

2021 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

## 承保範圍證明：

### Health Net Ruby Select (HMO) 會員的 Medicare 健康福利與服務以及處方藥承保範圍

本手冊會提供有關您自 2021 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期間 Medicare 醫療保健以及處方藥承保範圍的詳細資訊。並說明這如何取得您所需的醫療保健服務和處方藥承保範圍。此為重要的法律文件。請妥善保管在安全的場所。

本 Health Net Ruby Select (HMO) 計畫是由 HEALTH NET OF CALIFORNIA, INC. 提供（本《承保範圍證明》中所提及的「本公司」、「我們」或「我們的」是指 HEALTH NET OF CALIFORNIA, INC.。「計畫」或「本計畫」則是指 Health Net Ruby Select (HMO)）。

本文件有以下版本可供免費索取：

- 中文

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

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

福利、保費、自付額和／或共付額／共同保險金可能會於 2022 年 1 月 1 日變更。處方集、藥房網絡和／或醫療服務提供者網絡可能會隨時變更。您將會在必要時收到通知。

## 2021 年《承保範圍證明》

### 目錄

目錄所示頁數為各章節的開始頁。如需進一步協助查詢您所需的資訊，請參閱各章的第一頁。您可以在各章開頭找到主題的詳細清單。

<b>第 1 章</b>	<b>會員入門指南 .....</b>	<b>4</b>
	解釋加入 Medicare 健保計畫的意義以及使用本手冊的方式。說明我們將寄給您的材料、計畫保費、D 部分的延遲投保罰款、計畫會籍卡以及讓您的會員紀錄保持在最新狀態的事宜。	
<b>第 2 章</b>	<b>重要電話號碼及資源 .....</b>	<b>21</b>
	說明如何與本計畫 (Health Net Ruby Select (HMO)) 以及其他組織聯絡，其中包括 Medicare、State Health Insurance Assistance Program (SHIP)、品質改善組織、社會安全局、Medicaid (適用於低收入人士的州健康保險方案)、協助人們支付處方藥費用的方案及鐵路退休職工委員會。	
<b>第 3 章</b>	<b>利用本計畫的醫療服務承保範圍.....</b>	<b>39</b>
	說明身為本計畫會員取得醫療照護的重要須知。主題包括使用本計畫的網絡內醫療服務提供者及在發生緊急情況時取得照護的方式。	
<b>第 4 章</b>	<b>醫療福利表 (承保範圍以及您支付的費用) .....</b>	<b>55</b>
	詳細說明您身為本計畫會員，哪些類型的醫療照護包含在承保範圍內以及哪些類型不屬於承保範圍。解釋您為承保醫療照護所需支付的分攤費用。	
<b>第 5 章</b>	<b>使用本計畫的 D 部分處方藥承保範圍 .....</b>	<b>96</b>
	解釋您在領取 D 部分藥品時所需遵守的規定。說明如何使用本計畫的《承保藥物清單 (處方集)》以瞭解哪些藥品屬承保範圍。說明哪些類型的藥品不屬於承保範圍。解釋適用於特定藥品承保的數種限制。解釋領取處方的地點。說明計畫的藥品安全及藥物管理方案。	

<b>第 6 章</b>	<b>您需為 D 部分處方藥支付的費用.....</b>	<b>118</b>
	說明藥品承保範圍的三個階段（初始承保階段、承保缺口階段、重大傷病承保階段）以及這些階段將會如何影響您為藥品所需支付的費用。解釋 D 部分藥品的 6 個分攤費用層級，並說明您為各分攤費用層級的藥品所需支付的費用。	
<b>第 7 章</b>	<b>要求計畫為您所取得的承保醫療服務或藥品帳單支付分攤費用 .....</b>	<b>136</b>
	解釋當您希望我們針對承保服務或藥品償還您本計畫的分攤費用時，該何時及該如何寄送帳單給本計畫。	
<b>第 8 章</b>	<b>您的權利和責任.....</b>	<b>143</b>
	解釋您身為本計畫會員的權利與責任。說明如果您認為自己的權利未受重視，您可以採取哪些行動。	
<b>第 9 章</b>	<b>如果您有問題或想投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）該怎麼做.....</b>	<b>154</b>
	說明當您對身為本計畫會員的事宜有問題或顧慮時可採取行動的步驟。 <ul style="list-style-type: none"><li>• 解釋當您無法取得您認為屬於本計畫承保範圍的醫療照護或處方藥時，申請承保決定和提出上訴的方式。這包括要求我們針對處方藥承保規定或額外限制進行例外處理，以及當您認為您的承保太快終止時，要求我們繼續承保醫院照護和特定類型的醫療服務。</li><li>• 解釋如何就照護品質、等候時間、客戶服務及其他疑慮提出投訴。</li></ul>	
<b>第 10 章</b>	<b>終止您的本計畫會員 .....</b>	<b>203</b>
	解釋您可終止本計畫會籍的情況和方式。解釋本計畫必須終止您會籍的情況。	
<b>第 11 章</b>	<b>法律聲明 .....</b>	<b>211</b>
	包括管轄法及反歧視的相關聲明。	
<b>第 12 章</b>	<b>重要用語的定義.....</b>	<b>218</b>
	說明本手冊所使用的主要用語。	

# 第 1 章

## 會員入門指南

**第 1 章 會員入門指南**

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

<b>第 7 節</b>	<b>有關月保費的更多資訊.....</b>	<b>14</b>
第 7.1 節	如果您需繳納 D 部分延遲投保罰款，您有數種方式可以繳納您的罰款.....	15
第 7.2 節	我們可以在年度當中變更您的計畫月保費嗎？ .....	16
<b>第 8 節</b>	<b>請隨時更新您的計畫會員紀錄.....</b>	<b>17</b>
第 8.1 節	如何幫助確保我們存有關於您的準確資訊.....	17
<b>第 9 節</b>	<b>我們保護您個人健康資訊的隱私權.....</b>	<b>18</b>
第 9.1 節	我們確保您的健康資訊得到保護.....	18
<b>第 10 節</b>	<b>其他保險如何搭配本保險計畫運作.....</b>	<b>18</b>
第 10.1 節	當您有其他保險時，哪個計畫會優先給付？ .....	18

## 第 1 節 簡介

### 第 1.1 節 您投保了 Health Net Ruby Select (HMO)，該計畫是 Medicare HMO 計畫

您投保 Medicare，並且您選擇透過本計畫 Health Net Ruby Select (HMO) 來取得 Medicare 的醫療保健及處方藥承保。

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

本計畫的承保範圍符合合格健康承保範圍 (QHC) 的標準，且滿足病人保護與平價照護法案 (ACA) 的個人分攤責任規定。請瀏覽國稅局 (IRS) 網站：  
[www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) 以瞭解更多資訊。

### 第 1.2 節 《承保範圍證明》手冊有關什麼內容？

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

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

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

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

### 第 1.3 節 《承保範圍證明》的相關法律資訊

它是我們與您簽訂之合約的一部分。

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

合約的有效期限為 2021 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日期間您投保本計畫的月份。

每一曆年，Medicare 容許我們對我們所提供的計畫作出變更。這就是說，2021 年 12 月 31 日之後我們可以更改我們計畫的費用與福利。2021 年 12 月 31 日之後，我們還可以選擇停止提供該計畫，或者在其他服務區域提供該計畫。

### **Medicare 必須每年核准本計畫**

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

## **第 2 節 什麼使您具備計畫會員的資格？**

### **第 2.1 節 您的資格規定**

您只要符合以下條件即具備本計畫會員的資格：

- 您同時享有 Medicare A 部分與 Medicare B 部分（第 2.2 節將為您說明有關 Medicare A 部分與 Medicare B 部分的事宜）。
- — 且 — 您住在本計畫的服務區域內（以下第 2.3 節將為您說明我們的服務區域）。
- — 且 — 您是美國公民或美國合法居民。

### **第 2.2 節 Medicare A 部分和 B 部分涉及哪些內容？**

當您首次投保 Medicare 時，會收到關於 Medicare A 部分和 Medicare B 部分承保服務的資訊。請謹記：

- Medicare A 部分通常承保由醫院（住院服務、特護療養機構或居家健康機構）提供的服務。
- Medicare B 部分適用於大部分的其他醫療服務（例如醫師服務、居家輸液療法和其他門診服務）和特定項目（例如耐用醫療設備 (DME) 和用品）。

### **第 2.3 節 以下是 Health Net Ruby Select (HMO) 的計畫服務區域**

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

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



## 第 1 章 會員入門指南

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

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

## 第 2.4 節 美國公民或合法居民

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

## 第 3 節 您可向我們索取哪些其他材料？

## 第 3.1 節 您的計畫會籍卡 — 使用它取得所有承保照護及處方藥

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

<p>&lt;Health Plan Logo&gt;</p> <p>&lt;Product Name&gt; &lt;Plan Name&gt; <b>CMS#:</b> &lt;XXXX-XXXX&gt; <b>Effective Date:</b> &lt;MM/DD/YYYY&gt;</p>		<p><b>FOR MEMBERS</b></p> <p><b>Member Services:</b> &lt;X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)&gt; <b>***Extra Benefits:</b> &lt;X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)&gt; &lt;Health Plan Web URL&gt;</p>		<p><b>FOR EMERGENCIES</b></p> <p>Dial 911 or go to the nearest Emergency Room (ER).</p>			
<p><b>MEMBER INFORMATION</b></p> <p><b>Name:</b> &lt;First MI Last&gt; <b>Member ID#:</b> &lt;XXXXXXXXXX-XXX&gt; <b>Issuer ID:</b> &lt;(80840)&gt; &lt;9151014609&gt;</p>		<p><b>PHARMACY INFORMATION</b></p> <p><b>MedicareRx</b> Prescription Drug Coverage</p> <p><b>Rx Claims Processor:</b> &lt;CVS Caremark&gt; <b>RXBIN:</b> &lt;XXXXXX&gt; <b>RXPEN:</b> &lt;XXXXXXXX&gt; <b>RXGRP:</b> &lt;XXXXXXXX&gt;</p>		<p><b>FOR PROVIDERS</b></p> <p><b>For Medical and Vision eligibility, prior auth and referrals:</b> &lt;X-XXX-XXX-XXXX&gt;</p> <p><b>Pharmacy prior auth:</b> &lt;X-XXX-XXX-XXXX&gt; For help: (PHARMACY USE ONLY) &lt;X-XXX-XXX-XXXX&gt; <b>***please refer to your EOC for your extra covered benefits</b></p>		<p><b>Submit Part D Drug Claims to:</b></p> <p>&lt;Health Plan Name&gt; &lt;Attn: Pharmacy Claims&gt; &lt;P.O. Box 419069&gt; &lt;Rancho Cordova, CA&gt; &lt;95741-9069&gt;</p>	
<p><b>PROVIDER INFORMATION</b></p> <p><b>PCP Name:</b> &lt;&gt; <b>PCP Phone:</b> &lt;&gt;</p>		<p><b>MEDICAL CLAIMS</b></p> <p>EDI Payor ID: &lt;XXXXXX&gt;</p>		<p>&lt;Health Plan Name&gt; &lt;Attn: Claims&gt; &lt;Health Plan Claims Mailing Address&gt;</p>			

若您是本計畫的會員，請勿將紅、白、藍 Medicare 卡用於承保醫療服務。若您使用 Medicare 卡，而非 Health Net Ruby Select (HMO) 會籍卡，您可能必須自行支付全額醫療服務費用。請妥善保存您的 Medicare 卡。如果您需要醫院服務、安寧照護或參與例行研究，會要求您出示此卡。

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

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

### 第 3.2 節 醫療服務提供者及藥房名錄：本計畫網絡內所有醫療服務提供者及藥房指南

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

#### 什麼是「網絡內醫療服務提供者」？

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

#### 您為什麼需要知道哪些醫療服務提供者屬於我們的網絡？

瞭解哪些醫療服務提供者在我們的網絡內非常重要，除非屬於限定的特殊情況，否則當您是我們計畫的會員時，必須利用網絡內的醫療服務提供者來獲得醫療照護和服務。此外，您可能會受到限制而僅能使用主治醫師 (PCP) 和／或醫療團體網絡內的醫療服務提供者。這意味著您選擇的 PCP 和／或醫療團體可決定您可以使用哪些專科醫師和醫院。請參閱第 3 章（*利用本計畫的醫療服務承保範圍*），瞭解更多有關選擇 PCP 的資訊。僅有的例外包括急診、無法使用網絡內服務時的緊急需求服務（通常是當您在區域外時）、區域外洗腎服務，以及 Health Net Ruby Select (HMO) 授權使用網絡外醫療服務提供者的情況。請參閱第 3 章（*利用本計畫的醫療服務承保範圍*）瞭解更多有關急診、網絡外和區域外承保的具體資訊。

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

#### 什麼是「網絡內藥房」？

網絡內藥房是指同意為本計畫會員提供處方藥的所有藥房。

### 您為什麼需要知道網絡內藥房？

您可以利用《醫療服務提供者及藥房名錄》查詢您想使用的網絡內藥房。本計畫的藥房網絡在明年度將會有所變更。最新的《醫療服務提供者及藥房名錄》可以在我們的網站上搜尋到，網址：[ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com)。您也可致電會員服務部索取更新的醫療服務提供者資訊，或請我們郵寄一份《醫療服務提供者及藥房名錄》給您。請審查 2021 年度《醫療服務提供者及藥房名錄》，以瞭解哪些藥房在我們的網絡內。

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

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

### 第 3.3 節 計畫的承保藥物清單（處方集）

本計畫有一份承保藥物清單（處方集）。我們簡稱為「藥物清單」。藥物清單將會說明哪些 D 部分處方藥屬於本計畫 D 部分福利的承保範圍。本清單上的藥物是由本計畫在醫師和藥劑師團隊的協助下選擇出來的。本清單必須符合 Medicare 的規定。Medicare 已經核准本計畫的「藥品清單」。

「藥品清單」同時也會告知您，您用的藥品是否有任何限制規定。

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

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

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

《D 部分福利說明》會告訴您在該月份當中您或其他人代為支付的 D 部分處方藥總金額，以及我們就您的各項 D 部分處方藥所給付的總金額。D 部分 EOB 提供更多關於您服用之藥品的資訊，例如價格增加和其他分攤費用較低的可用藥品。您應諮詢開立處方者，瞭解這些費用較低的選項。第 6 章（您的 D 部分處方藥費用）有提供更多關於《D 部分福利說明》的資訊，以及它如何幫助您追蹤您的藥品承保範圍。

