的服務而無需事先經過家庭醫生核准。

- 由網路醫療機構提供的例行性女性衛生保健，包括乳房檢查、乳房攝影篩檢（乳房 X 光攝影）、子宮頸抹片檢查和骨盆檢查。
- 由網路醫療機構提供的流感疫苗、COVID-19 疫苗、B 型肝炎疫苗及肺炎疫苗。
- 急救服務，不論來自網路或網路外醫療機構
- 緊急需求計劃承保的服務，即需要立即醫療照護且非急救的服務（無論您是否位於我們的簽約服務區域內）。緊急需求服務的例子包括不可預見的醫學疾病和傷害，或現有病症意外發作。但是，醫療必需的例行性醫療機構就診（例如年度檢查），即使您在計劃服務區域外或計劃網路暫時無法使用，也不會被視為緊急需求。

第 3 章：將本計劃用於您的醫療服務

- 您接受經聯邦醫療保險認證的透析機構提供的腎臟透析服務，如果您暫時不在本計劃的服務區域內。如有可能，請在離開服務區域前聯絡會員服務部，讓我們可以協助您安排在異地持續接受透析服務。

第 2.3 節 如何取得專科醫生及其他網路醫療機構的照護

專科醫生是指對特定疾病或身體部位提供健康照護服務的醫生。有很多種專科醫生。例如：

- 腫瘤科醫生負責癌症病患的照護。
- 心臟科醫生負責心臟疾病患者的照護。
- 骨科醫生負責特定骨骼、關節或肌肉問題患者的照護。

您的家庭醫生會為您提供專科醫生的轉診。每個家庭醫生都有特定的轉診用計劃專科醫生。這表示您選擇的家庭醫生也會決定為您看診的專科醫生。

如果您希望使用特定的醫院，您必須先了解其是否屬於您的醫療團隊/IPA，且您的家庭醫生是否有使用這些醫院。

如果專科醫生或其他網路醫療機構退出我方計劃，該怎麼辦？

我們可能會在年度中變更您計劃中的醫院、醫生和專科醫生（醫療機構）。如果您的醫生或專科醫生退出您的計劃，您擁有的特定權利和保障如下摘要所示：

- 儘管我們的醫療機構網路在當年度可能會變更，但聯邦醫療保險要求我方必須讓您持續獲得合格醫生和專科醫生的服務。
- 如果您的醫療機構退出計劃，我們會通知您，以便您有時間選擇新的醫療機構。
 - 如果您的家庭醫生或行為健康醫療機構退出本計劃，且您在過去三年內曾前往該處就診，我們將通知您。
 - 如果您的任何其他醫療機構退出本計劃，若您被指派到該醫療機構、目前正在接受該醫療機構提供的照護，或在過去三個月內曾前往該處就診，我們將通知您。

第 3 章：將本計劃用於您的醫療服務

- 我們將協助您選擇合格的網路內新醫療機構，以便您可以繼續獲得照護。
- 如果您正在接受目前醫療機構的治療或療程，您有權要求繼續接受醫療上有必要的治療或療程，我們將與您合作確保您的需求得到滿足。
- 關於您可利用的不同投保期以及您在變更計劃上可能會有的選擇，我們將為您提供相關資訊。
- 當網路內醫療機構或福利無法或不足以滿足您的醫療需求時，我們將在本計劃的醫療機構網路之外安排任何醫療上必要的承保福利，但分攤費用與網路內醫療機構相同。請參閱第 4 章的醫療福利表，以瞭解哪些服務需要預先授權。
- 如果您發現您的醫生或專科醫生要退出您的計劃，請聯絡我們，以便我們協助您尋找新的醫療機構管理您的照護。
- 如果您認為我們沒有為您提供合格的醫療機構來代替您先前的醫療機構，或者您的照護未得到適當管理，您有權向品質改善組織 (QIO) 或/及本計劃提出醫療品質的申訴。請參閱第 9 章。

第 2.4 節 如何取得由網路外醫療機構提供的照護

注意：會員有權接受網路外醫療機構的急救服務或緊急需求服務。此外，末期腎臟疾病會員如果因離開計劃服務區域而無法使用簽約的末期腎臟疾病醫療機構，則本計劃必須承保其透析服務。

第 3 節 如何在您有緊急狀況或緊急照護需求或遭遇災難時取得服務

第 3.1 節 在您有醫療緊急狀況時取得照護

何謂醫療緊急狀況？如果您遭遇此種狀況，該怎麼辦？

醫療緊急狀況係指當您或具備健康與醫療一般知識的任何其他謹慎的非醫療專業人士，認為您具有一些需要立即獲得醫療照護的醫學症狀，以防發生危及性命（且如您是孕婦則以防胎兒流產）、截肢或喪失肢體功能，以及對身體功能有嚴重損害之情況。醫學症狀可能是疾病、傷勢、嚴重疼痛或會迅速惡化的醫療狀況。

第 3 章：將本計劃用於您的醫療服務

如果您遭遇醫療緊急狀況：

- **請盡快尋求協助。**請致電 119 求援，或前往最近的急診室或醫院。如果需要，請叫救護車。您不需要先經過家庭醫生的核准或轉診。您無需使用網路內醫生。只要是在美國境內或屬地內，均可隨時向任何持有適當州執照的醫療機構取得承保的急救醫療照護，即使這些醫療機構並不屬於我們網路。
- **請盡快確保您的緊急狀況已告知本計劃。**我們需要追蹤您的急救照護。您或任何他人應聯絡我們，告知您所接受的急救照護。這通常需於 48 小時內完成。電話號碼列於計劃會員卡背面。

如果您遭遇醫療緊急狀況，有哪些承保項目？

如果您使用任何其他方式前往急診室都可能危及您的健康，而需要使用救護車服務時，本計劃會承保該服務。我們也承保緊急情況下的醫療服務。

提供您急救照護的醫生將會判定您的情況何時可視為穩定，並終止該醫療緊急狀況。

在緊急狀況結束後，您可接受後續照護以確保您的情況穩定。您的醫生將持續治療您，直到醫生聯絡我們並規劃額外的照護。本計劃會承保您的後續照護。

如果您的急救照護是由網路外醫療機構所提供，則我們會在您的醫療狀況及環境允許的前提下，嘗試盡快安排由網路醫療機構接手您的照護。

如果那不是醫療緊急狀況，會發生什麼事？

有時候很難確定您經歷的是否為醫療緊急狀況。例如，您可能認為自己的健康遭遇重大的危險而尋求急救照護，而醫生卻說這完全不是醫療緊急狀況。在最終判定並非醫療緊急狀況的案例中，如果您合理認為自己的健康遭遇重大危險，則我們也會承保您的照護。

然而，在醫生表示並非醫療緊急狀況的案例中，對於額外照護，我們只為下列兩種情況提供承保：

- 您的額外照護是由網路醫療機構提供。

第 3 章：將本計劃用於您的醫療服務

- - 或是 - 您的額外照護被認定為緊急需求服務，並且您確實遵循接受急診照護的規則（詳細資訊請參閱下文第 3.2 節）。

第 3.2 節 在您有緊急服務需求時取得照護

何謂緊急需求服務？

如果您暫時不在計劃服務區域內，或由於您的時間、地點和情況從與計劃簽約的網路醫療機構處取得此服務並不合理，則需要立即就醫而非急救的計劃承保服務即為緊急需求服務。緊急需求服務的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害，或現有病症意外發作。但是，醫療必需的例行性醫療機構就診（例如年度檢查），即使您在計劃服務區域外或計劃網路暫時無法使用，也不會被視為緊急需求。

您應該務必先嘗試自本計劃網路內之醫療機構取得緊急需求服務。如網路醫療機構無法提供服務或無法前往，而等待網路醫療機構可以提供服務時再取得照護亦不合理，我們將承保您在網路外醫療機構處獲得的緊急需求服務。急診照護中心清單可在我們的醫療機構目錄中找到，網址為：zh.clevercarehealthplan.com/provider，或是致電會員服務部，電話號碼列於本手冊封底。

如果您需要急診照護，請先聯絡您的家庭醫生或醫療團隊。如果兩者都無法使用，您可以致電我們的 24 小時護士專線，電話號碼是 1-800-396-1961，或者致電 Teladoc 1-800-TELADOC (835-2362)。

若是以下情況，本計劃承保全世界的美國境外急救與急診照護服務：在美國及其屬地境外所接受，符合緊急、急救與後續穩定照護之定義的服務。本福利每年額度上限為 \$100,000。如要瞭解更多詳細資訊，請參閱本手冊第 4 章醫療福利表中的「全球急救／急診承保」，或以本手冊封底上的電話號碼聯絡會員服務部。

第 3 章：將本計劃用於您的醫療服務

第 3.3 節 在災害期間取得照護

如果您的所在州州長、美國衛生及公共服務部 (Secretary of the Department of Health and Human Services)，或美國總統宣佈您所在地理區域的州進入災害或緊急狀態，則您仍有權透過您的計劃取得照護。

請造訪以下網站以了解如何在災害期間取得需要的照護：zh.clevercarehealthplan.com。

如果您於災害期間無法運用網路醫療機構，則您的計劃將允許您以網路內的分攤費用，接受網路外醫療機構的照護。如果您於災害期間無法使用網路藥局，則您得於網路外藥局領取您的處方藥。詳細資訊請參閱第 5 章第 2.5 節。

第 4 節 如果您直接收到所接受服務的全額帳單，該怎麼做？

第 4.1 節 您可要求我們支付我方的承保服務分攤費用

如果您為承保服務支付的費用高於您的計劃分攤費用，或如果您收到承保醫療服務的全額帳單，請參閱第 7 章（*針對承保醫療服務或藥物，要求我方支付分攤費用*）瞭解應對措施。

第 4.2 節 針對我方計劃不予承保的服務，您必須支付全額費用

本計劃承保本文件第 4 章醫療福利表所列之所有醫療上必要的服務。如果您接受不在我們計劃承保範圍內的服務，或從網路外獲得未經授權的服務，您有責任支付全額服務費用。

對於設有福利上限的承保服務，如果您用盡該承保服務類型的福利額度，則您需支付任何後續服務的全額費用。一旦達到福利額度上限，您為服務支付的費用將不再計入年度自付費用上限。關於福利額度上限及自付費用上限，詳細資訊請參閱第 4 章。您可以致電會員服務部瞭解您使用了多少福利限額。

第 3 章：將本計劃用於您的醫療服務

第 5 節 如果您參與臨床研究試驗，則您的醫療服務將如何承保？

第 5.1 節 何謂臨床研究試驗？

臨床研究試驗亦稱為 *臨床試驗*，是醫生及科學家用於測試新的醫療照護類型的方法，例如某種癌症新藥的藥效。某些臨床研究已獲得聯邦醫療保險核准。聯邦醫療保險核准的臨床研究試驗通常會要求志願者參與試驗。

聯邦醫療保險核准該試驗，且您對試驗表示有興趣後，試驗人員便會與您聯絡，進一步說明試驗細節，並檢視您是否符合負責執行試驗的科學家所設定的條件。只要您符合試驗的條件，並且您充分瞭解並接受參與試驗的相關事項，您便可參與試驗。

如果您參與經聯邦醫療保險核准的試驗，則 Original Medicare 會為您參與試驗期間所接受的承保服務負擔大部分費用。如果您告訴我們您正在參與一項合格的臨床試驗，則您僅需負責該試驗服務的網路內分攤費用。如果您支付更多費用，例如您已經支付 Original Medicare 的分攤費用金額，我們便為您報銷您所支付的費用與網路內分攤費用之間的差額。但是，您需要提供文件證明您支付了多少費用。如果您參與臨床研究試驗，您可以繼續投保本計劃，並繼續透過本計劃取得與試驗無關的其餘照護。

如果您想要參與經過聯邦醫療保險核准的臨床研究試驗，您 不需要告知我們，也不需要我方或您的家庭醫生同意。在臨床研究試驗中向您提供服務的醫療機構 不需要是本計劃的網路醫療機構。請注意，這不包括本計劃負責的福利，且其組成部分之一是評估福利的臨床試驗或登記。這些福利包括需依據證據發展承保的全國承保裁決 (national coverage determinations requiring coverage with evidence development, NCDs-CED) 和研究用醫療器材豁免 (Investigational Device Exemption, IDE) 試驗中規定的某些福利，並可能需要預先授權並遵守其他計劃規則。

雖然您不需要取得本計劃的許可即可參與由 Original Medicare 為聯邦醫療保險優勢投保人進行承保之臨床研究試驗，但我們鼓勵您在選擇參與符合聯邦醫療保險資格的臨床試驗時提前通知我們。

第 3 章：將本計劃用於您的醫療服務

如果您參與的研究試驗未經聯邦醫療保險核准，則您將必須負責支付參與該試驗的所有費用。

第 5.2 節 如果您參與臨床研究試驗，其中的各項費用將各自由誰支付？

如果您參與的臨床研究試驗經過 Original Medicare 核准，則您在試驗期間接受的例行性項目及服務皆有承保，例如：

- 聯邦醫療保險將負擔住院時的房間與膳食，即便您並未參與試驗。
- 研究試驗中的手術或其他醫療處置。
- 新型照護副作用與併發症的治療。

在聯邦醫療保險為這些服務支付其分攤費用後，本計劃將支付 Original Medicare 的分攤費用和您作為本計劃會員的網路內分攤費用之間的差額。這表示您為試驗服務所支付的費用將與透過本計劃接受這些服務的費用相同。但是，您必須提出顯示您支付多少分攤費用的文件。關於提出支付請求，詳細資訊請見第 7 章。

以下是分攤費用的計算方式範例：例如您在研究試驗中接受了要價 \$100 的醫學檢驗。假設您為該檢驗負擔的分攤費用在 Original Medicare 之下為 \$20，但是在本計劃的福利下為 \$10。在此情況下 Original Medicare 會為檢驗支付 \$80，而您則需支付 Original Medicare 所要求的 \$20 共付額。然後，您將通知您的計劃，說明您已接受合格的臨床試驗服務並繳交文件，例如醫療機構向計劃請款的帳單。本計劃會直接支付您 \$10。因此，您的淨付款額為 \$10，與您在本計劃福利下支付的金額相同。請注意，為了從您的計劃獲得付款，您必須向您的計劃繳交文件，例如醫療機構帳單。

如果您參與了臨床研究試驗，則**聯邦醫療保險與本計劃皆不會理賠下列任何項目：**

- 聯邦醫療保險一般而言不負擔該試驗所測試的新型項目或服務，除非它們是聯邦醫療保險在您沒有參與研究時，原本就予以承保的項目或服務。

第 3 章：將本計劃用於您的醫療服務

- 僅為蒐集資料而提供，並未直接用於健康照護的項目或服務。例如，假設您的病症通常只需要一次 CT 掃描，則聯邦醫療保險將不理賠試驗中的任何每月 CT 掃描。
- 通常由研究贊助單位免費為任何試驗投保人提供物品和服務。

您想了解更多資訊嗎？

關於參與臨床研究試驗，如要瞭解更多資訊，請造訪聯邦醫療保險網站，閱讀或下載出版物「聯邦醫療保險及臨床研究試驗」(Medicare and Clinical Research Studies)。(該出版物的下載網址為：www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf。)您亦可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。

第 6 節 於宗教性非醫療健康照護機構取得照護的規則

第 6.1 節 何謂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一種機構，針對通常在醫院或專業護理之家治療的病症提供照護。如果在醫院或專業護理之家接受照護違反會員的宗教信仰，則我們將轉而承保在宗教性非醫療健康照護機構接受的照護。本福利僅限 A 部分住院服務（非醫療健康照護服務）。

第 6.2 節 自宗教性非醫療健康照護機構取得照護

如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，表明您是有意識地反對接受**非排他 (non-excepted)** 治療。

- **非排他**醫療照護或治療係指任何**自願且並非由**任何聯邦、州或地方法律所規定的醫療照護或治療。
- **排他性**醫療照護係指任何**非自願或由**聯邦、州或地方法律所規定的醫療照護或治療。

第 3 章：將本計劃用於您的醫療服務

如欲獲得我方計劃的承保，您接受自宗教性非醫療健康照護機構的服務必須符合下列條件：

- 該設施提供的照護必須通過聯邦醫療保險驗證。
- 本計劃針對您接受的服務所提供的承保僅限於非宗教性質的照護。
- 如果您在任何設施接受此等機構的服務，則適用以下的條件：
 - 您的健康狀況必須允許您接受我們予以承保的住院治療照顧或專業護理之家照護。
 - - 且 - 您必須在入住該設施前先取得本計劃的核准，否則您的住留將不予承保。

可能會有聯邦醫療保險住院治療的承保限制。有關聯邦醫療保險住院治療承保限制的更多資訊，請參閱福利表第 4 章。

第 7 節 耐用醫療設備的所有權規則

第 7.1 節 您在本計劃下支付特定金額後，是否會獲得耐用醫療設備的所有權？

耐用醫療設備 (DME) 包含各種物品，例如氧氣設備與耗材、輪椅、助行器、動力床系統、拐杖、糖尿病用品、言語生成裝置、靜脈注射幫浦、噴霧器，以及由醫療機構訂購且於住家中使用的醫院用床。某些物品永遠歸會員所有，例如義肢。在此狀況下，我們會商討您必須租用的其他 DME 類型。

在 Original Medicare 當中，租用特定類型 DME 的人士會在為該物品支付完 13 個月的共付額後，獲得其所有權。然而，作為本計劃的會員，無論您在作為本計劃會員的期間為該器材支付多少次共付額，您都不會獲得所租用之 DME 的所有權，即使您在加入本計劃之前依 Original Medicare 為該 DME 連續支付最多 12 期的費用。在某些有限的情況下，我們會將 DME 的所有權轉移給您。請致電會員服務部瞭解更多資訊。

第 3 章：將本計劃用於您的醫療服務

如果您轉換至 Original Medicare 會對您已經為耐用醫療設備支付的費用造成什麼影響？

如果您在本計劃下並未獲得 DME 物品的所有權，則您轉換至 Original Medicare 後，將必須再連續支付 13 期費用方能獲得其所有權。在投保您的計劃期間所支付的費用不計算在內。

範例 1：您連續為 Original Medicare 中的器材支付 12 次或以下的費用，然後加入本計劃。您在 Original Medicare 下支付的費用不計算在內。您必須向本計劃支付 13 期的款項，才能擁有該器材。

範例 2：您連續為 Original Medicare 中的器材支付 12 次或以下的費用，然後加入本計劃。您參加了本計劃，但在參加本計劃期間沒有獲得所有權。然後您再換回 Original Medicare。一旦您再次加入 Original Medicare，您必須重新連續支付 13 期費用才能擁有該器材。所有先前付款（無論是支付給本計劃或 Original Medicare）皆不計入。

第 7.2 節 氧氣設備、耗材與維護規定

您可享有哪些氧氣設備相關福利？

如果您符合聯邦醫療保險氧氣設備承保資格，我們將承保：

- 氧氣設備租金
- 氧氣及氧氣內容物供應
- 氧氣及氧氣內容物供應之配線及相關氧氣配件
- 氧氣裝置維護及維修

如果您退出本計劃或在醫療上不再需要氧氣設備，則必須歸還該氧氣設備。

如果您從您的計劃退保而重新加入 Original Medicare，會發生什麼事？

Original Medicare 要求氧氣供應商為您提供五年的服務。在最初 36 個月期間，您租用設備。剩下的 24 個月，由供應商提供設備和維護（您仍需負擔氧氣的共付額）。五年後，

第 3 章：將本計劃用於您的醫療服務

您可以選擇繼續用同一家公司或換成另一家公司。此時五年的週期會重新開始，即使您仍繼續用同一家公司，您仍需在前 36 個月支付共付額。如果您加入或退出本計劃，五年週期便會重新計算。

第 4 章：

醫療福利表

(承保與自費項目)

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

第 1 節 了解您的承保服務自付費用

本章提供醫療福利表，內容列舉您身為本計劃會員的承保服務，以及說明您要為每一項承保服務支付的費用。本章後半則提供關於不在承保範圍內之醫療服務的資訊。此外，本章也將說明特定服務的限制。

第 1.1 節 您可能需為承保服務支付的自付費用類型

為了了解我們在本章中向您提供的費用資訊，您需要了解您將為承保服務支付的自付費用類型。

- **自付額**是指在本計劃開始支付其分攤費用前，您必須先為某些類型醫療服務支付的金額。（第 1.2 節為您提供關於特定類別服務自付額的更多資訊。）
- **共付額**係指您每次接受特定醫療服務時支付的固定金額。您需於接受醫療服務時支付共付額。（第 2 節的醫療福利表會進一步說明共付額。）
- **共保額**是您需為特定醫療服務負擔的總額比例。您需於接受醫療服務時支付共保額。（第 2 節的醫療福利表會進一步說明共保額。）

大部分符合 Medicaid 或符合聯邦醫療保險受益人 (QMB) 計劃資格的人士，皆應永久免付自付額、共付額或共保額。請務必於適用時向您的醫療機構出示您的 Medicaid 或 QMB 資格證明。

第 1.2 節 本計劃也針對特定類別的服務，規定各自的自付額

我們對某些類型的服務有自付額。

本計劃對某些服務有自付額。在您支付自付額之前，您必須支付住院照護的全額費用。當您支付您的自付額後，我們將為這些服務支付我方的分攤費用，而您將支付您的分攤費用。這表示您達到計劃自付額或住院照護自付額兩者之一，我們將開始支付您獲承保的住院、心理健康和專業的護理照護之分攤費用。第 2 節的福利表提供了服務類別自付額。

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）**第 1.3 節 您為承保醫療服務支付的最高限額為何？**

由於您投保的是聯邦健保優勢計劃，因此對於本計劃所承保的網路內醫療服務，您所必須支付的年度自付費用設有上限。此上限稱為醫療服務「年度自付額上限」(MOOP)。在 2025 日曆年度，此金額為 \$9,350。

您為網路內承保服務支付的自付額、共付額及共保額都會計入年度自付費用上限。您為計劃保費和 D 部分處方藥所支付的費用不計入您的年度自付費用上限。如果您達到了 \$9,350 的年度自付費用上限，則您將無需再為今年度的網路內承保服務支付任何自付費用。然而，您必須持續支付您的計劃保費及聯邦醫療保險 B 部分保費；除非您的 B 部分保費是由 Medicaid 或其他第三方為您支付。

第 1.4 節 本計劃也會為您特定類型服務的自付費用設定上限

除了承保服務的年度自付費用上限（請參閱上述第 1.4 節）之外，我們還有僅適用於特定服務類型的個別年度自付費用上限。

2024 年住院治療照顧自付額為 \$1,632。在您支付自付額之前，您必須支付醫院住院治療照顧的全額費用。當您支付您的自付額後，我們將為這些服務支付我方的分攤費用，而您將在福利給付期的其餘時間支付您的分攤費用（共付額）。這表示您達到計劃自付額或醫院住院照顧自付額兩者之一後，我們將開始為您的承保住院治療照顧支付我方的分攤費用。

2024 年住院心理健康照護自付額為 \$1,632。在您支付自付額之前，您必須支付住院心理健康照護的全額費用。當您支付您的自付額後，我們將為這些服務支付我方的分攤費用，而您將在福利給付期的其餘時間支付您的分攤費用（共付額）。這表示您達到計劃自付額或住院心理健康照護自付額兩者之一後，我們將開始為您的承保住院心理健康照護支付我方的分攤費用。

第 1.5 節 本計劃不允許醫療機構向您收取差額負擔

身為本計劃會員，您獲得的一項重要保障是在達成任何自付額後，您在取得本計劃承保的服務時，只須支付您的分攤費用金額。醫療機構不得增加額外的單獨收費（稱為**差額負**

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

擔）。即使我們支付醫療機構的費用少於醫療機構收取的服務費用，且即使我方因爭議而不支付特定的醫療機構費用，此保障仍適用。

以下是此保障的運作方式。

- 如果您的分攤費用是共付額（一筆固定金額，例如 \$15.00），則您僅需為網路醫療機構的任何承保服務支付該金額。
- 如果您的分攤費用是共保額（總費用的百分比），則永遠不需支付超過該百分比的金額。但是，您的費用須視您就診的醫療機構類型而定：
 - 如果您從網路醫療機構取得承保服務，您支付的金額是共保額的百分比乘以計劃的報銷費率（如醫療機構和本計劃的合約中所訂定之費率）。
 - 如果您從參與聯邦醫療保險的網路外醫療機構處接受承保服務，您支付的金額是共保額百分比乘以聯邦醫療保險支付參與醫療機構的費率。（請記住，本計劃僅在特定情況下承保網路外醫療機構的服務，例如您獲得轉診、使用急救或緊急需求服務時。）
 - 如果您接受服務的網路外醫療機構並未參與聯邦醫療保險，您支付的金額是共保額百分比乘以聯邦醫療保險支付給未參與醫療機構的費率。（請記住，本計劃僅在特定情況下承保網路外醫療機構的服務，例如您獲得轉診、使用急救或不在服務區域內但需要緊急需求服務。）
- 如果您認為醫療機構要求您支付差額，請致電會員服務部。

第 2 節 使用醫療福利表了解承保範圍和您需支付的費用

第 2.1 節 計劃會員的醫療福利和費用

以下幾頁的醫療福利表列出本計劃承保的服務，還有您需為各服務支付哪些自付費用。D 部分處方藥物承保列於第 5 章。醫療福利表所列的服務僅在符合下列承保要求時才會獲得承保：

- 您的聯邦醫療保險承保的服務必須依據聯邦醫療保險制定的承保指南提供。

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

- 您的服務（包括醫療照護、服務、用品、設備及 B 部份處方藥物）必須有醫療上的必要性。醫療上的必要性係指為預防、診斷或治療您的醫療狀況所需，且符合獲認可之醫療實務標準的服務、用品或藥物。
- 對於新的投保人，您的 MA 協調照護計劃必須提供至少 90 天的過渡期，在此期間，任何有效療程使用新的 MA 計劃可能不需要事先授權，即使此療程是從網路外醫療機構開始的服務。
- 您從網路內醫療機構處接受照護。在大多數情況下，您從網路外醫療機構處接受的護理將不予承保，除非是急救或急診照護，或是由您的計劃或網路內醫療機構為您轉診。這表示您必須全額支付醫療機構所提供的服務。
- 您有一位家庭醫生 (PCP) 負責提供並監督您的照護。在大部分情況下，您的家庭醫生必須事先核准，您才能向本計劃網路內的其他醫療機構求診。這稱為提供您轉診。
- 醫療福利表中所列的部分服務僅在您的醫生或其他網路內醫療機構向我們取得事前核准（有時稱為預先授權）時方可獲得承保。需要事前核准的承保服務在醫療福利表中以粗體字標示。
- 我們也可能因您錯過約診或未於服務期間支付您需支付的分攤費用，而向您收取行政管理費。如果您對此行政管理費有任何疑問，請致電會員服務部。

關於我們承保的其他重要事項：

- 如同所有聯邦醫療保險健保計劃，我們承保 Original Medicare 承保的一切項目。對於其中某些福利，您在本計劃中支付的費用比在 Original Medicare 中支付的金額高。對於其他福利，您支付的費用較少。（如要瞭解 Original Medicare 的承保內容及費用，請參閱您的 *Medicare & You 2025* 手冊。請至 www.medicare.gov 線上檢視或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。）
- 對於 Original Medicare 免費承保的所有預防性服務，我們也會免費為您承保。但是，如果您在接受預防性服務時，同樣接受現有醫療狀況的治療或監測，則針對現有醫療狀況接受的照護將收取共付額。

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

- 如果聯邦醫療保險在 2025 年期間為任何服務新增承保，則聯邦醫療保險或本計劃都會承保這些服務。
- 如果您在本計劃視為持續符合資格的 2 個月期間內，我們將繼續提供所有計劃承保的福利，而且在此期間您的分攤費用金額不會變更。

對於患有特定慢性病之投保人的重要福利資訊

- 如果計劃的醫療機構診斷您患有下列慢性病並符合特定醫療標準，您可能資格獲得針對特定情況的補充福利和/或分攤費用減額：
 - 心血管疾病僅限於：
 - 心律不整
 - 冠狀動脈疾病
 - 周邊血管疾病
 - 慢性靜脈血栓性阻塞性疾病
 - 糖尿病
- 如需進一步詳細資訊，請參閱下方醫療福利表的 **VBID** 列。

對於符合「額外補助」資格之投保人的重要福利資訊：

- 如果您獲得「額外補助」以支付聯邦醫療保險處方藥計劃的費用，如保費、自付額和共保額，您可能資格獲得其他針對特定情況的補充福利和/或分攤費用減額。

如需進一步詳細資訊，請參閱第 6 章第 2.1 節

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

對於患有慢性病的投保人的重要醫療福利資訊

- 如果您被診斷出患有下列慢性病，並符合特定標準，您可能符合慢性病患者特殊補充福利的資格。

自體免疫疾病

- 結節性多發動脈炎
- 風濕性多肌痛症
- 多發性肌炎
- 類風濕性關節炎
- 全身性紅斑狼瘡

癌症

（不包括癌前病況或原位狀態）

心血管疾病

- 心律不整
- 冠狀動脈疾病
- 周邊血管疾病
- 慢性靜脈血栓栓塞性疾病

慢性酒精或藥物依賴

慢性及殘疾性心理健康障礙

- 躁鬱症
- 重度憂鬱症
- 妄想症
- 精神分裂症
- 情感性精神分裂症

慢性心臟衰竭

慢性肺部疾病

- 氣喘
- 慢性支氣管炎

- 肺氣腫
- 肺纖維化
- 肺動脈高血壓

失智症

糖尿病

末期肝臟疾病

末期腎臟疾病

HIV/愛滋病

神經疾病


- 肌萎縮側索硬化症 (ALS)
- 癲癇
- 廣泛的癱瘓（即偏癱、四肢癱瘓、截癱、單癱）
- 亨廷頓舞蹈症
- 多發性硬化症
- 帕金森氏症
- 多發性神經病變
- 脊椎狹窄
- 中風相關神經缺陷

嚴重血液疾病


- 再生不良性貧血
- 血友病
- 免疫性血小板低下紫斑症
- 骨髓增生不良症候群

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

- 鐮狀細胞貧血症（鐮狀細胞特性除外） **中風**
- 根據您的醫生確定並確認的慢性病合格臨床標準，您符合慢性病的特殊補充福利 (SSBCI) 資格。在某些情況下，您也必須參與本計劃的其中一項「個案管理計劃」，其具有明訂目標及結果指標。
- 如需詳細資訊，請參閱以下醫療福利表中的 *慢性病患者特殊補充福利 III* 一列。
- 要了解您符合哪些福利的資格，請與我們聯絡。

 您將在福利表中的預防性服務旁看到此蘋果標誌。


醫療福利表

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p> 腹主動脈瘤篩檢</p> <p>為有風險的人提供一次超音波篩檢。唯有因為您具有特定的風險因子，而且由醫生、醫生助理、護理從業人員或臨床護理專科醫生予以轉診時，本計劃才會承保此篩檢。</p>	<p>會員符合資格接受此一預防性篩檢時，不需支付共保額、共付額或自付額。</p>
<p>慢性下背部疼痛的針灸。</p> <p>承保服務包括：</p> <p>在下列情況下為聯邦醫療保險受益人在 90 天內承保最多 12 次就診：</p> <p>基於此項福利的目的，慢性下背部疼痛的定義為：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 持續 12 週或更長時間； • 非特異性，其無可確定之全身性原因（即與轉移性、發炎性、傳染性及疾病等無關）； • 與手術無關；以及 	<p>聯邦醫療保險承保服務之共付額為 \$0。</p> <p>需要預先授權。</p>




第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> 與懷孕無關。 <p>情況改善的病人將另行承保八次療程。每年不得施行超過 20 次針灸治療。</p> <p>如果病人情況未改善或退步即必須中止治療。</p> <p>醫療機構要求：</p> <p>醫生（如《社會保障法》(Social Security Act) 第 1861 (r)(1) 節所定義）可依循適用之州政府規定施行針灸。</p> <p>醫生助理 (PA)、專科護理師 (NP)/臨床護理專家 (CNS)（如本法案第 1861 (aa)(5) 節規定者）及輔助人員如符合所有適用之州政府要求且具有下列資格，則可施行針灸：</p> <ul style="list-style-type: none"> 具有針灸和東方醫學認證委員會 (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) 認證之學校授予的針灸或東方醫學碩士或博士學位；以及 一張現行版、完整、有效且不受限制，可在美國各州、領土或邦（即波多黎各）或者哥倫比亞特區施行針灸的執照。 <p>按 42 CFR §§ 410.26 及 410.27 法規要求，輔助人員必須在醫生、醫生助理或專科護理師/臨床護理專家的適當程度監督下施行針灸。</p>	
<p>針灸（例行性）</p> <p>本計劃承保無限次網路內的例行性（非由聯邦醫療保險承保）針灸服務，每年以年度計劃最高金額為限。</p>	<p>網路內</p> <p>不需要預先授權。</p> <p>每次就診共付額為 \$0，最多不超過計劃最高限額 \$2,000。</p>