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

---

## 第 4 節 您的 Health Net Ruby Select (HMO) 月保費

---

### 第 4.1 節 您的計畫保費是多少？

您無需單獨為我們的計畫支付月保費。您必須繼續支付 Medicare B 部分的保費（除非您的 B 部分保費已經由 Medicaid 或其他第三方為您支付）。

#### 某些情況下，您的計畫保費可能會較高

在某些情況下，您的計畫保費可能會高於上面第 4.1 節所述的金額。此情況說明如下。

- 部分會員必須支付 D 部分**延遲投保罰款**，原因是他們在首次取得資格時未加入 Medicare 藥品計畫，或是他們有連續 63 天或更久的時間沒有「可抵免」處方藥承保（「可抵免」承保是指平均預期支付費用至少等同於 Medicare 的標準處方藥承保範圍）。對於這些會員來說，除了計畫月保費之外，其還需支付 D 部分延遲投保罰款。他們的保費金額將是計畫月保費加上 D 部分延遲投保罰款。
  - 如果您必須繳納 D 部分延遲投保罰款，延遲投保罰款的金額取決於您有多久沒有投保 D 部分承保，或者是有多久沒有其他可抵免處方藥承保。第 1 章第 5 節為您說明 D 部分延遲投保罰款。
  - 如果您必須支付 D 部分延遲投保罰款而您沒有支付，您可能會遭到本計畫退保。
- 有些會員可能需要支付額外費用，稱為 D 部分與收入相關的每月調整金額，也稱為 IRMAA，因為這些人 2 年前 IRS 退稅申報中的修改後調整總收入超過一定金額。應支付 IRMAA 的會員將必須支付標準保費金額以及此額外費用，這將會加入保費當中。第 1 章第 6 節進一步詳細說明 IRMAA。

---

## 第 5 節 您是否必須支付 D 部分「延遲投保罰款」？

---

### 第 5.1 節 何為 D 部分「延遲投保罰款」？

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

延遲投保罰款是您 D 部分保費的額外費用。如果在初次投保期結束之後的任何時期您有連續超過 63 天的時間沒有 D 部分承保或其他可抵免處方藥承保，您即可能需要支付 D 部分延遲投保罰款。「可抵免處方藥承保」是指平均預期給付金額至少與 Medicare 標準處方藥承保範圍相當，因而符合 Medicare 最低標準的承保範圍。延遲投保罰款金額取決於您未投保 D 部分保險或可抵免處方藥承保的時間長短。如果您有 D 部分承保範圍，您必須支付此罰款。

我們會在您首次投保本計畫時讓您知道此罰款的金額。您的 D 部分延遲投保罰款被視為您的計畫保費。

**第 5.2 節 D 部分「延遲投保罰款」金額是多少？**

罰款金額由 Medicare 決定。計算方式如下：

- 首先計算您在取得 Medicare 藥品計畫投保資格之後延遲投保的完整月份數。或計算您沒有可抵免處方藥承保的完整月份數（如果保險中斷時間達到或超過 63 天）。只要您未享有可抵免承保，每個月即罰款 1%。例如，如果您有 14 個月未享有承保，罰款將為 14%。
- 接著 Medicare 會確認上個年度國內 Medicare 藥品計畫的平均月保費金額。在 2020 年，此平均保費金額為 \$32.74。此金額在 2021 年可能有所變更。
- 如要計算您每月的罰款，用罰款百分比乘以平均月保費，然後四捨五入到最接近的 10 美分。在此範例中，應該是 14% 乘以 \$32.74，等於 \$4.58。將此金額四捨五入為 \$4.60。此金額會加到需繳納 D 部分延遲投保罰款之個人的月保費中。

以下為三件與此每月 D 部分延遲投保罰款有關的重要注意事項：

- 首先，由於平均月保費每年皆會變更，因此罰款金額也可能隨之變更。如果全國平均保費（由 Medicare 確認）提高，您的罰款也會增加。
- 其次，就算您變更了計畫，只要您仍投保包含 Medicare D 部分藥品福利的計畫，每個月您都要持續繳納罰款。
- 第三，如果您未滿 65 歲且目前正接受 Medicare 福利，當您年滿 65 歲時，此 D 部份延遲投保罰款就會重新設定。65 歲後，您的 D 部分延遲投保罰款只會以您足齡加入 Medicare 初次投保期之後沒有承保的月份數為計算基礎。

**第 5.3 節 在某些情況下，您可以延遲投保且不必繳納罰款**

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

如果有下列任一情況，您就不必因延遲投保而繳納罰款：

- 如果您已持有平均預期給付金額至少與 Medicare 標準處方藥承保相當的處方藥承保。Medicare 稱此為「可抵免藥物承保」。請注意：
  - 可抵免承保可能包括前雇主或工會、TRICARE 或退伍軍人事務部提供的藥品承保。您的保險公司或您的人力資源部門將會每年告知您，您的藥品承保範圍是否為可抵免承保範圍。此一資訊可能會以郵件方式寄送給您，或登載在本計畫的通訊信函裡。請您保留此一資訊，因為要是您稍後加入了 Medicare 藥品計畫就會需要用到。
    - 請注意：如果您在健康保險終止時收到「可抵免承保證明」，並不一定意味著您的處方藥承保屬於「可抵免」。該通知必須聲明您有「可抵免」處方藥承保，且預期平均支付金額相當於 Medicare 標準處方藥承保。

- 以下列出了非可抵免處方藥承保：處方藥折扣卡、免費診所以及藥品折扣網站。
  - 如需其他有關可抵免承保範圍的資訊，請參閱您的《Medicare & You 2021》手冊或致電 Medicare，電話號碼為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。您可致電這些免費電話，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。
- 如果您沒有可抵免承保，但尚未連續達 63 天。
  - 如果您正接受 Medicare 提供的「額外補助」。

#### 第 5.4 節 如果您不同意 D 部分延遲投保罰款怎麼辦？

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

### 第 6 節 您是否會因收入而需要支付額外的 D 部分費用？

#### 第 6.1 節 哪些人會因為收入而需要為 D 部分承保支付額外費用？

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

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

#### 第 6.2 節 額外的 D 部分費用金額是多少？

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

**第 6.3 節 如果不同意支付額外的 D 部分費用，可以怎麼做？**

如果您不同意因所得而要支付額外費用，您可以要求社會安全局審查此一決定。請與社會安全局聯絡，電話號碼為 1-800-772-1213（聽障專線 1-800-325-0778）洽詢該怎麼做。

**第 6.4 節 如果您沒有支付 D 部分額外費用會有什麼後果？**

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

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

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

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

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

《Medicare & You 2021》副本中的「2021 年 Medicare 費用」一節將提供關於 Medicare 保費的資訊。這些資訊將為您說明，針對收入不同的人士，其 Medicare B 部分和 D 部分的保費有何差異。投保 Medicare 的每一個人都會在每年秋天收到一份《Medicare & You》副本。Medicare 的新會員會在首次註冊後的一個月內收到該手冊。您也可以從 Medicare 的網站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) 下載《Medicare & You 2021》副本。或者，您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取一份印刷本，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。

### 第 7.1 節 如果您需繳納 D 部分延遲投保罰款，您有數種方式可以繳納您的罰款

如果您需要繳納 D 部分延遲投保罰款，可以透過四種方式繳納罰款。您可在投保時選擇付款方案，還可隨時致電本手冊封底上的電話號碼至會員服務部進行變更。

如果您決定變更繳納 D 部分延遲投保罰款的方式，新的付款方式最多可能需要三個月才會生效。當我們處理您新的付款方式要求時，您有責任確實按時繳納 D 部分延遲投保罰款。

#### 方案 1：您可使用支票或匯票付款

您可以決定以支票或匯票將延遲投保罰款直接繳納給本計畫。付款時請載明您的計畫會員 ID 號碼。

延遲投保罰款應於每月 1 號繳付給我們。您可以將繳費支票或匯票寄至下列地址：

**Health Net of California**  
**P.O. Box 748658**  
**Los Angeles, CA 90074-8658**

支票及匯票抬頭應填寫 **Health Net Ruby Select (HMO)** 而非 **Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)** 或者 **United States Department of Health and Human Services (HHS)**。請勿至計畫辦事處繳付延遲投保罰款之款項。

#### 方案 2：您可從每月社會安全局支票中扣除 D 部分延遲投保罰款。

您可從每月社會安全局支票中扣除 D 部分延遲投保罰款。請與會員服務部聯絡，進一步瞭解如何使用此方式來繳納您的罰款。我們很樂意協助您進行本項設定（會員服務部電話號碼列印於本手冊封底）。



**方案 3：您可要求從每月的鐵路職工退休管理局 (RRB) 支票中扣除 D 部分延遲投保罰款**

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

**方案 4：您可以網上支付**

您可以透過網路在 [ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com) 支付 D 部分延遲投保罰款。請確保使用您的現有帳號登入。如果您是新的使用者，必須要建立一個新的帳號。請與會員服務部聯絡，進一步瞭解如何使用此方式來繳納您的 D 部分延遲投保罰款。我們很樂意協助您進行本項設定（會員服務部電話號碼列印於本手冊封底）。

請注意，繳款期限為每個月 1 號。

**如果您在繳納 D 部分延遲投保罰款上有困難該怎麼辦**

本辦事處必須於每月 1 號之前收到您的 D 部分延遲投保罰款。若我們在該月份第 7 個工作日之前沒有收到您的罰款金額，我們會寄發通知給您，告訴您如果我們尚未收到您的 D 部分延遲投保罰款。

如果您無法準時繳納 D 部分延遲投保罰款，請與會員服務部聯絡，看我們能否轉介您至可協助繳納罰款的方案。（會員服務部電話號碼列印於本手冊封底。）

**第 7.2 節 我們可以在年度當中變更您的計畫月保費嗎？**

不可以。我們不得在年度當中變更計畫月保費的收費金額。如果下一個年度的計畫月保費有所變更，我們會在 9 月通知您，而變更將於 1 月 1 日生效。

不過，在某些情況下，您可能需要開始繳納延遲投保罰款或者可以停止繳納延遲投保罰款（如果您連續 63 天以上未享有「可抵免」處方藥承保，延遲投保罰款即可能適用）。如果您在年度當中取得或失去「額外補助」方案的資格，就可能會發生此情況：

- 如果您目前支付 D 部分延遲投保罰款，且您在年度當中取得「額外補助」的資格，您將可以停止繳納罰款。
- 如果您失去「額外補助」，若您有連續 63 天或持續更長時間沒有 D 部分或其他可抵免處方藥承保，則可能必須支付延遲投保罰款。

您可在第 2 章第 7 節找到更多有關「額外補助」方案的資訊。

## 第 8 節 請隨時更新您的計畫會員紀錄

### 第 8.1 節 如何幫助確保我們存有關於您的準確資訊

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

本計畫網絡內的醫師、醫院、藥劑師和其他醫療服務提供者需要取得關於您的正確資訊。這些網絡內醫療服務提供者利用您的會員紀錄，來瞭解哪些服務和藥品屬於承保範圍以及適用於您的費用分攤金額。因此，協助我們將您的資訊保持在最新狀態十分重要。

如有如下變更，請告知我們：

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

如此類資訊有任何變更，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）告知我們。您也可以透過計畫的安全線上會員入口網站線上更新地址。請至 [ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com) 並按一下「登入／註冊」按鈕。登入或建立新的帳戶。選擇「個人檔案」圖示，然後按一下「變更」。在新的視窗中，按需求編輯您的人口統計資訊，然後按一下「下一步」，再按一下「更新」。

如果您搬家或您的郵寄地址有所變更，也請您務必要與社會安全局聯絡。您可在第 2 章第 5 節找到社會安全局的電話和聯絡資訊。

### 請閱讀我們寄給您的有關其他保險承保的資訊

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

我們每年均會寄一封信給您，列出在您所享有的其他任何醫療或藥物保險承保當中我們已知的部分。請仔細閱讀整份資訊。如果資訊正確，您不需有任何行動。如果資訊不正確，或如果您有其他承保範圍並未列出，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

## 第 9 節 我們保護您個人健康資訊的隱私權

### 第 9.1 節 我們確保您的健康資訊得到保護

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

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

## 第 10 節 其他保險如何搭配本保險計畫運作

### 第 10.1 節 當您有其他保險時，哪個計畫會優先給付？

若您還有其他保險（如僱主團體健康保險），Medicare 訂有規範，用以決定應由本計畫或其他保險優先給付。優先給付的保險稱為「主要給付者」，給付金額最高為承保上限。第二支付的保險稱為「次要給付者」，只需給付主要給付者未承保的費用。次要給付者亦可能無法全額給付未承保之費用。

這些規定適用於僱主或工會團體健保計畫承保：

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

這些承保類型通常會優先給付以下各類相關之服務：

- 無過失保險（包括汽車保險）
- 責任險（包括汽車保險）

- 黑肺病福利
- 勞工賠償

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

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

## 第 2 章

### 重要電話號碼與資源

## 第 2 章 重要電話號碼及資源

第 1 節	本計畫聯絡資訊（如何與我們聯絡，包括如何與本計畫的會員服務部取得聯繫） .....	21
第 2 節	<b>Medicare</b> （如何直接從聯邦 Medicare 方案取得協助和資訊） .....	28
第 3 節	<b>State Health Insurance Assistance Program</b> （針對您關於 Medicare 的各種疑問提供免費的協助、資訊以及解答） .....	29
第 4 節	品質改善組織（該組織由 Medicare 支付費用，職責是檢查 Medicare 投保人取得的照護品質） .....	30
第 5 節	社會安全局 .....	31
第 6 節	<b>Medicaid</b> （協助部分收入和資源有限的人士支付醫療費用的聯邦和州政府聯合方案） .....	32
第 7 節	處方藥協助付費方案的相關資訊 .....	33
第 8 節	如何聯絡鐵路職工退休管理局 .....	36
第 9 節	您是否有「團體保險」或雇主提供的其他健康保險？ .....	37

**第 1 節 本計畫聯絡資訊**

(如何與我們聯絡，包括如何與本計畫的會員服務部取得聯繫)

**如何聯絡本計畫的會員服務部**

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

聯絡方式	會員服務部 – 聯絡資訊
電話	<p>1-800-275-4737</p> <p>此為免付費電話。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。</p> <p>會員服務部還可為非英語使用者提供各種語言的免費口譯服務。</p>
聽障專線	<p>711</p> <p>此為免付費電話。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。</p>
寫信	<p>Health Net of California P.O. Box 10420 Van Nuys, CA 91410</p>
網站	<p><a href="http://ca.healthnetadvantage.com">ca.healthnetadvantage.com</a></p>

## 若要提出醫療照護相關的承保決定要求該如何與我們聯絡

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

若有關於我們承保決定流程的疑問，您可以致電電話給我們。

聯絡方式	醫療照護的承保決定 – 聯絡資訊
電話	1-800-275-4737  此為免付費電話。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。
聽障專線	711  此為免付費電話。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。
寫信	Medical Management 21281 Burbank Boulevard Woodland Hills, CA 91367-6607

## 若要提出醫療照護相關的承保決定要求，該如何與我們聯絡

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

聯絡方式	醫療保健上訴 – 聯絡資訊
電話	1-800-275-4737  此為免付費電話。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。



聯絡方式	醫療保健上訴 – 聯絡資訊
聽障專線	711  此為免付費電話。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。
寫信	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450

### 若要提出醫療照護相關投訴該如何與我們聯絡

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

聯絡方式	醫療保健投訴 - 聯絡資訊
電話	1-800-275-4737  此為免付費電話。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。
聽障專線	711  此為免付費電話。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。
寫信	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
<b>MEDICARE 網站</b>	您可以向 Medicare 直接提交有關 Health Net Ruby Select (HMO) 的投訴。如需向 Medicare 提交網上投訴，請造訪 <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> 。

## 您要求就 D 部分處方藥作出承保範圍決定時如何聯絡我們

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

聯絡方式	D 部分處方藥的承保決定 – 聯絡資訊
電話	1-800-275-4737  此為免付費電話。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。
聽障專線	711  此為免付費電話。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。
傳真	1-800-977-8226
寫信	Attn: Medicare Part D Prior Authorization Department P.O. Box 419069 Rancho Cordova, CA 95741
網站	<a href="http://ca.healthnetadvantage.com">ca.healthnetadvantage.com</a>

## 若要提出 D 部分處方藥相關上訴該如何與我們聯絡

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

聯絡方式	D 部分處方藥的上訴 – 聯絡資訊
電話	1-800-275-4737  此為免付費電話。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。
聽障專線	711  此為免付費電話。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。
傳真	1-844-273-2671
寫信	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
網站	<a href="http://ca.healthnetadvantage.com">ca.healthnetadvantage.com</a>

## 若要提出 D 部分處方藥相關投訴該如何與我們聯絡

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

聯絡方式	D 部分處方藥的投訴 – 聯絡資訊
電話	<p>1-800-275-4737</p> <p>此為免付費電話。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。</p>
聽障專線	<p>711</p> <p>此為免付費電話。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。</p>
寫信	<p>Appeals &amp; Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450</p>
MEDICARE 網站	<p>您可以向 Medicare 直接提交有關本計畫的投訴。如需向 Medicare 提交網上投訴，請造訪</p> <p><a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a></p>

若欲要求計畫為您所取得的醫療照護服務或藥品支付分攤費用，應將要求寄到何處

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

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

聯絡方式	給付申請 — 聯絡資訊
寫信	Medical Care Claims P.O. Box 9030 Farmington, MO 63640  如欲提出 D 部分處方藥理賠： Attn: Pharmacy Claims P.O. Box 419069 Rancho Cordova, CA 95741-9069
網站	<a href="http://ca.healthnetadvantage.com">ca.healthnetadvantage.com</a>

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

Medicare 是適用於年滿 65 歲以上的人士、部分未滿 65 歲的殘障人士以及末期腎臟病患者（需要洗腎或腎臟移植的永久性腎衰竭患者）的聯邦健康保險方案。

主管 Medicare 的聯邦機構是 Medicare 與 Medicaid 服務中心（有時稱為「CMS」）。該機構與包括我們在內的各 Medicare Advantage 組織簽約。

聯絡方式	Medicare — 聯絡資訊
電話	1-800-MEDICARE，或 1-800-633-4227 此號碼為免費電話。 每天 24 小時，每週 7 天均提供服務。
聽障專線	1-877-486-2048 此電話號碼需要使用特殊的電訊設備，只供有聽力或語言困難的人士使用。 此為免付費電話。

聯絡方式	Medicare — 聯絡資訊
網站	<p><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></p> <p>此網站是 Medicare 的政府官方網站，為您提供有關 Medicare 以及現有 Medicare 問題的最新資訊。此外，它也有關於醫院、療養院、醫師、居家照護機構和洗腎機構的資訊。網站包括可以從您的電腦直接列印的手冊。您也可找到 Medicare 於您所在州的聯絡資訊。</p> <p>Medicare 網站亦包含了有關 Medicare 資格及投保選項的詳細資訊，同時提供以下工具：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicare 資格審查工具</b>：提供 Medicare 資格狀態資訊。</li> <li>• <b>Medicare Plan Finder (Medicare 計畫查詢工具)</b>：提供在您所屬區域內，適用您個人的可用 Medicare 處方藥計畫、Medicare 健保計畫，以及 Medigap (Medicare 附加保險) 保單資訊。這些工具可以為您估算投保不同 Medicare 計畫時可能的自費額。</li> </ul> <p>您亦可利用該網站向 Medicare 提出您對本計畫的任何投訴：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>向 Medicare 提出您的投訴</b>：您可以向 Medicare 直接提交有關本計畫的投訴。如需向 Medicare 提出投訴，請造訪 <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>。Medicare 會認真處理您的投訴，並利用此資訊協助改善 Medicare 方案的品質。</li> </ul> <p>若您沒有電腦，您當地的圖書館或老年中心或許可協助您使用其電腦造訪本網站。或者，您可致電 Medicare，告訴他們您要找哪些資訊。他們會在網站上找到您要的資訊，然後將其列印出來寄給您（您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048）。</p>

### 第 3 節

### State Health Insurance Assistance Program

（針對您關於 Medicare 的各種疑問提供免費的協助、資訊以及解答）

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 是一項政府方案，在每一州都有受過訓練的諮詢人員。在 CA，SHIP 被稱為

Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP)。

Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) 是屬於獨立方案（與任何保險公司或健保計畫均無關聯）。這是一項獲得聯邦政府資助的州政府方案，為持有 Medicare 的人士免費提供地方性的健康保險諮詢。

Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) 的諮詢人員可協助您處理 Medicare 的疑問或問題。他們能協助您瞭解您的 Medicare 權利、提出與您醫療照護或治療有關的投訴，並釐清與您 Medicare 帳單有關的問題。此外，Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) 諮詢人員也能協助您瞭解您的 Medicare 計畫選擇，並回答與轉換計畫相關的疑問。

聯絡方式	Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) (CA SHIP)
電話	1-800-434-0222
聽障專線	711
寫信	HICAP 505 12th Street Sacramento, CA 95814
網站	<a href="http://www.hicapservices.net">www.hicapservices.net</a>

## 第 4 節 品質改善組織

(該組織由 Medicare 支付費用，職責是檢查 Medicare 投保人取得的照護品質)

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

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

若有下列任何情況，您應聯絡 Livanta：

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

聯絡方式	Livanta (CA 的品質改善組織)
電話	1-877-588-1123 週一至週五，上午 9 點至下午 5 點； 週六至週日以及聯邦假期，上午 11 點至下午 3 點。

<b>聯絡方式</b>	<b>Livanta (CA 的品質改善組織)</b>
<b>聽障專線</b>	1-855-887-6668 本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。
<b>寫信</b>	Livanta 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis, MD 20701
<b>網站</b>	<a href="http://www.livantaqio.com">www.livantaqio.com</a>

## 第 5 節 社會安全局

社會安全局負責確定參加 Medicare 的資格以及處理其投保。凡年滿 65 歲以上，或是有殘障或末期腎臟病且符合特定條件的美國公民，均符合 Medicare 的資格。如果您已開始領取社會安全局福利支票，您就會自動入保 Medicare。如果您尚未領取社會安全局福利支票，則須投保 Medicare。社會安全局處理 Medicare 的投保流程。若想申請 Medicare，您可致電社會安全局或前往您當地的社會安全局辦公室。

社會安全局還負責決定哪些人由於收入較高而必須為 D 部分藥物承保支付額外費用。如果您收到社會安全局的來信，告知您必須支付額外費用，而您對該費用有疑問，或者您由於發生生活變故而導致收入下降，您可致電要求社會安全局重新審查。

如果您搬離或變更您的通訊地址，則應該與社會安全局聯絡告知，這至關重要。

<b>聯絡方式</b>	<b>社會安全局 – 聯絡資訊</b>
<b>電話</b>	1-800-772-1213 此號碼為免費電話。 週一至週五，早上 7 點至晚上 7 點均可致電。 您可以每天 24 小時使用社會安全局的自動電話服務取得預錄資訊並辦理某些業務。
<b>聽障專線</b>	1-800-325-0778 此電話號碼需要使用特殊的電訊設備，只供有聽力或語言困難的人士使用。 此為免付費電話。 服務時間為週一至週五上午 7 點至晚上 7 點。
<b>網站</b>	<a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>



## 第 6 節

### Medicaid

(協助部分收入和資源有限的人士支付醫療費用的聯邦和州政府聯合方案)

Medicaid 是一項聯邦政府與州政府聯合方案，旨在協助部分收入與經濟來源有限的人士支付醫療費用。某些 Medicare 投保人同時也符合 Medicaid 的資格。

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

- **合格的 Medicare 受益人 (QMB)**：協助繳納 Medicare A 部分和 B 部分保費，以及其他分攤費用（例如自付額、共同保險金和共付額）。（某些享有 QMB 的人士也同時符合資格享有全部 Medicaid 福利 (QMB+)）。
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB)**：幫助支付 B 部分保費。（有些有 SLMB 資格的人士也符合享有全面 Medicaid 福利 (SLMB+) 資格。）
- **合格人士 (QI)**：幫助支付 B 部分保費。
- **合格殘疾人士與勞工 (QDWI)**：幫助支付 A 部分保費。

如需瞭解 Medicaid 及其方案的詳情，請聯絡 Medi-Cal。

聯絡方式	Medi-Cal (CA 的 Medicaid 方案) — 聯絡資訊
電話	1-800-430-4263 週一至週五，上午 8 點至下午 5 點 (假日除外)
聽障專線	1-800-430-7077 本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。
寫信	Department of Health Care Services P.O. Box 997417 MS 4607 Sacramento, CA 95899-7417
網站	<a href="https://www.dhcs.ca.gov/services/Medi-Cal/pages/applyforMedi-Cal.aspx">https://www.dhcs.ca.gov/services/Medi-Cal/pages/applyforMedi-Cal.aspx</a>

---

## 第 7 節 處方藥協助付費方案的相關資訊

---

### Medicare 的「額外補助」計畫

Medicare 為收入與經濟來源有限的人士提供支付處方藥費用的「額外補助」。經濟來源包括您的存款與股票，但不包括您的住家與汽車。如果您符合資格，您將可獲得補助以用其支付任何 Medicare 藥物計畫月保費、年度自付額以及處方藥共付額。「額外補助」亦可計入您的自費費用中。

收入與經濟來源有限的人士可能均有資格獲得「額外補助」。有些人自動符合「額外補助」的資格，無需提出申請。Medicare 會寄信給自動符合「額外補助」資格的人士。

您可能可獲得「額外補助」以用其支付您的處方藥保費及費用。如欲瞭解您是否有資格獲得「額外補助」，請致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務；
- 社會安全局辦公室，電話號碼 1-800-772-1213。服務時間為週一至週五上午 7 點至晚上 7 點。聽障專線使用者請致電 1-800-325-0778（申請）；或
- 您州政府的 Medicaid 辦公室（申請）（請參閱本章的第 6 節以取得聯絡資訊）。

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

- 請利用本手冊封底的電話號碼聯絡會員服務部，告訴服務代表您認為自己符合「額外補助」的資格。您可能需要提供下列其中一種類型的文件（持有的最有力證明）：
  - Medicaid 卡影本，其中必須包括您的姓名以及在前一曆年六月之後任一月份的符合資格日期。
  - 州政府文件副本，證明您在前一年度六月之後任一月份的 Medicaid 有效狀態。
  - 州政府投保文件電子檔列印本，證明您在前一年度六月之後任一月份的 Medicaid 狀態；
  - 州政府 Medicaid 系統的螢幕畫面列印本，證明您在前一年度六月之後任一月份的 Medicaid 狀態；
  - 由州政府提供的其他書面紀錄，證明您在前一年度六月之後任一月份的 Medicaid 狀態；或

- 如果您被認定為不符合資格，但您申請了 LIS 且經確認符合 LIS 資格，請提供一份社會安全局寄給您的裁定信函副本；或
- 社會安全生活補助金 (SSI) 裁定通知 (Notice of Award)，其中應顯示您實際 Medicaid 狀態的生效日期。

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

- 該機構的匯款單，證明 Medicaid 在前一年度六月之後的任一月份曾代您支付一個完整曆月的費用；
  - 州政府文件副本，證明 Medicaid 在前一年度六月之後曾代您向該機構支付一個完整曆月的費用；或
  - 州政府 Medicaid 系統的螢幕畫面列印本，證明您的入住狀態。該文件應顯示您在前一年度六月之後任一月份至少曾有一個完整曆月住在該機構中，並因而取得 Medicaid 給付。
- 如果您無法提供上述文件，且您認為自己可能符合額外補助的資格，請致電本手冊封底的電話號碼聯絡會員服務部，服務代表將會提供您協助。
  - 當我們收到證實您共付額層級的證明後，我們會更新系統，以便您下一次到藥房領取處方藥時能夠支付正確的共付額。如果您多付了共付額，我們會報銷該費用。我們會寄給您超額支付的共付額金額支票，或者抵銷未來的共付額。如果藥房還未向您收取共付額，且記載您尚積欠共付額，我們可能直接付款給藥房。如果州政府代您支付，我們可直接付款給州政府。如果您有任何疑問，請與會員服務部聯絡（電話號碼列印於本手冊封底）。