第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
	<p>在本計劃支付就診的福利補助金上限之後，您必須負責支付任何超出的費用。</p> <p>任何未使用的額度將於 12 月 31 日到期。</p>
<p>救護車服務</p> <ul style="list-style-type: none"> 無論是否為緊急狀況，承保的救護車服務皆包括定翼和旋翼的空中救護機以及陸路救護車服務，前往最接近且可提供護理的適當設施。提供這類服務的條件是該會員的身體病況不允許使用其他交通運輸，否則可能危及健康；抑或是獲得計劃授權。如果承保的救護車運輸服務並非用於緊急狀況，則應有文件記錄證明該會員的身體病況不允許使用其他交通運輸，否則可能危及健康，而且是基於醫療之必要性使用救護車運輸。 	<p>網路內</p> <p>聯邦醫療保險承保的每一趟陸路救護車行程（單程）為 20% 共保額。</p> <p>聯邦醫療保險承保的每一趟空中救護機行程（單程）為 20% 共保額。</p> <p>非緊急救護車運輸服務須獲得預先授權。</p>
<p> 年度健康檢查</p> <p>如果您擁有 B 部分承保超過 12 個月，您可以獲得一次年度健康檢查，以便根據您目前的健康與風險因子，制訂或更新個人專屬的預防計劃。承保每 12 個月一次此健康檢查。</p> <p>注意：您的首次年度健康檢查不得在「歡迎參加聯邦醫療保險」(Welcome to Medicare) 預防性看診後的 12 個月內進</p>	<p>年度健康檢查不需支付任何共保額、共付額或自付額。</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p>行。不過，如果您已具有 B 部分承保長達 12 個月，則您不需要先進行「歡迎參加聯邦醫療保險」(Welcome to Medicare) 看診，也可以獲得年度健康檢查承保。</p>	
<p> 骨質密度檢查</p> <p>符合資格的個人（一般是指有發生骨質流失或骨質疏鬆症風險的人），如果有醫療之必要，則每隔 24 個月或更頻繁的情況下會承保以下服務：確認骨質密度、檢查骨質流失情況或判斷骨質的程序，包括醫生對結果之解讀。</p>	<p>聯邦醫療保險承保的骨質密度檢查不需支付共保額、共付額或自付額。</p>
<p> 乳癌篩檢（乳房攝影）</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 35 至 39 歲之間一次初次乳房攝影檢查 • 40 歲以上婦女每 12 個月一次乳房攝影篩檢 • 每 24 個月一次臨床乳房檢查 	<p>所承保的乳房攝影篩檢不需支付共保額、共付額或自付額。</p>
<p>心臟復健服務</p> <p>心臟復健服務的綜合計劃包括練習、教育和諮詢，符合特定條件且經醫生轉診的會員可獲承保。此計劃也承保強化心臟復健計劃，其通常較心臟復健計劃更嚴格或強度更高。</p>	<p>網路內</p> <p>每項聯邦醫療保險承保的門診為 20% 共保額。</p> <p>服務必須獲得預先授權與轉診。</p>
<p> 心血管疾病風險降低門診（治療心血管疾病）</p> <p>我們承保每年一次您與家庭醫生為協助您降低罹患心血管疾病風險的門診。在門診過程中，您的醫生可能討論服用阿斯匹靈（如適當）、檢查您的血壓，並給您建議，確保您維持健康飲食。</p>	<p>強化行為治療心血管疾病預防福利不需支付共保額、共付額或自付額。</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p> 心血管疾病檢測</p> <p>每 5 年（60 個月）一次檢測心血管疾病（或與心血管疾病罹病風險上升相關的異常現象）的血液測試。</p>	<p>承保每 5 年一次的心血管疾病檢測不需支付共保額、共付額或自付額。</p>
<p> 子宮頸癌與陰道癌篩檢</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 所有婦女適用：承保每 24 個月一次子宮頸抹片檢查和骨盆檢查 • 若您是子宮頸或陰道癌的高風險群，或者您是適孕年齡且過去 3 年內子宮頸抹片檢查結果異常：承保每 12 個月一次子宮頸抹片檢查 	<p>聯邦醫療保險承保的預防性子宮頸抹片和骨盆檢查不需支付共保額、共付額或自付額。</p>
<p>脊椎矯正服務</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 我們僅承保矯正脊椎關節脫位的手動矯正 	<p>網路內</p> <p>每項聯邦醫療保險承保的脊椎矯正服務為 20% 共保額。</p> <p>服務必須獲得預先授權與轉診。</p>
<p> 大腸直腸癌篩檢</p> <p>下列篩檢測試屬於承保範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 大腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制，對於非高風險患者，每 120 個月（10 年）承保一次；對於非大腸直腸癌的高風險患者，在先前接受過軟管式乙狀直腸內視鏡 48 	<p>聯邦醫療保險承保的大腸直腸癌篩檢不需支付共保額、共付額或自付額，但銀劑灌腸攝影除外（需支付共保額）。如果醫生在大腸鏡或軟</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p>個月後予以承保；對於高風險患者，在先前接受過大腸鏡篩檢或鋇劑灌腸攝影後，每 24 個月承保一次。</p> <ul style="list-style-type: none"> 為 45 歲以上的患者承保軟管式乙狀直腸內視鏡。非高風險患者在接受大腸鏡篩檢後的承保為每 120 個月一次。高風險患者自上次接受軟管式乙狀直腸內視鏡或鋇劑灌腸攝影檢查起，每 48 個月一次。 為 45 歲以上的患者承保糞便潛血測試篩檢。每 12 個月一次。 為 45 至 85 歲且不符合高風險標準的患者承保多靶點糞便 DNA 檢測。每 3 年一次。 為 45 至 85 歲且不符合高風險標準的患者承保血液生物標記檢測。每 3 年一次。 為高風險且距前次進行鋇劑灌腸攝影或大腸鏡檢查超過 24 個月的患者承保鋇劑灌腸攝影，以作為大腸鏡檢查的替代方案。 為非高風險且 45 歲或以上的患者承保鋇劑灌腸攝影，以作為軟管式乙狀直腸內視鏡的替代方案。距前次進行鋇劑灌腸攝影或軟管式乙狀直腸內視鏡篩檢後，至少 48 個月以上承保一次。 <p>大腸直腸癌篩檢測試包括由聯邦醫療保險承保的非侵入性糞便大腸直腸癌篩檢測試得出陽性結果後，所進行的大腸鏡追蹤篩檢。</p>	<p>管式乙狀直腸內視鏡檢查中發現並切除瘻肉或其他組織，則篩檢檢查將變為診斷性檢查，並需支付共付額／共保額</p> <p>服務必須獲得預先授權與轉診。</p>
<p>牙科服務</p> <p>一般而言，Original Medicare 不承保預防性牙科服務（例如洗牙、例行性牙科檢查和牙科 X 光）。然而，目前的聯邦</p>	<p>您不需留在牙科網路範圍內；但是，使用網路外牙</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p>醫療保險僅在特定的幾種情況下支付牙科服務，具體而言，當該服務是對受益人主要醫療狀況特定治療的其中一部分時。例如，骨折或受傷後的顎骨重建、為準備顎骨附近的癌症放射治療而進行的拔牙，或腎臟移植前的口腔檢查。除此之外，我們還承保：</p> <p>預防性牙科服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 洗牙，每年兩次 • 口腔檢查，每年兩次 • 塗氟治療，每年一次 • 咬翼 X 光片檢查，每年兩次 • X 光，每年一次 <p>綜合性牙科服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 深層牙齒清潔 • 充填與修復 • 根管治療（牙髓病學） • 牙冠 • 植牙 • 牙橋 • 假牙 • 拔牙與其他服務 <p>本計劃與 DentaQuest 合作為您提供牙科福利。請注意，某些服務需要在治療前進行臨床審查 (clinical review) 以獲得預先授權。特定文件必須與此類預先授權申請一起遞交。這些服務將依所提供的文件進行臨床審查，以確定其是否</p>	<p>科費用可能高於網路內牙科。</p> <p>聯邦醫療保險承保服務之共付額為 \$0。</p> <p>本計劃從您的生效日期開始（例如 1 月 1 日）將提供 \$550 季度津貼，之後每三個月（4 月 1 日、7 月 1 日與 10 月 1 日）提供不超過 \$2,200 預防性牙科與綜合性牙科服務補助金。</p> <p>任何在 3 月 31 日、6 月 30 日或 9 月 30 日前未使用的津貼，將累積至下一季並於 12 月 31 日到期。</p> <p>當使用完本計劃支付的福利之後，您必須支付任何剩餘的費用。</p> <p>預防性服務無需轉診。綜合牙科治療需要轉診。</p> <p>植牙與特定服務需要預先授權。 選擇綜合性牙科服</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p>以醫界標準來說，是有必要且適切的；同時也確定其是否滿足此類服務的所有特定規定。</p> <p>經 DentaQuest 的判斷後，任何其認為沒有必要或不符計劃標準的治療將不予承保。如果未提供所需的文件，則無法對服務進行充分審查，因此將受到拒絕。如果因任何原因未獲得預先授權，該服務將不予承保，您將承擔所有相關費用。出於美容或美觀原因進行的牙科療程不在承保範圍內。承保範圍僅限於福利表中所列的服務。如果某項服務未列出，則該服務不包括在內，也不予承保。如要尋找網路醫療機構，您可以在 dentaquest.com/en/find-a-dentist 搜尋線上醫療機構目錄。建議您在獲得牙科服務之前，先向您的牙醫諮詢，以確認福利承保範圍。</p>	<p>務的適用相關限制與排除項目。</p> <p>對於從網路外醫療機構處接受的服務，本計劃將為支付承保服務允許的金額，但不超過計劃的最高津貼。您需要支付不超過醫療機構帳單金額的任何剩餘費用。</p> <p>牙齒疾病除外。</p>
<p> 憂鬱症篩檢</p> <p>我們承保每年一次憂鬱症篩檢。篩檢必須在能夠提供後續治療和/或轉診的基層醫療場所進行。</p>	<p>年度憂鬱症篩檢門診不需支付共保額、共付額或自付額。</p>
<p> 糖尿病篩檢</p> <p>若您具有以下任一風險因子，則我們承保此篩檢（包括空腹血糖檢查）：高血壓、膽固醇與三酸甘油酯水平異常（血脂異常）的病史、肥胖，或高血糖（葡萄糖）病史。若您滿足其他要求，例如體重過重以及擁有家族糖尿病史，則相關檢測也有承保。</p> <p>您可能符合資格每隔 12 個月進行最多兩次糖尿病篩檢。</p>	<p>聯邦醫療保險承保的糖尿病篩檢不需支付共保額、共付額或自付額。</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p> 糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務與用品</p> <p>適用於所有糖尿病患者（使用胰島素和非使用胰島素的使用者）。承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 監測血糖的用品：血糖監測、血糖試紙、採血筆和採血針以及用來檢查試紙和監測儀之準確性的葡萄糖品管液。 • 患有嚴重糖尿病足的糖尿病患者：每個日曆年一雙訂做的治療用鞋（包括該鞋所附的鞋墊）以及額外兩副鞋墊，或是一雙深鞋和三副鞋墊（不包括這類鞋款所附的非訂做拆卸式鞋墊）。承保內容包括配件。 • 在特定條件下承保糖尿病自我管理訓練。 	<p>網路內</p> <p>糖尿病用品為 20% 共保額。</p> <p>聯邦醫療保險承保的糖尿病治療用鞋或鞋墊共保額為 20%。</p> <p>糖尿病自我管理訓練共付額為 \$0。</p> <p>服務必須獲得預先授權。</p>
<p>耐用醫療器材 (DME) 及相關用品</p> <p>（有關耐用醫療器材的定義，請參閱本文件第 12 章及第 3 章第 7 節。）</p> <p>承保的項目包括但不限於：輪椅、拐杖、動力床系統、糖尿病用品、由醫療機構訂購以供居家使用的醫院用床、靜脈注射幫浦、言語生成裝置、氧氣設備、噴霧器和助行器。</p> <p>我們承保所有 Original Medicare 承保且有醫療必要性的 DME。我們的供應商在您的區域沒有特定品牌或製造商的产品，您可以詢問他們是否可以特別為您訂購。</p> <p>最新的供應商名單請參閱我們的網站： zh.clevercarehealthplan.com。</p>	<p>網路內</p> <p>聯邦醫療保險承保的耐用醫療設備及用品為 20% 共保額。</p> <p>根據氧氣設備的費用分攤結構，您的聯邦醫療保險氧氣設備承保分攤費用為 20% 共保額。您的分攤費用在投保 36 個月後不會變更。</p> <p>如果您在投保本計劃之前已經為氧氣設備承保支付</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p>一般而言，本計劃承保清單上 Original Medicare 承保之任何品牌和製造商的 DME。除非您的醫生或其他醫療機構告訴我們該品牌適合您的醫療需求，否則我們不會承保其他品牌和製造商。但是，如果您剛加入本計畫且正在使用未列於我們清單上的 DME 品牌，我們將繼續為您承保此品牌最多 90 天。在此期間，您應與您的醫生討論，以決定在此 90 天期限後哪個品牌適合您的醫療情況。（如果您不同意醫生的意見，您可以請醫生為您轉診以尋求第二意見。）</p> <p>如果您（或您的醫療機構）不同意本計畫的承保決定，您或您的醫療機構可以提出上訴。如果您不同意您的醫療機構對何種產品或品牌適合您的病症之決定，您也可以提出上訴。（如要瞭解關於上訴的資訊，請參閱第 9 章「如何提出疑問或申訴」（承保決定、上訴與申訴）。）</p>	<p>了 36 個月的租金，則根據設備的費用，您在本計劃中的分攤費用為 0-20% 共保額。</p> <p>服務必須獲得預先授權。</p>
<p>中醫服務</p> <p>本計劃包括由簽約針灸師提供以下任何單項服務或服務組合之中醫治療就診：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 拔罐/艾灸 • 推拿 • 刮痧 • MedX • 反射療法 <p>每次保健服務就診不可超過 30 分鐘。超過 30 分鐘的任何服務將計為兩次就診。</p>	<p>網路內</p> <p>不需要預先授權或轉診。</p> <p>每次就診共付額為 \$0，每年允許最多 24 次。在本計劃支付服務的最高福利津貼之後，您必須負責支付任何剩餘費用。</p> <p>所有剩餘的就診次數將在 12 月 31 日到期。</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p>急救照護</p> <p>急救照護是指符合以下情況的服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 由具有提供急救服務資格的醫療機構提供，以及 • 為評估或穩定急救病症之需要。 <p>醫療緊急狀況是指，當您或具備健康與醫藥一般知識的任何其他謹慎的非醫療專業人士，認為您具有一些醫學症狀需要立即獲得醫療照護，以防發生危及性命（以及，如果您是孕婦則以防胎兒流產）、截肢或喪失肢體功能之情況。醫學症狀可能是疾病、傷勢、嚴重疼痛或會迅速惡化的醫療狀況。</p> <p>網路外提供必要的緊急狀況服務之分攤費用，與網路內提供此類服務的情況相同。</p> <p>全球急救承保範圍</p>	<p>網路內</p> <p>每次至急診室就診的共付額為 \$95。</p> <p>如果您在 72 小時內因相同病症而住院就診，則共付額為 \$0。</p> <p>如果您在網路外醫院接受急救照護而在緊急狀況穩定之後需要住院治療，您必須回到網路內醫院，您的照護才能繼續獲得承保，或者您必須到獲得計劃授權的網路外醫院住院，而您須支付的費用與您在網路內醫院的分攤費用相同。</p> <p>在美國及其屬地以外進行的急救與急診服務，年度計劃承保限額為合計 \$100,000。</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p> 健康及保健彈性津貼</p> <p>本計劃會提供一張 Flex Benefits Mastercard® 並每三個月於其中儲值支出津貼，協助支付符合資格的健康保健相關健身活動課程、非處方 (OTC) 藥品和／或草藥營養補充品。</p>	<p>您選擇如何使用 Flex Benefits Mastercard® 借記卡來支用津貼。</p>
<p>非處方 (OTC) 藥品</p> <p>OTC 品項是指不需要處方即可取得的藥物和健康相關產品。依聯邦醫療保險核准，我們的計劃承保數千項 OTC 品項。必須在線上或零售點下訂。可能無法供應特定品牌，而且可能數量不多或受限。</p>	<p>共付額為 \$0，最高年度計劃津貼額度為 \$800（每季 \$200）。</p>
<p>草藥營養補充品</p> <p>本計劃承保用來治療過敏、焦慮、關節炎、背痛、濕疹、疲倦等的草藥營養補充品。您必須向網路供應商購買營養補充品。</p>	<p>任何在 3 月 31 日、6 月 30 日或 9 月 30 日前未使用的補助金額，將不會累積至下一季，並於 12 月 31 日到期。</p>
<p>健身活動課程</p> <p>彈性津貼適用於合格的活動，包括：</p>	<p>當使用完本計劃支付的福利之後，您必須支付剩餘的費用。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 健身房會員資格 - 您的個人健身房會員之月費，如果是「單獨」費用的話；意思是其主要目的是提供該處所的訓練器材和器材使用指導。個人教練不適用。 ● 使用公共運動設施的一般情況 - 使用公共游泳池或網球場的場地費用。若是高爾夫球，則僅適用於果嶺費或使用公共高爾夫練習場的費用。 ● 團體健身課程 - 參加團隊運動課程的費用（例如太極、舞蹈、瑜珈或皮拉提斯），且有正式的合格講師。私人課程不適用。 	<p>在季度最後一天之前進行的購買，將從當前季度餘額中扣除。在季度最後一天當日進行的購買，將從下個季度餘額中扣除。</p>
	<p>退貨必須在季度最後一個月的 25 日之前開始處理。（例如：今年第一季為 3 月 25 日。）只有在</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
	<p>購買某一品項的當季度之內退貨時，會員才會能獲得退款。</p> <p>彈性健康保健津貼不適用於菸酒產品。</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）**健康及保健彈性津貼（續）**

採會員制的設施，例如高爾夫球俱樂部、鄉村俱樂部或按摩/水療處所並不適用，即使他們包含健身設施。此外，津貼不得用於步行遊覽/導覽行程，或支付私人住宿或講師費用。所有相關請求均須獲得計劃核准。津貼不得用於支付入會費或註冊費、按比例收費、年費、帳戶凍結費、維護費和任何其他雜費或罰款，也不得用來購買或租用器材。最後，津貼不得用來購買某個處所的商品。

Flex 卡將在投保本計劃不久後郵寄給您。在使用卡片之前，您需要致電 (877) 205-8005（聽障專線 (TTY)：711）或造訪


clevercare.nationsbenefits.com 啟用卡片。您不會收到卡片的 PIN 碼；因此，購買時請務必選擇「貸記」選項，而非「借記」。

如您需要協助，請致電會員服務部，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY)：711）。在

CleverCare.NationsBenefits.com 上追蹤您的津貼支出和餘額，或下載並使用 Benefits Pro 應用程式。

部分網路內合作夥伴可能要求最低購買金額才符合免運門檻。符合要求的草藥營養補充品完整清單請參閱我們的網站：zh.clevercarehealthplan.com。每個接受 Flex Benefits 卡的供應商可能有自己的退貨規定。會員必須遵守供應商的政策。


第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p> 健康與保健教育計劃</p> <p>24 小時護士專線</p> <p>每週七天，每天 24 小時均有合格的護士透過電話提供建議、回答問題或解決醫療問題或疑慮。撥打 1-800-396-1961。</p>	<p>每次電話服務的共付額為 \$0。</p>
<p>聽力服務</p> <p>由您的家庭醫生執行以判斷您是否需要治療的診斷性聽力與平衡評估，是本計劃予以承保的門診護理，必須由醫生、聽力師或其他合格的醫療機構提供。</p> <p>本計劃承保 Original Medicare 未承保的其他聽力服務，包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 例行性聽力檢查 • 助聽器（每年每耳一個） <p>您必須透過 NationsHearing 取得助聽器適配協助。如需更多資訊或要預約，請致電 (866) 304-7577（聽障專線 (TTY)：711）聯絡 NationsHearing。</p> <p>助聽器福利包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 初次配戴日期起算一年內三 (3) 次後續追蹤門診 • 從配戴日期起算 60 天試用期 • 每副助聽器每年 60 個電池（3 年份用量） • 製造商三年維修保固期 • 遺失、失竊或損壞的助聽器享有更換一次的承保 	<p>網路內</p> <p>聯邦醫療保險承保的聽力檢查支付共付額為 \$0。</p> <p>由網路醫療機構每年提供一次的例行性聽力檢查，共付額為 \$0。</p> <p>本計劃提供助聽器每年每耳 \$600 津貼。</p> <p>助聽器之共付額為 \$0，最高至津貼金額上限。當使用完本計劃支付的福利之後，您必須支付剩餘的費用。</p> <p>您可透過 NationsHearing 取得助聽器，且根據您的</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> 第一組耳模（如需要） 	<p>聽力需求，僅限取用特定裝置。</p> <p>因遺失、遭竊或損壞的助聽器需單次更換裝置時，需支付自付額。</p>
<p>特定慢性病的協助</p> <p>符合特定條件的慢性病投保人可能有資格獲得慢性病的補充福利。並非所有會員皆符合這些特殊補充福利的資格。是否符合資格由福全健保核准。</p> <p>計劃。條件包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 自體免疫疾病 癌症 心血管疾病 慢性酒精或藥物 依賴 慢性及殘疾性心理健康障礙 慢性心臟衰竭 慢性肺部疾病 失智症 糖尿病 末期肝臟疾病 末期腎臟疾病 HIV/愛滋病 神經疾病 嚴重血液疾病 中風 	<p>網路內</p> <p>慢性疾病餐食</p> <p>餐食協助共付額為 \$0，每天最多 3 餐，共 14 天；符合資格的會員每年最多 42 餐。</p> <p>社交需求福利</p> <p>非臨床個人照顧者提供陪伴服務的共付額為 \$0。服務限 24 次，每班四小時（總共 96 小時）。</p> <p>遠距監測服務</p> <p>監測醫療及其他健康資料的裝置共付額為 \$0。</p> <p>居家安全評估</p> <p>每年最多兩次評估的共付額為 \$0。</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p>會員如符合慢性病之資格，必須參與「個案管理計劃」以及具有明訂目標及結果指標的活動。居家安全評估僅限符合跌倒風險標準、步態、平衡或敏捷性困難者。</p> <p>您必須使用計劃的簽約供應商。食品雜貨津貼不適用於菸酒產品。</p>	<p>居家支援服務</p> <p>日常生活的輔助服務的共付額為 \$0。每年僅限 40 小時。</p> <p>照顧者支援</p> <p>喘息照護共付額為 \$0。每年限提供 40 小時照護。</p> <p>服務必須獲得預先授權。</p>
<p> HIV 篩檢</p> <p>要求進行 HIV 篩檢或 HIV 感染風險增高的人士，我們承保：</p> <ul style="list-style-type: none"> 每 12 個月一次篩檢 <p>對於孕婦，我們承保： 懷孕期間最多三次篩檢</p>	<p>符合聯邦醫療保險承保的預防性 HIV 篩檢資格的會員，不需支付共保額、共付額或自付額。</p>
<p>居家醫療機構照護</p> <p>在接受居家醫療服務之前，必須由醫生證實您有居家醫療服務之需求，並將安排由居家醫療機構提供的居家醫療服務。您必須是不便出門者，意思是出門對您而言是非常困難的事情。</p> <p>承保服務包括，但不限於：</p>	<p>網路內</p> <p>每項聯邦醫療保險承保的居家醫療服務共付額為 \$0。</p> <p>服務必須獲得預先授權與轉診。</p>


第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> 計時或短暫的專業護理與居家醫療輔助服務（要獲得居家醫療護理福利之承保，您的專業護理與居家醫療輔助服務必須合計少於每天 8 小時及每週 35 小時） 物理治療、職能治療與語言治療 醫療與社會服務 醫療器材和用品 	
<p>居家輸注服務</p> <p>居家輸注服務是指在家中對個人進行靜脈或皮下注射藥物或生物製劑。執行居家輸注服務所需組件包括藥物（例如抗病毒藥物、免疫球蛋白）、器材（例如幫浦），以及用品（例如管路和導管）。</p> <p>承保服務包括，但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> 根據照護計劃提供的專業服務，包括護理服務 不在耐用醫療器材福利承保範圍內的病患訓練與教育 遠端監測 由合格的居家輸注治療供應商為提供居家輸注治療與居家輸注藥物而提供的監測服務 	<p>網路內</p> <p>每項聯邦醫療服務承保的服務共保額為 0-20%。價格可能每季度發生變化，但胰島素的分攤費用不會超過 20% 或 \$35。</p> <p>您將繼續支付直至達到自付費用上限。</p> <p>服務必須獲得預先授權。</p>
<p>安寧照顧</p> <p>如果您的醫生和安寧照護醫療主任為您提供末期預後計劃，證實您的疾病已至末期，且您的病況依正常情況發展只剩餘 6 個月或以下之壽命，則您即符合獲得安寧照顧福利的資格。您可以接受任何聯邦醫療保險認證的安寧照顧計劃之照護。您的計劃有義務幫助您在計劃的服務地區找到經聯邦醫療保險認證的安寧照顧計劃，包括該 MA 組織</p>	<p>當您參加聯邦醫療保險認證的安寧照顧計劃，您的安寧照顧服務以及與您的末期預後情況相關的 A 部分和 B 部分服務由 Original Medicare 而非本計劃支付。</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p>擁有、控制或擁有財務利益的計劃。您的安寧照顧醫生可以是網路醫療機構或是網路外醫療機構。</p>	
<p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 控制症狀與紓緩疼痛的藥物 • 短期喘息服務 • 居家照護 	
<p>當您入住安寧照顧機構時，您有權留在您的計劃中；如果您選擇留在計劃中，您必須繼續支付計劃保費。</p>	
<p><u>安寧照顧服務以及聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分承保而且與您的末期預後情況相關的服務</u>：Original Medicare（而非本計劃）將向您的安寧照顧醫療機構支付您的安寧照顧服務費用，以及與您的末期預後情況相關的任何 A 部分和 B 部分服務。當您參加安寧照顧計劃時，您的安寧照顧提供者將會針對 Original Medicare 支付的服務寄發帳單給 Original Medicare。您將被收取的是 Original Medicare 的分攤費用。</p>	
<p><u>對於聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分承保而且與您的末期預後情況無關的服務</u>：如果您需要的非急救、非緊急需求之服務，獲得聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分承保而且與您的末期預後情況無關，您要為這些服務支付的費用，取決於您是否使用本計劃網路內的醫療機構並且遵從計畫規定（例如需要取得預先授權的要求）。</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • 如果您獲得由網路外醫療機構提供的承保服務，您要支付聯邦醫療保險按服務收費 (Original Medicare) 規定的分攤費用 	

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p><u>對於本計劃承保但聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分未承保的服務</u>：本計劃會繼續承保計劃本身有承保但是 A 部分或 B 部分未承保的服務，無論服務與您的末期預後情況是否相關。您支付這些服務的計劃分攤費用金額。</p> <p><u>對於本計劃 D 部分福利可能承保的藥物</u>：如果這些藥物與您的臨終安寧照顧病況無關，您需支付分攤費用。如果它們與您的臨終安寧照顧病況有關，則您支付 Original Medicare 分攤費用。安寧照顧計劃與本計劃絕不會同時承保同種藥物。如需更多詳細資訊，請參閱第 5 章第 9.4 節（您參加聯邦醫療保險認證的安寧照顧計劃的處理方式）。</p> <p>注意：如果您需要非安寧照顧（與您的末期預後情況無關的照顧），您應聯絡我們安排服務。</p>	
<p> 免疫</p> <p>聯邦醫療保險 B 部分承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 肺炎疫苗 • 流感／流行性感感冒疫苗，秋冬的流感／流行性感感冒活躍期接種一次，如果有醫療必要性則可接種更多次 • B 型肝炎疫苗，如果您是 B 型肝炎的高或中風險族群 • COVID-19 疫苗 • 其他疫苗，如果您是染病風險族群而且該疫苗符合聯邦醫療保險 B 部分承保規定 <p>我們的 D 部分處方藥品福利也承保大多數其他成人疫苗。有關其他資訊，請參閱第 6 章第 8 節。</p>	<p>肺炎、流感／流行性感感冒、B 型肝炎和 COVID-19 疫苗不需支付共保額、共付額或自付額。</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p>住院治療照顧</p> <p>包括急症住院、住院復健、長期照護醫院和其他類型的住院治療服務。住院治療照顧自您憑醫囑正式入院之日開始。出院前一天是您住院的最後一天。</p> <p>承保服務包括，但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 雙人病房（或單人病房，如有醫療必要性） • 包括特別餐的住院膳食 • 一般護理服務 • 特別照護病房的費用（例如加護病房或心臟加護病房） • 藥物與藥物治療 • 實驗室檢驗 • X 光與其他放射科服務 • 必要的手術與醫療用品 • 使用裝置，例如輪椅 • 手術室與恢復室費用 • 物理、職能與語言治療 • 住院物質使用障礙服務 • 在某些情況下承保以下類型的器官移植：角膜、腎臟、腎臟胰臟、心臟、肝臟、肺、心臟/肺、骨髓、幹細胞和腸道/多器官。您如果需要移植器官，我們會安排聯邦醫療保險核准的器官移植中心審核您的個案，以便決定您是否適合進行器官移植。器官移植醫療機構可能來自服務地區本地或外地。如果我們的網路內移植服務不符合社區護理模式，您可以選擇在當地進行，只要當地的器官移植醫療機構願意接受 Original Medicare 的費率。如果我們的計劃在某個地點提供的器官移植服務，與您的 	<p>網路內</p> <p>下列聯邦醫療保險規定之金額適用於 2024 年，而 2025 年可能有所變更。我們會於聯邦醫療保險公佈資訊時儘快提供該更新費率。</p> <p>每個福利期 \$1,632 自付額</p> <p>每個福利期第 1 日至第 60 日以及第 91 日起，每日共付額為 \$0</p> <p>每個福利期第 61 日至第 90 日，每日共付額為 \$408</p> <p>福利給付期從您入院當日起算，並於您在連續 60 天未接受任何住院治療時結束。</p> <p>若您在緊急狀況穩定之後，獲得網路外醫院的住院照護，您的費用就是您在網路內醫院所支付的分攤費用。</p>


第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p>社區器官移植護理模式不同，而您選擇在此較遠的地點接受移植的話，我們會為您及一位陪病者安排適當的住宿和交通或支付相關費用。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 血液 - 包括保存與輸血。全血和紅血球濃厚液的承保僅從您需要的第四品脫血液開始。您必須支付您在一個日曆年內獲得的前三品脫血液的費用，或由您或其他人捐血。血液的所有其他成分均從所使用的第一品脫開始承保。 • 醫生服務 <p>注意：要成為住院病人，您的醫療機構必須提供入院醫囑，您才能正式成為醫院的住院病人。就算您在醫院過夜，您仍可能被認定為門診病人。如果您不確定您是住院病人或門診病人，您應該詢問醫院人員。</p> <p>您也可以參閱聯邦醫療保險說明資料的「<i>您是住院病人或門診病人？如果您有聯邦醫療保險-問！</i>」，以瞭解更多資訊。此資料單張請至網站瀏覽 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 1-877-486-2048。您可以撥打這些免費號碼，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。</p>	<p>如果使用網路外的醫療機構，則您需負擔全額費用。</p> <p>服務需要預先授權</p>
<p>精神科醫院的住院服務</p> <p>承保的服務包括需要住院的心理健康照護服務。本計劃承保最多 90 天入住有住院承保的精神科院所。精神治療醫院的住院服務有 190 天的終身福利上限。190 天的限度並不適用於一般醫院內精神科室提供的住院心理健康服務。</p>	<p>網路內</p> <p>下列聯邦醫療保險規定之金額適用於 2024 年，而 2025 年可能有所變更。</p>


第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
	<p>我們會於聯邦醫療保險公佈資訊時儘快提供該更新費率。</p> <p>每個福利期 \$1,632 自付額</p> <p>每個福利期第 1 日至第 60 日以及第 91 日起，每日共付額為 \$0</p> <p>每個福利期第 61 日至第 90 日，每日共付額為 \$408</p> <p>福利給付期從您入院當日起算，並於您在連續 60 天未接受任何住院治療時結束。</p> <p>服務必須獲得預先授權。</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p>住院：於非承保住院期間，在醫院或專業護理之家 (SNF) 接受的承保服務</p> <p>如果您的住院福利已用完或是住院需求並非合理且必要，我們不會承保您的住院。不過，在某些情況下，我們會承保您在醫院或專業護理之家 (SNF) 住院期間所接受的某些服務。承保服務包括，但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 醫生服務 • 診斷檢驗（例如實驗室檢驗） • X 光、鐳和同位素治療，包括技術員材料與服務 • 外科敷料 • 用來減少骨折與脫位的夾板、石膏和其他裝置 • 義肢與矯形器具（牙科除外），可代替全部或部分體內器官（包括鄰近組織），或全部或部分永久無法運作的機能或是失能的體內器官，包括這類裝置的替換或維修 • 腿部、手臂、背部和頸部支架；桁架，以及義腳、義手和義眼，包括因為破損、磨損、遺失或病患物理情況變動所需的調整、維修和替換 • 物理治療、語言治療和職能治療 	<p>您必須支付這些服務的適用分攤費用，如同這些服務是依門診標準提供。請參閱本表中適用的福利部分。</p> <p>如果您在專業護理之家的住院期間，比計劃承保的時間更長，您必須支付全額費用。</p>
<p> 醫療營養治療</p> <p>此福利適用於患有糖尿病、腎病（但未做透析）的人士，或在腎臟移植之後由您的醫生轉診者。</p> <p>在您接受聯邦醫療保險計劃（包括本計劃、任何其他聯邦健保優勢計劃或 Original Medicare）醫療營養治療服務的第一年，我們承保 3 小時的一對一諮詢服務，而在此後則是每年承保 2 小時。如果您的狀況、治療或診斷結果有變更，藉由醫生轉診，您可能可以接受更長時數的治療。</p>	<p>符合資格使用聯邦醫療保險承保醫療營養治療服務的會員不需支付共保額、共付額或自付額。</p>


第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p>如果您的治療必須持續至下一個曆年，則需要由一位醫生開立這些服務的處方，並每年更新轉診。</p>	
<p> 聯邦醫療保險糖尿病預防計劃 (MDPP)</p> <p>在所有聯邦醫療保險健保計劃符合資格的聯邦醫療保險受益人，可獲得承保 MDPP 服務。</p> <p>MDPP 是以結構化方式介入改變健康行為，提供實務訓練以利長期改變飲食習慣、增加體能活動並提供解決問題的策略，協助克服持續減重與健康生活型態的各項挑戰。</p>	<p>MDPP 福利沒有共保額、共付額或自付額。</p>
<p>聯邦醫療保險 B 部分處方藥</p> <p>這些藥物由 Original Medicare 的 B 部分予以承保。本計劃會員會經由本計劃接受這些藥物之承保。承保藥物包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 通常不是由病患自行施用的藥物，而且您在接受醫生、醫院門診或日間手術中心服務時接受注射或輸注 • 透過耐用醫療器材提供胰島素（例如有醫療上必要的胰島素幫浦） • 使用計劃授權的耐用醫療器材（如噴霧器）時施用的其他藥物 • 阿茲海默症藥物 Leqembi®（學名 lecanemab），以靜脈注射方式給藥。除了藥物費用之外，您可能需要在治療前和/或治療期間進行額外的掃描和檢驗，可能增加您的總體費用。請與您的醫生討論治療過程中可能需要進行的掃描和檢驗 • 若您患有血友病，您給自己注射的凝血因子 • 移植/免疫抑制劑藥物：如果聯邦醫療保險支付您的器官移植費用，則聯邦醫療保險承保移植藥物療法。您在接 	<p>化療及其他 B 部分藥物需付聯邦醫療保險允許金額的 0-20% 共保額。價格可能每季變更，但胰島素一個月供應量的分攤費用不得超過 20% 或 \$35（計劃層級自付額不適用）。</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p>受承保移植時必須擁有 A 部分，且您在獲得免疫抑制劑藥物時必須擁有 B 部分。請記住，如果 B 部分不承保免疫抑制劑藥物，聯邦醫療保險藥物承保（D 部分）會予以承保</p> <ul style="list-style-type: none">• 可注射的骨質疏鬆症藥物，如果您不便出門，發生骨折情況且醫生證實與停經後骨質疏鬆症相關，而且無法自行施用藥物• 某些抗原：如果醫生準備抗原，且由獲適當指示的人士（可能是您本人，即患者）在適當監督下提供抗原，聯邦醫療保險將予以承保• 特定口服抗癌藥物：如果相同藥物可以注射形式提供，或該藥物是可注射藥物的前驅藥物（一種口服型的藥物，在攝入時分解成注射藥物中的相同活性成分），則聯邦醫療保險承保您口服的某些口服癌症藥物。隨著新的口服癌症藥物上市，B 部分可能予以承保。如果 B 部分不承保，D 部分會承保• 口服止吐藥：如果在化療前、化療時或化療後 48 小時內使用，或作為靜脈注射止吐藥的完整治療替代藥物，則聯邦醫療保險承保在抗癌化療療程當中所使用的口服止吐藥• 某些末期腎臟病 (ESRD) 口服藥物，如果相同藥物可以注射形式提供，而且 B 部分 ESRD 福利承保該藥物• ESRD 付款系統之下的擬鈣劑藥物，包括靜脈注射藥物 Parsabiv[®]和口服藥物 Sensipar[®]• 某些用於居家透析的藥物，包括肝素、肝素解毒劑、（醫療上必需時）以及局部麻醉劑	

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> 紅血球生成刺激劑：如果您患有末期腎臟病 (ESRD)，或需要此藥治療貧血相關特定的其他病症（例如 Epogen®、Procrit®、Retacrit®、Epoetin Alfa、Aranesp®、Darbepoetin Alfa、Mircera®，或 Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta），聯邦醫療保險承保透過注射的紅血球生成素 原發性免疫缺陷病居家治療所需的靜脈注射免疫球蛋白 腸道外和腸道內營養（靜脈注射和管灌飲食） <p>我們也承保屬於 B 部分的某些疫苗和屬於 D 部分處方藥品福利的大多數成人疫苗。第 5 章說明 D 部分處方藥品福利，包括承保相關處方所需遵守的規定。第 6 章會說明您透過本計劃支付的 D 部分處方藥物。</p>	
<p> 糖尿病篩檢與治療以促使持續減重</p> <p>如果您的身體質量指數為 30 以上，我們承保密集諮詢以協助您減重。如果您是在基層醫療場所進行此諮詢，因為它可以與您的綜合預防計劃協調，所以我們將予以承保。與您的家庭醫生或醫療人員討論以了解更多資訊。</p>	<p>預防性肥胖篩檢與治療不需支付共保額、共付額或自付額。</p>
<p>鴉片類藥物治療計劃服務</p> <p>我們計劃中患有鴉片類藥物使用障礙 (OUD) 的會員，可以透過鴉片類藥物治療計劃 (OTP) 獲得治療 OUD 的服務，其中包括以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> 美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的鴉片類促效劑和拮抗劑藥物輔助治療 (MAT) 藥物。 MAT 藥物的分發和施用（如適用） 物質使用諮詢 	<p>網路內</p> <p>每次服務包括團體或個人療程共保額為 20%。</p> <p>服務必須獲得預先授權與轉診。</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> 個人和團體治療 毒理學檢測 攝取活動 定期評估 	
<p>門診診斷檢驗與治療服務和用品</p> <p>承保服務包括，但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> X 光 放射性（鐳與同位素）治療，包括技術員材料和用品 進階放射診斷 (MRI、MRA、SPECT、CT、PET) 外科用品，例如敷料 用來減少骨折與脫位的夾板、石膏和其他裝置 實驗室檢驗 血液 - 包括保存與輸血。全血和紅血球濃厚液的承保僅從您需要的第四品脫血液開始。您必須支付您在一個日曆年內獲得的前三品脫血液的費用，或由您或其他人捐血。血液的所有其他成分均從所使用的第一品脫開始承保 其他門診診斷檢查 	<p>網路內</p> <p>診斷檢驗和程序共付額 \$0</p> <p>X 光、手術用品、實驗室化驗、血液檢查及進階放射診斷服務（如核磁共振造影 (MRI)、電腦斷層掃描 (CT)、正子斷層掃描 (PET)）共保額為 20%。</p> <p>放射治療服務共保額為 20%。雖然您需為放射治療服務支付 20% 的費用，但您支付的費用絕不會超過您的年度自付費用總額上限。</p> <p>如果在同一天的相同地點接受多項服務，則適用共付額最高限額。如果使用</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
	<p>網路外的醫療機構，則您需負擔全額費用。</p> <p>服務必須獲得預先授權與轉診。</p>
<p>門診留院觀察</p> <p>留院觀察服務是醫院的門診服務，用來判斷您是否需要住院或是可以出院。</p> <p>門診留院觀察服務必須符合聯邦醫療保險的標準且被認定為合理且必要，才能獲得承保。留院觀察服務獲得承保的唯一條件，是依據醫生之醫囑或州執照法授權的另一人和醫院人員依法讓病患住院，或囑咐進行門診檢驗。</p> <p>注意：除非醫療機構立醫囑讓您住院，否則您就是門診病人並支付門診服務的分攤費用金額。就算您在醫院過夜，您仍可能被認定為門診病人。如果您不確定自己是不是住院病人，您應該詢問醫院人員。</p> <p>您也可以參閱聯邦醫療保險說明資料的「<i>您是住院病人或門診病人？如果您有聯邦醫療保險- 問！</i>」，以瞭解更多資訊此資料單張請至網站瀏覽 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 1-877-486-2048。您可以撥打這些免費號碼，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。</p>	<p>網路內</p> <p>門診留院觀察服務為 20% 共保額。</p> <p>服務必須獲得預先授權與轉診。</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p>門診醫院服務</p> <p>您為了某種疾病或傷勢的診斷或治療，在醫院的門診部所接受在醫療上有必要的服務，我們會予以承保。</p> <p>承保服務包括，但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 在急診部或門診診所的服務，例如留院觀察服務或門診手術 • 實驗室與診斷檢驗會由醫院收費 • 心理健康照護，包括部分住院計劃的照護，如果醫生證實如無此照護則需住院治療 • X 光和其他放射性服務由醫院收費 • 醫療用品例如夾板和石膏 • 您無法自行施用的某些藥物和生物製劑 <p>注意：除非醫療機構立醫囑讓您住院，否則您就是門診病人並支付門診服務的分攤費用金額。就算您在醫院過夜，您仍可能被認定為門診病人。如果您不確定自己是不是住院病人，您應該詢問醫院人員。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您也可以參閱聯邦醫療保險說明資料的「<i>您是住院病人或門診病人？如果您有聯邦醫療保險-問！</i>」，以瞭解更多資訊此資料單張請至網站瀏覽 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 1-877-486-2048。您可以撥打這些免費號碼，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。 	<p>網路內</p> <p>每次門診留院服務為 20% 共保額。</p> <p>服務必須獲得預先授權。</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p>住院病人心理健康照護</p> <p>承保服務包括：</p> <p>由持有州執照的心理醫生或醫生、臨床心理醫生、臨床社工、臨床護理專科醫生、持照專業諮詢師 (licensed professional counselor, LPC)、持照婚姻與家庭心理治療師 (licensed marriage and family therapist, LMFT)、專科護理師 (nurse practitioner, NP)、醫生助理 (physician assistant, PA) 或其他聯邦醫療保險合格心理健康照護專業人士提供的心理健康服務，如適用州法律所允許者。</p>	<p>網路內</p> <p>每次聯邦醫療保險承保的門診團體和/或個人療程共保額為 20%。</p> <p>服務必須獲得預先授權與轉診。</p>
<p>門診復健服務</p> <p>承保服務包括物理治療、職能治療和語言治療。</p> <p>門診復健服務在各種不同的門診場所提供，例如醫院門診部、獨立的治療師診間以及綜合門診復健機構 (CORF)。</p>	<p>網路內</p> <p>每項聯邦醫療保險承保之復健治療服務的共保額為 20%。</p> <p>服務必須獲得預先授權與轉診。</p>
<p>門診物質使用障礙服務</p> <p>承保服務包括物質使用障礙服務的門診治療與諮詢。</p>	<p>網路內</p> <p>每次聯邦醫療保險承保諮詢療程的共保額為 20%。</p> <p>服務必須獲得預先授權與轉診。</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p>門診手術，包括在醫院門診環境和日間手術中心提供的服務</p> <p>注意：如果您在醫院設施進行手術，您應與醫療機構確認您是住院病人或門診病人。除非醫療機構開立醫囑讓您住院，否則您就是門診病人並支付門診手術的分攤費用金額。就算您在醫院過夜，您仍可能被認定為門診病人。</p>	<p>網路內</p> <p>聯邦醫療保險承保的門診機構或日間手術中心，每次住院的共保額為 20%。</p> <p>服務必須獲得預先授權與轉診。</p>
<p>部分住院服務及強化門診服務</p> <p><i>部分住院</i>是一個結構化的計劃，以醫院門診服務的方式或由社區心理健康中心提供積極心理治療。這項治療比您在醫生、治療師、持照婚姻與家庭心理治療師 (licensed marriage and family therapist, LMFT)，或持照專業諮商師診間接受的護理更加密集，是住院治療的替代方案。</p> <p><i>強化門診服務</i>是在醫院門診部、社區心理健康中心、符合聯邦標準之健康中心或鄉村健康診所提供之積極行為（心理）健康治療的結構式計劃，這項治療比您在醫生、治療師、持照婚姻與家庭心理治療師 (licensed marriage and family therapist, LMFT)，或持照專業諮商師診間接受的護理更加密集，是住院治療的替代方案。</p>	<p>網路內</p> <p>每日 20% 共保額。</p> <p>服務必須獲得預先授權與轉診。</p>
<p>個人緊急回應系統 (PERS)</p> <p>如果會員認為自己有在家中跌倒或發生緊急情況的風險，可以申請這種行動監控裝置。只要按下按鈕，本服務即會為您連線至 24 小時的回應中心。</p>	<p>一部裝置 \$0 共付額。</p>