### Medicare 承保缺口折扣方案

Medicare 承保缺口折扣方案為已達到承保缺口且目前尚未接受「額外補助」的 D 部分會員提供品牌藥品的製藥商折扣。針對品牌藥，製藥商所提供的 70% 折扣不適用於在承保缺口期間的任何配藥費。會員需為品牌藥支付議定價格的 25% 以及一部分的配藥費用。

如果您達到承保缺口，在藥房寄處方藥帳單給您時，我們將會自動將折扣計入，且您的《D 部分福利說明》(D 部分 EOB) 將會顯示提供給您的任何折扣。您所支付的金額與製藥商提供的折扣金額均計入您的自費費用中，折扣金額可算作您的自費費用，以協助您渡過承保缺口。由本計畫所給付的金額 (5%) 將不計入您的自費額中。

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

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

## 假如您享有 AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 的保險將會怎樣？ 什麼是 AIDS Drug Assistance Program (ADAP)？

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

AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 是您所在州的 ADAP。

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

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

AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 聯絡資訊如下。

聯絡方式	AIDS Drug Assistance Program (ADAP) – 聯絡資訊
電話	1-844-421-7050 週一至週五，上午 8 點至下午 5 點 (假日除外)
聽障專線	711
寫信	California Department of Public Health Office of AIDS P.O. Box 997426, MS 7700 Sacramento, CA 95899
網站	<a href="https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAadap.aspx">https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAadap.aspx</a>

如需有關資格條件、承保藥品或如何投保計畫的資訊，請致電 1-844-421-7050 聯絡 AIDS Drug Assistance Program (ADAP)。聽障專線使用者請致電電話號碼 711 尋求協助。

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

不行，如果您取得了「額外補助」，則在承保缺口期間，您便已獲得處方藥的給付。

**如果您未享有折扣，而您卻認為自己應該享有怎麼辦？**

如果您認為自己已經達到承保缺口，而在支付品牌藥費用時未享有折扣，則應查看您的下一份《D 部分福利說明》（D 部分 EOB）通知。若《D 部分福利說明》中未見該折扣，則應聯絡我們確保處方藥記錄正確且反映最新情況。如果我們不同意您享有折扣，您可以提出上訴。您可從您的 State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 取得上訴的協助（電話號碼列於本章第 3 節），或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。

**第 8 節 如何聯絡鐵路職工退休管理局**

鐵路職工退休委員會是獨立的聯邦機構，負責管理全美鐵路工人及其家屬的全面福利計畫。如果您對於鐵路職工退休管理局為您提供的福利存有疑問，請與該機構聯絡。

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

聯絡方式	鐵路職工退休管理局 – 聯絡資訊
電話	1-877-772-5772 此為免付費電話。 如果您按下「0」則可與 RRB 代表通話，服務時間為週一、週二、週四及週五上午 9 點至下午 3 點半，以及週三的上午 9 點至中午 12 點。 如果您按下「1」則可使用本專線每天 24 小時（包括週末和假日）的自動 RRB 協助專線以及錄音資訊。
聽障專線	1-312-751-4701 此電話號碼需要使用特殊的電訊設備，只供有聽力或語言困難的人士使用。 本專線不是免付費電話。
網站	<a href="http://rrb.gov/">rrb.gov/</a>

---

## 第 9 節 您是否有「團體保險」或雇主提供的其他健康保險？

---

如果您（或您配偶）透過您（或您配偶）的雇主或退休人員團體取得屬於本計畫的福利，當您有任何疑問時，您可致電該雇主／工會的福利管理者或會員服務部。您可詢問關於您（或您配偶）的雇主或退休人員健康福利、保費或投保期間等問題。（會員服務部電話號碼列印於本手冊封底）。如果您有任何關於本計畫下之 Medicare 承保範圍的問題，請致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227；聽障專線：1-877-486-2048），每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

如果您有透過您（或您配偶）的雇主或退休人員團體取得的其他處方藥承保，請與該團體的福利管理者聯絡。福利主管可幫助您確定目前的處方藥承保如何與我們的計畫協調。

## 第 3 章

### 使用本計畫的醫療服務承保

**第 3 章 利用本計畫的醫療服務承保範圍**

<b>第 1 節</b>	<b>本計畫會員享有醫療照護承保須知.....</b>	<b>41</b>
第 1.1 節	什麼是「網絡內醫療服務提供者」和「承保服務」？.....	41
第 1.2 節	享有計畫承保醫療照護的基本規則.....	41
<b>第 2 節</b>	<b>使用本計畫網絡內的醫療服務提供者取得醫療照護.....</b>	<b>42</b>
第 2.1 節	您必須選擇一位主治醫師 (PCP) 來為您提供並監督醫療照護服務.....	42
第 2.2 節	在沒有 PCP 事先核准的情況下，您能取得哪些醫療照護服務？.....	44
第 2.3 節	如何從專科醫師和其他網絡內醫療服務提供者取得照護.....	44
第 2.4 節	如何從網絡外醫療服務提供者取得照護.....	46
<b>第 3 節</b>	<b>當您需要急診、有緊急照護需求或遇到災難時如何獲得承保服務.....</b>	<b>46</b>
第 3.1 節	在醫療急診狀況時獲得照護.....	46
第 3.2 節	在您有緊急服務需求時取得照護.....	47
第 3.3 節	在發生災難期間取得照護.....	48
<b>第 4 節</b>	<b>如果您直接收到承保服務的全額費用帳單怎麼辦？.....</b>	<b>48</b>
第 4.1 節	您可要求我們支付承保服務費用中我們應該分攤的部分.....	48
第 4.2 節	若服務未由我們的計畫承保，您必須支付全額費用.....	49
<b>第 5 節</b>	<b>當您參加「臨床實驗研究」時，您的醫療服務如何獲得承保？.....</b>	<b>49</b>
第 5.1 節	何為「臨床實驗研究」？.....	49
第 5.2 節	當您參加臨床研究時，由誰支付相關費用？.....	50
<b>第 6 節</b>	<b>在「宗教性非醫療保健機構」中接受承保照護的規則.....</b>	<b>51</b>
第 6.1 節	何為宗教性非醫療保健機構？.....	51
第 6.2 節	從宗教性非醫療保健機構取得照護.....	51
<b>第 7 節</b>	<b>耐用醫療器材所有權規定.....</b>	<b>52</b>
第 7.1 節	依計畫繳付特定次數的款項之後，您就能擁有您的耐用醫療器材了嗎？.....	52



**第 3 章 利用本計畫的醫療服務承保範圍**

---

<b>第 8 節</b>	<b>氧氣設備、用品和維護規定 .....</b>	<b>53</b>
第 8.1 節	您可享受哪些氧氣福利？ .....	53
第 8.2 節	分攤費用是多少？這在 36 個月之後會改變嗎？ .....	53
第 8.3 節	若您退出計畫並換回 Original Medicare，會發生什麼情況？ .....	53

## 第 1 節 本計畫會員享有醫療照護承保須知

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

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

### 第 1.1 節 什麼是「網絡內醫療服務提供者」和「承保服務」？

以下是一些定義，能幫助您瞭解本計畫的會員如何取得承保照護和服務：

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

### 第 1.2 節 享有計畫承保醫療照護的基本規則

作為 Medicare 健康計畫，我們的計畫必須承保由 Original Medicare 承保的所有服務，且必須遵守 Original Medicare 的承保規則。

我們的計畫一般會承保您的醫療照護直至：

- 您所接受的照護包括在本計畫的醫療福利表中（該表在本手冊第 4 章）。
- 您所接受的照護被認為是**醫療必要性**。「醫療必要性」是指預防、診斷或治療您醫療狀況所需並符合可接受醫療執業標準的服務、用品或藥物。
- 您有一位**網絡內主治醫師 (PCP)** 提供並監督您的照護。身為本計畫的會員，您必須選擇一位網絡內 PCP（如需更多資訊，請參閱本章第 2.1 節）。
  - 在大部分情況下，您必須取得網絡內 PCP 或本計畫的事先核准才能使用計畫網絡內的其他醫療服務提供者，如專科醫師、醫院、特護療養機構或居家健康照護機構。這稱做為您「轉介」。有關這方面的詳細資訊，請參閱本章第 2.3 節。
  - 急診照護或緊急需求服務無需您的 PCP 轉介。還有其他不需要您 PCP 事先核准也能取得的照護類型（如需更多相關資訊，請參閱本章第 2.2 節）。

**第 3 章 利用本計畫的醫療服務承保範圍**

- 您必須從網絡內醫療服務提供者取得照護（如需更多相關資訊，請參閱本章的第 2 節）。在大部分情況下，您從網絡外醫療服務提供者（不屬於本計畫網絡的醫療服務提供者）取得的照護不屬承保範圍。以下為三大例外處理情況：
  - 計畫承保您在網絡外健康照護提供者處接受的急診照護或緊急需求服務。如需更多相關資訊並欲瞭解急診或緊急需求服務的定義，請參閱本章第 3 節。
  - 如果您需要 Medicare 規定本計畫提供承保的醫療照護，而網絡內醫療服務提供者無法提供該照護，您就可以從網絡外醫療服務提供者取得該照護（需要事先授權）在此情況下，您支付的費用與您若從網絡內醫療服務提供者取得照護時所需的費用相同。有關取得使用網絡外醫師之核准的資訊，請參閱本章第 2.4 節。
  - 當您暫時在本計畫的服務區域外時，本計畫將會承保您在經 Medicare 認證之洗腎機構所接受的洗腎服務。

**第 2 節 使用本計畫網絡內的醫療服務提供者取得醫療照護****第 2.1 節 您必須選擇一位主治醫師 (PCP) 來為您提供並監督醫療照護服務****什麼是「PCP」？PCP 能為您做什麼？**

本計畫僅使用特定醫療服務提供者。在本計畫服務區域，並非所有醫療團體及與其合作的 PCP、專科醫師以及機構您皆可使用。當您成為本計畫會員時，您必須從 Health Net Ruby Select (HMO) 網絡中選擇一位網絡內醫療服務提供者擔任您的 PCP。此外，限制您僅能使用已同意參與 Health Net Ruby Select (HMO) 計畫的專科醫師和機構。因為選擇此計畫將會要求您僅使用這些特定醫療服務提供者進行您的照護，所以仔細檢閱醫療服務提供者清單十分重要，才能確認這包括您例行使用的醫療服務提供者。此清單可見於計畫網站 [ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com)。

PCP 是指符合州政府規定且受過訓練能為您提供基本醫療照護的醫療保健專業人士。其中包括家庭醫學科醫師、全科醫師以及內科醫師。

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

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

### 第 3 章 利用本計畫的醫療服務承保範圍

「協調」您的承保服務，包括與其他計畫醫療服務提供者確認或諮詢您的照護內容及照護情況。針對特定服務或用品類型，您的 PCP 需要取得本公司的事先授權（事先核准）。如果您需要事先授權的服務，您的 PCP 就必須取得本計畫的授權。由於 PCP 會提供並協調您的醫療照護，您必須將過去所有的病歷寄給您 PCP 的診所。如上述說明，當您有例行的健康照護需求時，其中大多數通常會先由您的 PCP 看診。我們建議您讓您的 PCP 協調您所有的醫療保健事項。如需更多資訊，請參閱本章第 2.3 節。

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

#### 如何選擇自己的 PCP？

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

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

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

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

#### 更換您的 PCP

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

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

若要變更 PCP，您可以致電會員服務部，電話號碼位於本手冊封底。將會發給您一張新的會籍卡，其上顯示新的 PCP 名稱與聯絡資料。變動將於次月 1 號生效。**請注**

**第 3 章 利用本計畫的醫療服務承保範圍**

**意：**如果您使用的 PCP 並非會籍卡上所印刷者，您可能會產生更高費用的分攤費用，或者您的理賠將被拒絕。

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

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

在沒有您 PCP 事先核准的情況下，您能取得下列服務。

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

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

**第 2.3 節 如何從專科醫師和其他網絡內醫療服務提供者取得照護**

專科醫師是對特殊疾病或身體某部位提供醫療保健服務的醫師。專科醫師有許多種。以下是幾個例子：

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

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

### 第 3 章 利用本計畫的醫療服務承保範圍

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

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

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

#### 如果專科醫師或其他網絡內醫療服務提供者退出本計畫怎麼辦？

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

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

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

## 第 2.4 節 如何從網絡外醫療服務提供者取得照護

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

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

## 第 3 節 當您需要急診、有緊急照護需求或遇到災難時如何獲得承保服務

### 第 3.1 節 在醫療急診狀況時獲得照護

什麼是「急診狀況」？您有這樣的情況時該做什麼？

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

如果您有急診狀況時：

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

哪些醫療急診狀況在承保範圍內？

只要有需求，您隨時可在美國或其屬地的任何地方取得承保急診醫療照護。

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

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

**第 3 章 利用本計畫的醫療服務承保範圍**

如果您有緊急情況，我們會和提供您急診照護的醫師討論，以協助管理及追蹤您的照護。為您提供急診照護的醫師將會判定您的病情何時穩定下來以及醫療急診狀況何時結束。

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

**如果不是急診狀況時該怎麼辦？**

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

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

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

**第 3.2 節 在您有緊急服務需求時取得照護****什麼是「緊急需求服務」？**

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

**如果您有緊急醫療需求時人在計畫服務區域內該怎麼辦？**

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



### 第 3 章 利用本計畫的醫療服務承保範圍

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

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

#### 如果您有緊急照護需求時人在計畫服務區域外該怎麼辦？

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

我們的計畫承保下列情況下的美國境外全球急診和緊急照護服務：指在美國及其領土以外接受的緊急、急診和穩定後照護。從另一個國家或地區運送回美國不屬承保範圍。如需更多資訊，請參閱本手冊第 4 章醫療福利表中的「全球急診／緊急承保範圍」部分，或致電本手冊封底所列的電話號碼與會員服務部聯絡。

### 第 3.3 節 在發生災難期間取得照護

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

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

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

## 第 4 節 如果您直接收到承保服務的全額費用帳單怎麼辦？

### 第 4.1 節 您可要求我們支付承保服務費用中我們應該分攤的部分

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

## 第 4.2 節 若服務未由我們的計畫承保，您必須支付全額費用

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

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

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

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

## 第 5 節 當您參加「臨床實驗研究」時，您的醫療服務如何獲得承保？

### 第 5.1 節 何為「臨床實驗研究」？

臨床實驗研究（也稱之為「臨床試驗」）是醫師和科學家檢測新型醫療照護的方式，例如檢測新型癌症藥物奏效與否的方式。他們透過請自願者幫助進行研究的方式檢測新的醫療照護程序或藥物。此種研究是研發流程的最後階段之一，可幫助醫師和科學家瞭解新方法是否有成效以及是否安全。