第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p>醫生/醫療人員提供的服務，包括醫生診間的門診</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 在醫生診間、有認證的日間手術中心、醫院門診部或任何其他地點提供的有醫療必要性的醫療照護或外科服務 • 由專科醫生提供的諮詢、診斷與治療 • 由您的專科醫生執行基本聽力與平衡檢查，如果您的醫生立醫囑要求確認您是否需要治療 <ul style="list-style-type: none"> ○ 您可以選擇透過親身門診或以遠距醫療方式獲得這些服務。如果您選擇使用遠距醫療來獲得其中一項服務，您必須使用提供遠距醫療服務的網路醫療機構。 • 在醫院或重症醫院的腎臟透析中心、腎臟透析機構或其他會員的家中，為居家透析的會員的終末期腎病相關的每月門診提供遠距醫療服務 • 用來診斷、評估或治療中風症狀的遠距醫療，無論您在何地 • 無論患有物質使用障礙或併發性精神障礙的會員位於何地，皆可提供遠距醫療服務 • 用於診斷、評估和治療精神健康疾病的遠距醫療服務，如果： <ul style="list-style-type: none"> ○ 您在第一次遠距醫療就診前 6 個月內進行面對面就診 ○ 您在接受這些遠距醫療服務時，每 12 個月進行一次面對面就診 ○ 上述的某些情況可例外處理 • 由 Rural Health Clinics 和聯邦合格健康中心提供的精神健康就診遠距醫療服務 	<p>網路內</p> <p>對於聯邦醫療保險承保的福利，由家庭醫生執行的服務共保額為 20%。</p> <p>對於聯邦醫療保險承保的福利，由專科醫生執行的服務共保額為 20%。</p> <p>由您的家庭醫生或專科醫生執行的線上遠距醫療門診共保額為 20%。</p> <p>專科醫生服務必須獲得預先授權和轉診。</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<ul style="list-style-type: none">● 如有以下情況，向您的醫生進行線上報到（例如用電話或視訊通話）5 至 10 分鐘：<ul style="list-style-type: none">● 您不是新病患而且● 報到與過去 7 天內的門診無關，而且● 進行報到，並不會讓您在 24 小時內或有空檔的最早門診時間就診● 若有以下情況，評估您傳送給醫生的影片和/或影像，並由您的醫生在 24 小時內進行解讀和後續處理：<ul style="list-style-type: none">● 您不是新病患而且● 評估與過去 7 天內的門診無關，而且● 進行評估，並不會讓您在 24 小時內或有空檔的最早門診時間就診● 您的醫生與其他醫生透過電話、網際網路或電子病歷進行的諮詢● 在手術前其他網路醫療機構給予的第二意見● 非例行性牙科護理（承保服務僅限下顎或相關結構之手術、下顎或臉部骨骼骨折復位、拔除牙齒以準備下顎進行腫瘤性癌症的放射性治療，或是由醫生提供便會承保的服務）● 由合格的職能治療師 (OT)、物理治療師 (PT)、語言病理學家 (SLP) 和聽力師提供的遠距醫療服務	



第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p>足科服務</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 足部傷勢和疾病之診斷、醫療或手術治療（例如鎚狀趾或足跟骨刺） 例行性足部護理，適用於有某些醫療狀況影響下肢的會員 <p>足科服務（例行性）</p>	<p>網路內</p> <p>聯邦醫療保險承保的每次足科門診服務共保額為 20%。</p> <p>每年 12 次就診的共付額為 \$0</p> <p>服務可能需要預先授權與轉診。</p>
<p>出院後餐食福利</p> <p>住院治療或入住專業護理之家後，本計劃會立即提供 28 天、每天最多 3 餐的餐食協助，每年不超過 84 餐。此服務目的在於協助康復。</p> <p>門診手術不符合此項福利的資格。</p>	<p>在每年允許的最多餐食次數 84 次以內，共付額為 \$0。</p> <p>服務可能需要預先授權與轉診。</p>
<p> 攝護腺癌症篩檢</p> <p>50 歲以上男士，每 12 個月承保一次以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> 肛門指診 攝護腺特異抗原 (PSA) 檢查 	<p>每年度 PSA 檢查不需支付共保額、共付額或自付額。</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p>義肢與矯形裝置及相關用品</p> <p>替代所有或部分身體部位或功能的裝置（牙科除外）。其中包括但不限於：使用義肢與矯形裝置的測試、裝配或訓練；以及與結腸造口護理直接相關的結腸造口袋和用品、心律調節器、矯形支架、矯形鞋、義肢和義乳（包括乳房外科手術之後的外科胸罩）。包括義肢與矯形裝置相關的一些用品，以及義肢與矯形裝置的維修和/或替換。也包括白內障移除或白內障手術之後的一些承保項目；請參閱本節後段的視力照顧瞭解更多細節。</p>	<p>網路內</p> <p>聯邦醫療保險承保的義肢與醫療用品共保額為 20%。</p> <p>服務必須獲得預先授權與轉診。</p>
<p>肺部復健服務</p> <p>患有中度至極嚴重的慢性阻塞性肺部疾病 (COPD) 而且具有慢性呼吸系統疾病的醫生提供肺部復健轉診的會員，可獲得綜合肺部復健計劃承保。</p>	<p>網路內</p> <p>每次承保的肺部復健門診共保額為 20%。</p> <p>服務必須獲得預先授權與轉診。</p>
<p> 篩檢與諮詢以減少酒精濫用</p> <p>我們為由聯邦醫療保險承保的成人（包括孕婦）承保一次酒精濫用篩檢，而該成人是酒精濫用而非酒精依賴。如果您的酒精濫用篩檢結果為陽性，您可以獲得每年最多 4 次，由合格的家庭醫生或醫療人員在基層醫療場所中提供的簡短面對面諮詢療程（如果您在諮詢過程中有能力且保持警醒）。</p>	<p>聯邦醫療保險承保的減少酒精濫用預防性福利之篩檢與諮詢無需支付共保額、共付額或自付額。</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p> 使用低劑量電腦斷層掃描的肺癌篩檢 (LDCT)</p> <p>符合資格的個人，每 12 個月獲得承保一次 LDCT。</p> <p>符合資格的會員包括：年齡介於 50 至 77 歲之間的人士，沒有肺癌之跡象或症狀，但是有至少每年 20 包的抽菸史，而且目前仍抽菸或在過去 15 年內已戒菸。他們在肺癌篩檢諮詢與共同決策門診的過程中收到醫囑進行 LDCT，而且符合聯邦醫療保險對此類門診之標準，並由醫生或非醫生的合格醫療人員提供。</p> <p><i>初次 LDCT 篩檢之後的 LDCT 肺癌篩檢：</i>會員必須收到 LDCT 肺癌篩檢的醫囑，可能在任何適合的門診時由醫生或非醫生的合格醫療人員提供。如果醫生或非醫生的合格醫療人員選擇為後續使用 LDCT 的肺癌篩檢提供肺癌篩檢諮詢與共同決策門診，則該門診必須符合聯邦醫療保險對相關門診之標準。</p>	<p>聯邦醫療保險承保的 LDCT 諮詢與共同決策門診不需支付共保額、共付額或自付額。</p>
<p> 為預防性傳染病 (STI) 而進行之篩檢與諮詢</p> <p>我們承保性傳染病 (STI) 的篩檢，包括披衣菌、淋病、梅毒與 B 型肝炎。孕婦及 STI 染病風險升高的特定人士，如果依家庭醫生醫囑進行這些檢查，我們會承保這些篩檢。我們承保每 12 個月檢查一次或是孕期中之特定時間點檢查。</p> <p>我們也為性傳染病 (STI) 染病風險升高的性活躍成人，承保每年最多 2 個人 20 至 30 分鐘的面對面高強度行為諮詢療程。只有在這些諮詢療程作為預防性服務、由家庭醫生提供而且在基層醫療場所例如醫生的診間進行時，我們才予以承保。</p>	<p>聯邦醫療保險承保的 STI 篩檢以及 STI 預防性福利的諮詢不需支付共保額、共付額或自付額。</p>


第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p>治療腎臟病的服務</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 腎臟病教育服務，教導腎臟照護並協助會員針對自己的照護做出明智的決定。對於患有第四期慢性腎臟病的會員，如果經醫生轉診，我們承保終身最多 6 次腎臟病教育服務 門診透析治療（包括如第 3 章所述，當您暫時離開服務區域、或您取得此服務的醫療機構暫時無法使用或無法取得時，所接受的透析治療） 住院透析治療（若您住院以獲得特別照護） 自助透析訓練（包括您自己以及任何協助您進行居家透析治療的人） 居家透析器材與用品 某些居家支援服務（例如，必要時，由訓練有素的透析操作人員前往家中檢查您的居家透析，協助處理緊急狀況，並檢查您的透析器材與水源） <p>您的聯邦醫療保險 B 部分藥物福利會承保透析用的某些藥物。關於 B 部分藥物的承保資訊，請前往聯邦醫療保險 B 部分處方藥一節。</p>	<p>網路內</p> <p>腎臟病教育服務共付額為 \$0</p> <p>聯邦醫療保險承保的每次透析治療，聯邦醫療保險允許金額的 20% 共保額。</p> <p>這包括至專業（腎臟透析臨床門診）及透析機構看診。作為住院病人接受的透析服務，會按照醫院住院福利承保。</p> <p>服務必須獲得預先授權與轉診。</p>
<p>專業護理之家 (SNF) 照護</p> <p>（專業護理之家的定義請參閱本文件第 12 章。專業護理之家有時稱為 SNF。）</p> <p>承保服務包括，但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> 雙人病房（或單人病房，如有醫療必要性） 住院膳食，包括特別餐 專業護理服務 	<p>網路內</p> <p>每次在聯邦醫療保險認證的專業護理之家住院，您需支付：</p> <p>下列聯邦醫療保險規定之金額適用於 2024 年，而 2025</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> • 物理治療、職能治療與語言治療 • 根據您的護理計劃對您施用的藥物（這包括體內自然存在的物質，例如血液凝血因子。） • 血液 - 包括保存與輸血。全血和紅血球濃厚液的承保僅從您需要的第四品脫血液開始。您必須支付您在一個日曆年內獲得的前三品脫血液的費用，或由您或其他人捐血。血液的所有其他成分均從所使用的第一品脫開始承保。 • 一般由專業護理之家提供的醫療與外科用品 • 一般由專業護理之家提供的實驗室檢驗 • 一般由專業護理之家提供的 X 光和其他放射性服務 • 使用一般由專業護理之家提供的裝置，例如輪椅 • 醫生/醫療人員提供的服務 • 一般由專業護理之家提供的醫療與外科用品 • 一般由專業護理之家提供的實驗室檢驗 • 一般由專業護理之家提供的 X 光和其他放射性服務 • 使用一般由專業護理之家提供的裝置，例如輪椅 • 醫生/醫療人員提供的服務 	<p>年可能有所變更。我們會於聯邦醫療保險公佈資訊時儘快提供該更新費率。</p> <p>每個福利期的第 1 至 20 日，每日共付額 \$0</p> <p>每個福利期的第 21 至 100 日每日支付 \$204</p> <p>不需要事先住院。</p>
<p>一般而言，您會從網路內醫療機構取得專業護理之家的照護。但是在以下某些情況中，如該機構接受本計劃的付款金額，您可能可以對非網路內醫療機構的機構支付網路內的分攤費用。</p>	<p>服務必須獲得預先授權與轉診。</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 您在住院之前所住的護理之家或長期照護樂齡人士社區（只要它提供專業護理之家的護理） • 您出院時您的配偶或同居人所住的專業護理之家 	

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p> 戒除抽菸與菸草使用（戒菸諮詢）</p> <p><u>如果您抽菸，但沒有抽菸相關疾病之跡象或徵狀：我們在 12 個月期限內承保兩次戒菸諮詢，視為預防性服務且不向您收費。每次諮詢包括最多四次面對面看診。</u></p> <p><u>如果您抽菸且已診斷出患有抽菸相關疾病或是正在服用藥物而可能受到抽菸影響：我們承保戒菸諮詢服務。我們在 12 個月期限內承保兩次戒菸諮詢，但是，您須支付適用的分攤費用。每次諮詢包括最多四次面對面看診。</u></p>	<p>聯邦醫療保險承保的戒除抽菸與菸草使用的預防性福利不需支付共保額、共付額或自付額。</p>
<p>監督運動治療 (SET)</p> <p>會員有周邊動脈疾病 (PAD) 之症狀：並由負責治療 PAD 的醫生提出 PAD 轉診，則我們會承保 SET。若符合 SET 計劃要求，我們也承保 12 週期間的最多 36 個療程。SET 計劃必須：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 包含持續 30 至 60 分鐘的療程，內含對跛行患者之 PAD 病況的運動訓練治療計劃 • 在醫院門診場所或醫生診間進行 • 必須由合格的輔助人員執行以確保利大於弊，並由受過 PAD 運動治療專業訓練的人員進行 • 在醫生、醫生助理或護理師/臨床護理專科醫生的監督之下進行，上述人員均受過基本與高階急救技巧的訓練。 • SET 如果由醫療機構認定有醫療之必要性，則承保範圍可以超過 12 週期間的 36 個療程，在更長的期間內再提供 36 個療程。 	<p>網路內</p> <p>每次療程的共保額為 20%。</p> <p>服務必須獲得預先授權與轉診。</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p>遠距醫療服務</p> <p>遠距醫療就診可使用您的手機、平板電腦或電腦進行。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您醫生的診所提供的視訊就診 • Teladoc® 就診 <p>Teladoc 的醫生或心理健康醫療機構，每天 24 小時為非緊急健康問題提供服務。請致電 1-800-TELADOC (835-2362) 或造訪其網站 Teladoc.com 安排預約。</p> <p>Teladoc 醫生可以診斷和治療非緊急醫療狀況，也能夠在醫療上有必要時開藥。</p>	<p>網路內：</p> <p>不需要預先授權。</p> <p>每次家庭醫生 (PCP) 視訊就診的共同保險為 20%。</p> <p>透過 Teladoc 醫療機構網路進行的心理健康門診共保額為 20%。</p>


第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p>交通（例行性）</p> <p>計劃承保由 CareCar 提供的非緊急陸路運輸。CareCar 提供每天 24 小時，一週 7 天的服務，可以載運輸椅或擔架床。</p> <p>路程限於本計劃的服務區域內最遠 30 英里的單程行程，以取得本計劃福利提供的健康相關照護和服務。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 單程路程（30 英里或更少）：計為一次乘車 • 單程路程（超過 30 英里）計為兩次乘車 • 往返路程（30 英里或更少）計為兩次乘車 • 往返路程（超過 30 英里）計為四次乘車 <p>如要安排接送服務，請致電 1-844-743-4344 或造訪 getcarecar.com。在載送時間前 10 至 15 分鐘，司機或 CareCar 代表會與您聯絡，通知您預計抵達時間。</p> <p>往返路程應至少提前 36 小時安排。在 24 小時以內預約的接送，會根據 CareCar 的能力盡可能安排，但無法保證成行。</p> <p>取消接送需於 24 小時前通知。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 如果已預約接送，然後在 24 小時內提前取消 - 我們將扣除適當的接送次數（無論哩程多少，單程計 1 次，往返計 2 次）。 <p>如需更多關於計劃核准地點的詳細資訊，請使用本手冊封底印有的電話號碼，聯絡會員服務部。</p>	<p>每年 24 趟單程非緊急性運送 共付額為 \$0。</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p>緊急需求服務</p> <p>如果您暫時不在計劃服務區域內，或是即使您在計劃服務區內，由於您的時間、地點和情況從與計劃簽約的網路醫療機構處取得此服務並不合理，則需要立即就醫而非急救的計劃承保服務即為緊急需求服務。您的計劃必須承保緊急需求服務，且僅向您收取網路內分攤費用。緊急需求服務的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害，或現有病症意外發作。但是，醫療必需的例行性醫療機構就診（例如年度檢查），即使您在計劃服務區域外或計劃網路暫時無法使用，也不會被視為緊急需求。</p> <p>全球急救承保範圍</p>	<p>網路內</p> <p>每次緊急需求服務共付額為 \$25。</p> <p>在美國及其屬地以外進行的急救與急診服務，年度計劃承保限額為合計 \$100,000。</p>
<p>價值型保險設計 (Value-Based Insurance Design, VBID) 模式</p> <p>符合福全健保全加計劃投保資格，且同時符合「額外補助」（低收入補貼 1、2 或 3）標準的投保人將有資格獲得特殊 VBID 補充福利，包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 食品與農產品（雜貨）津貼 • 非緊急性的交通接送 • 免除處方的分攤費用（所有層級） <p>請參閱第 6 章第 2.1 節，瞭解更多有關免除處方藥分攤費用的資訊。</p>	<p>網路內</p> <p>食品與農產品（雜貨）</p> <p>每月 \$125 將新增至您的 Flex 卡中，用於購買符合資格的雜貨。津貼不會累積至下個月。於 12 月 31 日到期。</p> <p>交通</p> <p>每年 24 次單程半徑 30 英里的路程共付額為 \$0</p> <p>免除 D 部分分攤費用</p> <p>所有層級的處方藥物共付額為 \$0</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p> 視力照護</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 為眼部疾病和傷勢之診斷和治療提供的門診醫生服務，包括老年性黃斑部病變的治療。Original Medicare 不承保眼鏡/隱形眼鏡的例行性眼科檢查（眼屈光） 對於青光眼的高風險族群，我們每年承保一次青光眼篩檢。青光眼的高風險族群包括：有青光眼家族史的人、糖尿病患者、50 歲以上的非裔美國人和 65 歲以上的西班牙裔美國人 糖尿病患者每年獲承保一次糖尿病視網膜病篩檢 每次白內障手術後一副眼鏡或隱形眼鏡，包括植入人工水晶體。（如果您分別進行兩次白內障手術，您在第一次手術之後無法保留福利，也無法在第二次手術之後購買兩副眼鏡）。 	<p>網路內</p> <p>治療眼睛狀況的每次聯邦醫療保險承保視力檢查共付額為 \$0。</p> <p>聯邦醫療保險承保的青光眼篩檢共付額為 \$0</p> <p>聯邦醫療保險承保的糖尿病視網膜病篩檢共付額為 \$0</p> <p>在白內障手術後由聯邦醫療保險承保的一副眼鏡或隱形眼鏡共付額為 \$0。</p> <p>服務必須獲得預先授權。</p>
<p>視力照護（例行性）</p> <ul style="list-style-type: none"> 例行性眼睛檢查 <p>本計劃提供年度津貼。您可以這筆津貼來支付：</p> <ul style="list-style-type: none"> 眼鏡（鏡框、鏡片或隱形眼鏡） 升級 	<p>例行性檢查無需轉診。</p> <p>一次例行性視力檢查共付額為 \$0。眼鏡共付額為 \$0，以每年 \$200 的津貼為上限。</p>
<p>您必須使用 VSP Vision Care 網路內的醫療機構。</p>	<p>本計劃支付視力服務的最高福利津貼之後，您必須負責支付任何剩餘費用。任何未使用的津貼額度將於 12 月 31 日到期。</p>

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

為您承保的服務	您獲得這些服務所需支付的費用
<p> 「歡迎參加聯邦醫療保險」(Welcome to Medicare) 預防性門診</p> <p>計劃承保一次「歡迎參加聯邦醫療保險」(Welcome to Medicare) 預防性門診。門診包括健康情況檢查以及您所需預防性服務的教育與諮詢資訊（包括一些篩檢和疫苗接種），以及必要時其他護理的轉診。</p> <p>重要提示：我們對「歡迎參加聯邦醫療保險」(Welcome to Medicare) 預防性門診的承保，僅限您參加聯邦醫療保險 B 部分保險的首 12 個月內。當您預約門診時，請讓醫生診間知道您想要預約「歡迎參加聯邦醫療保險」預防性門診。</p>	<p>「歡迎參加聯邦醫療保險」(Welcome to Medicare) 預防性門診不需支付共保額、共付額或自付額。</p>

第 3 節 哪些服務不屬於本計劃的承保範圍？

第 3.1 節 我們不承保的服務（排除項目）

本節說明哪些服務排除在聯邦醫療保險的承保範圍外，而不獲本計劃承保。

下表列出了在任何條件下均不承保，或僅在特定條件下承保的服務和項目。

如果您接受被排除在外（不屬於承保範圍）的服務，您必須自行支付該服務的費用，僅有以下列出的情況除外。即使您是在急診設施接受被排除的服務，仍不能獲得承保，且我們的計劃也不會為這些服務付款。唯一的例外情況是：如果下表的某項服務在上訴後，被裁定為由於您的特殊情況，我們應予支付或承保的醫療服務。（有關對我們做出不承保某項醫療服務的決定提出上訴的資訊，請參閱本文件第 9 章第 5.3 節。）

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

聯邦醫療保險未承保的服務	在任何情況下均不承保	僅在特定情況下承保
整容手術或療程		<ul style="list-style-type: none"> • 意外受傷的情況或為改善畸形身體部位之功能會予以承保。 • 在乳房切除手術後乳房重建的所有階段，以及為使外觀對稱而對未受影響的乳房所做的重建均有承保。
<p>監護照顧</p> <p>監護照顧是一種個人照顧，不需要受過訓練的醫療人員或輔助醫療人員持續關注，例如協助您的日常生活，如洗澡或穿衣的照顧。</p>	在任何情況下均不承保	
<p>實驗性醫療與手術程序、器材和藥物。</p> <p>實驗性程序與項目是由 Original Medicare 確定未被醫學界普遍接受的程序與項目。</p>		<ul style="list-style-type: none"> • 按照聯邦醫療保險核准的臨床研究可能由 Original Medicare 承保，或由我們的計劃承保。 <p>（參閱第 3 章第 5 節以瞭解臨床研究的更多資訊。）</p>
您的直系親屬或家庭成員所收取的照護費用。	在任何情況下均不承保	
居家全職護理照顧。	在任何情況下均不承保	

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

聯邦醫療保險未承保的服務	在任何情況下均不承保	僅在特定情況下承保
到府送餐		<ul style="list-style-type: none"> 此項依慢性病患者的特殊補充福利予以承保。並非所有會員皆符合這些特殊補充福利的資格。請參閱上列醫療福利表以瞭解更多詳情。
家政服務包括基本的家事協助，包括簡單打掃或準備簡易餐點。		<ul style="list-style-type: none"> 此項依慢性病患者的特殊補充福利予以承保。並非所有會員皆符合這些特殊補充福利的資格。請參閱上列醫療福利表以瞭解更多詳情。
自然療法服務（使用自然或替代治療）。		<ul style="list-style-type: none"> 這是我們補充針灸福利的承保範圍。服務在年度最高津貼限額之內皆可使用。請參閱上列醫療福利表以瞭解更多詳情。
非例行性牙科照護		<ul style="list-style-type: none"> 綜合性服務在年度最高津貼限額之內皆可使用。 治療疾病或傷害所需的牙科照護可以作為住院或門診護理獲得承保。
足部矯形鞋或支撐裝置		<ul style="list-style-type: none"> 屬於腿部支架一部分且包含在支架費用內的鞋子。糖尿病足患者的矯形鞋或治療用鞋。
您在醫院或專業護理之家的病房中之私人物品，例如電話或電視機。	在任何情況下均不承保	
醫院的單人病房。		<ul style="list-style-type: none"> 有醫療必要性時才會承保。

第 4 章：醫療福利表（承保與自費項目）

聯邦醫療保險未承保的服務	在任何情況下均不承保	僅在特定情況下承保
絕育手術逆轉和/或非處方避孕用品。	在任何情況下均不承保	
例行性脊椎矯正照護		<ul style="list-style-type: none"> 承保矯正脊椎關節脫位的手動矯正。
例行性眼部檢查、眼鏡、放射狀角膜切開術、LASIK 手術和其他低視力光學輔具。		<ul style="list-style-type: none"> 例行性眼科檢查和眼鏡是我們補充保險的一部分。服務在年度最高津貼限額之內皆可使用。 為接受白內障手術之患者於術後承保一副眼鏡（或隱形眼鏡）。
例行性足部護理		<ul style="list-style-type: none"> 例行性足部檢查承保最高至年度最高就診次數。請參閱上列醫療福利表以瞭解更多詳情。 根據聯邦醫療保險指南提供一些有限承保（例如若您患有糖尿病）。
例行性聽力檢查、助聽器或助聽器適配的檢查。		<ul style="list-style-type: none"> 例行性聽力檢查和助聽器是我們補充保險的一部分。服務在年度最高津貼限額之內皆可使用。
根據 Original Medicare 的標準，被認定為不合理且非必要的服務	在任何情況下均不承保	

第 5 章：

使用本計劃的承保保障

D 部分處方藥物

第 5 章：使用本計劃的承保保障 D 部分處方藥物

第 1 節 介紹

本章說明使用您 D 部分藥物承保的規則。請參閱第 4 章瞭解聯邦醫療保險 B 部分藥物福利和安寧照顧藥物福利。

第 1.1 節 本計劃 D 部分藥物承保的基本規則

只要您遵從基本規定，本計劃一般將承保您的藥物：

- 您必須由醫療機構（醫生、牙醫或其他處方開立者）開立處方，且處方必須在適用的州法律下是有效的。
- 您的開立處方者不得列於聯邦醫療保險的「排除」或「禁止」名單中。
- 通常，您必須至網路藥局領取您的處方藥物。（請參閱本章第 2 節。）或者，您可以透過計劃的郵購服務領取處方藥。
- 您的藥物必須列於本計劃的*承保藥物清單（處方集）*（我們簡稱為「藥物清單」）上。（請參閱本章第 3 節。）
- 您的藥物必須用於醫療許可之適應症。醫療許可之適應症意即該藥物的使用已由美國食品藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 核准，或者獲得特定參考文獻的支持。更多關於醫療許可之適應症的資訊，請參閱本章第 3 節。
- 在我們承保之前，您的藥物可能需要獲得核准。（請參閱本章第 4 節，瞭解有關您的承保限制的更多資訊。）

第 2 節 在網路藥局或透過本計劃的郵購服務領取您的處方藥

第 2.1 節 使用網路藥局

在大部分情況下，*僅有*當您在本計劃的網路藥局領取處方藥時，才會獲得承保。（有關我們何時承保在網路外藥局領取的處方藥，請參閱第 2.5 節。）

第 5 章：使用本計劃的承保保障 D 部分處方藥物

網路藥局是指與本計劃簽約為您提供承保處方藥的藥局。承保藥物一詞指本計劃「藥物清單」上的所有 D 部分處方藥。

第 2.2 節 網路藥局

您如何尋找您所在地區的網路藥局？

如要尋找網路藥局，您可查看您的 *藥局目錄*、造訪我們的網站 (zh.clevercarehealthplan.com)，或致電會員服務部。

您可前往我們的任何一家網路藥局。

您一直使用的藥局退出網路該怎麼辦？

如果您一直使用的藥局退出本計劃的網路，您將必須找一家新的網路藥局。如果要尋找您所在區域內的另一間藥局，您可以向會員服務部尋求協助或使用 *藥局目錄*。您也可以我們的網站 zh.clevercarehealthplan.com/pharmacy 找到資訊。

如果您需要專門藥局該怎麼辦？

有些處方藥物必須前往專門藥局領取。專門藥局包括：

- 供應居家輸注治療用藥的藥局。
- 供應長期護理 (long-term care, LTC) 機構居民用藥的藥局。LTC 機構（例如護理之家）通常有自己的藥局。如果您在長期護理機構 (LTC) 中取得 D 部分福利時遇到任何困難，請聯絡會員服務部。
- 服務 Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health 計劃（不適用於波多黎各）的藥局。除緊急情況外，僅美國原住民或阿拉斯加原住民可使用這些網路內藥局。
- 負責配發 FDA 侷限於特定地點，或配發需要特殊處理、醫療機構協調，或是需提供用藥教育之藥物的藥局。如要尋找專門藥局，請查閱您的 *藥局目錄* (zh.clevercarehealthplan.com/pharmacy) 或致電會員服務部。

第 5 章：使用本計劃的承保保障 D 部分處方藥物**第 2.3 節 使用本計劃的郵購服務**

針對特定種類的藥物，您可以使用本計劃的網路郵購服務。一般而言，可透過郵購方式取得的藥物屬於您定期服用，以治療慢性或長期醫療狀況的藥物。這些藥物在我們的藥物清單標示為**郵購藥物**。無法透過本計劃郵購服務取得的藥物，會在我們的藥物清單上以星號標示。

本計劃的郵購服務允許您訂購**至少 30 天份，最多不超過 100 天份的藥量**

如欲取得郵購處方藥的訂購單與相關資訊，請致電會員服務部或造訪我們的網站（電話號碼和網站均列於本手冊背面）。

通常，您透過郵購藥局訂購的藥物會在 10 天內送達。如果您的訂單延誤，請致電 Birdi Rx.™ (855) 873-8739。

直接由您醫生的診所提供給藥局的新處方。

如果有以下情況，藥局將自動配藥並遞送從醫療機構處收到的新處方，而無需先與您確認：

- 您過去曾使用本計劃的郵購服務，或
- 您已註冊自動遞送直接從醫療機構處收到的所有新處方。您可以隨時致電 Birdi Rx.™ (855) 873-8739 申請自動遞送所有新處方。或登入 MedImpact 入口網站 (medimpactdirect.com) 或其手機應用程式，管理您的處方偏好。

如果您收到不想要的自動遞送處方藥，且在處方藥送達前未與您聯絡並確認，您可能符合退款資格。

如果您過去使用過郵購服務，但不想要藥局自動配藥並遞送每份新的處方，請致電會員服務部與我們聯絡，電話號碼列於本手冊封底。

如果您從未使用過我們的郵購遞送服務和/或決定停止新處方的自動配藥，藥局每次從健康照護提供者處收到新處方時都會與您聯絡，確認您是否希望立即配藥並寄

第 5 章：使用本計劃的承保保障 D 部分處方藥物

送該藥物。重要的是您應回覆藥局的每次聯絡，告知他們應該寄送、暫緩或取消您的新處方。

如果要選擇退出自動遞送直接從醫療機構處收到之新處方，請致電會員服務部與我們聯絡（電話號碼列於本手冊背面）。

續配郵購處方藥。如需續配，請在您目前處方藥物將服用完畢的前 14 天聯絡藥局，以確保可即時將下次訂單寄送給您。

第 2.4 節 如何取得長期藥量？

當您取得長期藥量時，您的分攤費用可能會較低。本計劃提供兩種方法，以取得本計劃藥物清單上維護性藥物的長期藥量（也稱為延長藥量）。（維護性藥物是指您定期服用的慢性或長期醫療狀況藥物。）

1. 我們網路內的一些零售藥局，允許您長期獲得維護性藥物您的 *藥局目錄* (zh.clevercarehealthplan.com/pharmacy) 會告訴您，我們網路內有哪些藥局可以為您提供長期維護性藥物。您也可以致電會員服務部以瞭解更多資訊。
2. 您也可以透過我們的郵購方案獲得維護性藥物。更多資訊請參閱第 2.3 節。

第 2.5 節 在何種情況下，您可以使用計劃網路外的藥局？

在特定情況下，您的處方可能獲得承保

一般而言，我們僅在您無法使用網路藥局時，才會承保在網路外藥局領取的藥物。為了幫助您，我們在服務區域外備有網路藥局，身為我們計劃的會員，您可以在這些藥局配取處方藥。請先洽詢會員服務部，以確認附近是否有網路藥局。您可能需要支付在網路外藥局購買藥物的費用與我們為網路內藥局承保費用之間的差額。

若為以下情況，我們會承保於網路外藥局配取的處方藥：

- 您正在美國及其屬地內旅行，且您生病或處方藥遺失或用完。

第 5 章：使用本計劃的承保保障 D 部分處方藥物

- 此處方是為醫療急救或急診照護而開立的。
- 由於在 25 英里的車程內沒有提供 24 小時服務的網路藥局，使您無法於服務區域內及時取得承保藥物。
- 您正在配取一種無障礙網路零售藥局內未定期補給之承保藥物（例如罕見病藥物或其他專科藥物）的處方。

如何要求計劃報銷費用？

如果您必須使用網路外藥局，您通常必須在配取處方藥時支付全額費用（而非您一般的分攤費用）。您可以要求我們報銷我們應分攤的費用。（第 7 章第 2 節將說明如何要求計劃償付。）

第 3 節 您的藥物必須在本計劃的藥物清單上

<h3>第 3.1 節 藥物清單說明哪些 D 部分藥物獲得承保</h3>

本計劃有一份*承保藥物清單（處方集）*。在本*承保範圍說明書*中，**我們稱之為藥物清單**。

這份清單上的藥物是由本計劃在醫生和藥劑師團隊的協助下選出。這份清單符合聯邦醫療保險的規定，並已獲得聯邦醫療保險的核准。

藥物清單上的藥物僅有聯邦醫療保險 D 部分承保的藥物。

只要您遵循本章所說明的其他承保規定，且該藥物用於醫療上可接受的適應症，我們一般將承保本計劃藥物清單中的藥物。醫療上可接受的適應症是指藥物的使用情形如以下*其中*之一：

- 美國食品藥物管理局已核准該藥物用於處方所開立的診斷或病症，或
- 有特定參考資料的佐證，包括《美國醫院處方集服務藥物資訊》(American Hospital Formulary Service Drug Information) 和 Micromedex 藥物索引系統 (Micromedex DRUGDEX Information System)。

第 5 章：使用本計劃的承保保障 D 部分處方藥物

特定藥物對某些疾病可能屬於承保範圍，但對於其他疾病則視為非處方集藥物。這些藥物可在我們的藥物清單和聯邦醫療保險計劃搜尋工具上找到，並說明其承保的特定疾病。

藥物清單包括原廠藥、副廠藥和生物製劑（可能包括生物相似性藥品）。

原廠藥是以藥廠的商標名稱銷售的處方藥。生物製劑是比一般藥物更複雜的藥物。我們藥物清單上提到的藥物，可能指涉的藥物或生物製劑。

學名藥是一種與原廠藥具有相同活性成分的處方藥。生物製劑有稱為生物相似性藥品的替代品。一般而言，學名藥和生物相似性藥品的作用與原廠藥或原廠生物製劑相同，且通常成本較低。許多原廠藥都有副廠藥替代品，某些原廠生物製劑也有生物相似性藥品的替代品。有些生物相似性藥品可互換，根據州法律，可以在藥局取代原始生物製劑，而不需要新的處方，就像學名藥可以取代原廠藥一樣。

請參閱第 12 章，瞭解可能列於藥物清單上的藥品類型定義。

非處方藥

我們的計劃也承保特定非處方藥。有些非處方藥較處方藥便宜，但藥效相同。請致電會員服務部瞭解更多資訊。

哪些藥物不在藥物清單上？

本計劃並未承保所有處方藥。

- 在某些情況下，法律不允許任何聯邦醫療保險計劃承保特定類型的藥物。（請參閱本章第 7.1 節更多相關的資訊。）
- 其他情況則是我們決定不將某種特定的藥物列於藥物清單中。在某些情況下，您可能可以取得不在藥物清單上的藥物。（請參閱第 9 章瞭解更多資訊。）

第 5 章：使用本計劃的承保保障 D 部分處方藥物**第 3.2 節 藥物清單的藥物共有六種分攤費用層級**

本計劃藥物清單上的每種藥物皆屬於六種分攤費用層級之一。一般而言，分攤費用層級越高，您的藥費就越高：

- 層級 1 包括首選學名藥。（*最低費用層級。*）
- 層級 2 包括學名藥。
- 層級 3 包括首選原廠藥。
- 層級 4 包括非首選原廠藥。
- 層級 5 包括專科層級藥物。（*最高費用層級。*）
- 層級 6 包括精選照護藥物