並非所有的臨床研究都開放給本計畫的會員。Medicare 首先需要核准該實驗研究。如果您參加 Medicare 尚未核准的研究，則需要負責支付參加研究產生的所有費用。

一旦 Medicare 核准研究，負責研究的人員會聯絡您，更詳細地說明該研究，並查看您是否滿足開展研究的科學家所設定的要求。只要您滿足研究的要求且充分理解並接受研究所涉及的内容，則可參與研究。

如果您參加了 Medicare 核准的研究，Original Medicare 將支付研究中大多數承保服務的費用。當您參加臨床實驗研究時，您可繼續投保我們的計畫並享有本計畫提供的其他照護（與研究無關的照護）。

如果您希望參與 Medicare 核准的臨床實驗研究，您無需獲得我們或您 PCP 的核准。在臨床研究中提供您照護的醫療服務提供者不需要是本計畫醫療服務提供者網絡的一員。

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

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

### 第 5.2 節 當您參加臨床研究時，由誰支付相關費用？

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

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

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

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

為了讓我們支付我們應付的分攤費用，您必須提出給付申請。在提出要求時，您需附上 Medicare 摘要通知副本或其他能夠證明您在研究中所接受服務以及您應繳費用的文件。請參閱第 7 章，瞭解更多與提出給付申請有關的資訊。

### 第 3 章 利用本計畫的醫療服務承保範圍

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

- 一般而言，**Medicare** 不會給付臨床研究正在試驗的新用品或服務，除非 **Medicare** 在您不參與研究的情況下仍會承保該用品或服務。
- 研究免費提供給您或任何參與者的用品和服務。
- 僅用於收集資料，而非直接用於您醫療照護的用品或服務。例如，如果您的醫療狀況通常只需要一次 CT 掃描，**Medicare** 將不會支付研究中每月 CT 掃描的部分。

您還想獲得更多資訊嗎？

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

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

## 第 6 節 在「宗教性非醫療保健機構」中接受承保照護的規則

### 第 6.1 節 何為宗教性非醫療保健機構？

宗教性非醫療照護機構是指針對您通常在醫院或專業護理機構接受治療的病症，可提供相關照護的機構。如果在醫院或特護療養機構接受照護違反會員的宗教信仰，我們會改在宗教性非醫療保健機構提供照護承保。無論理由為何，您隨時都可以選擇尋求醫療保健。此項福利僅限 A 部分的住院服務（非醫療保健服務）。**Medicare** 將僅會給付由宗教性非醫療保健機構所提供之非醫療性質的健康照護服務。

### 第 6.2 節 從宗教性非醫療保健機構取得照護

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

- 「非強制性」醫療保健或治療是指您自願，且聯邦、州或地方法律並未規定您必須接受的醫療保健或治療。
- 「強制性」醫療治療是指並非您自願，或是聯邦、州或地方法律規定您必須接受的醫療保健或治療。

如欲取得本計畫承保，您從宗教性非醫療保健機構取得的照護必須符合以下條件：

- 提供照護的機構必須經由 **Medicare** 認證。
- 本計畫對您所接受服務的承保僅限於非宗教性質的照護。

### 第 3 章 利用本計畫的醫療服務承保範圍

- 若您在該機構的院所中取得服務，則以下條件適用：
  - 您的醫療狀況必須足以讓您取得住院照護或特護療養機構照護的承保服務。
  - 一並且一您必須在入住該機構之前獲得本計畫的事先核准，否則住院將不屬承保範圍。

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

## 第 7 節 耐用醫療器材所有權規定

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

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

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

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

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

如果您在本計畫內尚未取得耐用醫療器材物品之所有權，那麼您投保 Original Medicare 之後必須再重新連續繳交 13 期費用才能取得該物品的所有權。您在我們計畫中的付款不計入這 13 次連續付款。

加入我們的計畫前，如果您在 Original Medicare 中為 DME 付款的次數少於 13 次，則您先前的付款也不計入 13 次連續付款。您需要在轉換回 Original Medicare 後重新向該物品連續支付 13 次，才可獲得物品的所有權。當您轉換回 Original Medicare 時，謹依此辦理絕無特例。

## 第 8 節 氧氣設備、用品和維護規定

### 第 8.1 節 您可享有哪些氧氣福利？

若您符合 Medicare 氧氣設備承保範圍的資格，則只要您投保，Health Net Ruby Select (HMO) 就會承保：

- 租用氧氣設備
- 提供氧氣和氧氣內容物
- 用來提供氧氣和氧氣內容物的管件和相關氧氣配件
- 維護和維修氧氣設備

若您退出 Health Net Ruby Select (HMO) 或在醫療上不再需要氧氣設備，則必須將氧氣設備歸還給擁有者。

### 第 8.2 節 分攤費用是多少？這在 36 個月之後會改變嗎？

您對 Medicare 氧氣設備承保範圍的分攤費用為每月 20% 共同保險金。

若在投保 Health Net Ruby Select (HMO) 之前，您已為氧氣設備承保範圍支付了 36 個月的租金，則您在 Health Net Ruby Select (HMO) 的分攤費用為 20% 共同保險金。

### 第 8.3 節 若您退出計畫並換回 Original Medicare，會發生什麼情況？

若您轉換回 Original Medicare，則會開始新的 36 個月週期，每五年更新一次。例如，若您在加入 Health Net Ruby Select (HMO) 之前已支付 36 個月的氧氣設備租金，那麼加入 Health Net Ruby Select (HMO) 12 個月，然後又回到 Original Medicare，則您將為氧氣設備承保範圍支付全額分攤費用。

同樣地，若您在投保 Health Net Ruby Select (HMO) 期間，已付款 36 個月，然後回到 Original Medicare，則您將為氧氣設備承保範圍支付全額分攤費用。

## 第 4 章

「醫療福利表」 (承保範圍以及您支付的費用)

## 第 4 章 醫療福利表（承保範圍以及您支付的費用）

<b>第 1 節</b>	<b>瞭解您承保服務的自費額.....</b>	<b>56</b>
第 1.1 節	您可能需要為承保服務支付的自費額類型.....	56
第 1.2 節	您需為承保醫療服務支付的費用上限是多少？.....	56
第 1.3 節	本計畫不允許醫療服務提供者向您收取「差額負擔」.....	56
<b>第 2 節</b>	<b>使用醫療福利表找出您的承保範圍以及您需支付多少費用.....</b>	<b>57</b>
第 2.1 節	作為計畫會員您享有的醫療福利和承擔的費用.....	57
<b>第 3 節</b>	<b>本計畫不承保哪些服務？.....</b>	<b>92</b>
第 3.1 節	本計畫不承保的服務（排除項目）.....	92



## 第 1 節 瞭解您承保服務的自費額

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

### 第 1.1 節 您可能需要為承保服務支付的自費額類型

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

- 「共付額」是指您每次接受醫療服務時支付的固定金額。您在取得醫療服務時支付共付額（如需更多有關共付額的資訊，請參閱第 2 節的醫療福利表。）
- 「共同保險金」是指您支付特定醫療服務總費用的百分比。您在取得醫療服務時支付共同保險金。（第 2 節的「醫療福利表」將會進一步為您說明共同保險金）。

對於符合 Medicaid 或 Qualified Medicare Beneficiary (QMB) 資格的大多數會員不需要負擔自付額、共付額或共同保險金。如適用時，請記得出示符合 Medicaid 或 QMB 資格的證明文件給您的醫療服務提供者。如您認為被要求支付不合理的費用，請聯絡會員服務部。

### 第 1.2 節 您需為承保醫療服務支付的費用上限是多少？

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

身為本計畫的會員，您在 2021 年網絡內承保服務的自費額最高為 \$4,400。您為網絡內承保服務支付的共付額和共同保險金，將計入此自費額上限。（您為您 D 部分處方藥所付的費用不計入您的自費額上限中。此外，您為某些服務所支付的金額也不計入您的自費額上限中。這些服務在醫療福利表中有標註星號 (\*)。若您達到了自費額上限 \$4,400，在該年度剩餘期間您將無需再為網絡內承保服務支付任何自費額。不過，您還是必須繼續繳納 Medicare B 部分的保費（除非您的 B 部分保費有 Medicaid 或其他第三方為您繳納）。

### 第 1.3 節 本計畫不允許醫療服務提供者向您收取「差額負擔」

作為我們計畫的會員，您在享有我們的計畫承保的服務時，只需支付您分攤的費用，這是對您的重要保護。我們不允許健康照護提供者添加稱之為「差額負擔」的其他單獨費用。即使我們支付給醫療服務提供者的金額低於其就服務收取的費用，以及即使存在糾紛，而且我們未支付特定醫療服務提供者收取的費用時，此保障（您絕不會支付超過自己的分攤費用金額）仍適用。

以下是此項保障的規定。

- 如果您分攤的費用為共付額（固定金額，例如 \$15.00），則在接受網絡內健康照護提供者所提供的任何承保服務時，您只需支付該筆金額即可。
- 如果您的分攤費用是共同保險金（總費用的百分比），則您支付的金額絕對不會超過該百分比。然而，您的費用取決於您使用的是哪一類型的醫療服務提供者：
  - 如果您透過網絡內健康照護提供者取得承保服務，您需支付的費用將等於共同保險金百分比乘以本計畫的報銷費率（如健康照護提供者與本計畫所簽訂的合約所規定）。
  - 如果您透過加入 Medicare 的網絡外健康照護提供者取得承保服務，您需支付的費用將等於共同保險金百分比乘以 Medicare 簽約健康照護提供者給付費率（請謹記，本計畫只有在特定情況下（例如您取得轉介）才會承保網絡外健康照護提供者所提供的服務）。
  - 如果您從未參與 Medicare 的網絡外健康照護提供者處接受服務，則您支付的費用為共同保險金比例乘以未參與 Medicare 的健康照護提供者的給付費率（切記，只有在特定情況下，例如您取得轉介，計畫才承保網絡外醫療服務提供者所提供的服務。）
- 如果您認為醫療服務提供者向您收取「差額負擔」，請致電與會員服務部聯絡（電話號碼列印於本手冊封底）。

---

## 第 2 節 使用醫療福利表找出您的承保範圍以及您需支付多少費用

---

### 第 2.1 節 作為計畫會員您享有的醫療福利和承擔的費用

下頁的「醫療福利表」列出了我們計畫承保的服務及每項服務的自費費用。「醫療福利表」中所列的服務僅在達到以下承保要求時予以承保：

- 您的 Medicare 承保服務必須按照 Medicare 制定的承保指南提供。
- 您的服務（包括醫療照護、服務、用品和設備）必須具有醫療必要性。「醫療必要性」是指為了預防、診斷或治療您的醫療狀況所需且符合獲得認可之醫療執業標準的服務、用品或藥品。
- 您接受網絡內健康照護提供者的照護。在大多數情況下，您透過網絡外健康照護提供者取得的照護將不屬於承保範圍。第 3 章提供了關於使用網絡內健康照護提供者要求和我們何時會承保網絡外健康照護提供者服務的更多資訊：
- 您擁有基本保健醫師 (PCP)，由其提供並監管您的照護。在大部分情況下，您必須取得 PCP 事先核准才能接受本計畫網絡內其他醫療服務提供者看診。這稱作為您「轉介」。第 3 章有提供更多關於獲得轉介和您無需轉介情況的資訊。

- 部分列於醫療福利表中的服務只有在您的醫師或其他網絡內醫療服務提供者取得本計畫的事先核准（有時稱為「事先授權」）時才屬承保範圍。在醫療福利表中，需要事先核准的承保服務以斜體標示。


其他有關我們承保範圍的重要須知如下：

- 如同其他所有的 Medicare 健保計畫，本計畫承保 Original Medicare 承保的所有項目。就當中的某些福利而言，您在本計畫所需支付的費用將高於您在 Original Medicare 所需支付的費用。但就其他福利而言，您需支付的費用則減少了。（如果您想瞭解更多有關 Original Medicare 承保範圍與費用的資訊，請參閱《Medicare & You 2021》手冊。您亦可在網上檢視該手冊 [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取一份副本，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048）。
- 針對 Original Medicare 承保的所有免費預防服務，我們也承保這些服務，您無需付費。不過，如果您在接受預防性服務看診時，同時接受既有醫療狀況的治療或監控，則您必須就既有醫療狀況所接受的照護支付共付額。
- 有時，Medicare 會在年度當中增加 Original Medicare 新服務承保範圍。若 Medicare 在 2021 年期間新增任何服務的承保範圍，Medicare 或本計畫將涵蓋這些服務的承包。



在本福利表中，您將可在預防服務項目旁看到此蘋果標示。

## 醫療福利表

為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<p> <b>腹主動脈瘤篩檢</b></p> <p>針對風險族群所提供的一次性超音波篩檢。僅有在您具備某些風險因子且您有透過醫師、醫師助理、執業護理師或臨床專科護士取得轉介的情況下，本計畫才會承保此篩檢。</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>符合此預防篩檢資格的受益人無需支付共同保險金、共付額或自付額。</p>
<p><b>用於慢性下背疼痛的針灸</b></p> <p>承保服務包括：</p> <p>在下列情況下，可在 90 日內為 Medicare 受益人承保最多 12 次看診：</p> <p>就此項福利而言，慢性下背疼痛定義為：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 持續 12 週或更長時間；</li><li>• 非特定、沒有可識別的系統性原因（亦即與轉移性、發炎性、傳染性等疾病無關）；</li><li>• 與手術無關；以及</li><li>• 與懷孕無關。</li></ul> <p>將為呈現病況改善的病患另外承保八次會談。每年施行的針灸治療不可超過 20 次。</p> <p>若病人沒有改善或是繼續惡化，必須中斷治療。</p> <p><b>例行性針灸服務</b></p> <p>除了 Medicare 承保的針灸服務，本計畫每曆年最多承保 24 次例行性（非 Medicare 承保範圍內）針灸看診。看診次數上限會與例行性脊椎推拿治療服務合併計算。</p> <p>在大部分的情況下，對於承保的服務，您必須從與 American Specialty Health (ASH) Group 簽約的醫療服務提供者接受服務。</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>您需為 Medicare 承保的針灸看診每次支付共付額 \$10。</p> <p>您需為每次例行性針灸看診支付 \$0 共付額。*</p> <p>提供特定服務時，針對 Medicare 承保並從獨立針灸診所之外接受的針灸服務，您必須支付適用的分攤費用金額。對於在醫師診所進行的服務，請參閱本章「醫師／執業人員服務」一節。對於在門診醫院或門診外科手術中心進行的服務，請參閱本章「門診外科手術，包括在醫院門診機構和門診外科手術中心提供的服務」一節。</p> <p>*若適用分攤費用，您為這些服務所支付的金額不計入您的自費額上限。</p>

### 為您承保的服務

### 您在接受這些服務時必須支付的費用

#### 例行性針灸服務（續）

承保的針灸服務包括：

- 初步檢查（新病人檢查或為舊病人初步評估新的健康問題或新發病期所進行的檢查）
- 重新檢查（在有必要評估進度或修正治療時進行的既有病人檢查）
- 追蹤看診可包括針灸服務和／或重新檢查
- 使用不同的 ASH Group 簽約醫療服務提供者取得第二意見
- 緊急和急診服務

在緊急狀況下，您可能必須先行支付費用給網絡外醫療服務提供者。要求醫療服務提供者先開立保險帳單。如果您收到服務的帳單，請將帳單副本和填妥的理賠表寄至 American Specialty Health Group, Inc. (ASH Group)。

如需索取理賠表、其他資訊或在尋找網絡內醫療服務提供者時需要協助，請於太平洋時間週一至週五上午 5 點到晚上 8 點致電 1-800-678-9133（聽障專線使用者請致電 711）。

填妥的理賠表和帳單應寄至：

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

#### 救護服務

- 承保的救護服務包括使用定翼機、旋翼機及地面救護服務前往距離最近並能提供照護的適當機構，但前提是接受這些服務的會員之醫療狀況使得其他交通運輸方式可能危及會員的健康，或這些服務已獲得本計畫的授權。
- 如果根據紀錄，會員的病況使得其他交通運輸方式均可能會危及會員的健康，且救護運輸為醫療必要性，則適用非急診救護運輸。

定翼機和非急診載運服務可能需要事先授權。

您需為 Medicare 承保的地面救護服務的每趟單程救護支付共付額 \$295。


針對 Medicare 承保的空中救護服務，您需為每趟單程救護支付 5% 共同保險金。

為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<p><b>年度例行身體檢查</b></p> <p>本計畫除了承保屬於 Medicare 承保範圍的年度保健看診之外，還承保年度例行身體檢查與「歡迎投保 Medicare」預防看診。福利限每年一次例行身體檢查。</p> <p>年度例行身體檢查可讓您另外與醫師會診，討論整體健康問題、顧慮和病史。</p>	<p>年度例行身體檢查無需共同保險金、共付額或自付額。*</p> <p>對於所有其他服務，請參閱此表後面部分關於每項福利的具體分攤費用資訊。</p> <p>*若適用分攤費用，您為這些服務所支付的金額不計入您的自費額上限。</p>
<p> <b>年度保健看診</b></p> <p>如果您投保 B 部分超過 12 個月，即可接受年度保健看診，根據您目前的健康與風險因子來規劃或更新個人化預防計畫。此類看診每年獲得一次承保。</p> <p><b>注意：</b>您的首次年度保健看診不得在「歡迎加入 Medicare」預防性看診後 12 個月內進行。不過，若是您加入 B 部分達 12 個月，您無需經過「歡迎投保 Medicare」看診即可獲得年度保健看診的承保。</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>年度保健看診無需共同保險金、共付額或自付額。</p>
<p> <b>骨質密度測量</b></p> <p>針對符合資格的人士（通常是指有骨質流失或骨質疏鬆風險的人），以下服務每 24 個月可獲得一次承保，或者若為醫療必要性，承保次數可更頻繁：需透過程序判定骨密度、偵測到骨質流失或需骨質判定，以及醫師的檢測結果判讀。</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>Medicare 承保的骨質密度測量無需共同保險金、共付額或自付額。</p>
<p> <b>乳癌篩檢（乳房 X 光攝影）</b></p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 年齡介於 35 歲至 39 歲者一次基準期乳房攝影</li><li>• 年滿 40 歲以上的女性每 12 個月一次乳房攝影篩檢</li><li>• 每 24 個月一次的臨床乳房檢查</li></ul>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>屬承保範圍的乳房 X 光攝影篩檢無需共同保險金、共付額或自付額。</p>

為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<p><b>心臟功能復健服務</b></p> <p>針對符合特定條件並經由醫師轉介的會員，各項心臟功能復健服務方案 (包括運動、教育和諮詢) 都將可獲得承保。本計畫亦承保密集心臟功能復健服務方案，此方案通常比心臟功能復健服務方案來得嚴謹或密集。</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>針對 Medicare 承保的心臟功能復健服務看診，您每次需支付共付額 \$0。</p> <p>針對 Medicare 承保的密集心臟功能復健服務看診，您每次需支付共付額 \$0。</p>
<p> <b>減少心血管疾病風險看診（心血管疾病治療）</b></p> <p>我們承保在您主治醫師處每年一次看診，以幫助降低您罹患心血管疾病的風險。在此次看診期間，您的醫師可能會與您討論阿斯匹靈的使用（如適用）、檢查您的血壓，並給您一些建議以確保您的飲食健康。</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>密集行為治療心血管疾病預防福利無需共同保險金、共付額或自付額。</p>
<p> <b>心血管疾病檢測</b></p> <p>用於檢測心血管疾病（或與心血管疾病風險增高有關的異常狀況）的驗血，每 5 年（60 個月）一次。</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>每 5 年可獲得一次承保的心血管疾病檢測無需共同保險金、共付額或自付額。</p>
<p> <b>子宮頸癌及陰道癌篩檢</b></p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 適用所有女性：每 24 個月一次的子宮頸抹片檢查及骨盆檢查</li><li>• 如果您是子宮頸癌或陰道癌的高風險者，或您是育齡婦女且過去 3 年間子宮頸抹片檢查結果有異常：則可以每 12 個月做一次檢測</li></ul>	<p>可能需要事先授權</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>Medicare 承保的預防性子宮頸抹片檢查及骨盆檢查無需共同保險金、共付額或自付額。</p>

為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<p><b>脊椎推拿治療服務</b></p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Medicare 承保服務</b>（以矯正半脫位為目的的脊椎推拿）。</li><li>• <b>例行脊椎推拿治療服務</b>每曆年看診次數最多 24 次。看診限制次數與針灸服務合併計算。</li></ul> <p>承保的脊椎推拿治療服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 初步檢查（新病患檢查或為舊病患初步評估新的健康問題或新發病期所進行的檢查）</li><li>• 重新檢查（在有必要評估進度或修正治療時進行的既有病患檢查）、脊柱或關節推拿、重新檢查和／或其他服務（可在同次看診時作為檢查提供這些服務）</li><li>• X 光和化驗服務，但必須是由簽約脊椎治療醫師提供或轉介。在新病患或舊病患看診外進行的 X 光和化驗服務會需要評估個人共付額</li><li>• 緊急和急診服務</li></ul> <p>在緊急狀況下，您可能必須先行支付費用給網絡外醫療服務提供者。要求醫療服務提供者先開立保險帳單。如果您收到服務的帳單，請將帳單副本和填妥的理賠表寄至 American Specialty Health Group, Inc.(ASH Group)。</p> <p>如需索取理賠表、其他資訊或在尋找網絡內醫療服務提供者時需要協助，請於太平洋時間週一至週五上午 5 點到晚上 8 點致電 1-800-678-9133（聽障專線使用者請致電 711）。</p> <p>填妥的理賠表和帳單應寄至：</p> <p>American Specialty Health Plans of California, Inc. Claims Department P.O. Box 509001 San Diego, CA 92150-9001</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>您需為 Medicare 承保的脊椎推拿治療看診每次支付共付額 \$10。</p> <p>您需為每次例行脊椎推拿治療看診支付 \$0 共付額。*</p> <p>*若適用分攤費用，您為這些服務所支付的金額不計入您的自費額上限。</p>




為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<p> <b>大腸直腸癌篩檢</b></p> <p>若是年滿 50 歲以上者，以下項目屬承保範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>軟式乙狀結腸鏡檢查（或替代性鉍劑灌腸篩檢），每 48 個月一次</li></ul> <p>下列任一服務均為每 12 個月一次：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>傳統化學法糞便潛血檢查 (gFOBT)</li><li>糞便免疫化學檢查 (FIT)</li></ul> <p>DNA 結腸直腸癌篩檢，每 3 年一次</p> <p>針對直腸癌高風險族群，本計畫承保：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>結腸鏡篩檢（或替代性鉍劑灌腸篩檢），每 24 個月一次</li></ul> <p>針對非直腸癌高風險人群，本計畫承保：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>乙狀結腸鏡檢查，每 10 年（120 個月）一次，但不能在進行過乙狀結腸鏡篩檢的 48 個月之內</li></ul>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>Medicare 承保的結腸直腸癌篩檢檢查無需共同保險金、共付額或自付額。</p> <p>Medicare 承保的鉍劑灌腸無需共同保險金、共付額或自付額。</p>
<p><b>牙科服務</b></p> <p>一般來說，牙科預防服務（例如洗牙、例行牙科檢查及牙科 X 光）均不屬於 Original Medicare 承保範圍。</p> <p>本計畫承保：</p> <ul style="list-style-type: none"><li><b>Medicare 承保的牙科照護</b>（承保服務僅限下顎或相關結構的外科手術、下顎或臉骨骨折固位、為了準備下顎腫瘤癌症疾病的放射線治療而進行的拔牙，或當由醫師提供時即屬承保範圍的服務）。</li></ul>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p><b>Medicare 承保服務</b> 您需為每次 Medicare 承保的牙科服務支付共付額 \$0。</p> <p><b>預防性牙科</b> 您需為每次口腔檢查支付 \$0 共付額。*</p> <p>您需為每次洗牙支付共付額 \$0。*</p>

為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<ul style="list-style-type: none"><li>● 預防性牙科照護（承保服務包括下列項目）。<ul style="list-style-type: none"><li>○ 口腔檢查 – 每曆年 2 次</li><li>○ 洗牙(預防) – 每年度 2 次</li><li>○ 塗氟治療 – 每曆年 1 次</li><li>○ 牙科 X 光 – 每曆年 1 組</li></ul></li><li>● 綜合性牙科照護（承保服務包括下列特定項目）。<ul style="list-style-type: none"><li>○ 非例行性服務</li><li>○ 診斷性服務</li><li>○ 修復服務</li><li>○ 牙髓病</li><li>○ 牙周病</li><li>○ 拔牙</li><li>○ 義齒補綴，包括假牙、其他口腔／顎顏外科手術和其他服務。</li></ul></li></ul>	<p>您需為每次塗氟治療支付共付額 \$0。*</p> <p>您需為牙科 X 光支付共付額 \$0。*</p> <p><b>綜合性牙科</b> <b>非例行性服務：</b> 您需為每次非例行性服務支付 \$0 共付額。*</p> <p><b>診斷性服務：</b> 您需為每次診斷性服務支付 \$0-\$15 共付額。*</p> <p><b>修復服務：</b> 您需為每次修復服務支付 \$0-\$300 共付額。*</p>
<p>如有關於如何尋找醫療服務提供者、如何要求理賠等問題，或需要其他資訊，請致電 Health Net Dental California 的牙科會員服務部，電話為 1-866-249-2382（聽障專線為 711），服務時間為週一至週五，上午 7 點至晚上 10 點。</p>	<p><b>牙髓病：</b> 您需為每次牙髓服務支付 \$5-\$275 共付額。*</p> <p><b>牙周病：</b> 您需為牙周服務支付 \$0-\$375 共付額。*</p> <p><b>拔牙：</b> 您需為每次拔牙支付 \$15-\$150 共付額。*</p> <p><b>義齒補綴，包括假牙、其他口腔／顎顏外科手術和其他服務：</b> 您需為每次義齒補綴服務支付共付額 \$0-\$2,250。*</p>
	<p>*若適用分攤費用，您為這些服務所支付的金額不計入您的網絡內自費額上限。</p>

為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<p> <b>憂鬱症篩檢</b></p> <p>我們每年承保一次憂鬱症篩檢。篩檢必須在可提供追蹤治療和（或）轉介的基層醫療環境下進行。</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>年度憂鬱症篩檢看診無需共同保險金、共付額或自付額。</p>
<p> <b>糖尿病篩檢</b></p> <p>如果您具備以下其中一項危險因子，我們承保此項篩檢（包括血糖快篩）：高血壓、膽固醇與三酸甘油酯指數異常之病史（血脂異常）、肥胖，或是高血糖病史。如果您符合其他規定，例如體重過重及有糖尿病家族病史，檢驗也可納入承保範圍。</p> <p>根據檢驗結果，您可能就會擁有每 12 個月最多兩次糖尿病篩檢的資格。</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>Medicare 承保的糖尿病篩檢檢測無需共同保險金、共付額或自付額。</p>
<p> <b>糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務與用品</b></p> <p>針對所有糖尿病患者（胰島素和非胰島素使用者）。承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 用於監測血糖的用品：血糖監測器、血糖試紙、採血針裝置和採血針，以及檢查試紙和監測器是否準確的模擬血糖液。</li><li>• 有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病病人：每曆年一雙客製治療鞋（包括此類鞋子隨附的鞋墊）及額外兩副鞋墊，或一雙鞋身加高的鞋子和三副鞋墊（不包括此類鞋子隨附的非客製可拆卸式鞋墊）。承保範圍包括試鞋。</li><li>• 糖尿病自我管理訓練在某些情況下可獲得承保。</li></ul>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>對於 Medicare 承保、由您的醫師指示使用的糖尿病血糖儀或用品，包括 Accu-Chek™ 和 OneTouch™，若您透過 Health Net 簽約藥房領取處方箋用品，則您需支付 0% 共同保險金。</p> <p>其他品牌可能不屬承保範圍，除非具有醫療必要性且獲得事先授權。若您獲得另一個品牌的授權，您將支付 20% 的費用。</p>