如要瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用層級，請查閱本計劃的藥物清單。

您需為各分攤費用層級藥物支付的金額列於第 6 章（*您為 D 部分處方藥支付的費用*）。

第 3.3 節 如何確認某種特定藥物是否列於藥物清單上？

您有兩種方法可以瞭解：

1. 瀏覽本計劃的網站 (zh.clevercarehealthplan.com/pharmacy)。網站上的藥物清單都會是最新版本。
2. 致電會員服務部，以瞭解某種特定藥物是否列於本計劃的藥物清單上，或索取一份該清單的副本。

第 5 章：使用本計劃的承保保障 D 部分處方藥物

第 4 節 部分藥物有承保限制規定

第 4.1 節 為何有些藥物有限制？

特定處方藥設有特殊規則，限制本計劃承保的方式和情況。醫生和藥劑師團隊制定了這些規則，來鼓勵您及您的醫療機構以最有效的方式使用藥物。如要瞭解這些限制是否有任何一項適用於您所使用（或希望使用）的藥物，請查閱藥物清單。

如果有安全且費用較低的藥物與費用較高的藥物療效相同時，本計劃的規則旨在鼓勵您和您的醫療機構使用費用較低的選擇。

請注意，有時某種藥物可能在我們的藥物清單上多次出現。這是因為相同一種藥物，可能會因您的醫療機構所開立處方的劑量強度、份量或劑型而有所不同，而不同劑型的藥物（例如，10 mg 與 100 mg；每天一次與每天兩次；片劑與液體）可能會有不同的限制或分攤費用。

第 4.2 節 有何種限制？

以下各節將說明我們為特定藥物使用的限制類型的詳細資訊。

如果您的藥物有限制，這通常表示您或醫療機構將須採取額外步驟，我們才會承保該藥物。請聯絡會員服務部，瞭解您或您的醫療機構該如何獲得該藥物的承保。如果您希望我們為您取消該限制，您就需要利用承保決定流程，並要求我們進行例外處理。我們不一定會同意為您取消該限制。（請參閱第 9 章。）

事先取得計劃核准

對於特定藥物，您或您的醫療機構需要先取得計劃的核准，我們才能同意為您承保該藥物。這稱為**預先授權**。這是為了確保藥物安全，並協助指導適當使用特定藥物。如果您未取得此核准，您的藥物可能不會獲得本計劃的承保。

第 5 章：使用本計劃的承保保障 D 部分處方藥物

首先嘗試不同的藥物

此項要求鼓勵您在本計劃承保其他藥物之前，先嘗試費用較低但藥效相同的藥物。例如，如果藥物 A 和藥物 B 皆可治療同一疾病，則本計劃可能會要求您先嘗試藥物 A。如果藥物 A 對您無效，則本計劃將承保藥物 B。這種要求先嘗試不同藥物的做法稱為**階段療法**。

藥量限制

對於特定藥物，我們會限制您每次配取處方藥時可獲得的藥量。舉例來說，如果一般認為某特定藥物的安全用量只有每天一顆，則我們可能會將您處方承保限制為每天不超過一顆。

第 5 節 如果您的其中一種藥物未以您希望的方式承保，該如何處理？

<h3>第 5.1 節 如果您的藥物未以您希望的方式承保，您有幾種處理方式</h3>
--

下述情況可能發生，譬如您正在服用的某種處方藥，或您和您的醫療機構認為您應該服用的藥物不在我們的處方集上，或在我們的處方集上但受到限制。例如：

- 該藥物可能完全沒有承保。或者，可能僅承保其學名藥，但您希望使用的原廠藥版本不在承保範圍內。
- 該藥物獲得承保，但其承保範圍有額外的規則或限制，如第 4 節所說明。
- 該藥物獲得承保，但其分攤費用層級使得分攤費用超出您的預期。
- 如果您的藥物未以您想要的方式承保，您有幾種處理方式。如果您的藥物不在藥物清單上，或者如果您的藥物受到限制，請參閱第 5.2 節，以瞭解如何處理。
- 如果您的藥物所在分攤費用層級使得您的費用高於您預期的費用，請參閱第 5.3 節，以瞭解您可以採取哪些措施。

第 5 章：使用本計劃的承保保障 D 部分處方藥物**第 5.2 節 如果您的藥物不在藥物清單上，或者如果該藥物受到某些限制，該如何處理？**

如果您的藥物不在藥物清單上，或者如果該藥物受到某些限制，您有下列選擇：

- 您可能可以取得該藥物的臨時藥量。
- 您可以改用另一種藥物。
- 您可以要求**例外處理**並要求計劃承保該藥物，或取消對該藥物的限制。

您可能可以取得臨時藥量

在某些情況下，計劃必須提供您已經在服用的藥物的臨時藥量。這份臨時藥量可給予您一些時間，讓您和您的醫療機構討論變更。

若要符合領取臨時藥量的資格，您一直在服用的藥物**必須不再列於本計劃的藥物清單內，或其目前受到某些限制。**

- **如果您是新會員**，我們會在您成為本計劃會員後的最初 **90 天**內，為您的藥物承保暫時藥量。
- **如果您在去年加入本計劃**，我們會在日曆年的最初 **90 天**內承保您的臨時藥量。
- 此臨時藥量最多提供 30 天的藥量。如果您處方開立的天數較少，我們將允許多次配藥，以提供至多 30 天份的藥物。處方必須至網路藥局配藥。（請注意，長期照護藥局可能每次僅提供較少份量的藥物，以免造成浪費。）
- **對於加入本計劃超過 90 天、居住於長期照護機構，並且立即需要一份藥量的會員：**
我們將承保特定藥物一次 31 天的緊急藥量，或者或您處方的天數較少，則承保較少天數的藥量。這不包括在上述的臨時藥量中。
- **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劃現有會員：**

第 5 章：使用本計劃的承保保障 D 部分處方藥物

我們將承保一次 30 天的藥量，如果您的處方天數較短，則承保較少的藥量（在此情況下，我們將允許多次配藥，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 (long-term care, LTC) 機構，並立即需要過渡藥量的計劃現有會員：**

我們將承保一次 31 天的藥量，如果您的處方天數較短，則承保較少的藥量（在此情況下，我們將允許多次配藥，直到合計領取達 31 天藥量為止）。

如對臨時藥量有疑問，請致電會員服務部。

在您使用臨時藥量期間，您應與醫療機構討論，決定臨時藥量耗盡時的處理方式。您有兩種選擇：

1) 您可以更換為另一種藥物

請與您的醫療機構討論是否有對您可能同樣有效的其他本計畫承保藥物。您可以致電會員服務部，索取一份治療相同病症的承保藥物清單。此清單可協助您的醫療機構找到可能適合您的承保藥物。

2) 您可以要求例外處理

您和您的醫療機構可以要求計劃例外處理，並按照您想要的方式承保該藥物。如果您的醫療機構表示您有正當的醫療理由要求我們例外處理，則該醫療機構可以協助您提出例外處理申請。例如，您可以要求計劃承保某項藥物，即使該藥物不在計劃的藥物清單上。或者，您可以要求本計劃例外處理，並在無任何限制下承保該藥物。

如果您是現有會員，且您正在服用的藥物明年將自處方集中移除或以某種方式限制，我們將在明年前通知您任何變更。您可以在明年之前提出例外處理申請，我們將在收到您的申請（或您開立處方者的佐證聲明）後的 72 小時內作出答覆。如果我們核准您的申請，我們將在變更生效前授權該承保。

如果您和醫療機構想申請例外處理，第 9 章第 6.4 節會說明該如何處理。其中說明了聯邦醫療保險為確保您的請求得到及時公平的處理，因此制定的程序和截止日期。

第 5 章：使用本計劃的承保保障 D 部分處方藥物

第 5.3 節 如果您認為您藥物的分攤費用層級過高，該如何處理？

如果您認為您藥物的分攤費用層級過高，您可以：

您可以更換為另一種藥物

如果您認為您藥物的分攤費用層級過高，請和您的醫療機構討論。或許有較低分攤費用層級的不同藥物對您有相同療效。請致電會員服務部，索取一份治療相同醫療狀況的承保藥物清單。此清單可協助您的醫療機構找到可能適合您的承保藥物。

您可以要求例外處理

您與您的醫療機構可以要求本計劃就分攤費用層級進行例外處理，使您能夠支付較少的費用。如果您的醫療機構表示您有正當的醫療理由要求我們例外處理，則該醫療機構可以協助您提出規則的例外處理申請。

如果您和您的醫療機構想申請例外處理，第 9 章第 6.4 節會說明該如何處理。其中說明了聯邦醫療保險為確保您的請求得到及時公平的處理，因此制定的程序和截止日期。

本計劃層級 5（專科層級）的藥物不符合此類例外處理的資格。我們無法降低該層級的藥物分攤費用。

第 6 節 如果您其中一種藥物的承保有所變更，該如何處理？

第 6.1 節 藥物清單可能會在年度中變更

大多數藥物承保的變更都發生在每年年初（1 月 1 日）。然而，本計劃可能會在年度當中針對藥物清單進行一些變更。例如，本計劃可能：

- 從藥物清單中新增或移除藥物。
- 將藥物移至較高或較低的分攤費用層級。
- 新增或移除某藥物的承保限制。

第 5 章：使用本計劃的承保保障 D 部分處方藥物

- **以學名藥取代原廠藥。**
- 以生物製劑可互換的生物相似性藥品取代原廠生物製劑。

在我們變更計劃的藥物清單前，我們必須遵循聯邦醫療保險規定。

有關本章所討論的藥物類型定義，請參閱第 12 章。

第 6.2 節 如果您正在服用的藥物承保變更，將會如何？

藥物承保變更資訊

當藥物清單發生變更時，我們會在網站上發佈這些變更的相關資訊。我們也會定期更新線上藥物清單。本節說明我們可能對藥物清單進行的變更類型，以及如果您正在服用的藥物發生變更，何時會收到直接通知。

在目前計劃年度期間，我們可能對藥物清單進行對您造成影響的變更

- **將新藥物加入藥物清單，並立即移除或變更藥物清單上的類似藥物。**
 - 將新版本的藥物加入藥物清單時，我們可能會立即從藥物清單中移除類似藥物、將類似藥物移至不同的分攤費用層級、新增新的限制，或兩者皆進行。新版本的藥物將在相同或較低的分攤費用層級，其限制相同或更少。
 - 只有當我們新增原廠藥的新學名藥版本，或新增已經在藥物清單上的原廠生物製劑的特定新生物相似性藥品版本時，才會立即進行這些變更。
 - 即使您正在服用我們移除或變更的藥物，我們仍可能立即做出這些變更，並於之後告知您。如果您在我們進行變更時正在服用類似藥品，我們將告知您有關任何我們所做的具體變更。
- **在藥物清單中新增藥物，以及提前發出通知並移除或變更藥物清單中的類似藥物。**

第 5 章：使用本計劃的承保保障 D 部分處方藥物

- 將其他版本的藥物加入藥物清單時，我們可能會從藥物清單中移除類似藥物、將其移至不同的分攤費用層級、新增新的限制，或兩者皆進行。新增的藥物版本將在相同或較低的分攤費用層級，其限制相同或更少。
 - 只有當我們新增原廠藥的新學名藥版本，或新增已經在藥物清單上的原廠生物製劑的特定新生物相似性藥品版本時，才會進行這些變更。
 - 我們將在進行變更至少 30 天前告知您，或是告知您相關變更，並承保您正在服用之藥物版本的 30 天藥量。
- **移除不安全的藥物和藥物清單上退出市場的其他藥物**
 - 有時某種藥物可能因被視為不安全，或是其他原因而下市。如果發生這種情形，我們可能會立即將該藥物自藥物清單移除。如果您正在服用該藥物，我們將在做出變更後告知您。
 - **對藥物清單上的藥物做出其他變更。**
 - 年度開始後，我們可能會做出影響您正在服用藥物的其他變更。例如：我們根據 FDA 的加框警語或聯邦醫療保險認可的新臨床指南。
 - 我們將在進行變更至少 30 天前告知您，或告知您相關變更，並額外承保您正在服用的藥物 30 天的藥量。

如果我們對您正在服用的任何藥物進行變更，請與您的開立處方者討論對您最有效的選項，包括變更至不同的藥物以治療您的病況，或要求承保決定，以符合您正在服用之藥物的任何新限制。您或您的處方開立者可以要求我們進行例外處理，以繼續承保您持續服用的藥物或藥物版本。更多有關如何要求承保決定（包括例外處理）的資訊，請參閱第 9 章。

在目前計劃年度期間，不會對您造成影響的藥物清單變更。

我們可能會對上述藥物清單進行某些變更。在這些情況下，如果您在變更時正在服用該藥物，則變更將不適用於您；但是，如果您留在同一個計劃中，這些變更可能會從下一個計劃年度的 1 月 1 日開始對您造成影響。

一般而言，在目前計劃年度期間不會對您造成影響的變更為：

第 5 章：使用本計劃的承保保障 D 部分處方藥物

- 我們將您的藥物移到較高的分攤費用層級。
- 我們對您的藥物使用採用新的限制。
- 我們將您的藥物自藥物清單中移除。

如果您正在服用的藥物發生上述任何變更（除了退出市場、以學名藥取代原廠藥，或上述章節所述的其他變更），則下一年的 1 月 1 日前，此變更不會影響您的使用或分攤費用。

我們不會在目前的計劃年度直接告訴您此類變更。您將需要查看下一個計劃年度的藥物清單（在開放投保期間可取得該清單時），以瞭解您正在服用的藥物是否有任何變更，這些變更將會在下一個計劃年度期間對您造成影響。

第 7 節 哪些藥物不能獲得本計劃承保？

第 7.1 節 我們不承保的藥物類型

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

如果您取得的藥品屬於排除項目，您必須自行支付（除了我們的加強型藥物承保範圍所承保的特定排除項目藥品）。如果您提出上訴，且 D 部分未排除所要求的藥物，我們將支付或承保該藥物。（有關對決定提出上訴的資訊，請參閱第 9 章。）

關於聯邦醫療保險 D 部分藥物計劃不承保之藥物，有三項一般規則：

- 本計劃的 D 部分藥物承保無法承保聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分承保的藥物。
- 本計劃無法承保於美國及其屬地外購買的藥物。
- 本計劃無法承保仿單核准適應症外的藥物使用，若該用途無特定參考資料佐證，例如《美國醫院處方集服務藥物資訊》(American Hospital Formulary Service Drug Information) 和 Micromedex 藥物索引系統 (Micromedex DRUGDEX Information)

第 5 章：使用本計劃的承保保障 D 部分處方藥物

System)。仿單核准適應症外的使用，指的是任何非該藥物標籤上指示由美國食品藥物管理局批准之用途。

此外，根據法律規定，下列類別的藥物不受聯邦醫療保險藥物計劃承保：（本計劃透過加強型藥物承保範圍，承保下列特定藥物，您可能需要為此支付額外的保費。更多資訊請參閱下文。）

- 非處方藥（也稱為成藥）
- 用於促進生育的藥物
- 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物
- 用於美容目的或促進頭髮生長的藥物
- 處方維他命與礦物質產品（產前維他命與氟化物製劑除外）
- 用於治療性功能或勃起功能障礙的藥物
- 用於治療厭食症、體重減輕或體重增加的藥物
- 因藥廠試圖要求相關測試或監測服務，作為銷售條件只能自該藥廠購買的門診藥物

我們為某些處方藥（聯邦醫療保險處方藥物計劃通常不予承保）提供額外承保（加強型藥物承保範圍）。本計劃承保咳嗽藥 (bezonatate)、維生素 (B12、D2、葉酸) 和治療勃起功能障礙的藥物（每 30 天僅限 6 錠）。您為這些藥物所支付的金額不計入重大傷病承保階段的資格。（重大傷病承保階段見本文件第 6 章第 6 節。）

此外，如果您正在**接受聯邦醫療保險的「額外補助」**，且以此支付您的處方藥費用，該「額外補助」計劃將不會支付通常不承保的藥物費用。（如需詳細資訊，請參閱本計劃的藥物清單或致電會員服務部，以獲得更多資訊。會員服務部電話號碼請參閱本手冊封底。）然而，如果您透過 Medicaid 獲得藥物承保，您的州政府 Medicaid 計劃可能會承保部分聯邦醫療保險藥物計劃通常不承保的處方藥。請聯絡您所在州的 Medicaid 計劃，以確定可為您提供哪些藥物承保。（Medicaid 的電話號碼及聯絡資訊請參閱第 2 章第 6 節。）

第 5 章：使用本計劃的承保保障 D 部分處方藥物

第 8 節 領取處方藥

第 8.1 節 提供您的會員資料

如果要領取處方藥，請在您選擇的網路藥局提供您的計劃會員資訊，詳情請見您的會員卡。網路藥局會自動向本計劃收取我們應分攤的藥物費用。當您領取處方藥時，您將需要向該藥局支付您應分攤的費用。

第 8.2 節 如果您手邊沒有會員資訊，該如何處理？

如果您在配取處方藥時手邊沒有您的計劃會員資訊，您或您的藥局可以致電本計劃以取得所需資訊；您也可以要求藥局查詢您的計劃投保資訊。

如果該藥局無法取得所需資訊，您可能需要在配取處方藥時支付全額費用。（您可以在之後要求我們報銷我們應分攤的費用。有關如何要求計劃報銷的資訊，請參閱第 7 章第 2 節。）

第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物承保

第 9.1 節 如果您住在醫院或專業護理之家，且該住院由本計劃承保，該如何處理？

如果您住進醫院或專業護理之家，且該住院由本計劃承保，我們一般將承保您住院期間的處方藥費用。當您離開醫院或專業護理之家時，只要您的處方藥物符合我們於本章說明的所有承保規則，本計劃將承保該藥物。

第 9.2 節 如果您居住在長期照護機構 (LTC)，該如何處理？

通常，長期照護機構 (LTC)（例如護理之家）本身設有藥局，或使用可為其所有居民提供藥物的藥局。如果您居住在長期照護機構，只要該機構本身的藥局或其使用的藥局在我們的網路內，您即可透過該藥局取得處方藥。

第 5 章：使用本計劃的承保保障 D 部分處方藥物

請參閱您的 **藥局目錄** (zh.clevercarehealthplan.com/pharmacy)，以確定您長期照護機構本身的藥局或其使用的藥局是否在我們的網路內。如果不是，或者如果您需要更多資訊或協助，請聯絡會員服務部。如果您住在長期照護機構 (LTC)，我們必須確保您能定期透過我們的長期照護機構藥局網路獲得您的 D 部份福利。

如果您是長期照護機構的住民，且您需要的藥物未列於我們的藥物清單上或受到某些限制，該怎麼辦？

請參閱第 5.2 節有關臨時或緊急藥量的資訊。

第 9.3 節 如果您也透過僱主或退休團體計劃取得藥物承保，該如何處理？

如果您目前擁有透過您、您配偶或同居人的僱主或退休團體取得之其他處方藥物承保，請**聯絡該團體的福利管理人員**。該福利管理員可協助您確定目前的處方藥物承保是否適合我們的計劃。

通常，如果您有僱主或退休團體的承保，則我們提供給您的處方藥物承保將會成為您團體承保的**次要承保**。這表示您的團體承保將會先行支付。

關於可替代承保的特殊注意事項：

每年您的僱主或退休團體應寄送通知給您，告知您下一個日曆年的處方藥物承保是否為「可替代」。

如果來自團體計劃的承保為「可替代」，則表示計劃的藥物承保預期平均支付至少等於聯邦醫療保險標準處方藥物承保。

請保留此關於可替代承保的通知，因為您之後可能會需要用到。如果您投保包含 D 部分藥物承保的聯邦醫療保險計劃，您可能需要這些通知，以證明您已維持可替代承保。如果您沒有收到可替代承保的通知，您可以向僱主或退休團體的福利管理員、該名僱主或工會索取一份副本。

第 5 章：使用本計劃的承保保障 D 部分處方藥物**第 9.4 節 如果您參加聯邦醫療保險認證的安寧照顧計劃，該如何處理？**

安寧照顧和我們的計劃不會同時承保同一藥物。如果您投保 Medicare 安寧照顧計劃，當您需要特定藥物（例如止吐藥、緩瀉劑、止痛藥或抗焦慮藥）時，安寧照顧計劃基於與您的末期預後和相關病況無關而不予以承保，則本計劃承保該藥物前，必須收到開立處方者或您的安寧照顧提供者的通知，聲明該藥物無關。為避免延誤取得本計劃應承保的這些藥物，請在配取處方藥前要求您的安寧照顧提供者或開立處方者提供通知。

如果您撤銷所選的安寧照顧計劃或從安寧照顧機構中出院，本計劃應依本文件之說明承保您的藥物。當您的聯邦醫療保險安寧照顧福利結束時，為了避免耽誤您獲得藥局服務，請將證明文件帶到藥局，證明您已撤銷安寧照顧計劃或已出院。

第 10 節 藥物安全與藥物管理計劃**第 10.1 節 協助會員安全用藥的計劃**

我們為會員進行用藥審核，以確保其獲得安全且適當的護理。

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

- 可能的用藥錯誤
- 因為您正在服用另一種治療相同病症的類似藥物，所以可能不需要使用的藥物
- 因為您的年齡或性別，可能不安全或不適合的藥物
- 同時使用時，可能會對您造成傷害的特定藥物組合
- 含有您過敏成份的藥物處方
- 您正在服用之藥物的藥量（劑量）可能有誤
- 不安全的鴉片類止痛藥劑量

第 5 章：使用本計劃的承保保障 D 部分處方藥物

如果我們在您的用藥上發現可能的問題，我們將會和您的醫療機構一起修正問題。

第 10.2 節 協助會員安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃 (DMP)

我們有計劃可協助確保會員安全使用其處方鴉片類以及其他經常被濫用的藥物。該計劃稱為藥物管理計劃 (DMP)。如果您使用從多個開立處方者或藥局取得的鴉片類藥物，或者如果您最近有鴉片類藥物過量的情況，我們可能會與您的開立處方者討論，以確保您對鴉片類藥物的使用適當且為醫療上所必需。在與您的開立處方者合作下，如果我們認為您使用處方鴉片類藥物或苯二氮平類藥物可能不安全，我們可能會限制您取得這些藥物的方式。如果我們將您納入我們的藥物管理計劃，則限制可能為：

- 要求您從特定藥局取得所有鴉片類或苯二氮平類藥物的處方
- 要求您從特定開立處方者處取得所有鴉片類或苯二氮平類藥物的處方
- 限制我們將為您承保的鴉片類或苯二氮平類藥物的藥量

如果我們計劃限制您取得這些藥物的方式或可取得的藥量，我們會提前寄信給您。信中將告訴您我們是否會限制這些藥物的承保範圍，或是否要求您只能從特定的開立處方者或藥局獲得這些藥物的處方。您將有機會告訴我們您偏好使用哪些開立處方者或藥局，以及您認為我們需要知道的其他任何重要資訊。在您有機會回應後，如果我們決定限制您這些藥物的承保，我們會再寄信給您確認限制。如果您認為我們有誤或不同意我們的決定或限制，您和您的開立處方者有權提出上訴。如果您上訴，我們將審查您的案件並重新裁定。如果我們繼續駁回您申請中適用於您取得藥物之限制的任何部分，我們會自動將您的個案發送給我們計劃外的獨立審核員。有關如何提出上訴的資訊，請參閱第 9 章。

如果您有特定病症，例如癌症相關的疼痛、鐮刀型紅血球疾病、正在接受安寧照顧、緩和照顧或臨終照護，或居住在長期照護機構，您將不會被納入我們的藥物管理計劃。

第 5 章：使用本計劃的承保保障 D 部分處方藥物**第 10.3 節 協助會員管理其藥物的藥物治療管理 (MTM)**

我們有計劃可協助有複雜健康需求的會員。我們的計劃稱為「藥物治療管理」(MTM) 計劃。此計劃為自願性質，而且免費。由藥劑師和醫生組成的團隊為我們訂定了計劃，協助確保我們的會員從自身服用的藥物中獲得最大益處。

罹患某些慢性病且服藥費用超過特定金額的某些會員，或參加 DMP 以協助會員安全使用其鴉片類藥物的會員，也許可以透過 MTM 計劃獲得服務。若您符合本計劃資格，藥劑師或其他醫療專業人士將對您的所有藥物進行綜合審核。在審核過程中，您可以討論您的藥物、費用以及您對您的處方藥和非處方藥存有的任何問題或疑問。您將收到一份書面摘要，內含一份建議的待辦事項清單，其中包括您應採取的步驟，以從藥物中獲得最佳結果。您也將獲得一份個人藥物清單，其中包括所有您正在服用的藥物、用藥份量、時機和用藥原因。此外，參加 MTM 計劃的會員將收到有關安全處理屬於受管制藥物之處方藥的資訊。

最好與您的醫生討論您的建議待辦事項清單和藥物清單。在就診時或與您的醫生、藥劑師及其他醫療照護提供者討論時，請隨身攜帶此摘要。另外，隨身攜帶您最新的藥物清單（例如，與您的 ID 放在一起），以免您需要前往醫院或急診室。

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

第 6 章：

您需為 D 部分處方藥支付的費用

第 6 章：您需為 D 部分處方藥支付的費用

您目前是否獲得支付藥費的補助？

如果您參加了協助支付藥費的計劃，則本承保範圍說明書中關於 D 部分處方藥費用的某些資訊可能不適用於您。我們已另外寄給您一份插頁，題為：取得處方藥物付款「額外補助」之會員的承保範圍說明書附約（也稱為「低收入補貼附約」或「LIS 附約」），其中說明您藥物承保的資訊。如果您尚未收到此插頁，請致電會員服務部並索取「LIS 附約」。

第 1 節 介紹

第 1.1 節 將本章和其他說明您藥物承保的資料一起使用

本章將著重介紹您為 D 部分處方藥支付的費用。為了簡單起見，我們在本章中使用「藥物」來表示 D 部分處方藥。如第 5 章所述，並非所有藥物均屬於 D 部分藥物，某些藥物屬於聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分承保藥物，其他藥物則依法排除在聯邦醫療保險承保之外。

如欲了解付款資訊，您需要了解承保的藥物有哪些、配取處方藥的地點以及取得承保藥物時應遵守的規則。第 5 章第 1 至 4 節說明這些規則。當您使用計劃的「即時福利工具」(Real-Time Benefit Tool) 來尋找藥物承保範圍（請參閱第 5 章第 3.3 節）時，其顯示的費用是「即時」提供的，這表示您在工具中看到是某個時刻的費用，方便您估算預計要支付的自付費用。您也可以致電會員服務部，以取得「即時福利工具」為您提供的資訊。

第 1.2 節 您可能為承保藥物支付的自付費用類型

D 部分藥物有不同類型的自付費用。您為藥物支付的金額稱為**分攤費用**，可能要求您支付的方式有三種。

- **自付額**是指在本計劃開始支付其應分擔的費用前，您先為藥物支付的金額。
- **共付額**是您每次配取處方藥時支付的固定金額。
- **共保額**是您每次配取處方藥時需支付的總額比例。

第 6 章：您需為 D 部分處方藥支付的費用

第 1.3 節 聯邦醫療保險如何計算您的自付費用

聯邦醫療保險規定了哪些費用計入及哪些費用不計入您的自付費用。以下是我們在追蹤您的自付費用時，必須遵守的規則。

這些款項均包含在您的自付費用中

您的自付費用包含下列款項（只要是用於支付 D 部分承保藥物，且您遵守第 5 章說明的藥物承保規則）：

- 當您在下列藥物付款階段時，您為藥物支付的金額：
 - 自付額階段
 - 初始承保階段
- 您在加入本計劃前，於本日曆年度以不同聯邦醫療保險處方藥物計劃會員的身分支付的任何款項。

根據由誰支付而定：

- 如果是**您自己**支付，這些款項將計入您的自付費用中。
- 如果是由**特定的其他個人或機構**代表您支付，這些款項**也會**計入您的自付費用。其中包括由朋友或親戚、大多數慈善機構、AIDS Drug Assistance Program (ADAP)、符合聯邦醫療保險資格的州政府藥物援助計劃或印地安健康服務局 (Indian Health Service) 為您的藥物所支付的款項。由聯邦醫療保險的「額外補助」計劃支付的款項也包括在其中。

進入重大傷病承保階段：

當您（或代表您支付的人）在日曆年度內支付的自付費用總額達到 \$2,000 時，您將會從初始承保階段進入重大傷病承保階段。

第 6 章：您需為 D 部分處方藥支付的費用

這些款項不計入您的自付費用中

您的自付費用**不包括**下列任何付款類型：

- 您的月付保費
- 您在美國及其屬地外購買的藥物
- 不由我們計劃承保的藥物
- 您在網路外藥局取得，且不符合本計劃網路外承保要求的藥物
- A 部分或 B 部分承保的處方藥。
- 您為我們額外承保而聯邦醫療保險處方藥物計劃通常不承保的藥物所支付的款項。
- 您為聯邦醫療保險處方藥物計劃通常不承保的處方藥所支付的款項。
- 由退伍軍人健康管理局 (VA) 為您支付的藥物費用
- 具有法律義務支付處方藥費用的第三方（例如勞工賠償）為您藥物支付的款項。
- 藥商依藥商折扣計劃支付的款項

*提醒事項：*如果有任何其他機構（例如上述組織）為您支付藥物部分或全部的自付費用，您必須致電會員服務部告知本計劃。

如何追蹤您的自付費用總額？

- **我們將協助您。**您收到的 *D 部分福利說明* (EOB) 包括您目前自付費用的金額。當此金額達到 \$2,000 時，此報告將告知您已離開初始承保階段，並進入重大傷病承保階段。
- **請確保我們取得所需資訊。**第 3.2 節說明您如何協助我們確保您的花費記錄完整且維持最新狀態。

第 6 章：您需為 D 部分處方藥支付的費用

第 2 節 您支付的藥物費用視您取得該藥物時的藥物付款階段而定

第 2.1 節 福全健保全加計劃會員的藥物付款階段有哪些？

本計劃的處方藥物承保可分為三個**藥物付款階段**；您需支付的費用多少，取決於您在配藥或續配時所處的階段。各階段的詳細資訊請參閱本章第 4 至 6 節。這些階段包括：

第 1 階段：年度自付額階段

第 2 階段：初始承保階段

第 3 階段：重大傷病承保階段

從 Medi-Cal 獲得分攤費用或從聯邦醫療保險與 Medicaid 服務中心獲得額外補助的本計畫會員，無論其層級為何，都將獲得處方藥全額承保（包括自付額）。

第 3 節 我們會寄送報告給您，說明您藥物的付款與您所屬的付款階段

第 3.1 節 我們會寄給您 D 部分福利說明（亦稱作「D 部分 EOB」）

本計劃會追蹤您的處方藥費用，以及您在藥局配取或續配處方藥時已支付的費用。如此一來，我們就能告訴您何時已從某個藥物付款階段進入下一個階段。尤其，我們會追蹤兩種類型的費用：

- 我們會追蹤您支付了多少費用。這稱為您的**自付費用**。這包括您獲得承保 D 部份藥物時支付的費用、家人或朋友為您的藥物支付的任何費用，以及透過聯邦醫療保險的「額外補助」、僱主或工會健保計劃、TRICARE、印第安健康服務局、AIDS Drug Assistance Program、慈善機構和大多數州政府藥物援助計劃 (SPAP) 為您的藥物支付的任何費用。

第 6 章：您需為 D 部分處方藥支付的費用

- 我們會追蹤您的**藥費總額**。這是為您承保 D 部分藥物支付的所有款項總額。其中包括計劃支付的款項、您支付的款項，以及其他計劃或組織為您獲承保的 D 部分藥物支付的款項。

如果您在前一個月透過本計劃配取一份或多份處方藥物，我們會寄給您 *D 部分 EOB*。*D 部分 EOB* 包括：

- **該月的相關資訊**。此份報告提供有關您上個月配取處方藥的付款詳細資訊。這包含了藥費總額、計劃支付的費用，以及您和其他人代表您支付的金額。
- **自 1 月 1 日起該年度的總額**。這稱為「年初至今」資訊。該資訊顯示自年初以來，您藥物的藥費總額及付款總額。
- **藥物價格資訊**。此資訊將顯示藥費總額，以及相同數量的每筆處方索賠自首次配藥起的金額提高資訊。
- **可取得的較低費用之替代處方藥**。其中包括關於每筆處方索賠中，分攤費用較低的其他替代藥物資訊（如果適用）。

第 3.2 節 協助我們及時更新關於您藥物付款的資訊

為了持續追蹤您的藥物費用與您為藥物支付的款項，我們會使用自藥局取得的記錄。以下說明您如何協助我們即時更新您的資訊，並保持該資訊正確：

- **每次配取處方藥時，請出示您的會員卡**。這有助於確保我們瞭解您正在領取的處方藥和您要支付的費用。

請確保我們取得所需資訊。有時您可能支付處方藥的全額費用。在這些情況下，我們不會自動獲得追蹤您的自付費用所需的資訊。為了協助我們追蹤您的自付費用，請提供您的收據副本。**以下是您何時應向我們提供藥物收據副本的範例：**

- 當您在網路藥局以特殊價格，或使用不屬於本計劃福利的折扣卡購買承保藥物時。
- 當您為藥廠病患協助計劃所提供的藥物支付共付額時。

第 6 章：您需為 D 部分處方藥支付的費用

- 每當您在網路外藥局購買承保藥物，或當您在特殊情況下為承保藥物支付全額費用時。
- 如果您收到承保藥物的帳單，您可以要求本計劃支付我們應分攤的費用。有關如何進行的說明，請參閱第 7 章第 2 節。

請將其他人為您支付的款項資訊寄送給我們。 特定他人與組織支付的款項，也會計入您的自付費用中。例如，由州政府藥物援助計劃、AIDS Drug Assistance Program (ADAP)、印地安健康服務局 (Indian Health Service)，以及慈善機構所支付的款項皆計入您的自付費用中。請保留這些款項的記錄，並寄給我們，以便我們追蹤您的費用。

請確認我們寄給您的書面報告。 當您收到 *D 部分 EOB* 時，請仔細檢查，確保資訊完整且正確。如果您認為有遺漏的地方或有任何疑問，請致電會員服務部與我們聯絡。請務必保留這些報告。

第 4 節 在自付額階段，您支付第 1 級至第 5 級藥物的全額費用

自付額階段是您的藥物承保的第一個付款階段，當您在年度中首次配取處方藥時，此階段即開始。在此付款階段，**您必須全額支付藥物費用**，直到達到計劃的自付額金額（2025 年為 \$590）。自付額不適用於承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗，包括帶狀皰疹疫苗、破傷風疫苗，以及旅遊疫苗。**您必須支付第 1 級至第 5 級藥物的全額費用**，直到達到計劃的自付額額度為止。對於所有其他藥物，您將無需支付任何自付額。由於本計劃已針對網路藥局的大部分藥物議定較低的價格，因此**全額費用**通常低於藥物一般的全價。

當您為第 1 級至第 5 級藥物支付 \$590 後，您就會離開自付額階段並進入初始承保階段。

第 6 章：您需為 D 部分處方藥支付的費用

第 5 節 在初始承保階段期間，本計劃為您的藥物費用支付其分攤費用，您則支付您的分攤費用

第 5.1 節 您需為藥物支付的費用視藥物及您配取處方藥的地點而定

在初始承保階段期間，本計劃為您的承保處方藥支付其分攤費用，您則支付您的分攤費用（您的共付額或共保額）。您的分攤費用將視藥物和您配取處方藥的地點而定。

本計劃有六種分攤費用層級

本計劃藥物清單上的每種藥物皆屬於六種分攤費用層級之一。一般而言，分攤費用層級越高，您的藥費就越高：

- 層級 1 包括首選學名藥。（此為最低層級。）
- 層級 2 包括學名藥。
- 層級 3 包括首選原廠藥。
- 層級 4 包括非首選原廠藥。也可能包括一些價格與原始原廠藥相似的非首選學名藥。
- 層級 5 包括專科層級藥物。（這是最高層級。）
- 層級 6 包括聯邦醫療保險排除的精選照護藥物，包括處方咳嗽藥、維他命和治療勃起功能障礙的藥物。
- 對於第 2 或第 3 層級的每種承保胰島素產品的每月藥量支付 \$35。

如要瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用層級，請查閱本計劃的藥物清單。

您的藥局選擇

您為藥物支付的金額取決於您是否自下列藥局取得藥物：

- 網路內零售藥局。

第 6 章：您需為 D 部分處方藥支付的費用

- 本計劃網路外的藥局。我們僅在有限的情況下承保網路外藥局配取的處方藥。如果想知道我們何時承保於網路外藥局配取之處方藥，請參閱第 5 章第 2.5 節。
- 本計劃的郵購藥局。

更多有關這些藥局選擇與配取處方藥的資訊，請參閱第 5 章和本計劃的 [藥局目錄](http://zh.clevercarehealthplan.com/pharmacy) (zh.clevercarehealthplan.com/pharmacy)。

第 5.2 節 顯示您一個月藥量的費用表

在初始承保階段期間，您分攤的承保藥物費用將會是共付額或共保額。

如下表所示，共付額或共保額的金額視藥物的分攤費用層級而定。

有時藥物的費用會低於您的共付額。在這些情況下，您支付較低的藥物價格，而非共付額。

當您取得 D 部分承保處方藥一個月藥量時的分攤費用：

層級	標準零售分攤費用（網路內） （最多 30 天藥量）	郵購分攤費用 （最多 30 天藥量）	長期照護 (LTC) 分攤費用 （最多 31 天藥量）	網路外分攤費用 （承保僅限於特定情況；如需詳細資訊，請參閱第 5 章）（最多 30 天藥量）
分攤費用層級 1 （首選學名藥）	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0
分攤費用層級 2 （學名藥）	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0

第 6 章：您需為 D 部分處方藥支付的費用

層級	標準零售分攤費用 (網路內) (最多 30 天藥量)	郵購分攤費用 (最多 30 天藥量)	長期照護 (LTC) 分攤費用 (最多 31 天藥量)	網路外分攤費用 (承保僅限於特定情況；如需詳細資訊，請參閱第 5 章) (最多 30 天藥量)
分攤費用層級 3 (首選原廠藥)	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0
分攤費用層級 4 (非首選原廠藥)	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0
分攤費用層級 5 (專科)	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0
分攤費用層級 6 (精選照護)	共付額 \$0	共付額 \$0	共付額 \$0	共付額 \$0