為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
	<p>針對 Medicare 承保、適用於罹患嚴重糖尿病足部疾病之糖尿病病人的專用治療鞋或鞋墊，您需支付 \$0 的共付額。</p> <p>Medicare 承保的糖尿病自我管理訓練無需共同保險金、共付額或自付額。</p>
<p><b>耐用醫療器材 (DME) 與相關用品</b></p> <p>（「耐用醫療器材」的定義請參閱本手冊第 12 章。）</p> <p>承保用品包括但不限於：輪椅、拐杖、動力床墊、糖尿病用品、由醫療服務提供者所訂購居家使用的病床、靜脈輸液幫浦、語音溝通裝置、氧氣設備、噴霧器和助行器。</p> <p>Original Medicare 承保且具有醫療必要性的所有 DME，本計畫均予以承保。如果我們的供應商在您所在地區不提供特定品牌或廠家，您可以詢問他們是否可為您特別訂購。我們的網站提供最新的供應商清單，網址：<a href="http://ca.healthnetadvantage.com">ca.healthnetadvantage.com</a>。</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>您需為 Medicare 承保的 DME 和相關用品支付 20% 的共同保險金。</p>
<p><b>急診照護</b></p> <p>急診照護是指符合以下條件的服務：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 由有資格提供急診服務的健康照護提供者所提供，並且</li><li>• 需要該服務以評估或穩定緊急醫療病況。</li></ul> <p>「急診狀況」是指當您或其他具備一般健康醫療知識之審慎非專業人士，認定您的醫療症狀必須即時醫治，才能避免喪失生命、四肢或四肢功能的狀況。醫療症狀包括疾病、受傷、劇痛或迅速惡化的醫療狀況。</p>	<p>您需為 Medicare 承保的每次急診室看診支付共付額 \$90。</p> <p>如果您立即住院即不需支付此金額。</p> <p>如果您在網絡外醫院接受急診照護，並且在您的急診病況穩定後需要住院照護，您必須回到網絡內醫院，您的照護才可繼續獲得承保，或者您在網絡外醫院的住院照護必須獲得本計畫的授權，在此情況下，您的費用比照您在網絡內醫院需支付的分攤費用。</p>

為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<p>在網絡外提供的必要急診服務其分攤費用將比照該等服務在網絡內提供時的情況。</p> <p>本節中所列的福利適用於美國境內及其領土內的服務。</p> <p>如需美國境外及其領土外的承保範圍資訊，請參閱本醫療福利表後面的「全球急診／緊急照護承保」部分。</p>	
<p> <b>健康與保健教育方案</b></p> <p><b>健身福利</b></p> <p>免費向您提供下列選擇：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 健身中心會籍：您可以前往附近參加本計畫的簽約健身中心；以及</li><li>● 居家健身組合方案：您可以從各種居家健身組合方案中選擇。您在每個福利年度最多可以接受 2 種組合方案。</li></ul> <p><b>護士諮詢專線</b></p> <p>受過訓練的臨床醫護人員將為您提供免付費的電話輔導和護士諮詢。護士諮詢專線每週 7 天、每天 24 小時均可提供健康相關問題協助服務。護士諮詢專線電話號碼顯示在您的會籍卡上，您也可以致電會員服務部並轉接。</p>	<p>您需為健身福利支付共付額 \$0。*</p> <p>您需為護士諮詢專線福利支付共付額 \$0。*</p> <p>*若適用分攤費用，您為這些服務所支付的金額不計入您的自費額上限。</p>
<p><b>聽力服務</b></p> <p>由您的 PCP 進行的診斷性聽力和平衡評估，以確定您是否需要接受治療，視為由醫師、聽力學家或其他合格的醫療服務提供者的門診照護承保</p> <p>本計畫亦承保下列例行（非 Medicare 承保項目）聽力服務：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 例行聽力檢查：每年度 1 次</li><li>● 助聽器配驗：每年度 1 次</li></ul>	<p>可能需要事先授權</p> <p>可能需要轉介。</p> <p><b>Medicare 承保服務：</b></p> <p>針對 Medicare 承保的聽力檢查，您需支付共付額 \$0。</p>

為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<ul style="list-style-type: none"><li>助聽器 — 根據聽力檢查結果判定為醫療必要性時才可獲得承保，每年度一次。全部僅限 2 台助聽器，每年度每耳各 1 台。</li></ul> <p>您必須直接與 Hearing Care Solutions 約診，以取得聽力檢查、助聽器和助聽器配驗服務。如欲尋找您附近的 Hearing Care Solutions 據點並與 Hearing Care Solutions 醫療服務提供者約診，請致電與 Hearing Care Solutions 聯絡，電話號碼為 1-866-344-7756，服務時間為山區時間週一至週五，早上 6 點至下午 6 點 (TTY：711，聽力和言語障礙人士協助熱線)。</p>	<p><b>例行聽力服務：</b></p> <p>您需為每項年度例行聽力檢查支付 \$0 共付額。*</p> <p>您需為助聽器配驗支付 \$0 共付額。*</p> <p><b>助聽器：</b></p> <p>技術等級一：每台助聽器您需支付共付額 \$0。*</p> <p>技術等級二：每台助聽器您需支付共付額 \$700。*</p> <p>技術等級三：每台助聽器您需支付共付額 \$1,125。*</p> <p>技術等級四：每台助聽器您需支付共付額 \$1,580。*</p> <p>*若適用分攤費用，您為這些服務所支付的金額不計入您的自費額上限。</p>
<p> <b>HIV 篩檢</b></p> <p>對要求做 HIV 篩檢檢測或感染 HIV 風險增高的人士，本計畫承保：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>每 12 個月一次篩檢檢查</li></ul> <p>對懷孕婦女，我們承保：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>懷孕期間最多三次篩檢檢查</li></ul>	<p><i>可能需要事先授權</i></p> <p>可能需要轉介。</p> <p>符合資格的會員無需為 Medicare 承保的 HIV 預防篩檢支付共同保險金、共付額或自付額。</p>

為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<p><b>居家健康照護機構照護</b></p> <p>在接受居家醫療保健服務前，醫師必須證明您需要居家醫療保健服務並開具醫囑，要求由居家照護機構提供居家醫療保健服務。您必須因病而無法離家，換句話說，出門對您而言十分困難。</p> <p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 兼職或暫時性的專業護理和居家健康助理服務（您的專業護理和居家健康助理服務時間合計每天必須少於 8 小時，且每週必須少於 35 小時，才可納入居家健康照護福利的承保範圍）</li><li>• 物理治療、職能治療與語言治療</li><li>• 醫療及社會服務</li><li>• 醫療器材與用品</li></ul>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>您需為每次 Medicare 承保的居家健康照護看診支付共付額 \$0。</p>
<p><b>居家輸液治療 (HIT)</b></p> <p>居家輸液治療涉及在家中對個人於靜脈或皮下施打藥品或生物製劑。進行居家輸液所需要的物件包括藥品（例如抗病毒劑、免疫球蛋白）、器材（例如幫浦）和用品（例如管件和導管）。</p> <p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 根據照護計畫提供的專業服務，包括護理服務</li><li>• 耐用醫療器材福利不承保的病人訓練和教育</li><li>• 遠距監測</li><li>• 用於提供居家輸液治療的監測服務，以及由合格的居家輸液治療提供者提供的居家輸液藥品</li></ul>	<p>您需為專業服務（包括護理服務、訓練和教育、遠距監測和監測服務）支付共付額 \$0。</p> <p>居家輸液器材和用品屬於耐用醫療器材 (DME) 福利的承保範圍。請參閱 DME 列瞭解費用分攤資訊。</p> <p>居家輸液藥品屬於 Medicare B 部分藥品福利的承保範圍。請參閱 Medicare B 部分藥品列瞭解費用分攤資訊。</p>
<p><b>安寧照護</b></p> <p>您可以透過任何經 Medicare 認證的臨終關懷照護方案取得照護。當您的醫師和臨終關懷醫療主任對您作出末期疾病預後診斷，確認您病危且擁有 6 個月或更短壽命（若您的疾病按常規發展）時，您符合資格享有臨終關懷福利。您的臨終關懷醫師可以是網絡內健康照護提供者或網絡外健康照護提供者。</p>	<p>當您參加 Medicare 認證的安寧照護方案時，與您的末期病況有關的安寧照護服務及 A 部分與 B 部分服務將由 Original Medicare 給付，而非由本計畫給付。</p>

### 為您承保的服務

### 您在接受這些服務時必須支付的費用

#### 安寧照護（續）

承保服務包括：

- 控制症狀與舒緩疼痛的藥品
- 短期喘息照護
- 居家照護

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

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

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

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

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

對於由計畫的 D 部分福利承保的藥物：不論在何種情況下，藥品均不會同時獲得安寧照護及本計畫的承保。如需更多資訊，請參閱第 5 章第 9.4 節（如果您接受了經 Medicare 認證的安寧照護怎麼辦？）。



為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<p><b>安寧照護（續）</b></p> <p><b>注意：</b>如果您需要非臨終關懷照護（與您的末期疾病預後無關的照護），您應聯絡我們以安排服務。</p> <p>本計畫為尚未選擇安寧照護福利之末期疾病患者承保安寧照護諮詢服務（僅限一次）。</p>	
<p> <b>免疫接種</b></p> <p>Medicare B 部分承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 肺炎疫苗</li><li>• 流感疫苗，每次秋季和冬季的流感季節一次，如果有醫療必要性，可注射額外的流感疫苗</li><li>• B 型肝炎疫苗（如果您是 B 型肝炎中或高風險者）</li><li>• 其他疫苗，條件是您有罹病風險且該疫苗符合 Medicare B 部分承保規定</li></ul> <p>D 部分處方藥福利所涵蓋的一些疫苗也納入我們的承保範圍。</p>	<p>有些 B 部分藥品須取得事先授權才屬於承保範圍。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>Medicare 承保的肺炎、流感及 B 型肝炎疫苗無需共同保險金、共付額或自付額。</p> <p>針對 Medicare 承保的其他疫苗（如果您有罹病風險且這些疫苗符合 Medicare B 部分的承保範圍規定），請參閱此表中的 Medicare B 部分處方藥一節，瞭解適用的分攤費用。</p>
<p><b>住院照護</b></p> <p>包含急性病症住院、住院復健、長期照護醫院以及其他類型的住院服務。住院照護是從您經醫師安排正式住院的當天開始算起。您出院的前一天即是您住院的最後一天。</p> <p>Medicare 承保的住院天數無上限。</p> <p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 雙人病房（若是具有醫療必要性則單人病房亦可）</li><li>• 膳食，包括特殊飲食</li><li>• 例行護理服務</li></ul>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>對於 Medicare 承保的住院，每次住院：</p> <p>第 1 日至第 5 日：您每日需支付共付額 \$345。</p> <p>第 6 日（含）之後*：您每日需支付共付額 \$0。</p>

## 為您承保的服務

## 您在接受這些服務時必須支付的費用

### 住院照護（續）

- 特殊照護病房（例如加護病房或冠心病照護病房）的費用
- 藥品和藥物
- 化驗
- X 光和其他放射線服務
- 必需的外科和醫療用品
- 用具的使用，例如，輪椅
- 手術和恢復室費用
- 物理、職能及言語治療
- 藥物濫用住院治療
- 在某些情況下，承保下列器官的移植：角膜、腎臟、腎臟-胰腺、心臟、肝臟、肺臟、心臟／肺臟、骨髓、幹細胞，以及腸／多種臟器。如果您需要移植，我們將安排一個 Medicare 核准的移植中心審查您的病例，以決定您是否適合移植。移植健康照護提供者可能位於當地或位於服務區域外。如果我們的網絡內移植服務不在社區照護範圍之內，只要當地移植醫療服務提供者願意接受 Original Medicare 的費率，您就可以選擇去當地。如果本計畫在您社區的照護範圍外的地點提供移植服務，而您選擇在該地點接受移植，則我們會為您及陪伴您前往的人士（限一位）安排適當的住宿和交通運輸或為您支付相關費用。
- 血液 — 包括儲存和輸血。全血與濃縮紅血球從您需要的第一品脫血液開始承保。所有其他血液元素從使用的第一品脫開始承保。
- 醫師服務


**注意：**如欲成為住院病患，您的健康照護提供者必須開立醫囑，正式收治您成為住院病患。即使您留在醫院過夜，您仍有可能被視為「門診患者」。如果您不確定自己是住院病患還是門診病患，請詢問醫院工作人員。


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

分攤費用不適用於出院日。

**\*Original Medicare 承保 90 天的急性住院照護。**若為醫療必要性，我們的計畫提供額外不限天數的保險。這些天數的分攤費用（若有）不適用您的自費額上限。

為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<p><b>住院照護（續）</b></p> <p>您亦可查詢 Medicare 的《您是住院病患還是門診病患？如果您有 Medicare—歡迎詢問！》(Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!) 資訊簡介瞭解更多資訊。您可在網站 <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> 上檢視此資訊單或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。您可致電這些免費電話，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。</p>	
<p><b>住院心理健康照護</b></p> <p>承保服務包括需要住院的精神健康照護服務。Medicare 承保的住院天數在每次住院限 90 天。</p> <p>在精神科醫院提供的住院精神健康服務有 190 天的終身上限。190 天上限並不適用於在一般醫院精神科病房提供的心理健康服務。如果您在投保本計畫之前已經使用部分 190 天 Medicare 終身福利，您只有權取得終身天數扣除該計畫福利中已使用天數後的剩餘天數。</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>對於 Medicare 承保的住院，每次住院：</p> <p>您需為每次住院支付共付額 \$900。</p> <p>如果您在緊急狀況穩定下來之後於網絡外醫院接受獲得授權的住院照護，您需支付的費用將等同於您在網絡內醫院所需支付的分攤費用。</p>
<p><b>住院照護：在醫院或是 SNF 非承保住院期間接受的承保服務</b></p> <p>如果您的住院福利已經用盡，或住院無合理性與必要性，我們將不會承保您的住院。不過，在有些情況下，我們還是會承保您在醫院或特護療養機構 (SNF) 住院時所接受的某些服務。承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 醫師服務</li><li>• 診斷檢測（例如化驗）</li></ul>	<p>所列服務將可繼續獲得承保，並按福利表中顯示的特定服務分攤費用額收費。</p> <p>提供特定服務時，針對 Medicare 承保的醫療用品，包括固定用石膏和托板，您需支付適用的分攤費用。</p>