即使您尚未支付自付額，您需為每種承保胰島素產品（無論其分攤費用層級為何）的單月藥量所支付的金額不會超過 \$35。

如果符合獲得額外補助/低收入補貼的資格，無論透過 VBID 計劃達到的層級為何，本計劃都會支付您的處方藥費用。

有關 D 部分疫苗的更多資訊，請參閱本章第 7 節 D 部分疫苗分攤費用。

第 6 章：您需為 D 部分處方藥支付的費用

第 5.3 節 如果您的醫生開立的處方藥少於一個月的藥量，您可能無需支付整個月藥量的費用

通常，您支付的處方藥費用包含一整個月的藥量。有時您或您的醫生可能希望您使用少於一個月的藥量（例如當您首次嘗試某種藥物時）。如果有助於您更容易規劃不同處方的續配日期，您也可以要求您的醫生開立及您的藥劑師配發少於一整個月藥量的藥物。

如果您取得的某些藥物藥量少於一個月，您將無需支付整月藥量的費用。

- 如果您需負責支付共保額，則需按藥物總額的百分比支付。由於共保額是以藥物總額為依據，如果藥物的總費用較低，則您也將支付較低的費用。
- 如果您需負責支付該藥物的共付額，您的共付額會以您獲得藥物的天數計算，而非一整個月。我們將計算您每日支付的藥物費用（亦稱每日分攤費用費率），再乘以您獲得藥物的天數。

第 5.4 節 長期（100 天）份量藥物的費用表

對於某些藥物，您可以取得長期藥量（也稱為延長藥量）。長期藥量指的是 100 天藥量。

下表顯示您在取得長期藥量時須支付的費用。

- 有時藥物的費用會低於您的共付額。在這些情況下，您支付較低的藥物價格，而非共付額。

第 6 章：您需為 D 部分處方藥支付的費用

當您取得 D 部分承保處方藥長期藥量時的分攤費用：

層級	標準零售分攤費用 (網路內)	郵購分攤費用
	(最多 100 天藥量)	(最多 100 天藥量)
分攤費用層級 1 (首選學名藥)	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0
分攤費用層級 2 (學名藥)	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0
分攤費用層級 3 (首選原廠藥)	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0
分攤費用層級 4 (非首選原廠藥)	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0
分攤費用層級 5 (專科層級藥物)	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0	共保額 25% 使用 LIS 為 \$0
分攤費用層級 6 (精選照護藥物)	共付額 \$0	共付額 \$0

您需為每種承保胰島素產品（無論其分攤費用層級為何）的兩個月藥量所支付的金額不會超過 \$70，三個月藥量則不會超過 \$105。

如果符合獲得額外補助/低收入補貼的資格，無論透過 VBID 計劃達到的層級為何，本計劃都會支付您的處方藥費用。

第 6 章：您需為 D 部分處方藥支付的費用

第 5.5 節 您將停留在初始承保階段，直到您的該年自付費用達 2,000

您將停留在初始承保階段，直到您的總自付費用達 \$2,000。然後您將進入重大傷病承保階段。

對於某些聯邦醫療保險處方藥物計劃通常不承保的處方藥，我們提供額外承保。為這些藥物支付的金額將不計入您的總自付費用。

您收到的 D 部分 EOB 可協助您追蹤您自己、本計劃和任何第三方在年度中代表您支付了多少費用。並非所有會員每年都會達到 \$2,000 自付費用限制。

如果您達到此額度，我們會通知您。如果確實達到此金額，您將離開初始承保階段，進入重大傷病承保階段。請參閱第 1.3 節瞭解聯邦醫療保險如何計算您的自付費用。

第 6 節 在重大傷病承保階段期間，您不需支付承保的 D 部分藥物費用

當您的自付費用在日曆年度內達到 \$2,000 的上限時，即進入重大傷病承保階段。一旦您進入重大傷病承保階段，您會停留在此付款階段，直到該日曆年結束。

- 在此付款階段，您不需支付承保的 D 部分藥物以及加強型福利所承保排除藥物的費用。
 - 在此付款階段，您無需為 D 部分承保藥物支付任何費用。
 - 對於在我們的加強型福利下予以承保的排除藥物，您的共付額為 \$0。

第 7 節 D 部分疫苗。您支付的金額取決於您取得的方式和地點

有關您支付疫苗費用的重要訊息 – 有些疫苗被視為醫療福利，且屬於 B 部分承保範圍。其他疫苗則被視為 D 部分藥物。您可以在本計劃的藥物清單中找到這些疫苗。即使您尚未支付您的自付額，本計劃仍免費為您承保大多數的成人 D 部分疫苗。有關特定疫苗的承保範圍和分攤費用詳細資訊，請參閱您計劃的藥物清單或聯絡會員服務部。

第 6 章：您需為 D 部分處方藥支付的費用

我們的 D 部分疫苗接種承保包含兩個部分：

- 第一部分的承保為**疫苗本身**的費用。
- 第二部分的承保為**疫苗接種**的費用。（有時將其稱為疫苗的施打。）

您需為 D 部分疫苗接種支付的費用，視以下三者而定：

1. 疫苗是否由疫苗接種諮詢委員會 (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) 推薦給成人。

- 大多數成人 D 部分疫苗接種皆由 ACIP 推薦，您無需支付任何費用。

2. 您在何處取得疫苗。

- 疫苗本身可能由藥局分發或由醫生診所提供。

3. 誰為您接種疫苗。

- 藥劑師或其他醫療機構可在藥局施打疫苗。此外，醫療機構也可在醫生診間施打。

您獲得 D 部分疫苗接種時需支付的費用，將視情況及您所處的**藥物付款階段**而定。

- 有時候當您接種疫苗時，您必須支付疫苗本身的全額，以及醫療機構為您接種疫苗的費用。您可以要求本計劃償付我們應分攤的費用。大多數成人 D 部分疫苗皆是如此，這意味著您所支付之全部費用皆獲得報銷。
- 其他時候，當您接受疫苗接種時，您僅需支付 D 部分福利中應分攤的費用。對於大多數成人 D 部分疫苗，您無須支付任何費用。

以下是您可能接種 D 部分疫苗的三個範例。

情境一： 您在網路藥局接種 D 部分疫苗。（此選項視您的居住地而定。某些州不允許藥局施打特定疫苗。）

- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您無須支付任何費用。

第 6 章：您需為 D 部分處方藥支付的費用

- 對於其他的 D 部分疫苗，您將向藥局支付疫苗本身的共保額，包括為您施打疫苗的費用。
- 本計劃將支付剩餘費用。

情境二： 您在醫生診間接受 D 部分疫苗接種。

- 當您接種疫苗時，您可能必須支付疫苗本身的全額，以及醫療機構為您施打的費用。
- 然後，您可以依第 7 章所述的程序，要求本計劃支付我們應分攤的費用。
- 對大多數的成人 D 部分疫苗，您所支付之全額款項將獲得報銷。對於其他的 D 部分疫苗，您將獲得報銷，報銷金額為您支付的費用減去疫苗的共保額（包括施打費用），再扣除該醫生收取之金額和我們通常支付之金額的任何差額。（如果您獲得「額外補助」，我們便會為您報銷此差額。）

情境三： 您在網路藥局購買 D 部分疫苗，然後帶到您的醫生診間接種疫苗。

- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您無須為疫苗本身支付任何費用。
- 對於其他的成人 D 部分疫苗，您將向該藥局支付疫苗本身的共保額。
- 當您的醫生為您接種疫苗時，您可能必須支付此服務的全額費用。
- 然後，您可以依第 7 章所述程序要求本計劃支付我們應分攤的費用。

對大多數的成人 D 部分疫苗，您所支付之全額款項將獲得報銷。對於其他 D 部分疫苗，您將獲得報銷，報銷金額是您支付的費用減去疫苗接種的共保額。

第 7 章：

針對承保醫療服務或藥物，

要求我方支付應分攤的費用

第 7 章：針對承保醫療服務或藥物，要求我方支付應分攤的費用

第 1 節 針對您的承保服務或藥物，您應要求我們支付我們應分攤費用的情況

有時候，當您獲得醫療照護或處方藥時，您可能需要支付全額費用。其他時候，您可能會發現您已支付的費用，超過根據本計劃承保規則您預計要支付的費用，或您可能會收到醫療機構的帳單。在這些情況下，您可以要求本計劃退款（退款給您通常稱為給您報銷）。只要您為我們計劃承保的醫療服務或藥物支付超過您分攤費用的金額，您有權獲得本計劃的退款。您可能必須符合某些期限，才能獲得退款。請參閱本章第 2 節。

有時候，您可能會收到醫療機構的帳單，要您支付您已接受的醫療照護的全部費用，或可能超出本文件中討論到您應分攤的費用。首先請試著與醫療機構解決帳單問題。如果無法解決，請不要付款，並將帳單寄給我們。我們將查看該帳單，並決定該服務是否應獲得承保。如果我們決定應予以承保，我們將直接支付給醫療機構。如果我們決定不支付，我們會通知醫療機構。您不應支付超過計劃允許的分攤費用。如果該醫療機構為簽約的醫療機構，您仍然有權接受治療。

以下範例為您可能需要要求本計劃為您退款或支付您所收到帳單的情況：

1. 當您從本計劃網路外醫療機構接受急救或緊急需求醫療照護時

在本計劃服務區域外，您可以接受任何醫療機構所提供的急救或緊急需求服務，無論該醫療機構是否屬於我們網路的一部分。在這些情況下，

- 您僅須負責支付您的急救或緊急需求服務分攤費用。法律要求急救服務的醫療機構提供急救照護。如果您在接受照護時自行支付全部金額，請要求我們向您退還我們應分攤的費用。請將帳單連同您已支付任何款項的證明文件寄給我們。
- 您可能會收到醫療機構要求付款的帳單，但您認為自己並不需要支付該筆費用。請將帳單連同您已支付任何款項的證明文件寄給我們。
 - 如果應向該醫療機構支付費用，我們將直接支付醫療機構。
 - 如果您已為該服務支付的費用高於您的分攤費用，我們將判定積欠您多少金額，並將我們應分攤的費用退還給您。

第 7 章：針對承保醫療服務或藥物，要求我方支付應分擔的費用

2. 當網路醫療機構寄給您認為不應支付的帳單時

網路醫療機構應一律直接向本計劃開立帳單，並僅要求您支付分攤費用。但他們有時會犯錯，要求您支付高於您分攤的費用。

- 當您接受承保服務時，只須支付您的分攤費用金額。我們不允許醫療機構增加額外的單獨收費（稱為差額負擔）。即使我們支付醫療機構的費用少於醫療機構收取的服務費用，且即使有爭議而我們不支付特定的醫療機構費用，此保障（您永遠不須支付高於您的分攤費用金額）仍適用。
- 每當收到您認為超過您應支付費用的網路醫療機構所開立的帳單時，請將帳單寄給我們。我們將直接聯絡該醫療機構，並處理該帳單問題。
- 如果您已經支付網路機構的帳單，但您認為支付的金額太高，請將該帳單連同任何您已支付的款項文件寄給我們，並要求我們將您已支付的金額與您在計劃下應付的金額之間的差額退還給您。

3. 如果您回溯投保本計劃

有時候，人們可回溯投保本計劃。（這表示其投保的第一天已過。投保日期甚至可能已於去年開始。）

如果您回溯地投保本計劃，並在投保日期後支付任何承保服務或藥物的自付費用，您可以要求我們退還給您我們應分攤的費用。您將需要向我們提出書面文件，例如收據和帳單，以便處理報銷事宜。

4. 當您使用網路外藥局配取處方藥時

如果您前往網路外藥局，該藥局可能無法直接向我們提出請款。發生這種情況時，您將須支付處方藥的全額費用。

請留存您的收據，並在您要求就我們應分攤的費用退款給您時，寄送一份副本給我們。請記住，我們僅在有限的情況下承保網路外藥局。有關這些情況的討論，請參閱第 5 章第 2.5 節。您在網路外藥局支付的藥物費用，與我們會支付給網路內藥局的金額之間的差額，我們並不會退還給您。

第 7 章：針對承保醫療服務或藥物，要求我方支付應分擔的費用

5. 當您因未攜帶計劃會員卡，而支付處方藥的全額費用時

如果您沒有攜帶計劃會員卡，您可以要求該藥局致電本計劃，或查詢您的計劃投保資訊。然而，如果該藥局無法立即取得所需的投保資訊，您可能需要自行支付該處方藥的全額費用。

請留存您的收據，並在您要求就我們應分攤的費用退款給您時，寄送一份副本給我們。如果您支付的現金價格高於我們商定的處方價格，我們可能不會全額退還您支付的費用。

6. 當您在其他情況下支付處方藥的全額費用時

您可能會因為發現該藥物因某些原因未獲承保，而需要支付處方藥的全額費用。

- 例如，該藥物可能不在本計劃的藥物清單上，或者可能有您不知道或不認為適用於您的要求或限制。如果您決定立即取得該藥物，您可能需要支付全額藥費。
- 請留存您的收據，並在您要求我們向您退款時，寄送一份副本給我們。在某些情況下，我們可能需要向您的醫生取得更多資訊，以便就我們應分攤的費用向您退款。如果您支付的現金價格高於我們商定的處方價格，我們可能不會全額退還您支付的費用。

所有上述範例均屬於承保決定的類型。這表示，如果我們拒絕您的付款請求，您可對我們的決定提出上訴。本文件第 9 章提供如何提出上訴的資訊。

第 2 節 如何要求我們退款或支付您收到的帳單

您可以用書面方式向我們要求退款。如果您以書面形式提出要求，請寄送帳單和您已支付的任何款項文件。建議您留存帳單和收據的副本以備查看。您必須在接受服務、用品或藥物之日起 **365 天內向我們提出索賠申請**。

為了確保您已提供我們作出決定所需的所有資訊，您可填寫我們的索賠表格，以提出付款要求。

- 您不一定需要使用該表格，但其有助於我們更快地處理資訊。

第 7 章：針對承保醫療服務或藥物，要求我方支付應分擔的費用

- 您可以從我們的網站 (zh.clevercarehealthplan.com) 下載表格副本，或致電會員服務部索取。

將您的**醫療服務**付款要求連同任何帳單或收據郵寄給我們，地址為：

Clever Care Health Plan
Attn: Claims Department
7711 Center Ave, Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

將您的**D 部分處方藥**付款要求連同任何帳單或收據郵寄給我們，地址為：

MedImpact Healthcare Systems
P.O. Box 509108
San Diego, CA 92150-9108

第 3 節 我們將考慮您的付款要求，並表示同意或不同意

<h4>第 3.1 節 我們會檢查是否應承保該服務或藥物以及應支付的金額</h4>

當我們收到您的付款要求時，如果需要您提供任何額外資訊，我們將通知您。如果不需要，我們將考慮您的要求，並作出承保決定。

- 如果我們決定承保該醫療照護或藥物，且您遵守所有規則，我們將支付我們應分攤的費用。我們應分攤的費用可能不是您支付的全額（例如，如果您在網路外藥局取得藥物，或者您為藥物支付的現金價格高於我們的商定價格）。如果您已經支付該服務或藥物的費用，我們將以郵寄方式為您報銷我們應分攤的費用。如果您尚未支付該服務或藥物的費用，我們將以郵寄方式直接支付給醫療機構。
- 如果我們決定不承保該醫療照護或藥物，或您未遵守所有規則，我們將不會支付我們的分攤費用。我們將向您發送一封信函，解釋我們不付款的原因，以及您對該決定提出上訴的權利。

第 7 章：針對承保醫療服務或藥物，要求我方支付應分擔的費用

第 3.2 節 如果我們告知您我們不會支付該醫療照護或藥物的全部或部分費用，您可以提出上訴

如果您認為我們拒絕您的付款要求或確定我們的付款金額時犯了錯誤，您可以提出上訴。如果您提出上訴，這表示您要求我們更改我們做出拒絕支付費用要求的決定。上訴流程是訂有詳細流程和重要期限的正式程序。有關如何提出上訴的詳細資訊，請參閱本文件第 9 章。

第 8 章：

您的權利和責任

第 8 章：您的權利和責任**第 1 節 本計劃必須尊重您身為計劃會員的權利及文化敏感性****第 1.1 節 我們必須提供方便您閱讀並符合您文化敏感性的資訊（英語以外之其他語言版本、點字版、大字版或其他替代格式等）**

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

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

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

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

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

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Proporcionamos materiales escritos en estos

第 8 章：您的權利和責任

idiomas: inglés, chino (tradicional), coreano, vietnamita y español. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros.

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llámenos para presentar un reclamo ante un representante de Quejas y Apelaciones. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

我們的計劃提供免費的翻譯服務，以回答不說英語的會員提出的問題。我們提供以下語言的書面資料：英文、繁體中文、韓文、越南文和西班牙文。我們也可以盲文、大號字體印刷版或您需要的其他可選形式免費向您提供資訊。我們必須以方便您查閱及適合您的形式為您提供計劃福利的相關資訊。如需我們以適合您的方式提供資訊，請致電會員服務部。

我們的計劃必須讓女性參保人可以選擇直接前往網絡內的女性健康專科醫生處，接受女性常規和預防性醫療保健服務。

如果計劃網絡內的專科醫生不可用，則本計劃需負責找到網絡外的專科醫生，讓他們為您提供必要的護理。在這種情況下，您只需支付網絡內的分攤費用。如果您發現計劃網絡內沒有專科醫生可以提供您需要的服務，請致電計劃瞭解如何才能以網絡內分攤費用來獲取這項服務。

如果您無法從我們的計劃獲得方便您查閱和適合您的計劃資訊格式、去看女性保健專科醫生或尋找網絡內專科醫生，您可撥打「訴願與上訴」代表提出申訴。您也可以致電 1-800-

第 8 章：您的權利和責任

MEDICARE (1-800-633-4227) 或直接致電民權辦公室 1-800-368-1019 (聽障專線: 1-800-537-7697) 向 Medicare 提出投訴。

귀하의 플랜은 임상 및 비임상을 포함한 모든 서비스가 문화적 요구를 충족하는 방식으로 제공되며,

또한 영어 능력이 제한적이거나 읽기 능력이 제한적이거나 청각 장애가 있거나 다양한 문화적/민족적 배경을 가진 사람들을 포함한 모든 가입자가 이용할 수 있는 형태로 제공되도록 조치할 의무가 있습니다. 플랜이 이러한 접근성 요구를 충족할 수 있는 방법의 예에는 번역 서비스, 통역 서비스, 전신타자기 또는 TTY

연결 (문자전화 또는 전신타자기전화) 제공 등이 있지만 이에 국한되지는 않습니다.

영어를 사용하지 않는 가입자는 우리 플랜에 관하여 질문하실 때 무료 통역사를 이용할 수 있습니다. 우리는 다음 언어로 작성된 자료를 제공합니다. 영어, 중국어 (번체), 한국어, 베트남어, 스페인어. 또한 가입자가 원하시는 경우 점자, 대활자 또는 다른 형태로 작성된 정보를 무료로 제공해드릴 수 있습니다.

가입자가 접근 가능하고 가입자에게 적절한 형태로 보험 혜택에 관한 정보를 제공해드립니다. 원하시는 방법으로 당사로부터 정보를 얻고자하시면 고객 서비스 팀에 전화주시기 바랍니다.

우리 플랜은 여성 가입자에게 여성의 일상적 및 예방적 건강 관리 서비스를 위해 네트워크 내의 여성 건강 전문의에게 직접 접근할 수 있는 옵션을 제공해야 합니다.

플랜의 네트워크 내부에서 전문 분야 서비스 제공자를 이용할 수 없는 경우 귀하에게 필요한 케어를 제공할 네트워크 외부의 전문 서비스 제공자를 찾는 것은 플랜의 책임입니다.

이 경우 귀하는 네트워크 내 비용 부담액만 지불합니다.

귀하에게 필요한 서비스를 제공하는 전문의가 플랜의 네트워크 내부에 없는 상황이라면, 당 플랜에 전화하여 네트워크 내 비용 부담으로 해당 서비스를 제공받을 수 있는 곳을 알아보십시오.

우리 플랜으로부터 귀하에게 알맞은 접근성 형식으로 정보를 얻거나 여성 건강 전문의 또는 네트워크 내 전문의를 찾는 데 어려움이 있는 경우,

고충 및 이의 제기 팀 담당자에게 전화하여 고충을 제기하십시오. 또한 Medicare 에 1-800-

第 8 章：您的權利和責任

MEDICARE (1-800-633-4227) 로전화하거나직접민권실에 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697 번으로전화하여불만을제기할수도있습니다.

Chương trình của quý vị phải đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp một cách phù hợp về mặt văn hóa và có thể tiếp cận được với tất cả những người ghi danh, bao gồm cả những người có khả năng Anh ngữ hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có văn hóa và nguồn gốc dân tộc khác nhau. Ví dụ về cách một chương trình có thể đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này bao gồm nhưng không giới hạn ở: cung cấp dịch vụ phiên dịch, dịch vụ thông dịch viên, người đánh máy hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản hoặc máy đánh chữ).

Chương trình của chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để giải đáp thắc mắc của các hội viên không nói tiếng Anh. Chúng tôi cung cấp tài liệu viết bằng các ngôn ngữ sau: Tiếng Anh, tiếng Trung (phồn thể), tiếng Hàn, tiếng Việt và tiếng Tây Ban Nha. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng chữ nổi, chữ in khổ lớn hoặc các định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi được yêu cầu cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình ở định dạng có thể tiếp cận và phù hợp với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi điện cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng.

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho những người ghi danh là phụ nữ tùy chọn tiếp cận trực tiếp với một bác sĩ chuyên khoa về sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới các dịch vụ chăm sóc sức khỏe dự phòng và thông thường cho phụ nữ.

Nếu không có sẵn nhà cung cấp chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình thì chương trình có trách nhiệm xác định các nhà cung cấp chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp cho quý vị các dịch vụ chăm sóc cần thiết. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ phải trả khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu không có bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới của chương trình cung cấp dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi cho chương trình để biết thông tin về nơi đến để nhận dịch vụ này với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi ở định dạng có thể tiếp cận được và phù hợp với quý vị, gặp một bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ hoặc tìm một bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới, vui lòng gọi điện để gửi đơn khiếu nại với bộ phận Phàn nàn và Khiếu nại. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc trực tiếp với Văn phòng Dân quyền theo số điện thoại 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

第 1.2 節

我們必須確保您及時取得您的承保服務和藥物

您有權利選擇計劃網路內的家庭醫生 (PCP) 來提供及為您安排承保服務。您也有權利不必透過轉診，即於女性健康診所就診（如：婦科醫生）。

第 8 章：您的權利和責任

您有權利於合理時間範圍內，向計劃醫療機構網路約診和取得承保服務。這包括當您需要照護的時候，向專科醫生取得及時服務的權利。您也有權利不需久候，於任一間網路藥局取得您的處方藥或連續處方藥。

如果您認為您未在合理時間範圍內取得醫療照護或 D 部分藥物，第 9 章說明您可以如何處理。

第 1.3 節 我們必須保護您的個人健康資訊隱私

聯邦及各州法律保護您的醫療記錄和個人健康資訊隱私。我們依法保護您的個人健康資訊。

- 您的個人健康資訊包括您加入本計劃時，提供給我們的個人資訊，以及您的醫療記錄和其他醫療與健康資訊。
- 您擁有與自身資訊相關和控制您健康資訊使用方式的權利。我們提供您書面通知，即**隱私措施聲明**，裡面敘明這些權利以及說明我們如何保護您的健康資訊隱私。

我們如何保護您的健康資訊隱私？

- 我們確保未經授權的人員無法看到或更動您的記錄。
- 除以下所述情況外，如果我們打算將您的健康資訊，提供給未提供您照護或支付照護費用的任何人，*我們必須取得您或經過您合法授權人士的書面許可，方便先為您做出決定。*
- 在某些例外情形下，我們不必事先取得您的書面同意。這些例外情形為法律允許或規定。
 - 例如，我們必須向稽查照護品質的政府機關釋出健康資訊。
 - 因為您透過聯邦醫療保險成為我們計劃的會員，我們必須向聯邦醫療保險提供您的健康資訊，包括您的 D 部分處方藥資訊。如果聯邦醫療保險將您的資訊用於研究或其他用途，這將根據聯邦法令和規章辦理；通常規定不得共享得以辨識您身分的資訊。

第 8 章：您的權利和責任

您可以在您的記錄中看到這些資訊，並瞭解分享給他人的情形

您有權查看您在計劃的醫療記錄，並取得您的記錄副本。我們可以向您收取副本製作費用。您也有權要求我們增加或修正您的醫療記錄。如果您要求我們這麼做，我們將與您的醫療機構討論，以決定是否需要變更。

您有權知道您的健康資訊基於非常態性目的而分享給其他人的情形。

如果您對於您的個人健康資訊隱私有問題或疑慮，請致電會員服務部。

隱私措施聲明

Clever Care of Golden State Inc. 係 Clever Care Health Plan, Inc. 的獨資子公司（以下簡稱為福全健保），其須依法保護您健康資訊的隱私。我們也必須寄送給您本通知，其解釋我們如何使用關於您的資訊以及我們何時可以提供或將該資訊「揭露」給他人。本通知也敘述您對您的健康資訊的權利。我們依法必須遵守本通知之條款。

本聲明中的「資訊」或「健康資訊」一詞包括我們所維護的任何資訊，這些資訊可以合理地用於識別您的身分以及您的身體或精神健康狀況、向您提供的健康照護服務，或為此類健康照護服務支付的費用。我們將遵守適用隱私權法的相關規定，在您的健康資訊遭到外洩時通知您。

我們有權更改我們的隱私措施以及本聲明的條款。如果我們對隱私措施做出重大更改，我們將在下一次年度分發時向您提供修訂後的聲明或資料變更的相關資訊，並告知您如何取得修訂後的聲明。

根據適用法律，我們將藉由直接郵寄或電子郵件提供您這份訊息。無論如何，如果我們針對您的特定健保計劃維護一個網站，我們將會在您的健保計劃網站上刊登更新通知（網址為：zh.clevercarehealthplan.com）。我們保留針對已有資訊和日後取得的資訊校訂或更改現行通知的權利。

福全健保會收集與維護口頭、書面、電子形式的資訊，以管理我們的業務並為我們的投保人提供產品、服務及重要資訊。根據適用州及聯邦法，我們維持實體、電子

第 8 章：您的權利和責任

及程序式安全防護以處理和維持我們投保人的資訊，以降低遺失、損壞或濫用的風險。

我們如何使用或揭露資訊

我們必須使用及揭露您的健康資訊以提供該資訊：

- 給您或是有合法權利代表您的人士（您的個人代表）才能依照本通知內文來管理您的權利；以及
- 給美國衛生及公共服務部 (Secretary of the Department of Health and Human Services)，如有必要，以確保您的隱私受到保護。

我們有權使用及揭露您的健康資訊以用於您的治療、支付您的健康照護費用及經營我們的業務。例如，我們可能使用或揭露您的健康資訊：

- **用於支付**我們應付的保費，以確定您的保險範圍，以及處理您的健康照護服務理賠，包括取代或協調您可能擁有的其他福利。例如，我們可能會告訴醫生您是否有資格獲得承保，以及帳單中可以給付的比例。
- **用於治療**我們可能會使用或揭露健康資訊，以協助治療或協調照護過程。例如，我們可能會向您的醫生或醫院揭露資訊，以幫助他們為您提供醫療照護。
- **用於健康照護作業**。我們可能會根據需要使用或揭露健康資訊，以經營和管理我們的業務活動；此業務活動與提供和管理您的健康照護承保範圍相關。例如，我們可能會與您的醫生討論，針對疾病管理或保健計劃提供建議，以協助改善您的健康，或者我們可能會分析資料，以確定我們可以如何改善服務。我們也可能根據適用法律去除可識別身分的健康資訊。去除可識別身分的資訊後，這些資訊將不再受本通知之約束，我們可能會將該資訊用於任何合法目的。
- **為您提供健康相關計劃或產品方面的資訊**，例如替代醫學治療和計劃，或關於健康相關產品和服務的資訊，但需遵守法律限制。
- **用於計劃贊助商**。如果您是透過雇主贊助的團體健保計劃投保，我們可能會與計劃贊助商分享摘要健康資訊以及投保和退保資訊。此外，如果計劃贊助商同意根據聯邦法律使用和揭露資訊的相關特殊限制，我們可能會基於計劃管理的目的，

第 8 章：您的權利和責任

與計劃贊助商分享其他健康資訊。

- **用於承保目的**。我們可能會基於承保目的使用或揭露您的健康資訊，但我們不會基於此類目的使用或揭露您的基因資訊。
- **用於提醒**。我們可能會使用或揭露健康資訊，以便向您發送有關福利或照護的提醒，例如為您提供醫療照護之醫療機構的預約提醒。

在有限的情況下，**我們可能**出於以下目的而使用或揭露您的健康資訊：

- **按法律要求**。如果法律有此要求，我們可能會揭露資訊。
- **向您的照護相關人員揭露資訊**。如果您喪失行為能力或是在緊急情況下，或者當您有機會選擇時表示同意或是未表示反對，我們可能會使用您的健康資訊，或是向參與您的照護或幫助您支付照護費用的人員（例如家庭成員）揭露您的健康資訊。如果您無行為能力或是無法表示反對，我們將運用最佳判斷來決定此項揭露是否符合您的最佳利益。特殊規則適用於我們可能將健康資訊揭露給涉及身故個人照護的家庭成員以及其他人的情況。除非我們清楚如此做會與身故者生前明確表達的偏好不一致，否則我們可能會在對象身故之前、照護身故者期間為身故者支付照護費用時，向涉及的任何人員揭露健康資訊。
- **出於公共衛生活動**，例如向公共衛生機構報告或預防疾病爆發。
- 用於向獲得法律授權可接收此類資訊的政府機關**報告虐待、疏忽或家庭暴力的受害者**，包括社會服務或保護服務機構。
- **出於健康監督活動**。向法律授權活動的健康監督機構揭露資訊，比如發放許可證、政府審計以及欺詐和濫用調查。
- **出於司法或行政訴訟**。例如響應法院命令、搜查證或傳票。
- **出於執法目的**。我們可能基於某些目的向執法官員揭露您的健康資訊，例如提供有限資訊以尋找失蹤人口或報告犯罪行為。
- **避免對您、其他人或是公眾的健康或安全構成嚴重威脅**，例如向公共衛生機構或執法機構揭露資訊，或當發生緊急情況或天然災害時。
- **出於專門的政府職能**，例如軍事和退伍軍人活動、國家安全和情報活動，以及總統和其他人員的保護服務。

第 8 章：您的權利和責任

- **出於勞工賠償要求**，依據管理工作相關傷害或疾病的國家工人賠償法所授權，或是遵守前述法律所需。
- **出於研究目的**，例如與評估某些治療或者疾病或殘障預防相關的研究，前提是該研究符合聯邦隱私法規定。
- **提供有關身故者的資訊**。我們可能會依據法律授權向驗屍官或法醫揭露資訊，以確定死亡者身分以及確定死亡原因。我們也可能會視需要向喪葬承辦者揭露資訊，以利其履行職責。
- **基於器官勸募的目的**。我們可能會使用資訊或是將資訊揭露給負責器官、眼睛或細胞組織採購、存放或移植業務的實體，以促進捐贈和移植。
- **向懲教所或執法官員揭露**：如果您是懲教所的受刑人或者受執法官員的監管，但僅限於以下必要情況：(1) 用於懲教所為您提供醫療保健照護；(2) 保護您以及他人的健康和 safety；或
(3) 確保懲教所的安全和保安。
- **向業務夥伴**：向代表我們履行職能或為我們提供服務的業務夥伴揭露資訊，前提是相關資訊對此類職能或服務具有必要性。根據與我們簽訂的合約以及美國聯邦法律，我們的業務夥伴需要保護您資訊的隱私，不得在本合約規定以及聯邦法律允許以外的範圍使用或揭露任何資訊。
- **有關資訊使用和揭露的其他限制**。某些聯邦和州法律可能要求實施特殊的隱私保護措施，以限制某些健康資訊的使用和揭露，包括有關您的高度機密資訊。這些法律可能保護以下類型的資訊：
 1. 酒精和物質濫用
 2. 生物辨識資訊
 3. 兒童或成人虐待或忽視，包括性侵犯
 4. 傳染病
 5. 基因資訊
 6. HIV/愛滋病
 7. 心理健康
 8. 未成年人資訊

第 8 章：您的權利和責任

9. 處方
10. 生殖健康
11. 性傳播疾病

如果本通知上述的健康資訊之使用或揭露被其他適用法律禁止或顯著地限制，則我們旨在符合較嚴峻法律的要求。

我們根據適用的州及聯邦標準維持實體、電子及程序性安全防護措施，以保護您的個人財務資訊，防範遺失、損壞或濫用的風險。這些措施包括電腦安全防護措施、受到保護的檔案與建築物，以及對可以存取您個人財務資訊的人員加以限制。

除本聲明中所述使用和揭露情形外，我們將僅在獲得您書面授權的情況下使用和揭露您的健康資訊。一旦您授權我們釋出您的健康資訊，我們將無法保證資訊的接收人不會揭露此資訊。您隨時可以利用書面形式收回或「撤銷」您的書面授權，除非我們已經根據您的授權執行。如需了解書面授權的郵寄地址以及授權撤銷方法，請致電您的 Health Plan ID 卡上所列電話號碼。

我們的責任

我們依法維護您受保護的健康資訊的隱私和安全。如果發生可能會損害您資訊的隱私或安全的違規行為，我們將立即告知您。我們必須遵循本聲明中描述的職責和隱私措施，並提供您一份副本。

您享有的權利

您對自己的健康資訊享有以下權利：

- **您有權要求限制**出於治療、支付或健康照護營運而使用或揭露您的資訊。您還有權要求將揭露對象限定為家庭成員或涉及您的健康照護或健康照護款項支付的其他人。我們同時還有關於受撫養者存取權的政策，您的受撫養家屬可依此請求某些限制。**請注意，儘管我們將盡力滿足您的要求，並且會同意符合我們政策規定的要求，然而我們無需同意任何限制。**

第 8 章：您的權利和責任

- **您有權要求以不同方式或在不同地點接收機密通訊**（例如，將資訊發送至郵政信箱，而不是您的住家地址）。如果揭露您的全部或部分健康資訊可能會對您個人構成危害，我們將會接納合理的要求。在某些情況下，我們會接受您要求接收機密通訊的口頭申請，但我們也可能要求您以書面形式確認您的要求。此外，任何修改或取消先前機密通訊的要求，都必須以書面形式提出。將您的要求郵寄至下列地址。
- **您有權查看並獲得**我們所維護的關於您的某些健康資訊，例如索賠和病例或醫療管理記錄。如果我們以電子形式維護您的健康資訊，您有權要求我們以電子格式向您發送健康資訊副本。您還可以要求我們將您的資訊副本提供給您確認的第三方。在某些情況下，您可能會收到此健康資訊的摘要。您必須提出書面要求以檢查和複製您的健康資訊，或者將您的資訊發送給第三方。將您的要求郵寄至下列地址。在少數特定情況下，我們可能會拒絕您檢查和複製健康資訊的要求。如果我們拒絕您的要求，您有權複查拒絕的原因。我們可能針對索取的任何副本收取合理費用。
- 如果您認為有關您的健康資訊錯誤或不完整，**您有權要求修改**我們所維護的關於您的某些健康資訊，例如索賠和病例或醫療管理記錄。您必須採取書面形式提出要求，並提供要求修改的原因。將您的要求郵寄至下列地址。如果我們拒絕您的要求，您可以在健康資訊中加入有關不同意內容的聲明。
- **您有權收到一份明細**，其中列有我們在您提出要求之前的六年間對您的資訊進行的某些揭露。此明細將不包括下列情形的資訊揭露：(i) 基於治療、付款和健康照護的運作目的；(ii) 向您或根據您的授權所作的揭露；以及 (iii) 對懲教所或執法官員所作的揭露；以及 (iv) 聯邦法律不要求我們提供明細的其他揭露。
- **您有權獲得本聲明的紙本副本**。您可隨時索取本聲明的副本。即使您已同意以電子形式收到本聲明，您仍有權獲得本聲明的紙本副本。如果我們有維護網站，我們將在網站上發布修訂後聲明的副本。您還可以在您的網站上獲得本聲明的副本，網址為：zh.clevercarehealthplan.com。

行使您的權利

第 8 章：您的權利和責任

- **聯絡您的健保計劃。**如果您對本聲明有任何疑問，或希望了解有關如何行使權利的資訊，請致電您的健保計劃 ID 卡上的免付費會員電話號碼，或者致電會員服務免付費電話 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY)：711），服務時間為 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，以及 4 月 1 日至 9 月 30 日，平日上午 8 時至晚上 8 時。
- **提出書面要求。**您可以郵寄書面要求以行使您的任何權利，包括修改或取消機密通訊、索取記錄副本，或要求修改記錄，郵寄地址如下：

Clever Care Health Plan
Attn: Privacy Officer
7711 Center Ave, Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

- **提出申訴。**如果您認為自己的隱私權遭到侵犯，可以按上述地址向我們提出申訴。

您還可以向美國衛生及公共服務部部長投訴。我們不會對您提出申訴的行為採取任何行動反制。

財務資訊隱私權聲明

本聲明描述我們會如何使用與揭露有關您的財務資訊。請仔細檢閱。

福全健保致力於維護您的個人財務資訊的機密性。在本聲明中，「個人財務資訊」係指可識別個人身分以了解投保人或申請人相關健康照護承保範圍的資訊，此類資訊通常不公開，可藉由向個人收集或透過個人提供健康照護承保範圍獲得該資訊。

我們收集的資訊

根據您選擇使用的我們的產品或服務，我們可能會透過以下來源收集您的個人財務資訊：

- 我們透過您填寫的申請表或其他表格所收到的資訊，例如姓名、地址、年齡、醫療資訊和社會安全號碼；
- 與本公司、我們的附屬公司或其他人交易的相關資訊，例如支付保費和索賠

第 8 章：您的權利和責任

記錄；和

- 來自消費者報告機構的資訊。

資訊揭露

除非法律要求或允許，否則我們不會向任何第三方揭露有關我們的投保人或先前投保人的個人財務資訊。舉例來說，在我們的一般業務實踐過程中，在法律允許的情況下，我們有可能在未經您授權的情況下，向以下類型的機構揭露我們收集的有關您個人的任何財務資訊：

- 我們的附屬公司，其中包括金融服務機構（例如其他保險公司）以及非金融公司（例如資料處理公司）；
- 基於我們日常的業務目的向非附屬公司揭露，例如處理您的交易、維護您的帳戶，或是回應法院命令和法律調查；以及
- 向為我們提供服務（包括代表我們發送宣傳通訊資料）的非附屬公司揭露。

保密性和安全性

我們根據適用的州及聯邦標準維持實體、電子及程序性安全防護措施，以保護您的個人財務資訊，防範遺失、損壞或濫用的風險。

這些措施包括電腦安全防護措施、受到保護的檔案與建築物，以及對可以存取您個人財務資訊的人員加以限制。

有關本聲明的問題

如果您對本聲明有任何疑問，請致電您的健保計劃 ID 卡上的免付費會員電話號碼，或致電會員服務部免付費電話 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY)：711）：**10 月 1 日至次年 3 月 31 日**：每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，以及 **4 月 1 日至 9 月 30 日**：週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。

第 8 章：您的權利和責任

第 1.4 節 我們必須提供您關於本計劃的資訊，其醫療機構網路，以及您的承保服務

身為本計劃的會員，您有權向我們取得多種資訊。

如果您想要下列任何資訊，請致電會員服務部：

- **有關本計劃資訊**。這包括，舉例來說，有關計劃財務情形的資訊。
- **有關我們的網路藥局和醫療機構的資訊**。您有權取得有關網路內醫療機構和藥局的資格認定，以及我們如何支付網路內醫療機構的資訊。
- **有關您的承保範圍和使用時必須遵守之規定的資訊**。第 3 章和第 4 章提供有關醫療服務的資訊。第 5 章和第 6 章提供 D 部分處方藥物承保的相關資訊。
- **有關不予承保項目之原因以及您可以如何因應的資訊**。第 9 章提供有關為何某項醫療服務或 D 部分藥物不獲承保，或您的承保受到限制的書面說明的資訊。第 9 章也提供要求我們變更決定的資訊，也稱為上訴。

第 1.5 節 我們必須支持您為您的照護做決定的權利

您有權知道您的治療選項及參與您的健康照護決定

您有權從您的醫生或其他健康照護提供者取得完整資訊。您的醫療機構必須以您能理解的方式說明您的醫療情況和您可選擇的治療方式。

您也有權全程參與有關您的健康照護的決定。為幫助您與醫生做出最適合您的治療決定，以下為您的權利：

- **瞭解您所有的選擇**。您有權被告知所有就您的情況所建議的治療選項，不論其費用多寡或是否為本計劃所承保。這也包括告知本計劃所提供的方案，用於協助會員管理他們的藥物治療和安全用藥。

第 8 章：您的權利和責任

- **了解其中的風險。** 您有權被告知任何與您的照護有關的風險。如果有任何建議的醫療照護，或治療方式為研究實驗的一部分，您必須事前被告知。您永遠可以選擇拒絕任何實驗性治療。
- **說「不」的權利。** 您有權拒絕任何建議的治療方式。這包括離開醫院或其他醫療場所的權利，即便您的醫生建議您不要離開。您也有權停止用藥。當然，如果您拒絕治療或停止用藥，您須對您的身體產生的後果承擔全部的責任。

如果您無法為您自己做出醫療決定，您有權指示應做事項

人們有時因為意外事故或重病，無法為自己做出健康照護決定。如果您處於這樣的情況，您有權表達您的意願。這表示，*如果您希望*，您可以：

- **填寫表單以賦予某人法定權力**，萬一您無法為自己做決定時，**他／她可以為您做決定**。
- **提供書面說明給您的醫生**，關於當您無法自己做決定時，您希望他們如何處理您的醫療照護。

您在這些情況可用來事先提供您的指示的法律文件稱為**預立醫囑**。不同類別的預立醫囑有不同的名稱。文件如**生前預囑**與**健康照護授權書**即為預立醫囑。

如果您希望使用預立醫囑來提供指示，做法如下：

- **取得表單。** 您可以從您的律師、社工或一些辦公用品商店取得預立醫囑表單。有時您可以從提供民眾聯邦醫療保險資訊的組織取得預立醫囑。您也可以聯絡會員服務部索取表單。
- **填寫並簽名。** 不論您從哪裡取得表單，請記住這是法律文件。您應該考慮請律師協助您準備填寫。
- **將副本交給適當的人。** 您應該將表單副本交給您的醫生，以及您於表單上指名在您無法做決定時，能代替您做決定的人。您可能也會希望將副本交給親近的友人或親屬。在家保存一份副本。

第 8 章：您的權利和責任

如果您知道您之後將住院治療，且您已簽署預立醫囑，**請攜帶一份副本至醫院。**

- 醫院將詢問您是否已簽署預立醫囑表單，以及您是否有帶來。
- 如果您尚未簽署預立醫囑表單，醫院有可填寫的表單，並會詢問您是否希望簽署。

請記住，您可以選擇是否希望填寫預立醫囑（包括如果您已住院時是否希望簽署）。根據法律規定，任何人都不可因為您是否有簽署預立醫囑而拒絕照護或歧視您。

如果未遵照您的指示該怎麼辦？

如果您已簽署預立醫囑，而且您認為醫生或醫院未遵照裡面的說明，您可以向加州衛生服務部 (California Department of Health Care Services, DHCS) 提出申訴。

第 1.6 節	您有權提出申訴及要求我們重新考慮我們已做出的決定
----------------	---------------------------------

如果您有任何問題、疑慮或申訴，且需要要求承保或提出上訴，本文件第 9 章會告訴您該怎么做。不論您做什麼（要求承保決定、提出上訴或提出申訴），**我們都必須公平對待您。**

第 1.7 節	如果您認為您受到不公平的對待，或您的權利不受尊重，您可以怎麼做？
----------------	---

如果涉及歧視，請致電民權辦公室

如果您認為您因為種族、殘障、宗教、性別、健康、族裔、信條（信念）、年齡、性取向或原始國籍而受到不公平的對待，或您的權利不受尊重，您應該致電美國衛生及公共服務部的**民權辦公室**，電話號碼是 1-800-368-1019 或聽障專線 (TTY) 1-800-537-7697，或致電您當地的民權辦公室。

這涉及其他原因嗎？

如果您認為您受到不公平對待，或您的權利不受尊重，**且無關歧視**，您可以獲得協助處理您遭遇到的問題：

第 8 章：您的權利和責任

- 您可以**致電會員服務部**。
- 您可以**致電 SHIP**。如需詳細資訊，請參閱第 2 章第 3 節。
- 或者，您可以**致電聯邦醫療保險**：1-800-MEDICARE（1-800-633-4227，聽障專線 (TTY)：1-877-486-2048），服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。

第 1.8 節 如何取得更多與您的權利有關的資訊

您可以從許多地方取得更多與您的權利有關的資訊：

- 您可以**致電會員服務部**。
- 您可以**致電 SHIP**。如需詳細資訊，請參閱第 2 章第 3 節。
- 您可以聯絡**聯邦醫療保險**。
 - 您可以造訪聯邦醫療保險網站，閱讀或下載《**聯邦醫療保險權利和保障**》(Medicare Rights & Protections) 出版品。（此出版品網址為：www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf。）
 - 或者，您可以致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227，聽障專線 (TTY)：1-877-486-2048），服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。

第 2 節 您身為計劃會員的責任

身為計劃會員，您需要做的事項如下。如果您有任何疑問，請致電會員服務部。

- **請熟悉您的承保服務與取得這些承保服務時須遵守的規定**。請使用**承保範圍說明書**來了解您的承保服務，以及取得承保服務時須遵守的規定。
 - 第 3 章和第 4 章提供有關您醫療服務的詳細資訊。
 - 第 5 章和第 6 章提供您 D 部分處方藥物承保範圍的詳細資訊。
- **如果您除了本計劃，還有其他承保的健康保險或處方藥物承保，請務必告訴我們**。第 1 章告訴您如何協調這些福利。

第 8 章：您的權利和責任

- **告知您的醫生和醫療照護機構，您已投保本計劃。** 當您取得醫療照護或 D 部分處方藥時，請出示您的計劃會員卡。
- **藉由提供資訊、提出問題和完成您的照護來協助您的醫生和其他幫助您的醫療機構。**
 - 為了幫助您獲得最佳照護，請將您的健康問題告知您的醫生和其他醫療機構。遵從您與您的醫生均同意的治療計劃和指示。
 - 請確保您的醫生知道所有您正在服用的藥物，包括非處方藥、維他命和補給品。
 - 如果您有任何問題，請務必詢問並取得您可以理解的答案。
- **為他人著想。** 我們期望所有的會員尊重其他病患的權利。我們也期望您的行為有助於您醫生的診所、醫院和其他診所順利運作。
- **支付您的欠款。** 身為計劃會員，您有責任支付這些費用：
 - 您必須支付您的計劃保費。
 - 您必須繼續為您的聯邦醫療保險 B 部分支付保費，才能繼續成為本計劃的會員。
 - 您於本計劃承保的多數醫療服務和藥物，須於取得時支付分攤費用。
 - 如果您必須支付延遲投保罰款，您必須支付罰款才能保有您的處方藥物承保。但是，我們不會因您未付款而將您退保。
 - 如果您因年收入而須支付 D 部分額外金額，您必須繼續直接支付額外金額給政府，以維持計劃會籍。
- **如果您於本計劃的服務區域內搬家，請告知我們，以利更新您的會員記錄及瞭解如何與您聯絡。**
- **如果您搬離計劃服務區域，則您將無法維持本計劃會籍。**
- 如果您搬家，也請務必告知社會安全局（或鐵路退休委員會）。

第 9 章：

如何提出疑問或申訴

(承保決定、上訴、申訴)

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

第 1 節 介紹

第 1.1 節 如何提出問題或疑慮

本章說明兩種處理問題和疑慮的程序：

- 對於某些問題，您需要透過**承保決定和上訴流程**。
- 對於其他問題，您需要透過**提出申訴程序**；也稱為訴願。

這兩種程序皆已獲得聯邦醫療保險核准。每種程序都有一套規則、步驟和期限，我們和您皆必須遵守。

第 3 節的指引將幫助您確認適用的程序以及該怎麼做。

第 1.2 節 有關法律術語的部分呢？

本章說明有些規則、步驟和期限類型會使用到的法律術語。這些術語對多數人來說很陌生，也難以理解。為了簡化事情，本章：

- 使用更簡單的詞彙取代某些法律術語。例如，本章通常用「申訴」而不是「提起訴願」，「承保決定」而不是「機構裁決」、「承保裁決」或「具風險裁決」，以及用「獨立審核機構」而不是「獨立審核實體」。
- 並盡可能減少使用縮寫。

然而，知道正確的法律術語可能對您有幫助（有時還很重要）。知道使用哪一個術語將可幫助您更精準地溝通，並針對您的情況獲得正確的協助或資訊。為了幫助您了解應該用哪些術語，我們提供處理特定情況類型的詳細資訊時，也包括了法律術語。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

第 2 節 可以從哪裡取得更多資訊和個人化協助

我們隨時能協助您。即使您對我們對待您的方式提出申訴，我們仍有義務尊重您申訴的權利。因此，您應隨時聯絡會員服務部尋求協助。但是，在某些情況，您可能也想要從與我們無關聯的人士取得協助或指引。以下是兩個可以協助您的實體。

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

每個州都有此政府計劃及受過訓練的顧問。此計劃與我們、任何保險公司或健保計劃皆無關聯。此計劃的顧問能協助您瞭解，您應該透過哪一個程序來處理您的問題。他們還能解答您的問題、提供您更多資訊，以及給予處理指引。

SHIP 顧問服務無須付費。您可在本文件第 2 章第 3 節找到電話號碼及網址。

聯邦醫療保險

您也可以聯絡聯邦醫療保險尋求協助。如要聯絡聯邦醫療保險：

- 您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。
- 您也可以造訪聯邦醫療保險網站 (www.medicare.gov)。

第 3 節 您應透過哪一個程序來處理您的問題？

如果您有問題或疑慮，僅須參閱本章適用於您的情況的部分。下面的指引將協助您。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

您的問題或疑慮是否與您的福利或承保範圍有關？

這包括醫療照護（醫療項目、服務和／或 B 部分處方藥）是否有承保、承保方式為何，以及支付醫療照護費用相關的問題。

是。

請繼續參閱本章下一節，**第 4 節，承保決定和上訴入門指南**。

否。

請前往本章最後面的**第 10 節：如何針對照護品質、等待時間、客戶服務或其他疑慮提出申訴**。

承保決定和上訴

第 4 節 承保決定和上訴入門指南

第 4.1 節 要求承保決定和提出上訴：總覽

承保決定和上訴用於處理與您的福利和您的醫療照護（服務、項目及 B 部分處方藥物）承保範圍相關的問題，包含費用的支付。為了簡單起見，我們通常將醫療用品、服務以及聯邦醫療保險 B 部分處方藥物稱為**醫療照護**。您可以透過承保決定和上訴程序，確認某醫療服務是否予以承保及其承保方式。

在接受福利前要求承保決定

承保決定指我們對您的福利和承保範圍，或我們支付您的醫療照護金額所做出的決定。例如，如果您的計劃網路醫生將您轉診至網路外的醫療專科醫生，則該轉診會被視為有利的承保決定；除非您的網路醫生能證明您收到了該醫療專科醫生的標準拒絕通知，或**承保範**

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

*圖說明書*已明確說明轉診服務在任何情況下皆不予承保。如果您的醫生不確定我們是否會承保特定醫療服務或拒絕提供您認為您需要的醫療照護，您與醫生也可以與我們聯絡並要求承保決定。換句話說，如果您希望在接受醫療照護之前，知道我們是否承保，您可以要求我們為您做出承保決定。少數情況下，承保決定的請求將不予受理，這表示我們將不會審核請求。不受理請求的情形包括：該項請求不完整、由未經法律授權的人士代表您提出，或者您要求撤回。如果我們不受理承保決定請求，我們將寄通知說明請求不受理的原因，以及如何要求審核駁回案件。

當我們決定您的承保範圍為何與我們支付的金額，我們即為您做出承保決定。某些情況下，我們可能決定某項醫療照護不予承保，或聯邦醫療保險不再承保。如果您不同意此承保決定，您可以提出上訴。

提出上訴

無論是我們在您接受福利之前或之後所做出的承保決定，如果您不滿意，您都可以對該決定提出**上訴**。上訴為要求我們審核和變更已作出之承保決定的正式方式。在後面我們將論及的某些情況下，您可以要求對該承保決定提出**加快或快速上訴**。您的上訴由不同審核人員處理，而不是做出原先決定的人員。

當您首次上訴一項決定，此為第 1 級上訴。在此上訴中，我們審核我們已做出的承保決定，確認我們是否已嚴格遵守所有規定。當我們完成審核，我們將提供您我們的決定。

少數情況下，第 1 級上訴的請求將不予受理，這表示我們將不會審核請求。不受理請求的情形包括：該項請求不完整、由未經法律授權的人士代表您提出，或者您要求撤回。如果我們不受理第 1 級上訴的請求，我們將寄通知說明請求不受理的原因，以及如何要求審核駁回案件。

如果我們拒絕您第 1 級醫療護理上訴的全部或部分內容，您的上訴將自動進入第 2 級上訴，並由與我們無關的獨立審核機構進行。

- 您不需做任何事，即可開始第 2 級上訴。聯邦醫療保險規定如我們不完全同意您的第 1 級上訴，我們會自動將您的醫療護理上訴轉至第 2 級。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

- 有關本章第 5.4 節，層級 2 上訴的更多資訊，請參閱在本章第 6 節進一步討論。

如果您不滿意第 2 級上訴的決定，您可以繼續進行額外層級的上訴。（本章第 9 節說明了第 3、第 4 及第 5 級的上訴程序）。

第 4.2 節 當您要求承保決定或提出上訴時，如何取得協助

如果您決定要求任何類型的承保決定或對決定提出上訴，這裡有一些資源：

- **您可以致電會員服務部。**
- 您可以向 State Health Insurance Assistance Program **免費取得協助**。
- **您的醫生可以為您提出請求。** 如果您的醫生協助處理第 2 級之後的上訴，他們將需要被指定為您的代表。請致電會員服務部，索取**代表委任表單**。（該表單也可在聯邦醫療保險的網站上取得，網址為：www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf，或是我們的網站：zh.clevercarehealthplan.com。
 - 對於醫療照護或 B 部分處方藥，您的醫生可代表您申請承保決定或第 1 級上訴。如果您的上訴在層級 1 時遭到拒絕，將自動轉交層級 2。
 - 對於 D 部分處方藥，您的醫生或其他開立處方者可代表您申請承保決定或第 1 級上訴。如果您的第 1 級上訴遭拒，您的醫生或開立處方者可以申請第 2 級上訴。
- **您可以要求某人代表您。** 如果您希望，您可以指名另一人作為您的代表，要求承保決定或提出上訴。
 - 如果您希望由朋友、親戚或其他人來擔任您的代表，請致電會員服務部並索取**代表委任表單**。（該表單也可在聯邦醫療保險的網站上取得，網址為：www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf，或是我們的網站：zh.clevercarehealthplan.com。該表單允許該人士代表您。您與您希望代表您的人士皆須在表單上簽名。您必須提供我們一份完成簽署的表單副本。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

- 雖然我們可以在沒有表單的情形下接受上訴請求，但在收到表單之前，我們無法完成審核。如果我們在對您的上訴請求做出決定的期限之前尚未收到表單，您的上訴請求將不予受理。如果發生上述情形，我們將寄送書面通知給您，說明您有權要求獨立審核機構來審核我們不受理您的上訴的決定。
- **您也有權聘請律師。**您可以聯絡您的律師，或從當地律師公會或其他轉介服務取得律師資訊。如果您資格符合，某些團體也會提供您免費法律服務。然而，**您無須聘請律師**來要求任何類型的承保決定或上訴決定。

第 4.3 節 本章的哪一節可以為您的情況提供詳細資訊？

共有四種不同的情況需要承保決定和上訴。因每種情況有不同的規定和期限，我們分別於不同小節提供詳細資訊：

- 本章**第 5 節**：您的醫療照護：如何要求承保決定或提出上訴
- 本章**第 6 節**：您的 D 部分處方藥：如何要求承保決定或提出上訴
- 本章**第 7 節**：如果您認為醫生太早讓您出院，如何要求我們承保更長的住院治療。
- 本章**第 8 節**：如果您認為您的承保服務太早結束，如何要求我們繼續承保某項醫療服務（*僅適用於以下服務：居家健康照護、專業之家與綜合門診復健設施*（Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility，CORF）服務）

如果您不確定您應該利用哪一節的內容，請致電會員服務部。您也可以向 SHIP 等政府組織取得協助或資訊。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）**第 5 節 您的醫療照護：如何要求承保決定或為某承保決定提出上訴****第 5.1 節 本節說明如您在取得承保醫療照護時遇到問題，或者如果您希望我們退還您照護分攤費用的處理方式**

本節與您的醫療照護福利有關。本文件第 4 章已說明這些福利：*醫療福利表（承保範圍與您支付的費用）*。某些案例中，B 部分處方藥的請求適用不同規定。這些案例中，我們將說明 B 部分處方藥的規定與醫療項目和服務的規定有何不同。

此節說明如果您為下列五種情況的任一種，您可以怎麼做：

1. 您未能取得您想要的某項醫療照護，且您認為本計劃應該予以承保。**請我們為您做出承保決定。第 5.2 節。**
2. 本計劃將不核准您的醫生和其他醫療機構希望為您提供的醫療照護，而您認為計劃承保此項照護。**請我們為您做出承保決定。第 5.2 節。**
3. 您已接受您認為應由計劃承保的醫療照護，但我們卻表示我們將不會支付此項照護。**提出上訴。第 5.3 節。**
4. 您已接受並支付您認為應由計劃承保的醫療照護，而您希望要求本計劃為您報銷此照護費用。**請將帳單寄給我們。第 5.5 節。**
5. 您被告知某項您一直在使用的醫療照護，原先為我們核准但預計減少或停止，而您認為減少或停止此項照護可能會危害您的健康。**提出上訴。第 5.3 節。**

注意：如果停止的承保服務為醫院照護、居家健康照護、專業護理之家或綜合門診復健設施 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服務，您需要參閱本章第 7 與第 8 節。這些類型的照護有特殊規定。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）**第 5.2 節 步驟說明：如何要求我們做出承保決定****法律術語**

當承保決定包含您的醫療照護，此為**組織裁決**。

快速承保決定即所謂的**加速裁決**。

第 1 步：決定您需要「標準承保決定」或「快速承保決定」。

對 B 部分藥物的標準承保決定通常在 14 個日曆日或 72 小時之內做出。醫療服務的快速承保決定通常在 72 小時之內做出；對於 B 部分藥物，則於 24 小時之內做出。如欲取得快速承保決定，您必須符合兩個條件：

- 您**只能要求**醫療項目和／或服務的承保（不得要求為已接受的項目和／或服務付款）。
- **只有**在使用標準期限可能**嚴重損害您的健康或傷害您的身體功能**時，您才可以取得快速承保決定。
- **如果您的醫生告訴我們，您因健康情況需要快速承保決定，我們將自動同意提供您快速承保決定。**
- **如果您在沒有醫生支持的情況下，自行要求快速承保決定，將由我們決定您的健康情形是否需要我們提供快速承保決定。**如果我們不核准快速承保決定，我們會寄信給您：
 - 說明我們將使用標準期限。
 - 說明如您的醫生要求快速承保決定，我們將自動提供您快速承保決定。
 - 向您說明對於我們的決定（即提供您標準承保決定，而不是您申請的快速承保決定），您可以提出快速申訴。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

第 2 步：請本計劃做出承保決定或快速承保決定。

- 請來電、寫信或傳真給本計劃，向我們提出授權或提供承保您希望的醫療照護的請求。您、您的醫生或您的代表皆可提出。第 2 章有聯絡資訊。

第 3 步：我們會考慮您的醫療照護承保請求，並給您答覆。

對於標準承保決定，我們使用標準期限。

這表示我們將在收到您對於某醫療用品或服務的請求後，於 14 個日曆日內答覆您。如果您的要求為聯邦醫療保險 B 部分處方藥物，我們將於收到請求後的 72 小時內答覆您。

- **然而**，對於醫療用品或服務的要求，如您要求更多時間，或者如我們需要更多可能有利於您的資訊，**則可能延長最多 14 個日曆日**。如果我們延長天數，會以書面形式告知您。若您的請求為聯邦醫療保險 B 部分處方藥，則我們無法延長做決定的時間。
- 如果您認為我們不應該延長天數，您可以提出快速申訴。一旦做出決定，我們將盡快答覆您的申訴。（提出申訴程序與承保決定及上訴流程不同。請參閱本章第 10 節以了解關於申訴的資訊。）

對於快速承保決定，我們使用加快時限。

快速承保決定是指如果您的請求為醫療用品或服務，我們將於 72 小時內答覆。如果您的要求為聯邦醫療保險 B 部分處方藥，我們將於 24 小時內答覆。

- **然而**，如果您要求更多時間，或者如我們需要更多可能有利於您的資訊，**則可能延長最多 14 個日曆日**。如果我們延長天數，會以書面形式告知您。若您的請求為聯邦醫療保險 B 部分處方藥，則我們無法延長做決定的時間。
- 如果您認為我們不應該延長天數，您可以提出快速申訴。（有關申訴的資訊，請參閱本章第 10 節。）我們一做出決定就會打電話給您。
- **如果我們的答覆是拒絕部分或全部的請求**，我們便會寄書面聲明給您，說明拒絕的原因。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）**第 4 步：如果我們拒絕您承保醫療照護的請求，您可以提出上訴。**

- 如果我們拒絕，您有權透過提出上訴，要求我們重新考慮該項決定。這意味著再次要求獲得您想要的醫療護理承保。若提出上訴，即代表您進入第 1 級上訴流程。

第 5.3 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴**法律術語**

向計劃上訴醫療承保決定，稱為計劃**再議**。

快速上訴也稱為**加速再議**。

第 1 步：決定您需要的是「標準上訴」或「快速上訴」。

對於 B 部分藥物，標準上訴通常在 30 個日曆日或 7 個日曆日內提出。快速上訴通常在 72 小時內提出。

- 如果您要對我們就您尚未接受的照護所做出的承保決定提出上訴，您和／或您的醫生必須決定您是否需要快速上訴。如果您的醫生告訴我們您的健康情況需要快速上訴，我們將提供您快速上訴。
- 提出快速上訴的條件與本章第 5.2 節的提出快速承保決定相同。

第 2 步：向本計劃提出上訴或快速上訴

- 如果您要求標準上訴，請以書面的形式遞交您的標準上訴。第 2 章有聯絡資訊。
- 如果您要求快速上訴，請依書面形式或致電我們提出上訴。第 2 章有聯絡資訊。
- 自我們寄給您的承保決定答覆之書面通知上的日期起算，**請務必於 65 個日曆日內提出上訴請求**。如果您錯過截止日期，且情有可原，請於提出上訴時說明上訴延遲的原因。我們可能會給您更多時間來提出上訴。情有可原的情形可能包括：重症導致您無法與我們聯絡，或者我們提供的請求上訴期限資訊不正確或不完整。
- 您可以索取關於您的醫療決定的資訊副本。您和您的醫生可以提供更多佐證您的上訴之資訊給我們。我們可以向您收取複製和傳送此資訊給您的費用。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

第 3 步：我們會考慮您的上訴並答覆您。

- 本計劃在審核您的上訴時，會仔細檢視所有資訊。我們會檢查並確認我們在拒絕您的請求時，是否遵循所有的規定。
- 如有需要，我們可能會聯絡您或您的醫生來收集更多資訊。

快速上訴的期限

- 針對快速上訴，我們須在**收到您上訴後的 72 小時內**答覆您。如果您的健康情況需要，我們會更快回覆。
 - **然而**，對於醫療用品或服務的要求，如您要求更多時間，或者如我們需要更多可能有利於您的資訊，則**我們可能延長最多 14 個日曆日**。如果我們延長天數，會以書面形式告知您。如您的請求為聯邦醫療保險 B 部分處方藥，則我們無法延長時間。
 - 如果我們未於 72 小時內答覆您（如果我們多花了幾天時間，則於延長期限截止時），我們必須自動將您的請求傳送至上訴流程的第 2 級，交由獨立審核組織審核。第 5.4 節說明第 2 級上訴程序。
- **如果我們的答覆是同意部分或全部的請求**，我們必須於收到您的上訴後的 72 小時內，授權或提供我們已同意的承保範圍。
- **如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的請求**，我們將以書面通知您我們的決定，並自動將您的上訴轉送至獨立審核組織，進行第 2 級上訴。獨立審核組織收到您的上訴時，會以書面方式通知您。

標準上訴的期限

- 針對標準上訴，我們必須在收到您的上訴後，**於 30 個日曆日內**答覆您。如果您的請求為您尚未接受的聯邦醫療保險 B 部分處方藥，我們將於收到上訴後的 **7 個日曆日內**答覆您。如果您的健康情況需要，我們將更快提供決定給您。
 - **然而**，對於醫療用品或服務的要求，如您要求更多時間，或者如我們需要更多可能有利於您的資訊，則**可能延長最多 14 個日曆日**。如果我們延長天

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

數，會以書面形式告知您。若您的請求為聯邦醫療保險 B 部分處方藥，則我們無法延長做決定的時間。

- 如果您認為我們不應該延長天數，您可以提出快速申訴。如果您提出快速申訴，我們便會在 24 小時內答覆您的申訴。（有關申訴的資訊，請參閱本章第 10 節。）
- 如果我們未於時限內（或於延長期限截止時）答覆您，我們會將您的請求轉送至第 2 級上訴，交由獨立審核組織審核。第 5.4 節說明第 2 級上訴程序。
- **如果我們的答覆為同意部分或全部的要求**，若為醫療用品或服務請求，我們須於 30 個日曆日內授權或提供承保；如請求為聯邦醫療保險 B 部分處方藥，則於 7 個日曆日內授權或提供承保。
- **如果本計畫拒絕您上訴內容的全部或部分**，我們將自動將您的上訴傳送至獨立審核組織，進行第 2 級上訴。

第 5.4 節

步驟說明：第 2 級上訴如何完成

法律術語

獨立審核組織的正式名稱為**獨立審核實體**。有時稱作 **IRE**。

獨立審核組織是由聯邦醫療保險聘雇的獨立組織。其與本計畫無關，亦不是政府機構。此組織決定我們的做的決定是否正確或是需要變更。聯邦醫療保險會監督其成效。

第 1 步：獨立審核組織審核您的上訴。

- 我們將傳送您的上訴資訊給該組織。這些資訊稱為您的**案件檔案**。**您有權要求我們提供您的案件檔案副本**。我們可以向您收取複製和寄送此資訊的費用。
- 您有權提供額外的資訊給獨立審核組織，以支持您的上訴。
- 獨立審核組織的審核人員會仔細檢視所有您上訴的相關資訊。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

如果您第 1 級是快速上訴，則第 2 級也會是快速上訴

- 針對快速上訴，審核組織須於收到您上訴後的 **72 小時內**，提供您第 2 級上訴的答覆。
- 然而，如果您的要求為醫療用品或服務，且獨立審核組織需要收集更多可能有利於您的資訊，**則可能延長最多 14 個日曆日**。如果您的要求為聯邦醫療保險 B 部分處方藥，則獨立審核組織無法延長做決定的時間。

如果您第 1 級是標準上訴，則第 2 級也會是標準上訴

- 針對標準上訴，如果您申請的是醫療用品或服務，獨立審核組織須於收到您上訴後的 **30 個日曆日內**，答覆您的第 2 級上訴。如果您的請求為聯邦醫療保險 B 部分處方藥，獨立審核組織須於收到您的上訴後的 **7 個日曆日內**，答覆您的第 2 級上訴。
- 然而，如果您的要求為醫療用品或服務，且獨立審核組織需要收集更多可能有利於您的資訊，**則可能延長最多 14 個日曆日**。如果您的要求為聯邦醫療保險 B 部分處方藥，則獨立審核組織無法延長做決定的時間。

第 2 步：獨立審核組織會答覆您。

獨立審核組織將以書面方式告知您決定，並說明原因。

- **如果審核組織同意您部分或全部的醫療用品或服務請求**，我們須在收到審核組織對於標準請求的決定後，於 72 小時內授權該項醫療照護承保，或在 14 個日曆日內提供該項服務。針對加速請求，從我們收到審核組織的決定之日起，我們有 72 小時的時間。
- **如果審核組織同意您部分或全部的聯邦醫療保險 B 部分處方藥的請求**，我們須在收到審核組織對於標準請求的決定後，於 72 小時內授權或提供該項 B 部分處方藥。針對加速請求，從我們收到審核組織的決定之日起，我們有 24 小時的時間。
- **如果該組織拒絕部分或全部的上訴**，這代表他們同意我們，不應核准您對於醫療照護承保的上訴（或您部分的上訴）。（這稱為**維持決定或駁回上訴**。）在此情況下，獨立審核組織將寄信給您：
 - 解釋其決定。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

- 如果醫療護理承保的美元價值達到一定的最低標準，則通知您有提出第 3 級上訴的權利。獨立審核組織給您的書面通知將說明您必須符合的金額，以繼續進行上訴流程。
- 告訴您如何提出第 3 級上訴。

第 3 步：如果您的案件符合條件，則您選擇您是否要繼續上訴。

- 第 2 級之後有另外三個級別的上訴流程（上訴共有五個級別）。如果您想繼續提出第 3 級上訴，關於如何進行的詳細資訊，可參考您在第 2 級上訴後收到的書面通知。
- 第 3 級上訴由行政法官或司法裁判員審理。本章第 9 節說明了第 3、4 與 5 級上訴的流程。

第 5.5 節 如果您要求我們支付您已接受的醫療照護分攤費用，可以怎麼做？

第 7 章描述的是您可能需要要求我們報銷或支付您已收到來自醫療機構之帳單。該章也說明如何將要求我們支付費用的文件寄給我們。

要求報銷即要求我們做出承保決定

如果您將要求報銷的文件寄給我們，您便是要求承保決定。為了做出此決定，我們將檢查您支付的醫療照護是否在承保範圍內。我們也將檢查您是否遵守使用承保醫療照護的所有規則。

- **如果我們同意您的申請：**如果該醫療照護屬於承保範圍且您遵循所有規則，我們通常於 30 個日曆日內，但不晚於收到您的請求後的 60 個日曆日內，將我們的分攤費用寄送給您。如果您尚未支付該項醫療照護，我們將直接寄送該筆費用給醫療機構。
- **如果我們拒絕您的請求：**如該項醫療照護不在承保範圍內，或您並未遵循所有的規定，我們將不會寄送費用。反之，我們將寄信通知我們將不會支付該項醫療照護，並說明原因。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

如果您不同意我們拒絕您的決定，**您可以提出上訴**。如果您提出上訴，這表示您要求我們更改我們做出拒絕支付費用請求的承保決定。

如要提出上訴，請依照第 5.3 節所述的上訴流程。關於報銷的上訴，請注意：

- 我們必須於收到您的上訴後，於 60 個日曆日內答覆您。如果您要求我們退還您已接受並支付的醫療照護，您不得要求快速上訴。
- 如果獨立審核組織裁定我們應支付費用，我們須於 30 個日曆日內將費用寄送給您或醫療機構。如果在第 2 級之後的任一層級上訴流程同意您的上訴，我們須於 60 個日曆日內，寄送您請求的費用給您或醫療機構。

第 6 節 您的 D 部分處方藥：如何要求承保決定或提出上訴

第 6.1 節	本節說明如果您在取得 D 部分藥物時遇到困難，或您希望我們退還 D 部分藥物的費用，可以怎麼做
----------------	--

您的福利包括許多處方藥的承保。如要獲得承保，該藥物必須用於醫療許可之適應症。（更多關於醫療許可之適應症的資訊，請參閱第 5 章。）關於 D 部分藥物、規則、限制和費用的詳細資訊，請參閱第 5 章和第 6 章。**本節僅與您的 D 部分藥物有關。**為了讓內容簡明易懂，本節後續我們通常會使用**藥物**一詞，而不是每次都重複**承保門診處方藥**或**D 部分藥物**。我們也會用**藥物清單**一詞，來取代**承保藥物清單**或**處方集**。

- 如果您不知道某種藥物是否獲得承保或您是否符合規定，您可以詢問我們。部分藥物您需要獲得我們的核准，我們才會承保。
- 如果您的藥局告訴您，您的處方箋無法以書面方式重複領取，藥局將提供書面通知給您，說明如何與我們聯絡，以要求承保決定。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）**D 部分承保決定和上訴****法律術語**

對於您的 D 部分藥物所做的最初承保決定，稱為**承保裁定**。

承保決定指我們對您的福利和承保範圍，或我們支付您的藥物金額所做出的決定。此節說明如果您為下列情況的任一種，您可以怎麼做：

- 要求承保不在本計劃**承保藥物清單**上的 D 部分藥物。**要求例外處理。第 6.2 節**
- 要求為某項藥物免除計劃承保限制（如：限制可取得的藥物數量、預先授權或先嘗試其他藥物之要求）。**要求例外處理。第 6.2 節**
- 要求以較低的分攤費用支付屬於較高分攤費用層級的承保藥物。**要求例外處理。第 6.2 節**
- 要求取得藥物的預先核准。**請我們為您做出承保決定。第 6.4 節**
- 支付您已購買的處方藥。**要求我們退款給您。第 6.4 節**

如果您不同意我們做出的承保決定，可以對我們的決定提出上訴。

本節說明如何要求承保決定與如何提出上訴。

第 6.2 節 何為例外情況？**法律術語**

要求承保不在藥物清單上的藥物，有時稱為要求**處方集例外處理**。

要求免除承保某項藥物的限制，有時稱為要求**處方集例外處理**。

要求以較低價格支付非首選承保藥物，有時稱為要求**層級例外處理**。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

如果本計劃沒有依照您希望的方式承保某種藥物，您可以要求我們以**例外處理**。例外處理是承保決定的一種。

如果要我們考慮您的例外處理請求，您的醫生或其他開立處方者將需要解釋您需要取得例外核准的醫療原因。以下為三個您、您的醫生或其他開立處方者可以要求我們進行例外處理的案例：

- 1. 為您承保不在本計劃藥物清單上的 D 部分藥物。** 如果我們同意承保不在藥物清單上的藥物，您將需要支付適用於第 4 層級的分攤費用。您不能要求以例外處理本計劃要求您支付藥物的分攤費用。
- 2. 免除某項承保藥物的限制。** 第 5 章說明適用於我們「藥物清單」上特定藥物的額外規則或限制。如果我們同意為您以例外處理並免除限制，您可以要求我們以例外處理您須支付的藥物分攤費用之共付額或共保額。
- 3. 更換為較低分攤費用層級的承保藥物。** 在藥物清單上的藥物可分為六種分攤費用層級。一般而言，數字越小，分攤費用層級越低，您須支付的藥物分攤費用越少。
 - 如果我們的藥物清單包含可治療您的病症的替代藥物，該藥物的分攤費用層級低於您的藥物，您可以要求我們以適用該替代藥物的分攤費用承保您的藥物。
 - 如果您正在使用的藥物是生物製劑，您可以要求我們以較低的分攤費用金額承保您的藥物。這包含用於治療您病症之生物製劑替代品的最低層級費用。
 - 如果您使用的藥物為原廠藥，您可以要求我們以可治療您的病症的原廠藥替代品之所在最低層級的分攤費用，來承保您的藥物。
 - 如果您使用的藥物為學名藥，您可以要求我們以可治療您的病症的原廠藥或學名藥替代品之所在最低層級的分攤費用，來承保您的藥物。
 - 您不能要求我們更改屬於第 5 層級藥物的分攤費用（專科藥）。
 - 如果我們核准您的層級例外處理請求，且包含您無法使用的替代藥物的較低分攤費用層級不只一個，您通常將支付最低金額。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）**第 6.3 節 要求例外處理的重要須知****您的醫生務必告知我們醫療原因**

您的醫生或其他開立處方者必須向我們提供聲明，說明要求例外的醫療原因。為更快做出決定，在您要求例外處理時，請出示您的醫生或其他開立處方者提供的醫療資訊。

在我們的藥物清單上，治療特定病症的藥物通常不只一種。這些不同的可能選項，稱為**替代藥物**。如果替代藥物與您要求的藥物同樣有效，且不會造成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請求。如果您要求層級例外處理，我們通常不會核准您的要求，除非所有較低分攤費用層級的替代藥物不具相同療效，或可能造成負面影響或其他傷害。

我們可以同意或拒絕您的要求

- 如果我們核准您的例外處理要求，該核准通常於計劃年度截止前有效。只要您的醫生持續為您開立該藥物處方箋，且該藥物對治療您的病症依然安全且有效。
- 如果我們拒絕您的要求，您可以透過提出上訴要求再次審核。

第 6.4 節 步驟說明：如何要求承保決定，包括例外處理**法律術語**

快速承保決定稱為**加速承保裁定**。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

第 1 步：決定您需要「標準承保決定」或「快速承保決定」。

標準承保決定會在我們收到您醫生的聲明後 72 小時內做出。**快速承保決定**會在我們收到您醫生的聲明後 24 小時內做出。

如果您因健康情況需要，可要求我們提供您快速承保決定。如要取得快速承保決定，您必須符合兩個條件：

- 您請求的必須是您尚未接受的藥物。（針對您已購買的藥物，您無法要求快速承保決定來報銷。）
- 使用標準期限可能會嚴重損害您的健康或傷害您的身體功能。
- **如果您的醫生或其他開立處方者告訴我們，您因健康情況需要快速承保決定，我們將自動提供您快速承保決定。**
- **如果您在沒有醫生或開立處方者支持的情況下，自行要求快速承保決定，將由我們決定您的健康情形是否需要我們提供快速承保決定。**如果我們不核准快速承保決定，我們會寄信給您：
 - 說明我們將使用標準期限。
 - 說明如果您的醫生或其他開立處方者要求快速承保決定，我們將自動提供您快速承保決定。
 - 說明對於我們決定提供您標準承保決定、而不是您申請的快速承保決定，您可以如何提出快速申訴。我們將在收到申訴後 24 小時內答覆您的申訴。

第 2 步：要求「標準承保決定」或「快速承保決定」。

請來電、寫信或傳真給本計劃，向我們提出授權或提供承保您希望的醫療照護的請求。您也可以透過我們的網站進入承保決定程序。我們必須接受任何書面申請，包括以 *CMS 制式承保裁定申請表 (CMS Model Coverage Determination Request)*，或以本計劃表單提出的申請，該表單可於我們的網站取得（網址為：zh.clevercarehealthplan.com）。第 2 章有聯絡資訊。為協助我們處理您的請求，請務必提供您的姓名、聯絡資訊，以及確認您提出的上訴是關於哪些遭拒的索賠。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

您、您的醫生（或其他開立處方者）或您的代表都可提出。您也可以請律師來代表您。本章第 4 節說明您如何提供他人書面許可，以作為您的代表。

- **如果您提出例外處理的申請，請提供佐證聲明**，即該例外處理的醫療理由。您的醫生或其他開立處方者可以將此聲明傳真或郵寄給我們。或者，您的醫生或開立處方者可以打電話告知我們，如有需要，再將書面聲明傳真或寄給我們。

第 3 步：我們會考慮您的要求並答覆您。

快速承保決定的期限

- 我們通常必須在收到您的要求後，**於 24 小時內**答覆您。
 - 針對例外處理，我們收到您醫生的佐證聲明後，於 24 小時內答覆您。如果您的健康情況需要，我們會更快回覆。
 - 如果我們未於截止日期前答覆，則須將您的要求傳送至上訴流程的第 2 級，由獨立審核組織審核。
- **如果我們的答覆是同意部分或全部的要求**，我們必須在收到您的要求或醫生的佐證聲明後，於 24 小時內提供我們已同意的承保範圍。
- **如果我們的答覆是拒絕部分或全部的請求**，我們便會寄書面聲明給您，說明拒絕的原因。我們也會告知您可以如何上訴。

關於您尚未接受之藥物的標準承保決定期限

- 我們通常必須在收到您的要求後，**於 72 小時內**答覆您。
 - 針對例外處理，我們收到您醫生的佐證聲明後，於 72 小時內答覆您。如果您的健康情況需要，我們會更快回覆。
 - 如果我們未於截止日期前答覆，則須將您的要求傳送至上訴流程的第 2 級，由獨立審核組織審核。
- **如果我們的答覆是同意部分或全部的要求**，我們必須在收到您的要求或醫生的佐證聲明後，**於 72 小時內**提供我們已同意的承保範圍。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

- **如果我們的答覆是拒絕部分或全部的請求**，我們便會寄書面聲明給您，說明拒絕的原因。我們也會告知您可以如何上訴。

有關支付您已購買之藥物的標準承保決定期限

- 我們必須在收到您的要求後，於 **14 個日曆日內** 答覆您。
 - 如果我們未於截止日期前答覆，則須將您的要求傳送至上訴流程的第 2 級，由獨立審核組織審核。
- **如果我們的答覆是同意部分或全部的要求**，我們必須在收到您的要求後，於 14 個日曆日內支付費用給您。
- **如果我們的答覆是拒絕部分或全部的請求**，我們便會寄書面聲明給您，說明拒絕的原因。我們也會告知您可以如何上訴。

第 4 步：如果我們拒絕您的承保要求，您可以提出上訴。

- 如果我們拒絕，您有權透過提出上訴，要求我們重新考慮該項決定。這意味著再次要求獲得您想要的藥物承保。如果提出上訴，即代表您進入第 1 級上訴流程。

第 6.5 節	步驟說明：如何提出第 1 級上訴
----------------	-------------------------

法律術語

向計劃上訴 D 部分藥物承保決定，稱為**計劃重定**。

快速上訴也稱為**加速重定**。

第 1 步：決定您需要的是「標準上訴」或「快速上訴」。

標準上訴通常在 7 個日曆日內提出。快速上訴通常在 72 小時內提出。如果因您的健康情況需要，請要求快速上訴。

- 如果您正在上訴我們對於您尚未接受的藥物所做的決定，您和您的醫生或其他開立處方者將需決定您是否需要快速上訴。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

- 提出快速上訴的條件與本章第 6.4 節的提出快速承保決定相同。

第 2 步：您、您的代表、醫生或其他開立處方者，請務必聯絡我們提出您的第 1 級上訴。如果您的健康情況需要儘速答覆，請務必要求**快速上訴**。

- **對於標準上訴，請提出書面申請。**第 2 章有聯絡資訊。
- **如需快速上訴，請以書面形式提出您的上訴，或致電 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）與我們聯絡。**第 2 章有聯絡資訊。
- **我們必須接受任何書面申請**，包括以 *CMS 制式承保裁決申請表* 提出的申請，該表單可於我們的網站取得（網址為：zh.clevercarehealthplan.com）。請務必包含您的姓名、聯絡資訊和您的索賠相關資訊，以協助我們處理您的要求。
- 自我們寄給您的承保決定答覆之書面通知上的日期起算，**請務必於 65 個日曆日內提出上訴請求**。如果您錯過截止日期，且情有可原，請於提出上訴時說明上訴延遲的原因。我們可能會給您更多時間來提出上訴。情有可原的情形可能包括：重症導致您無法與我們聯絡，或者我們提供的請求上訴期限資訊不正確或不完整。
- **您可以索取上訴資訊副本，並新增更多資訊。**您和您的醫生可以提供更多佐證您的上訴之資訊給我們。我們可以向您收取複製和傳送此資訊給您的費用。

第 3 步：我們會考慮您的上訴並答覆您。

- 當我們正在審核您的上訴，我們即再次仔細檢視所有與您承保要求有關的資訊。我們會檢查並確認我們在拒絕您的請求時，是否遵循所有的規定。我們可能會與您、您的醫生或其他開立處方者聯絡，以取得更多資訊。

快速上訴的期限

- 針對快速上訴，我們須在**收到您上訴後的 72 小時內**答覆您。如果您的健康情況需要，我們會更快回覆。
 - 如果我們未在 72 小時內答覆您，則須將您的要求傳送至上訴流程的第 2 級，由獨立審核組織審核。第 6.6 節說明第 2 級上訴程序。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

- **如果我們的答覆是同意部分或全部的要求**，我們必須在收到您的上訴後 72 小時內，提供我們已同意的承保範圍。
- **如果我們的答覆是拒絕部分或全部的要求**，我們將寄書面聲明給您，說明拒絕的原因，以及您可以如何對我們的決定提出上訴。

關於您尚未接受之藥物的標準上訴期限

- 針對標準上訴，我們必須在收到您的上訴後，**於 7 個日曆日內**答覆您。如果您尚未接受該項藥物且您的健康情況需要我們做出決定，則我們將更快提供決定給您。
 - 如果我們未於 7 個日曆日內提供決定給您，則須將您的要求傳送至上訴流程的第 2 級，由獨立審核組織審核。第 6.6 節說明第 2 級上訴程序。
- **如果我們同意您的部分或全部要求**，我們必須根據您的健康需求儘快提供承保，但不得晚於我們收到您的上訴之後 **7 個日曆日**。
- **如果我們的答覆是拒絕部分或全部的要求**，我們將寄書面聲明給您，說明拒絕的原因，以及您可以如何對我們的決定提出上訴。

有關支付您已購買之藥物的標準上訴期限

- 我們必須在收到您的要求後，於 **14 個日曆日內**答覆您。
 - 如果我們未於截止日期前答覆，則須將您的要求傳送至上訴流程的第 2 級，由獨立審核組織審核。
- **如果我們的答覆是同意部分或全部的要求**，我們必須在收到您的要求後，於 **30 個日曆日內**支付費用給您。
- **如果我們的答覆是拒絕部分或全部的請求**，我們便會寄書面聲明給您，說明拒絕的原因。我們也會告知您可以如何上訴。

第 4 步：如果我們拒絕您的上訴，則您決定您是否要繼續上訴流程，提出另一個上訴。

- 如果您決定再次上訴，這表示您即將進行第 2 級上訴流程。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）**第 6.6 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴****法律術語**

獨立審核組織的正式名稱為**獨立審核實體**。有時稱作 **IRE**。

獨立審核組織是由聯邦醫療保險聘雇的獨立組織。其與本計劃無關，亦不是政府機構。此組織決定我們的做的決定是否正確或是需要變更。聯邦醫療保險會監督其成效。

第 1 步：您（或您的代表、您的醫生或其他開立處方者）必須聯絡獨立審核組織，要求審核您的案件。

- 如果我們拒絕您的第 1 級上訴，寄給您的書面通知將包括**如何向獨立審核組織提出第 2 級上訴的指示**。這些指示將說明誰可以提出第 2 級上訴、您應遵循的期限，以及如何與審核組織聯絡。但是，如果我們沒有在適用的時限內完成審查，或對我們的藥物管理計劃下**有風險的裁決**做出不利決定，我們會自動將您的索賠轉送至獨立審核組織。
- 我們將傳送您的上訴資訊給該組織。這些資訊稱為您的**案件檔案**。**您有權要求我們提供您的案件檔案副本**。我們可以向您收取複製和寄送此資訊的費用。
- 您有權提供額外的資訊給獨立審核組織，以支持您的上訴。

第 2 步：獨立審核組織審核您的上訴。

獨立審核組織的審核人員會仔細檢視所有您上訴的相關資訊。

快速上訴的期限

- 如果您因健康情況需要，請向獨立審核組織要求快速上訴。
- 如果該組織同意給您快速上訴，則該組織須在收到您的上訴申請後，於 **72 小時內** 答覆您的第 2 級上訴。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

標準上訴的期限

- 以標準上訴而言，審核組織須在收到有關您尚未接受之藥物的上訴後，於 **7 個日曆日內**答覆您的第 2 級上訴。如果您要求我們退還您已購買的藥物費用，審核組織須在收到您的要求後，於 **14 個日曆日內**答覆您的第 2 級上訴。

第 3 步：獨立審核組織會答覆您。

對於快速上訴：

- **如果獨立審核組織同意部分或全部的要求**，我們必須在收到審核組織的決定後，於 **24 小時內**提供審核組織核准的藥物承保。

對於標準上訴：

- **如果獨立審核組織同意部分或全部的要求**，我們必須在收到審核組織的決定後，於 **72 小時內**提供審核組織核准的藥物承保。
- **如果獨立審核組織同意部分或全額退還您已購買之藥物費用的要求**，我們須於收到審核組織的決定後，於 **30 個日曆日內**將費用寄送給您。

如果審核組織拒絕您的上訴，您可以怎麼做？

如果該組織拒絕您**部分或全部**的上訴，這代表他們同意我們不核准您的要求（或部分要求）之決定。（這稱為**維持決定**，也稱為**駁回上訴**。）在此情況下，獨立審核組織將寄信給您：

- 解釋其決定。
- 如果您要求之藥物承保的美元價值達到一定的最低標準，則通知您有提出第 3 級上訴的權利。如果您要求的承保藥物金額價值過低，您不能再次提出上訴，第 2 級決定即為最終決定。
- 通知您爭議中的美元價值必須達到多少，才能繼續進行上訴流程。

第 4 步：如果您的案件符合條件，則您選擇您是否要繼續上訴。

- 第 2 級之後有另外三個級別的上訴流程（上訴共有五個級別）。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

- 如果您想繼續提出第 3 級上訴，關於如何進行的詳細資訊，可參考您在第 2 級上訴決定後收到的書面通知。
- 第 3 級上訴由行政法官或司法裁判員審理。本章第 9 節有更多關於第 3、4 與 5 級上訴流程的說明。

第 7 節 如果您認為您出院的時間太早，如何要求我們承保更長時間的住院治療

當您住院時，您有權取得所有對於診斷和治療您的病症或受傷有必要的承保醫院服務。

於您承保的住院期間，您的醫生和醫務人員將協助您做好離開醫院時的準備。他們會協助安排您離開醫院後所需的照護。

- 您離開醫院的那一天，稱為**出院日期**。
- 決定您的出院日期後，您的醫生或醫務人員會通知您。
- 如果您認為太早要求您出院，您可以要求更長的住院期間，且您的要求將納入考慮。

<h4>第 7.1 節 於您住院治療期間，將收到聯邦醫療保險說明關於您的權利之書面通知</h4>
--

住院後兩個日曆日內，您將收到一份來自聯邦醫療保險的書面通知，名為「*An Important Message from Medicare about Your Rights*」（聯邦醫療保險說明您相關權益的重要訊息）。所有投保聯邦醫療保險的人都會收到本通知的副本。如果您未收到醫院人員（例如社會工作者或護理師）的通知，請向任何醫院員工索取。如需協助，請致電會員服務部或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（聽障專線 (TTY)：1-877-486-2048）。

1. 請仔細閱讀這份通知，如有不懂的地方，請提出問題。它告訴您：

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

- 您有權於住院期間或出院後依照醫囑接受聯邦醫療保險承保的服務。這包括知道服務內容、誰會為其付款，以及何處可取得這些服務的權利。
 - 您有權參與有關住院的任何決定。
 - 有關醫院照護品質的疑慮可以回報到何處。
 - 如果您認為醫院讓您太早出院，您有權**要求立即審核**讓您出院的決定。這是正式且合法的途徑，用以要求延後您的出院日期，好讓我們承保更長的醫院照護期間。
2. **我們會要求您在書面通知上簽名，確認您已收到且了解自身權利。**
- 您或代表您的人會被要求在通知上簽名。
 - 簽署通知**僅**表示您已收到有關您權利的資訊。該通知不會提供您的出院日期。簽署通知**不代表**您同意出院日期。
3. **請保留您的通知**，當您需要上訴（或回報照護品質疑慮）時，您可立即取得相關資訊。
- 如果您在出院的兩個日曆日之前簽署通知，您將在排定離院前收到另一份通知。
 - 如要事先檢視此通知，您可以致電會員服務部或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。您也可以在线上檢視此通知，網址為：www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

第 7.2 節

步驟說明：如何提出第 1 級上訴，以變更您的出院日期

如果您希望要求我們承保更長的住院治療服務期間，您將需要透過上訴流程提出要求。開始之前，請先了解您需要做什麼和截止日期為何。

- **請遵守此流程。**
- **請遵守截止日期。**

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

- **如果您有需要，請尋求協助。** 如果您有疑問或需要協助，請隨時致電會員服務部。或者，致電給您的 State Health Insurance Assistance Program，該計劃由政府組織提供個人化協助。

第 1 級上訴期間，由品質促進組織審核您的上訴。 該組織將確認您計劃的出院日期是否適合您的醫療情況。

品質促進組織是一個由執業醫生和其他健康照護專家所組成的組織，由聯邦政府資助，檢視並協助改善提供給聯邦醫療保險投保人的照護。這包括審核聯邦醫療保險投保人的出院日期。這些專家並不屬於本計劃。

第 1 步：聯絡您所在州的品質促進組織，並要求對您的出院立即進行審核。您必須儘快行動。

如何聯絡這個組織？

- 您所收到的書面通知 (*An Important Message from Medicare About Your Rights*) (**聯邦醫療保險說明您相關權益的重要訊息**)，會告訴您聯絡此組織的方法。或是參考本手冊第 2 章，找到您所在州的品質促進組織名稱、地址與電話。

儘快行動：

- 如要上訴，您必須在離院前至離院當天午夜前聯絡品質促進組織。
 - **如果您在時間內提出上訴**，在您等待品質促進組織做出決定前，便可墜在出院日後繼續住院且無需另外付款。
 - **如果您未趕上此期限**，請聯絡我們。如果您決定在預計出院日期後繼續住院，您可能必須全額支付預計出院日後所接受醫院照護的費用。

一旦您要求對您的出院進行立即審查，品質促進組織將與我們聯絡。在我們接獲聯絡後的次日中午之前，我們會給您一份**詳細的出院通知**。本通知會告知您的預計出院日，並詳細說明您的醫施、醫院和我們認為您適合此時出院（醫學上合適）的原因。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

您可以致電會員服務部或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取**詳細的出院通知範例**，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。）您也可以上網至 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices 找到通知範例。

第 2 步：品質促進組織會針對您的案子進行獨立審核。

- 品質促進組織的健康照護專家（**審核人員**）將會問您（或代表）為什麼您認為需要繼續承保這些服務項目。您不需另外準備任何書面資料，但如果您願意也沒問題。
- 審核人員也會瞭解您的醫療資訊、和醫生聯絡，並審核醫院及我們提供給他們的資訊。
- 審核人員告知我們您上訴後的次日中午，您將收到我們的書面通知，告知您的預計出院日期。本通知也會詳細說明您的醫生、醫院和我們認為您適合此時出院（醫學上合適）的原因。

第 3 步：收到所有必要資料後一天內，品質促進組織便會給予關於上訴的答覆。

如果上訴成功，會發生什麼事？

- 如果審核組織**核准**，**只要這些服務為醫療上必需，我們將會持續提供您住院治療服務的承保。**
- 您還是需要繼續支付您的分攤費用（例如自付額或共付額，如適用）。除此之外，對於您醫院服務的承保或許有一些限制。

如果上訴失敗，會發生什麼事？

- 如果審核組織**沒有核准**，代表他們認為您的預計出院日在醫學上適當無誤。如果是這樣，**我們對於您住院治療服務的承保，將會在收到品質促進組織給予對於您上訴答覆後的當天中午結束。**
- 如果審核組織**沒有核准**您的上訴，但您仍決定繼續住院，那麼在收到品質促進組織的上訴答覆後，**您可能必須全額支付當天中午後所有的醫院照護金額。**

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

第 4 步：如果第 1 級上訴沒有通過，您可以決定是否再次提出上訴。

- 如果品質促進組織駁回您的申訴，*而且*您在您的預計出院日後仍持續住院，您便可以再一次提出申訴。如果再一次提出上訴，即代表您進入**第 2 級**上訴流程。

第 7.3 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴，以變更您的出院日期

在第 2 級上訴中，您需要品質促進組織再次審視他們對於您第一次上訴的決定。如果品質促進組織駁回您的第 2 級上訴，您需要全額支付您預計出院日後的住院款項。

第 1 步：請再次聯絡品質促進組織並要求再次審核。

- 您必須在品質促進組織駁回您第 1 級上訴後的 **60 個日曆日內**要求再次審核。唯有您在照護的承保結束後仍住院的情況下，才能夠要求此一審核。

第 2 步：品質促進組織會針對您的情況進行第二次審核。

- 品質促進組織的審核人員會再次仔細檢視您上訴的相關資訊。

第 3 步：審核人員將在接收到您第 2 級上訴要求的 14 個日曆日內對上訴做出決定並通知您。

如果審核組織同意您的上訴：

- **我們必須為您報銷**自品質促進組織駁回您初次上訴的該天中午後至今，您所接受的醫院照護中我們應分攤的費用。**只要在醫學上有其必要，我們就必須繼續承保您的住院治療照顧。**
- 您仍須繼續繳付款項中的分攤費用，且承保也會有限制。

如果審核組織駁回您的上訴：

- 這代表他們同意他們在您第 1 級上訴時所做出的決定。這稱為維持決定。
- 您收到的通知會以書面形式告訴您如果希望繼續此審核流程，可以做些什麼。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

第 4 步：如果答覆仍是不同意，您需要決定是否要進入第 3 級上訴。

- 第 2 級之後有另外三個級別的上訴流程（上訴共有五個級別）。如果您想繼續提出第 3 級上訴，關於如何進行的詳細資訊，可參考您在第 2 級上訴決定後收到的書面通知。
- 第 3 級上訴由行政法官或司法裁判員審理。本章第 9 節有更多關於第 3、4 與 5 級上訴流程的說明。

第 8 節 如果您覺得承保太早結束，如何要求我們繼續承保特定醫療服務

第 8.1 節 本節只提及三種服務： 居家健康照護、專業護理之家照護和全方位門診復健機構 (CORF) 服務

當您接受承保**居家健康服務、專業護理照護或復健照護（全方位門診復健機構）**時，只要該照護是診斷和治療您的疾病或傷害時所需，您即有權繼續取得該類型照護的服務。

當我們決定在某時間點應該停止承保您上述三種的任一種照護時，我們必須提前告知您。您照護的承保結束時，*我們會停止支付我們對於您的照護所應分攤的費用。*

如果您認為我們太早停止對於您照護的承保，**您可以對於我們的決定提出上訴**。本節將告訴您如何提出上訴。

第 8.2 節 我們會提前知會您承保結束之日期

法律術語

聯邦醫療保險不予承保通知。它會告知您如何要求**快速上訴**。要求快速上訴是以正式、合法的途徑，要求我們變更關於何時結束您的照護之承保決定。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

1. 您最晚會在本計劃即將停止承保您的照護至少兩個日曆日前**收到書面通知**。該通知告訴您：
 - 我們將停止為您承保該照護的日期。
 - 如何申請「快速上訴」，要求我們繼續為您的照護承保更長時間。
2. 您或代表您的人將被要求在書面通知上簽名，證明您已確實收到。簽署此通知僅代表您已接收到有關承保結束時間的資訊。**在上面簽名並不表示您同意本計劃停止照護的決定。**

第 8.3 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴，讓本計劃延長您照護的承保

如果您想要求我們延長對於您照護的承保，您就需要使用此上訴流程以完成申請。開始之前，請先了解您需要做什麼和截止日期為何。

- **請遵守此流程。**
- **請遵守截止日期。**
- **如果您有需要，請尋求協助。**如果您有疑問或需要協助，請隨時致電會員服務部。或者，致電給您的 State Health Insurance Assistance Program，該計劃由政府組織提供個人化協助。

第 1 級上訴期間，由品質促進組織審核您的上訴。其將決定您照護的結束日期在醫療上是否適當。

品質促進組織是一個由執業醫生和其他健康照護專家所組成的組織，由聯邦政府資助，檢視並協助改善提供給聯邦醫療保險投保人的照護。這包括審核本計劃的決定，內容為何時停止承保特定類型的醫療照護。這些專家並不屬於本計劃。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）**第 1 步：提出第 1 級上訴：聯絡品質促進組織並要求快速上訴。您必須儘快行動。****如何聯絡這個組織？**

- 您收到的書面通知（**聯邦醫療保險不予承保通知**）將告訴您該如何聯絡此組織。或是參考本手冊第 2 章，找到您所在州的品質促進組織名稱、地址與電話。

儘快行動：

- 您必須在**聯邦醫療保險不予承保通知**上所載的**有效期限當日中午前**，聯絡品質促進組織並開始您的上訴。
- 如果您錯過截止日期，而您希望提出上訴，您仍然享有上訴權利。請聯絡您的品質改善組織。

第 2 步：品質促進組織會針對您的案子進行獨立審核。**法律術語**

不予承保之詳細說明。提供終止承保詳細理由的通知。

審核時會發生什麼事？

- 品質促進組織的健康照護專家（審核人員）將會詢問您或您的代表，您認為需要繼續承保這些服務項目的原因。您不需另外準備任何書面資料，但如果您願意也沒問題。
- 此審核組織也將瞭解您的醫療資訊、和醫生討論，並審核本計劃提供給他們的資訊。
- 在審核人員告知我們對於您上訴的決定的當日結束前，您會收到一份我們寄出的「**不予承保之詳細說明**」，向您清楚解釋我們不再繼續承保您的服務的原因。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

第 3 步：審核人員獲得所有所需資訊後，會在一天內告知您他們的決定。

如果審核人員核准，會發生什麼事？

- 如果審核人員核准您的上訴，那麼只要在醫學上有其必要，我們就會持續提供您承保服務。
- 您還是需要繼續支付您的分攤費用（例如自付額或共付額，如適用）。對於您服務的承保可能會有一些限制。

如果審核人員駁回，會發生什麼事？

- 如果審核人員駁回，那麼您的承保會在我們告知的日期結束。
- 如果您決定在承保結束的日期後繼續接受居家健康照護、專業護理之家或全方位門診復健機構 (CORF) 的服務，您將必須自行支付此照護的全額費用。

第 4 步：如果第 1 級上訴沒有通過，您可以決定是否再次提出上訴。

- 如果審核人員駁回您的第 1 級上訴，且您選擇在照護的承保結束後持續接受照護，您便可提出第 2 級上訴。

第 8.4 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴，讓本計劃延長您照護的承保

在第 2 級上訴中，您要求品質促進組織再次審視對於您第一次上訴的決定。如果品質促進組織駁回您的第 2 級上訴，您可能需要在我們通知的承保結束日期後，全額支付您接受的居家健康照護、專業護理之家或全方位門診復健機構 (CORF) 的服務。

第 1 步：請再次聯絡品質促進組織並要求再次審核。

- 您必須在品質促進組織駁回您第 1 級上訴後的 60 個日曆日內要求再次審核。您只有在承保結束日後持續接受照護的情況下，才能要求此項審核。

第 2 步：品質促進組織會針對您的情況進行第二次審核。

- 品質促進組織的審核人員會再次仔細檢視您上訴的相關資訊。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

第 3 步：審核人員將在接收到您上訴要求的 14 個日曆日內對上訴做出決定，並且通知您。

如果審核組織核准您的上訴，會發生什麼事？

- **我們必須為您報銷**自從通知您承保將結束當天之後您所接受的照護中我們應分攤的費用。只要在醫學上有其必要，**我們便會繼續承保您的照護。**
- 您仍須繼續支付款項中您的分攤費用，且承保也會有限制。

如果審核組織駁回您的上訴，會發生什麼事？

- 這代表他們同意對您的第 1 級上訴所做出的決定。
- 您收到的通知會以書面形式告訴您如果希望繼續此審核流程，可以做些什麼。它將會告訴您該如何進入下一級上訴的細節，且該次上訴會由行政法官或司法裁判員負責。

第 4 步：若是答案為否，您就需要決定是否將進入下一級的上訴。

- 第 2 級之後有另外三個級別的上訴流程（上訴共有五個級別）。如果您想繼續提出第 3 級上訴，關於如何進行的詳細資訊，可參考您在第 2 級上訴決定後收到的書面通知。
- 第 3 級上訴由行政法官或司法裁判員審理。本章第 9 節有更多關於第 3、4 與 5 級上訴流程的說明。

第 9 節 讓您的上訴進入第 3 級（或以上）

第 9.1 節 醫療服務請求的第 3、4、5 級上訴

如果您提出過第 1 與第 2 級上訴，且兩者皆被駁回，您或許可參考此節。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

若是您上訴的物品或醫療服務的價格到達特定最低額度，您可以繼續進入上訴的其他階段。若是價格未到達最低額度，您將無法繼續後續上訴。您所收到關於您第 2 級上訴的書面回覆，將說明如何提出第 3 級上訴。

在大多數上訴的情況下，最後三級的上訴方式基本上一樣。以下列出各級別負責審核您上訴的人員。

第 3 級上訴 會有一位行政法官或為聯邦政府工作的司法裁判員審核您的上訴並給予答覆。

- **如果行政法官或司法裁判員核准您的上訴，則此上訴流程不一定會結束。**與第 2 級的決定不同，我們有權利針對有利於您的第 3 級決定提出上訴。如果我們決定上訴，則將進入第 4 級上訴。
 - 如果我們決定不提出上訴，我們必須在收到行政法官或司法裁判員的決議後 60 個日曆日內授權或提供您醫療護理。
 - 如果我們對此決定提出上訴，我們會寄給您一份第 4 級上訴申請與附加檔案的影本。在第 4 級上訴的決定出來之前，我們將不會授權或提供此仍有爭議的醫療護理。
- **如果行政法官或司法裁判員駁回您的上訴，則此上訴流程不一定會結束。**
 - 如果您決定接受駁回您上訴的決定，上訴的流程就結束了。
 - 如果您不接受這個決定，可以繼續進入下一級審核流程。您收到的通知會告訴您如何處理第 4 級上訴。

第 4 級上訴 聯邦醫療保險上訴委員會（委員會）將審核上訴並給予您答覆。此委員會是聯邦政府的一部分。

- **如果核准，或委員會駁回我們對有利於您的第 3 級上訴決定所提出的審核申請，上訴流程不一定會結束。**與第 2 級的決定不同，我們有權利針對有利於您的第 4 級決定提出上訴。我們將決定是否針對此決定提出第 5 級上訴。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

- 如果我們決定不對此裁定提出上訴，我們必須在收到委員會的決定後 60 個日曆日內授權或提供您該醫療護理。
- 如果我們決定對此決定提出上訴，我們會以書面通知您。
- **如果不核准或是委員會駁回審核的申請，上訴流程不一定會結束。**
 - 如果您決定接受駁回您上訴的決定，上訴的流程就結束了。
 - 如果您不接受此決定，您可能可以繼續進入下一級審核流程。如果該委員會駁回您的上訴，您便會收到一份通知，告訴您根據規則是否允許您進入第 5 級上訴及如何繼續提出第 5 級上訴。

第 5 級上訴 聯邦地方法院的法官將會審核您的上訴。

- 法官將審查所有資訊，並對您的請求做出接受或否決的決定。這是最終答案。聯邦地方法院之後不再有上訴級別。

第 9.2 節 對於 D 部分藥物請求的第 3、4、5 級上訴

如果您提出過第 1 與第 2 級上訴，且兩者皆被駁回，您或許可參考此節。

如果您上訴的藥品價值到達特定金額，您可以繼續進入上訴的其他階段。如果金額未達要求，您將無法繼續後續上訴。針對您第 2 級上訴的書面回覆會告訴您該聯絡誰以及做什麼，以要求第 3 級上訴。

在大多數上訴的情況下，最後三級的上訴方式基本上一樣。以下列出各級別負責審核您上訴的人員。

第 3 級上訴 會有一位行政法法官或為聯邦政府工作的司法裁判員審核您的上訴並給予答覆。

- **如果答覆為是，上訴的流程就結束了。**我們會在接受決議後的 72 小時內（如果是加速上訴，則為 24 小時）授權或提供由行政法法官或司法裁判員核准的藥物承保，或是在 30 個日曆日內付款。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

- **如果答覆為否，上訴的流程則不一定會結束。**
 - 如果您決定接受駁回您上訴的決定，上訴的流程就結束了。
 - 如果您不接受這個決定，可以繼續進入下一級審核流程。您收到的通知會告訴您如何處理第 4 級上訴。

第 4 級上訴 **聯邦醫療保險上訴委員會（委員會）**將審核上訴並給予您答覆。此委員會是聯邦政府的一部分。

- **如果答覆為是，上訴的流程就結束了。**我們會在收到決定後的 72 小時內（如果是加速上訴，則為 24 小時）**授權或提供**由委員會核准的藥物承保，**或是在 30 個日曆日內付款。**
- **如果答覆為否，上訴的流程則不一定會結束。**
 - 如果您決定接受駁回您上訴的決定，上訴的流程就結束了。
 - 如果您不接受此決定，您可能可以繼續進入下一級審核流程。如果您委員會否決您的上訴或駁回您審核上訴的申請，該通知會告訴您規定是否允許您繼續提出第 5 級上訴。它還會告訴您，如果您選擇繼續上訴，該與誰聯絡以及接下來該怎麼做。

第 5 級上訴 **聯邦地方法院的法官**將會審核您的上訴。

- 法官將審查所有資訊，並對您的請求做出**接受或否決**的決定。這是最終答案。聯邦地方法院之後不再有上訴級別。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）**提出申訴****第 10 節 如何提出關於照護品質、等待時間、客服和其他方面的申訴****第 10.1 節 有哪些問題可以走申訴流程？**

此申訴流程只適用於特定類型的問題。這包括照護品質、等待時間及客服相關的問題。下列範例為可以經由申訴流程處理的問題。

申訴	範例
您醫療照護的品質	<ul style="list-style-type: none"> • 您是否對於您接收到的照護品質感到不滿意（包括在醫院受到的照護）？
尊重您的隱私	<ul style="list-style-type: none"> • 是否有人不尊重您的隱私權或分享機密資訊？
不尊重、不好的客服品質或其他負面的行為	<ul style="list-style-type: none"> • 是否有人對您態度不好或是不尊重？ • 您是否對於會員服務感到不滿意？ • 您是否感到有推力讓您想離開此計劃？
等待時間	<ul style="list-style-type: none"> • 您是否難以約到門診，或等太久才能約到門診？ • 您是否覺得醫生、藥劑師或其他健康管理專家讓您久候？或是會員服務部或本計劃其他工作人員讓您久候？ <ul style="list-style-type: none"> ○ 這包括在電話上、等候室、檢驗室或取得處方藥時久候。
衛生狀態	<ul style="list-style-type: none"> • 您是否對於診所、醫院或醫生診間的衛生或狀態感到不滿意？
您從我們這得到的資訊	<ul style="list-style-type: none"> • 我們是否未能給您所需的資訊？ • 我們的書面資訊是否難以理解？

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

申訴	範例
<p>時效性 （這些類型的申訴均涉及我們對於您的承保決定與上訴相關處理的<i>時效性</i>）</p>	<p>如果您已經向我們要求承保決定或提出上訴，但您認為我們的回覆太慢，您可以針對這件事提出申訴。下面列出一些例子：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 我們拒絕您對我們提出<i>快速承保決定</i>或是<i>快速上訴</i>的要求；您可以提出上訴。 • 您認為我們沒有符合承保決定或上訴的時限；您可以提出申訴。 • 您認為我們沒有符合承保或付還您某些已核准的醫療項目、服務或藥物的期限；您可以提出申訴。 • 您認為我們未能按規定期限將您的案件轉交給獨立審核機組織；您可以提出申訴。

第 10.2 節**如何提出申訴****法律術語**

- 「**申訴**」也稱為「**訴願**」。
- 「**提出申訴**」也稱為「**遞交訴願**」。
- **使用流程提出申訴**也稱為**使用流程遞交訴願**。
- 本節所提到的「**快速申訴**」也稱為「**加速訴願**」。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）**第 10.3 節 步驟說明：提出申訴****第 1 步：馬上聯絡我們，用電話或是書面均可。**

- **通常第一步是聯絡會員服務部。**如有任何您需要知道的資訊，會員服務部都會告知您。
- **如果您不想致電（或是通話後感到不滿意），可以將申訴以書面形式寄給我們。**如以書面形式申訴，我們也會以書面回覆。
- 我們將基於您的健康狀態儘速處理您的訴願，不會超過收到您的申訴之後 30 個日曆日。如果您提出延長或是我們提出正當理由說明需要更多資訊且延後時間是符合您的最大利益，那麼我們可能延長至多 14 天的處理時間。
- 關於計劃針對某承保決定或上訴決定不採用快速回覆，或如果我們在進行某承保決定或上訴時延期，則您可以提出加速訴願。我們將會在 24 小時內回覆您的加速訴願。
- 提出申訴的**期限**是自您想要申訴的問題發生的時間點起算 60 個日曆日。

第 2 步：我們將深入瞭解您的申訴並給予您答覆。

- **如果情況允許，我們將會馬上給予您答覆。**如果您致電提出申訴，我們也許可以在當下透過電話給予您答覆。
- **大多數的申訴將在 30 個日曆日內得到答覆。**如果我們需要更多資訊，而且延長時間符合您的最佳利益，或您要求更多時間，我們最多可能還需要 14 天（共 44 個日曆日）來回覆您的申訴。如果我們決定延長天數，我們會以書面形式告知您。
- **如果您是針對我們拒絕您提出的快速承保決定或是快速上訴的申請而申訴，那麼我們將自動將您列為快速申訴。**如果您提出快速申訴，代表我們將於 24 小時內答覆您。
- **如果我們不同意您申訴中的全部或部分內容，或者對於您所申訴的問題並不承擔責任，**我們將會連同理由一起回覆您。

第 9 章：如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）**第 10.4 節 您也可以針對照護品質向品質促進組織提出申訴**

如果您的申訴是針對**照護品質**，您有兩個額外選擇：

- **您可以直接向品質促進組織提出申訴。** 品質促進組織是一個由執業醫生和其他健康照護專家所組成的組織，由聯邦政府資助，檢視並改善提供給聯邦醫療保險病人的照護。第 2 章有聯絡資訊。

或

- **您可以同時向品質促進組織及我們提出申訴。**

第 10.5 節 您也可以向聯邦醫療保險提出申訴

您也可以直接向聯邦醫療保險提出針對福全健保的申訴。如要向聯邦醫療保險提出申訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。您亦可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線 (TTY/TDD) 使用者請致電 1-877-486-2048。

第 10 章：

計劃會員資格的終止

第 10 章：計劃會員資格的終止

第 1 節終止您在本計劃之會員資格的簡介

終止您在本計劃的會員資格可能是**自願**（您自己選擇）或是**非自願**（並非由您自己選擇）：

- 您有可能因**想要**離開本計劃而決定離開本計劃。第 2 和第 3 節提供自願終止會員資格的資訊。
- 也可能在某些有限的情況下，我們必須終止您的會員資格。第 5 節會告訴您我們必須終止您會員資格的情況。

如果您即將退出本計劃，本計劃必須繼續提供您的醫療照護和處方藥，並且您將繼續支付您的分攤費用，直到您的會員資格終止。

第 2 節 您何時可以終止您在本計劃的會員資格？

第 2.1 節 您可以在年度投保期時，終止您在本計劃的會員資格

您可以在**年度投保期**（也稱作**年度開放投保期**）時終止您在本計劃的會員資格。在此期間，請檢視您的健康和藥物承保，並決定來年的承保方案。

- **年度投保期 (AEP)** 的期間為 **10 月 15 日至 12 月 7 日**。
- **選擇繼續使用您現有的承保，或是變更下一年的承保**。如果您決定改用新的計劃，您可選擇以下幾種計劃：
 - 其他聯邦醫療保險健保計劃，包括或不包括處方藥物承保，
 - Original Medicare *加上*另外的聯邦醫療保險處方藥物計劃，
 - *或是* Original Medicare *不另加*聯邦醫療保險處方藥物計劃。
 - 如果您選擇此選項，聯邦醫療保險可能會為您投保藥物計劃，除非您選擇退出自動投保。

第 10 章：計劃會員資格的終止

注意：如果您取消投保聯邦醫療保險處方藥物承保，並連續 63 天或以上沒有可替代的處方藥物承保，在您之後加入聯邦醫療保險藥物計劃時可能需要支付 D 部分延遲投保罰款。

- 當您的新計劃承保於 1 月 1 日生效時，**您在本計劃的會員資格將終止。**

第 2.2 節 您可以在聯邦醫療保險優勢開放投保期終止會員資格

您將有機會在聯邦醫療保險優勢開放投保期間對您的健康承保進行一項變更。

- **年度聯邦醫療保險優勢開放投保期**為 1 月 1 日至 3 月 31 日，且適用於投保 MA 計劃的新聯邦醫療保險受益人，從享有 A 部分和 B 部分權利的月份開始，直到享有權利的第 3 個月最後一天為止。
- **在年度聯邦醫療保險優勢開放投保期間**您可以：
 - 轉換至另一項聯邦健保優勢計劃（無論有無處方藥物承保）。
 - 從本計劃取消投保並從 Original Medicare 獲得承保。如果您選擇在此時期更換成 Original Medicare，您可以在那時加入另外的聯邦醫療保險處方藥物計劃。
- **您的會員資格**將會在您投保另一份聯邦健保優勢計劃，或我們收到您更換至 Original Medicare 的請求後下個月第一天**終止**。如果您同時選擇投保聯邦醫療保險處方藥物計劃，您藥物計劃的會員資格將會在藥物計劃收到您投保申請後下個月第一天開始。

第 2.3 節 在特定情況下，您可以在特殊投保期終止您的會員資格

在特定情況下，本計劃會員有資格在一年中的其他時間終止其會員資格。這就是**特殊投保期**。

若下列情況適用於您，您可能有資格在特殊投保期終止您的會員資格。下列只是範例，如需了解完整清單，您可以聯絡本計劃、致電聯邦醫療保險或造訪聯邦醫療保險網站 (www.medicare.gov)：

第 10 章：計劃會員資格的終止

- 通常是您搬家了
- 若您有 Medi-Cal。
- 如果您符合使用「額外補助」來支付您聯邦醫療保險處方的資格
- 如果我們違反與您簽訂的合約
- 如果您在某些機構接受照護，例如護理之家或長期照護 (LTC) 醫院
- **注意：**如果您加入藥物管理計劃，您可能無法更換計劃。第 5 章第 10 節會告訴您更多關於藥物管理計劃的資訊。

此投保期間將根據您的狀況而有所不同。

如果需要瞭解您是否符合使用特殊投保期的資格，請致電聯邦醫療保險 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 1-877-486-2048。若因為特殊情況使您符合終止您會員資格的條件，您便可以選擇是否同時更改您的聯邦醫療保險健康承保和處方藥物承保。您可以選擇：

- 其他聯邦醫療保險健保計劃（無論有無處方藥物承保），
- Original Medicare *加上*另外的聯邦醫療保險處方藥物計劃，
- *或是* Original Medicare *不另加*聯邦醫療保險處方藥物計劃。

注意：如果您取消投保聯邦醫療保險處方藥物承保，並連續 63 天或以上沒有可替代的處方藥物承保，在您之後加入聯邦醫療保險藥物計劃時可能需要支付 D 部分延遲投保罰款。

您的會員資格通常將在我們收到您申請變更計劃的下個月首日終止。

如果您接受聯邦醫療保險的「額外補助」來支付您的處方藥物：如果您轉換至 Original Medicare 且不另外投保聯邦醫療保險處方藥物計劃，聯邦醫療保險可能讓您投保一個藥物計劃，除非您退出自動投保。

第 2.4 節	您可以在何處了解更多關於何時可以終止會員資格的資訊？
----------------	-----------------------------------

如果您對終止會員資格有任何疑問，您可以：

第 10 章：計劃會員資格的終止

- **致電會員服務部。**
- 您可以在 *Medicare & You 2025* 手冊找到相關資訊。
- 請致電**聯邦醫療保險** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時，（聽障專線 (TTY)：1-877-486-2048）。

第 3 節 您該如何終止您在本計劃的會員資格？

下列表格將告訴您該如何終止您在本計劃的會員資格。

如果您希望從本計劃轉換至：	您該這麼做：
<ul style="list-style-type: none"> • 另一個聯邦醫療保險健保計劃。 	<ul style="list-style-type: none"> • 投保於新的聯邦醫療保險健保計劃。 • 您的新計劃承保開始後，您便會自動退保本計劃。
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>再加上</i> 另外的聯邦醫療保險處方藥物計劃。 	<ul style="list-style-type: none"> • 投保於一個新的聯邦醫療保險處方藥物計劃。 <ul style="list-style-type: none"> • 您的新計劃承保開始後，您便會自動退保本計劃。
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>不另加</i> 聯邦醫療保險處方藥物計劃。 	<ul style="list-style-type: none"> • 寄送書面退出投保申請給我們。 如果您需要退出投保的詳細資訊，請聯絡會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。 • 您可以致電聯邦醫療保險 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，要求退出投保，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。 • 您將在 Original Medicare 承保開始時從本計劃退出投保。

第 10 章：計劃會員資格的終止

第 4 節 直至會員資格終止前，您都必須透過本計劃取得您的醫療用品、服務和藥物

直到您的會員資格終止，且您的新聯邦醫療保險承保開始為止，您必須繼續透過本計劃取得您的醫療服務、用品和處方藥。

- 繼續使用我們的網路醫療機構接受醫療照護。
- 繼續使用我們的網路藥局或郵購來領取您的處方藥。
- 如果您在會員資格終止當天入院，本計劃會承保您的住院，直到您出院（即使您是在新的健康承保開始後才出院）。

第 5 節 福全健保必須在特定情況下終止您的計劃會員資格

第 5.1 節 我們會在什麼時候終止您的計劃會員資格？

我們必須在下列任何情形發生時，終止您於本計劃的會員資格：

- 如果您不再擁有聯邦醫療保險的 A 部分及 B 部分承保。
- 若您搬離了我們的服務區域。
- 若您離開我們的服務區域超過六個月以上。
 - 若您搬家或長期旅遊，請致電會員服務部，瞭解您的目的地是否涵蓋於本計劃的服務範圍中。
- 若您被監禁（入獄）。
- 若您不再是美國公民或在美國合法居留。
- 若您對於其他提供您處方藥物承保的保險資訊，有所欺騙或隱瞞。
- 您在投保於本計劃時刻意給予我們錯誤資訊，且此資訊影響您於本計劃的資格。（除非我們事前獲得聯邦醫療保險的許可，否則我們無法因此要求您退出本計劃。）

第 10 章：計劃會員資格的終止

- 若您的行為模式持續具破壞性，或讓本計劃難以為您或其他會員提供醫療照護。（除非我們事前獲得聯邦醫療保險的許可，否則我們無法因此要求您退出本計劃。）
- 若您讓其他人使用您的會員卡獲得醫療照護。（除非我們事前獲得聯邦醫療保險的許可，否則我們無法因此要求您退出本計劃。）
 - 我們如果以這個理由終止您的會員資格，那麼聯邦醫療保險將會將您的案例交由監察長調查。
- 如果您因為收入而有義務繳付 D 部分的額外金額卻不繳付，聯邦醫療保險會將您從本計劃中退保，您也將會失去處方藥物承保。

您可以從哪裡獲得資訊？

如果您有疑問或想瞭解更多關於我們在何種情況下可以終止您的會員資格之資訊，請致電會員服務部。

第 5.2 節 我們不能因為任何與您健康相關的原因，要求您退出我們的計劃

在大多數情況下，我們不能因為任何與您健康相關的原因要求您退出本計劃。我們唯一被允許這樣做的情況是，您不再具備投保本計劃所需的醫療條件。

如果發生此事，您該怎麼辦？

如果您認為自己是因為健康相關的原因而被要求退出本計劃，請致電聯邦醫療保險 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。（聽障專線 (TTY)：1-877-486-2048）。

第 5.3 節 如果我們終止您在本計劃的會員資格，您有權利提出申訴

如果我們終止您在本計劃的會員資格，我們必將以書面告知您我們終止您會員資格的理由。我們也須說明您該如何針對我們終止您會員資格的決定提出申訴或訴願。

第 11 章：

法律聲明

第 11 章：法律聲明

第 1 節 適用法律聲明

適用此承保範圍文件的主要法律為《社會安全法案》第 18 編，其中的規範皆由《社會安全法案》下的聯邦醫療保險與 Medicaid 服務中心（或稱 CMS）所編列。此外，適用的法律可能還有其他聯邦法律，以及在特定情形下您居住地的州法律。即使這些法律條文在此文件中沒有收錄或解釋，但仍可能會影響您的權益和責任。

第 2 節 不歧視聲明

我們並不會歧視不同的種族、文化、國籍、膚色、宗教信仰、生理性別、社會性別、年紀、性取向、心智或肢體障礙、健康狀態、索賠經驗、病史、基因資訊、保險證明，或是服務地域的確切地理位置。所有提供聯邦健保優勢計劃的組織，例如本計劃，都必須遵守反歧視的聯邦法律，這包括 1964 年《民權法案》第 6 編、1973 年《康復法案》、1975 年《反年齡歧視法案》、《美國殘疾人法案》、《患者保護與平價醫療法案》第 1557 條、所有其他適用於由聯邦法律資助之組織的法律，和所有因任何其他原因適用的其他法律及規章。

如果您對於歧視或不平等治療想瞭解更多資訊或有疑慮，請致電 1-800-368-1019（聽障專線 (TTY)：1-800-537-7697），聯絡衛生及公共服務部的**民權辦公室**或您所在地的民權辦公室。您亦可檢視衛生及公共服務部民權辦公室的資訊，網址是 <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>。

若您有殘疾且需要幫助以取得照護，請致電會員服務部聯絡我們。若您需要申訴，例如有輪椅取得上的問題，我們的會員服務部可以提供協助。

第 3 節 聯邦醫療保險次要付款人代位追償權益聲明

當聯邦醫療保險不是首要付款人，我們將有權利與義務代理受聯邦醫療保險承保的服務收款。根據 CMS 在美國聯邦法規彙編 (CFR) 第 42 章第 422 條 108 款和第 423 條 462 款的辦法，福全健保作為聯邦醫療保險優勢組織，將行使相同於秘書長根據 CFR 第 42 章中

第 11 章：法律聲明

411 條 B 與 D 附條之 CMS 辦法行使者之追償權，且在此條中編列的規範將取代任何州法律。

第 4 節 追討溢付金額

我們可對於任何接收到溢付金額的人員，或任何該為此服務負起支付責任的人員或組織，追討對於服務承保溢付的費用。

第 5 節 通報詐欺、浪費及濫用

您可協助防止健康照護詐欺事件。

美國衛生保健反欺詐協會 (National Health Care Anti-Fraud Association) 估計，每天因健康照護詐欺事件而導致約 1 億美元的財務損失。您可藉由通報任何可疑的行為，來協助福全健保或我們預防、偵測及修正健康照護詐欺事件。當您通報可能的健康照護詐欺事件，您即在為協助健康照護系統節省開銷盡一份力。

什麼是健康照護詐欺、浪費及濫用？

詐欺為當有人故意且蓄意地提交偽造的申訴書以收受不實的款項。

範例：為沒有提供的服務開具發票、為患者的診斷書作假來隱瞞不需要的醫療程序、或為患者提供轉診而收取回扣。

浪費為過度使用服務或其他直接或間接造成沒有必要的醫療花費的行為。其包括濫用資源，這些資源一般認為並非為刑事疏忽事件。

範例：過量安排的診斷檢查、過度使用診所就診服務、或藥房在沒有確認會員仍需要藥物治療的情況下便寄送藥物給會員。

濫用是造成非必需的醫療花費的行為。當某人或機構非故意的或有目的性地虛偽陳述事實以獲得付款，即為濫用。

第 11 章：法律聲明

範例：為提供的服務或用品收取過高費用、提供非醫療所必需的服務、與不同的醫生會診或前往不同的急診室以獲得止痛藥。

保護您自身與您的福利

- 切記不要將您的社會安全號碼、聯邦醫療保險或健保計劃編號或銀行資訊透露給陌生人。
- 切勿在沒有您醫生的醫囑下同意接受任何實驗室檢查
- 接受有價物品以換取醫療服務是違法行為。

請當心基因測試詐騙

詐欺犯會在健康展覽會、老人安置機構和其他受信賴的地方找上沒有疑心的投保人銷售基因測試詐騙。他們會對您保證聯邦醫療保險將負擔測驗費用，您只需要做口腔黏膜拭子、提供證件和聯邦醫療保險資訊就可以收到您的測驗結果。

如果您淪為此種詐騙的受害者，這些不肖份子將持有您的個人與基因資訊，並藉此向聯邦醫療保險對於您不曾接收過的服務申請高達數千元的給付。

通報潛在性詐欺、浪費及濫用 (FWA)

福全健保提供您許多通報潛在性 FWA 事件的方式。如需更多如何通報的資訊，請造訪我們的網站，網址為：zh.clevercarehealthplan.com。

第 6 節 有關協助協調重要健康資訊的 Manifest MedEx 通知

福全健保已與非營利健康資訊交換機構 (HIE) Manifest MedEx (MX) 合作，協助醫生、醫院和其他健康照護提供者在治療我們的會員時，協調和分享重要的健康資訊。

MX 將來自不同健康照護提供者的資訊整合在一個地方，以便治療提供者能夠快速取得所需資訊，以針對您的照護做出更好的決定。

第 11 章：法律聲明

身為會員，您會自動投保該計劃。但如您不想將您的健康資訊提供給其他醫療機構，您可以「退出」。選擇退出 MX 即表示您選擇不讓醫療保健團隊透過 MX 系統存取您的健康記錄，包括您的家庭醫生和福全健保的護理照護經理。如果您選擇在使用某醫療機構時退出 MX，代表即使發生緊急情況，您的資訊也不會與任何醫療機構分享。

您有三種方式可選擇退出：

- 致電 Manifest MedEx 支援，電話：1 (800) 490-7617
- 上網填寫 MX 線上表格：<https://www.manifestmedex.org/opt-out>
- 填寫並掃描表格，網址為：<https://www.manifestmedex.org/opt-out-2/>

您選擇參與或不參與（選擇退出）將不會影響您接受醫療照護的能力；然而，我們希望您參與並享受更多協調式照護的益處。

第 12 章：

重要字詞定義

第 12 章：重要字詞定義

日間手術中心 – 日間手術中心的存在目的，是專為不需住院或預計住院時間不超過 24 小時的病人，提供門診手術服務。

年度投保期 – 即每年 10 月 15 日至 12 月 7 日，在此期間會員可以變更自己的健康或藥物計劃，或更換至 Original Medicare。

上訴 – 如果您不同意我們拒絕您所提出的要求，包括承保健康照護服務或處方藥物或支付您已接受的服務或藥物，您可以提出上訴。對於我們終止您正在接受的服務的決定，如果您不同意，您也可以提出上訴。

差額負擔 – 醫療機構（如醫生或醫院）向病人收取大於本計劃所允許的分攤費用金額。身為本計劃的會員，當您接受本計劃所承保的服務時，只需要支付您在本計劃中的分攤費用。我們不允許醫療機構向您**收取差額負擔**，或另外向您收取超過本計劃明定您所應負擔的金額。

福利津貼 – 是本計劃為特定目的而提供給您的款項，例如支付醫療保健費用或存入用以支付服務的彈性花費帳戶。

福利給付期 – 本計劃與 Original Medicare 用來衡量您使用的醫院及專業護理之家 (SNF) 服務的方式。福利給付期從您進入醫院或專業護理之家當天起算。只要您連續 60 天未接受任何住院治療照顧（或 SNF 的專業照護），福利給付期便結束。如果您在某個福利給付期結束後進入醫院或專業護理之家，新的福利給付期便會開始。您必須為每個福利給付期支付住院治療自付額。福利給付期並無次數限制。

生物製劑 – 由動物細胞、植物細胞、細菌或酵母等天然和生物來源製成的處方藥。生物製劑比其他藥物更複雜，無法完全複製，因此替代形式稱為生物相似性藥品。（亦請參閱「**原始生物製劑**」及「**生物相似性藥品**」）。

生物相似性藥品 – 與原始生物製劑非常相似但不相同的生物製劑。生物相似性藥品與原始生物製劑一樣安全有效。某些生物相似性藥品在藥局可取代原始生物製劑，而不需要新的處方（請參閱「**可互換生物相似性藥品**」）。

第 12 章：重要字詞定義

原廠藥 – 一種由原本研發與製造的藥廠製作與販售的處方藥。原廠藥和學名藥有相同的有效成分配方。但是學名藥通常是由其他藥廠須等到原廠藥的專利過期後製作與販售的。

重大傷病承保階段 – 當您（或其他可合格代表您之人士）在承保年度內已為 D 部分承保藥物支出達 \$2,000 後開始的 D 部分藥物福利階段。在此付款階段，本計劃將支付您屬於加強型福利之承保範圍的承保 D 部分藥物及排除藥物之全部費用。

聯邦醫療保險與 Medicaid 服務中心 (CMS) – 管理聯邦醫療保險的聯邦機構。

慢性病特殊需求計劃 (Chronic-Care Special Needs Plan, C-NSP) – C-SNP 是一種特殊需求計劃，僅限於患有一或多種嚴重或失能性慢性病且符合 Medicare Advantage (MA) 資格的個人加入，如 42 CFR 422.2 所定義，包括根據 42 CFR 422.4 (a)(1)(iv) 中所規定的多種常見併發症和臨床相關疾病之歸類的限制投保。

共保額 – 在您支付任何自付額後，您可能必須支付的金額，以百分比表示（例如 20%），作為您為服務或處方藥支付的分攤費用。

申訴 – 「提出申訴」的正式名稱為**遞交訴願**。此申訴流程只適用於特定類型的問題。這包括與您接收到的照護品質、等待時間及客服相關的問題。此申訴也包括若您的計劃未遵循上訴流程的時限。

全方位門診復健機構 (CORF) – 專門提供疾病或損傷後復健服務的機構，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職能治療和言語及語言病理學服務以及家庭環境評估服務。

共付額（或稱 copay） – 是對於醫療服務或用品，像是與醫生約診、醫院門診或處方藥物，您可能須支付的分攤費用。共付額是一個固定金額（例如 \$10），而非比例。

分攤費用 – 分攤費用指的是會員在接受服務或藥物時所應支付的金額。（此金額不計入計劃的每月保費中。）分攤費用包含下列三種付款形式的任意組合：(1) 計劃在承保任何服務與藥物之前，可能必須先行支付的自付額；(2) 計劃要求在接受特定服務或藥物時，應支付的任何固定共付額金額；或是 (3) 計劃要求在接受特定服務或藥物時，應支付的任何共保額金額，即是服務或藥物總費用的某個比例。

第 12 章：重要字詞定義

分攤費用層級 – 在承保藥物清單上的每一種藥物都屬於六個分攤費用層級的其中一級。一般而言，分攤費用層級越高，您的藥物費用就越高。

承保裁定 – 關於為您開立的藥物是否在計劃承保範圍內，以及如有需要，您需為此處方藥物支付的金額的決定。一般而言，如果您將處方箋帶至藥局，而藥局告知您的計劃並不承保該處方藥物，上述情況並不是承保裁定。您需要以電話或書面聯絡您的計劃，以要求承保的正式決定。承保裁定在本文件中稱作**承保決定**。

承保藥物 – 為所有受本計劃承保的處方藥物的用詞。

承保服務 – 為所有受本計劃承保的健康照護服務和用品的用詞。

可替代處方藥物承保 – 指預計至少能夠與聯邦醫療保險的標準處方藥物承保支付平均相同金額的處方藥物承保（例如由雇主或工會提供的承保）。有上述保險的人在符合加入聯邦醫療保險的資格後，即便他們之後決定投保聯邦醫療保險處方藥物承保，也通常不用繳交罰款。

監護式照護 – 監護式照護是一個由護理之家、安寧療護或其他機構在您不需專業醫療照護或專業護理照護時提供的個人化照護。監護式照護由不具專業技能或訓練的人員所提供，包括協助日常生活的活動像是洗澡、更衣、進食、上下床、站起坐下、走動及上廁所。這可能也包括大多數人自己做的健康相關照護，像是點眼藥水。聯邦醫療保險並不承保監護式照護。

每日分攤費用費率 – 每日分攤費用費率可能適用在您的醫生開立不到一個月份量的特定藥物且您需要支付共付額時。每日分攤費用費率是您一個月的共付額除以該月天數的金額。以下為範例：如果您某種藥物一個月供應量的共付額是 \$30，而您計劃中一個月供應量是 30 天，那麼您每日分攤費率是每天 \$1。

自付額 – 您必須在本計劃開始支付前，為健康照護或處方藥物所支付的金額。

退保或取消投保 – 終止您本計劃會員資格的流程。

第 12 章：重要字詞定義

調配費 – 每次承保藥物在配發時，用來支付配取處方藥物費用的手續費，例如藥師為調配及包裝處方藥物所花費的時間。

雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP) – D-SNP 為同時享有聯邦醫療保險（社會安全法案第 18 編）和 Medicaid 州計劃（第 19 編）醫療援助的人士投保。各州承保某些聯邦醫療保險費用，根據各州和個人資格而定。

耐用醫療設備 (DME) – 醫生基於醫療考量要求您使用的特定醫療設備。範例包括：助行器、輪椅、拐杖、動力床系統、糖尿病用品、靜脈注射幫浦、言語生成裝置、氧氣設備、噴霧器或由醫療機構訂購以供居家使用的醫院用床。

緊急狀況 – 醫療緊急狀況是指，當您或具備健康與醫療一般知識的任何其他謹慎的非醫療專業人士，認為您具有一些需要立即獲得醫療照護的醫學症狀，以防發生危及性命（如果您是孕婦，則為以防發生流產）、截肢或喪失肢體功能、身體功能，或對身體功能造成嚴重損害之情況。醫學症狀可能是疾病、傷勢、嚴重疼痛或會迅速惡化的醫療狀況。

急救照護 – 符合以下條件的承保服務：1) 由有資格提供急救服務的醫療機構提供；和 2) 必須治療、評估或穩定的一項需急救的病症。

承保範圍說明書 (EOC) 和公開資訊 – 此文件連同投保表格和任何其它附件、附約或其他您選擇的自選承保，其中解釋了您的承保範圍、我們的義務、您的權益和您身為本計劃會員的義務。

例外處理 – 為一種承保決定，如經核准，其將允許您接受不在我們的處方集內的藥物（處方集例外處理），或以較低的分攤費用層級取得非首選藥物（層級例外處理）。如果本計劃要求您在取得您申請的藥物前先嘗試其他藥物、如果本計劃要求某種藥物預先授權，且您希望我們免除標準限制，或是本計劃限制您申請之藥物的數量與劑量（處方集例外處理），您也可以申請例外處理。

「額外補助」 – 用來幫助收入和資源有限的人支付聯邦醫療保險處方藥物計劃費用，例如保費、自付額和共保額的聯邦醫療保險計劃。

第 12 章：重要字詞定義

學名藥 – 學名藥是經過美國食品藥物管理局 (FDA) 批准，具有與原廠藥相同活性成分的藥物。一般而言，學名藥與原廠藥的藥效相同，且通常費用較低。

訴願 – 一種您可以對本計劃、醫療機構或藥局提出的申訴形式，包含對於您收到的照護品質之申訴。不含承保範圍或費用爭議。

居家健康助手 – 其提供的服務不需要合格護理師或治療師所擁有的技能，例如協助個人照護（洗澡、上廁所、穿衣或執行運動醫囑）。

安寧療護 – 為醫療上認證為末期疾病，即預期壽命為 6 個月或以下的會員，提供特殊治療的福利。我們（即您的計劃）會提供您一份地理範圍周遭的安寧療護列表。若您選擇安寧照護且繼續支付保費，您仍能保有本計劃的會員資格。您仍然可以獲得我們提供的所有醫療必需服務和附加福利。

醫院住院 – 當您因需要專業醫療服務時被正式收治入院的醫院住院。就算您在醫院過夜，您仍可能被認定為門診病人。

依收入調整的每月金額 (IRMAA) – 如果您兩年前的 IRS 退稅單上之修正調整後總收入高於一定金額，您將需要支付標準保費和依收入調整的每月金額，也稱作 IRMAA。IRMAA 是一項外加於保費的額外費用。少於 5% 擁有聯邦醫療保險人會受影響，所以大部分人不需繳納更高額的保費。

獨立醫生協會 (IPA) – 醫生和其他醫療機構組成的組織，其簽訂合約提供服務給福全健保會員。

初始承保限額 – 初始承保階段的承保上限。

初始承保階段 – 這是您在該年度自付費用達到自付費用金額上限之前的階段。

初始投保期間 – 在您首次符合申請聯邦醫療保險的資格時，您可以申請聯邦醫療保險 A 部分與 B 部分的期間。如果您在滿 65 歲起符合聯邦醫療保險資格，您的初始投保期間為從您達到 65 歲的前 3 個月開始起算的 7 個月期間，這包括您生日當月和生日前後各 3 個月。

第 12 章：重要字詞定義

承保藥物清單（處方集或藥物清單） – 受計劃承保的處方藥物清單。

低收入補貼 (LIS) – 請參閱「額外補助」。

年度自付費用上限 – 您在一個日曆年中，為網路內承保服務所須支付的自付費用上限。您支付的計劃保費、聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分保費及處方藥物的金額，不計入年度自付費用上限中。除了網路內承保醫療服務的自付費用金額上限之外，我們還對某些類型的服務設有自付費用金額上限。

Medicaid（或稱醫療援助） – 聯邦與各州的聯合計劃，用來幫助低收入與擁有有限資源的人支付醫療費用。各州之間的 Medicaid 計劃有所不同，但如果您同時符合聯邦醫療保險和 Medicaid 的資格，則大部分的健康照護費用都將受到承保。

醫學上可接受的適應症 – 使用經美國食品藥物管理局核准或特定參考資料佐證的藥物，例如《美國醫院處方集服務藥物資訊》(American Hospital Formulary Service Drug Information) 和 Micromedex 藥物索引系統 (Micromedex DRUGDEX Information System)。

醫療必需 – 代表服務、用品或藥物是用來預防、診斷或治療您的病症並符合可接受的醫療實務標準。

聯邦醫療保險 – 針對 65 歲以上、65 歲以下且患有特定殘疾和有末期腎臟疾病（通常有永久腎臟失能且需接收透析或腎臟移植）人士的聯邦健康保險計劃。

聯邦醫療保險優勢開放投保期 – 在每年的 1 月 1 日至 3 月 31 日，聯邦健保優勢計劃會員可以取消他們投保的計劃，並更換至其他聯邦健保優勢計劃或透過 Original Medicare 取得承保。如果您選擇在此時期更換成 Original Medicare，您可以在那時加入另外的聯邦醫療保險處方藥物計劃。聯邦醫療保險優勢開放投保期亦開放三個月給第一次符合聯邦醫療保險申請資格的人。

聯邦健保優勢 (MA) 計劃 – 有時稱為聯邦醫療保險 C 部分。由與聯邦醫療保險簽訂合約的私人公司提供的計劃，以提供您所有聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分福利。聯邦健保優勢計劃可以是 i) HMO、ii) PPO、iii) 私人按服務收費 (PFFS) 計劃或是 iv) 聯邦醫療保

第 12 章：重要字詞定義

險醫療存摺帳戶 (MSA) 計劃。除了從這些類型的計劃中選擇外，聯邦健保優勢 HMO 或 PPO 計劃也可以是特殊需求計劃 (SNP)。在大多數情況下，聯邦健保優勢計劃也提供聯邦醫療保險 D 部分（處方藥物承保）。這些計劃又稱作**含處方藥物承保的聯邦健保優勢計劃**。

聯邦醫療保險承保服務 – 即為聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分的承保服務。所有聯邦醫療保險健保計劃必須承保聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分承保的所有服務。聯邦醫療保險承保服務一詞不包括聯邦健保優勢計劃可能提供的額外福利，例如視力、牙科或聽力。

聯邦醫療保險健保計劃 – 聯邦醫療保險健保計劃由與聯邦醫療保險簽訂合約的私人公司提供 A 部分和 B 部分福利，給擁有聯邦醫療保險且投保於此計劃的人。這個專有名詞包含所有聯邦健保優勢計劃、Medicare Cost Plan、特殊需求計劃、示範/試行計劃和老人全方位照護計劃 (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)。

聯邦醫療保險處方藥物承保（聯邦醫療保險 D 部分） – 幫您支付門診處方藥物、疫苗、生物製劑和不由聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分承保的用品的保險。

Medigap（聯邦醫療保險附加保險）政策 – 聯邦醫療保險附加保險由私人保險公司販賣，以填補 Original Medicare 的缺口。Medigap 政策僅適用於 Original Medicare。（聯邦健保優勢計劃並不是 Medigap 政策。）

會員（本計劃會員，或計劃會員） – 擁有聯邦醫療保險且符合接受承保服務的資格、投保於本計劃，且由聯邦醫療保險與 Medicaid 服務中心 (CMS) 確認投保之人士。

會員服務部 – 本計劃負責回答關於您的會員資格、福利、訴願和上訴相關問題的部門。

網路內藥局 – 網路內藥局與本計劃簽有合約，計劃會員可以從該處取得其處方藥品福利。在大部分情況下，我們僅承保在我們其中一間網路藥局領取的處方藥。

網路醫療機構 – **醫療機構**是用來稱呼醫生、其他健康照護專業人士、醫院和其他領有執照或由聯邦醫療保險和州認證以提供健康照護服務的健康照護機構之通稱。**網路醫療機構**與本計劃簽有合約，接受本計劃的付款為全額付款，且在某些情況下為本計劃會員協調或提供承保服務。網路醫療機構也稱為**計劃醫療機構**。

第 12 章：重要字詞定義

組織決策 – 為本計劃所做出的決策，用以決定物品或服務是否予以承保，或您須為承保項目或服務支付多少金額。組織決策在本文件稱作承保決定。

原始生物製劑 – 一種經美國食品藥物管理局 (FDA) 核准、做為製造生物相似性藥品版本的製造商比較的生物製劑。它也稱為參考製劑。

Original Medicare (傳統聯邦醫療保險或按服務計費的聯邦醫療保險) – Original Medicare 是由政府提供，而非私人健保計劃如聯邦健保優勢計劃和處方藥物計劃。在 Original Medicare 之下，聯邦醫療保險服務的承保方式為支付醫生、醫院和其他健康照護提供者由議會訂定的費用金額。您可以去找任何接受聯邦醫療保險的醫生、醫院或其他健康照護提供者。您必須支付自付額。聯邦醫療保險將支付在聯邦醫療保險核准金額中，其所應負擔的部分，而您則須支付您的分攤部分。Original Medicare 分為兩個部分：A 部分（醫院保險）和 B 部分（醫療保險），且在美國各地都適用。

網路外藥局 – 未與本計劃簽訂合約，以為本計劃會員協調或提供承保藥物的藥局。除非符合特定情形，您從網路外藥局取得的大部分藥物，本計劃皆不予承保。

網路外醫療機構或網路外機構 – 未與本計劃簽訂合約，以為本計劃會員協調或提供承保服務的醫療機構或設施。網路外醫療機構為非由本計劃雇用、擁有或管理的醫療機構。

自付費用 – 見前述分攤費用的定義。會員支付部分接受之服務或藥物的分攤費用要求，也稱為會員的自付費用要求。

自付費用上限 – 您為 D 部分藥物所支付的自付費用最高金額。

C 部分 – 請參閱聯邦健保優勢 (MA) 計劃。

D 部分 – 自願參與的聯邦醫療保險處方藥品福利計劃。

D 部分藥物 – 可能由 D 部分承保的藥物。我們並不一定提供所有 D 部分的藥物。特定類別的藥物已由議會從 D 部分承保藥物中排除。特定類別的 D 部分藥物必須獲得每個計劃的承保。

第 12 章：重要字詞定義

D 部分延遲投保罰款 – 在您第一次符合加入 D 部分計劃的資格後，如果連續 63 天或以上沒有可替代的承保（預期能夠至少平均支付與標準聯邦醫療保險處方藥物承保相等的承保）時，在您每月聯邦醫療保險藥物承保保費之外，須另外支付的金額。

保費 – 定期向聯邦醫療保險、保險公司或健保計劃為健康或處方藥物承保所支付的款項。

家庭醫生 (PCP) – 您遇到大部分健康問題時第一個求診的醫生或其他醫療機構。在許多的聯邦醫療保險健康照護中，您必須先由您的家庭醫生評估，才能去找其他的醫療機構。

預先授權 – 事先核准接受服務或某些藥物。需要預先授權的承保服務標記在第 4 章的福利表格中。需要事先授權的承保藥物會標示在處方集中，我們的標準會張貼在我們的網站上。

假肢和矯形器 – 包括但不限於下列的醫療器材：手臂、背部和頸部支架；人工義肢、人工義眼、任何需要用來替代體內器官組織或功能的儀器，包含造口術用品、腸內及腸外營養治療。

品質促進組織 (QIO) – 品質促進組織是由執業醫生和其他健康照護專家所組成的組織，由聯邦政府資助，檢視並改善提供給聯邦醫療保險病患的照護。

數量限制 – 基於品質、安全和使用原因而設計來限制某些藥物使用的管理工具。限制內容可能是在每份處方或規定時間內，我們所承保的藥物數量。

「即時福利工具」 – 投保人可以在其中查詢專屬於投保人的處方集和福利資訊的入口網站或電腦應用程式，其內容完整、準確、及時且適用於臨床。這包括分攤費用金額、可用於治療與特定藥物相同健康狀況的替代處方藥，以及適用於替代藥物的承保限制（預先授權、階段療法、藥量限制）。

復健服務 – 這些服務包括物理治療、言語及語言治療和職能治療。

第 12 章：重要字詞定義

服務區域 – 指特定地理區域，您必須居住於其中才能加入特定的健保計劃。對您可以使用的醫生及醫院有所限制的計劃，通常也在您可以獲得例行性（非緊急性）服務的區域。若您永久搬離計劃服務範圍，本計劃必須將您退保。

專業護理之家 (SNF) 照護 – 專業護理之家每日持續提供日常專業護理照護和復健服務。照護範例包括只能由執業登記的護理師或醫生給予的物理治療或靜脈注射。

特殊投保期 – 會員可以變更自己的健保或藥物計劃，或更換回 Original Medicare 的一段固定時間。您可能符合使用特殊投保期之資格的情形包括：如果您搬離服務範圍、如果您正因您的處方藥物費用接受「額外補助」、如果您入住護理之家或如果我們違反與您簽訂的合約。

特殊需求計劃 – 提供特殊族群更專門的健康照護的一種特殊的聯邦健保優勢計劃，例如同時擁有聯邦醫療保險和 Medicaid 並住在護理之家或有特定慢性病症的患者。

標準分攤費用 – 標準分攤費用是指網錄藥局提供的首選分攤費用以外的分攤費用。

階段治療 – 為一種使用工具，其要求您在我們承保您的醫生原先可能開立的藥物之前，先嘗試另一種藥物來治療您的病症。

補充保障收入 (SSI) – 由社會保安全局支付給有限收入和資源的殘障人士、盲人、65 歲或以上的老人的每月福利金。補充保障收入 (SSI) 福利與社會安全福利不同。

緊急需求服務 – 如果您暫時不在計劃服務區域內，或由於您的時間、地點和情況從與計劃簽約的網路醫療機構處取得此服務並不合理，則需要立即就醫而非急救的計劃承保服務即為緊急需求服務。緊急需求服務的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害，或現有病症意外發作。但是，醫療必需的例行性醫療機構就診（例如年度檢查），即使您在計劃服務區域外或計劃網路暫時無法使用，也不會被視為緊急需求。

福全健保會員服務部

方式	會員服務部 – 聯絡資訊
請致電	<p>(833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語)</p> <p>本號碼為免付費電話。服務時間為 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，以及 4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。</p> <p>會員服務部也為非英語使用者提供免費的口譯服務。</p>
聽障專線 (TTY)	<p>711</p> <p>本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。</p> <p>本號碼為免費電話。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，以及 4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。</p>
傳真	(657) 276-4720
郵寄	<p>Clever Care Health Plan 7711 Center Ave, Suite 100 Huntington Beach, CA 92647</p>
網站	zh.clevercarehealthplan.com

Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) (California SHIP)

HICAP 是一個州立計劃，由聯邦政府提撥資金，為擁有聯邦醫療保險的人提供免費的當地健康保險諮詢。

方式	HICAP (加州 SHIP) 聯絡資訊
請致電	(800) 434-0222
聽障專線 (TTY)	711 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。
郵寄	California Department of Aging 1300 National Drive Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
網站	aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling

PRA 揭露聲明根據 1995 年的《文書減量法案》(Paperwork Reduction Act) 規定，任何人皆無回應資料收集的義務，除非其出示有效的白宮管理及控制局 (OMB) 之控制碼。此資料收集的有效 OMB 控制碼為 0938-1051。如果您有任何關於改善此份資料的評語或意見，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。