為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<ul style="list-style-type: none"><li>• X 光、鐳放射治療以及同位素治療，包括技師準備的材料和提供的服務</li><li>• 外科敷料</li><li>• 夾板、固定用石膏，以及其他用來減輕骨折和脫臼的裝置</li><li>• 完全或部分取代體內器官（包括相鄰組織），或取代永久失能或失常之體內器官全部或部分機能的義體和矯正裝置（假牙除外），包括此類裝置的替換或維修</li><li>• 腿部、手臂、背部和頸部用支架；疝氣帶以及腿部義肢、手臂義肢和義眼，包括因斷裂、磨損、遺失或患者身體狀況改變所需的調整、維修和替換</li><li>• 物理治療、言語治療與職能治療</li></ul>	
<p> <b>醫療營養治療</b></p> <p>此福利適用於糖尿病、腎臟病（但未洗腎）或接受過腎臟移植的病患，但需經您醫師的轉介。</p> <p>您接受 Medicare (包括我們的計畫、任何其他 Medicare Advantage 計畫或是 Original Medicare) 所提供的醫療營養治療服務時，首年期間我們承保 3 小時的一對一諮詢服務，之後每年則為 2 小時。如果您的病況、治療或診斷結果有所改變，在醫師的轉介下，您接受治療的時數可能可以增加。如果您的治療需要持續至下個曆年，醫師必須每年開立一次這些服務的處方並更新其轉介內容。</p> <p>除了 Medicare 承保的諮詢時數，本計畫也根據醫療必要性和醫囑提供額外的一對一諮詢時數。</p> <p>若您的主治醫師判定這可以改善您的健康，並囑咐進行該治療服務，即使您沒有上述病症，也可能有資格接受醫療營養治療福利。</p>	<p><i>可能需要事先授權</i></p> <p>可能需要轉介。</p> <p>符合資格的受益人無需為 Medicare 承保的醫療營養治療服務支付共同保險金、共付額或自付額。</p> <p>您需為附加醫療營養治療服務支付共付額 \$0。*</p> <p>*若適用分攤費用，您為這些服務所支付的金額不計入您的自費額上限。</p>

為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<p> <b>Medicare 糖尿病於預防方案 (MDPP)</b></p> <p>所有 Medicare 的健保計畫皆承保符合 MDPP 之服務給符合資格的受益人。</p> <p>MDPP 是藉由有組織的介入改變健康行為，提供長期飲食改變的實際訓練、增加身體活動量和制定策略解決問題以達成持續減重和克服健康生活模式的挑戰。</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>此 MDPP 福利無需共同保險金、共付額或自付額。</p>
<p><b>Medicare B 部分處方藥</b></p> <p>這些藥品由 Original Medicare B 部分承保。本計畫會員透過本計畫取得這些藥品承保。可能須遵守階段療法規定的承保藥物，包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 通常不是病患自行施用或自行注射，而是於接受醫師、醫院門診或門診外科手術中心服務時注射或輸注的藥品</li><li>• 您使用獲得本計畫授權的耐用醫療設備（例如噴霧器）所服用的藥物</li><li>• 血友病患者自行注射的凝血因子</li><li>• 免疫抑制藥品（如果在您進行器官移植時已投保 Medicare A 部分）</li><li>• 骨質疏鬆注射型藥品（如果您無法離開家、醫師證明您的骨折與停經後骨質疏鬆有關，且您無法自行施用藥品）</li><li>• 抗原</li><li>• 某些口服抗癌藥品和抗噁心藥品</li><li>• 部分居家洗腎藥品，包括肝素、肝素解毒劑（醫療必要性時）、局部麻醉劑、紅血球生成刺激劑（例如 Procrit®）</li><li>• 免疫球蛋白靜脈注射劑，供原發性免疫缺乏疾病的患者居家治療使用</li></ul>	<p>某些藥品可能必須遵守階段治療規定。</p> <p>可能需要事先授權，包括階段治療。</p> <p>您需為 Medicare 承保的 B 部分化療藥品支付 20% 的共同保險金。</p> <p>您需為其他 Medicare 承保的 B 部分藥品支付 20% 的共同保險金。</p>

為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<p>下列連結將會前往依規定可能須採用階段治療的 B 部分藥品清單：<a href="https://ca.healthnetadvantage.com/steptherapyb">https://ca.healthnetadvantage.com/steptherapyb</a></p> <p>B 部分和 D 部分處方藥福利所涵蓋的一些疫苗也納入我們的承保範圍。</p> <p>第 5 章說明 D 部分處方藥福利，包括您若要取得處方藥承保所必須遵循的規定。您透過本計畫取得 D 部分處方藥所需支付的費用列於第 6 章。</p>	
<p><b>營養／飲食諮詢福利</b></p> <p>我們承保藉由您醫師的轉介並透過註冊營養師或營養專業人員進行的諮詢會談，以解決可能會改善您醫療狀況的行為變化。營養諮詢是支持性的過程，用來設定優先事項、建立目標和建立個人化的行為計畫，以認可並培養自我照護的責任。</p>	<p>您需為每次團體或個人營養／飲食諮詢看診支付共付額 \$0。*</p> <p>*若適用分攤費用，您為這些服務所支付的金額不計入您的自費額上限。</p>
<p> <b>為促進持續減重效果的肥胖篩檢與治療</b></p> <p>如果您的身體質量指數為 30 或更多，我們承保幫助您減重的密集諮詢。如果您是在能協調您全面預防計畫的主治醫師處獲得服務，則該諮詢為承保服務。請徵詢您的主治醫師或執業人員以瞭解詳情。</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>肥胖症預防篩檢及治療無需共同保險金、共付額或自付額。</p>
<p><b>鴉片類藥物治療方案服務</b></p> <p>使用鴉片類藥品疾病治療服務屬於 Original Medicare B 部分的承保範圍。本計畫會員透過本計畫取得這些藥品承保。承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 經 FDA 核准的鴉片類催動劑和拮抗劑治療藥物，以及這些藥物的配發和給藥（如適用）。</li><li>● 藥物使用諮詢</li><li>● 個人和團體治療</li><li>● 毒物學檢測</li></ul>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>您需為每項 Medicare 承保的鴉片類藥物治療服務支付共付額 \$15。</p>

為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<p><b>門診診斷檢測及治療服務與用品</b></p> <p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• X 光</li><li>• 放射線（鐳及同位素）治療，包括技師準備的材料和提供的用品</li><li>• 外科醫療用品，比如敷料</li><li>• 夾板、固定用石膏，以及其他用於減輕骨折和脫臼的裝置</li><li>• 化驗</li><li>• 血液 — 包括儲存和輸血。全血與濃縮紅血球從您需要的第一品脫血液開始承保。所有其他血液元素從使用的第一品脫開始承保。</li><li>• 其他門診診斷檢測（包括如 CT、MRI、MRA、SPECT 等複雜檢測）</li><li>• 心電圖 (EKG) 檢測</li></ul>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>每次 Medicare 承保的 X 光服務您需要支付共付額 \$0。</p> <p>針對 Medicare 承保的治療性放射線服務 (包括技師準備的材料和用品)，您需支付共付額 \$60。</p> <p>提供特定服務時，針對 Medicare 承保的醫療用品，包括固定用石膏和托板，您需支付適用的分攤費用。</p> <p><b>COVID-19 承保範圍</b></p> <p>您需為與 COVID-19 相關的實驗室和診斷程序與檢測支付共付額 \$0。</p> <p>您需為 Medicare 承保的實驗室服務支付共付額 \$0。</p> <p>每次 Medicare 承保的血液和血液服務您需要支付共付額 \$0。</p> <p>您需為每次 Medicare 承保的診斷程序與檢測支付共付額 \$0。</p> <p>您需為每次 Medicare 承保的複雜放射診斷服務支付共付額 \$60。</p> <p>對於「歡迎投保 Medicare」預防看診後的 EKG，您需要支付共付額 \$0。</p> <p>如果除了門診診斷程序、檢測及化驗服務之外，醫師還為您提供其他服務，另外的分攤費用可能適用。</p>

### 為您承保的服務

#### 醫院門診觀察

觀察服務是醫院的一項門診服務，用於確定您是否需要住院或可以出院。

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

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

您亦可查詢 Medicare 的《您是住院病人還是門診病人？如果您有 Medicare—歡迎詢問！》(Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!) 資訊簡介瞭解更多資訊。您可在網站 [www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf](http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf) 上檢視此資訊單或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。您可致電這些免費電話，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。

#### 醫院門診服務

我們承保您在醫院門診部接受且具有醫療必要性的疾病或外傷診斷或治療。

承保服務包括但不限於：

- 在急診部或門診診間所接受的如觀察服務或門診手術
- 醫院的化驗與診斷檢測帳單
- 精神醫療保健，包括部分住院計畫之照護，只要醫師證明不接受此照護就必須要住院治療
- 醫院的 X 光和其他放射線服務費用

### 您在接受這些服務時必須支付的費用

可能需要事先授權。

在門診醫院機構看診期間，針對 Medicare 承保的觀察服務，您每次需支付共付額 \$345。

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

可能需要事先授權。

可能需要轉介。

您遵照本醫療福利表，為特定服務支付適用的分攤費用。

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



為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<ul style="list-style-type: none"><li>• 醫療用品，例如夾板和固定用石膏</li><li>• 無法自用的特定藥物和生物製劑</li></ul> <p><b>注意：</b>除非醫療服務提供者書寫入院許可單准許您住院，否則您仍是門診病患且必須支付門診醫院服務的分攤費用。即便您在醫院過夜，仍然可能視同為「門診」。如果您不確定自己是否是門診患者，請詢問醫院人員。</p> <p>您亦可查詢 Medicare 的《您是住院病人還是門診病人？如果您有 Medicare—歡迎詢問！》(Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!) 資訊單瞭解更多資訊。您可在網站 <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> 上檢視此資訊單或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。您可致電這些免費電話，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。</p>	
<p><b>門診心理健康照護</b></p> <p>承保服務包括：</p> <p>由取得州政府執照的精神科醫師或醫師、臨床心理醫師、臨床社工、臨床專科護士、執業護理師、醫師助理、或其他合格的 Medicare 心理健康照護專業人士在適用州法律許可的範圍內所提供的心理健康服務。</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>針對 Medicare 承保的個人治療看診，您每次需支付共付額 \$15。</p> <p>針對 Medicare 承保的團體治療看診，您每次需支付共付額 \$15。</p> <p>Medicare 承保的附加通話醫療服務的分攤費用與這些服務在診所看診形式下的標準分攤費用相同。</p>

為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<p><b>門診復健服務</b></p> <p>承保服務包括：物理治療、職能治療，以及語言治療</p> <p>門診復健服務由各種門診機構，例如：醫院門診部門、獨立治療師診所以及綜合門診復健機構 (CORF) 提供。</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>您需為 Medicare 承保的職能治療看診每次支付共付額 \$0。</p> <p>您需為 Medicare 承保的物理治療看診每次支付共付額 \$0。</p> <p>您需為 Medicare 承保的語言治療看診每次支付共付額 \$0。</p>
<p><b>門診藥物濫用服務</b></p> <p>承保服務包括：</p> <p>由醫師、臨床心理醫師、臨床社工、臨床專科護士、執業護理師、醫師助理或其他合格的 Medicare 心理健康照護專業人士或方案在適用州法律許可的範圍內所提供的物質濫用障礙服務，例如個人和團體治療。</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>針對 Medicare 承保的個人治療看診，您每次需支付共付額 \$15。</p> <p>針對 Medicare 承保的團體治療看診，您每次需支付共付額 \$15。</p>
<p><b>門診外科手術，包括在醫院門診機構和門診外科手術中心提供的服務</b></p> <p><b>注意：</b>如果您打算在醫院機構接受手術，您應向健康照護提供者洽詢您是住院患者還是門診患者。除非健康照護提供者出具書面證明來證明您在住院治療，您接受的服務按照門診服務處理且需為門診手術支付費用分攤金額。即便您在醫院過夜，仍然可能視同為「門診」。</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>您需為 Medicare 承保的門診醫院機構看診每次支付共付額 \$345。</p> <p>您需為 Medicare 承保的門診外科手術中心看診每次支付共付額 \$200。</p>

為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<p><b>非處方 (OTC) 物品</b></p> <p>本計畫承保：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 每季最高 \$50。每個福利期間限一筆訂單。訂購物品將會寄送至您的家中。</li><li>● 每個福利期間結束時，未使用的餘額將被沒扣。</li><li>● 每一季，相同物品的訂購量為 9 件。其他限制可能適用於某些物品。您訂單中的物品總數沒有限制。</li></ul> <p>您可以前往列於本手冊封底的本計畫網站，取得更多資訊。</p>	<p>您需為承保的非處方物品支付 \$0 共付額。*</p> <p>*若適用分攤費用，您為這些服務所支付的金額不計入您的自費額上限。</p>
<p><b>部分住院服務</b></p> <p>「部分住院」是一項在醫院門診環境下或由社區心理健康中心所提供的結構化積極心理治療方案，「部分住院」治療比您在醫師或治療師的診所接受的照護更為密集，是住院的替代方案之一。</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>您每日需為 Medicare 承保的部分住院服務支付共付額 \$0。</p>
<p><b>醫師／執業人員服務，包括醫師看診</b></p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 在醫師診所、經認證的門診手術中心、醫院門診部或任何其他地點所提供之具有醫療必要性的醫療照護或手術服務</li><li>● 專科醫師的諮詢、診斷和治療</li><li>● 您的醫師為了評估您是否需要接受治療，由您的 PCP 進行的基本聽力和平衡檢查</li><li>● 特定通話醫療服務，包括：主治醫師、專科醫師和其他醫療保健專業服務，以及門診精神健康專科服務，包括精神病照護。<ul style="list-style-type: none"><li>○ 您可以選擇透過親自就診或透過通話醫療取得這些服務。若您選擇透過通話醫療取得其中一項服務，必須使用透過通話醫療提供服務的網絡內醫療服務提供者。</li></ul></li></ul>	<p>某些特定服務可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>您需為 Medicare 承保的 PCP 診所看診每次支付共付額 \$5。</p> <p>您需為 Medicare 承保的專科醫師看診每次支付共付額 \$20。</p> <p>您需為 Medicare 承保的牙科服務看診每次支付共付額 \$0。</p> <p>承保的附加通話醫療服務的分攤費用與這些服務在診所看診形式下的標準分攤費用相同。</p>

### 為您承保的服務



- 聯絡醫療服務提供者的診所，瞭解他們是否提供通話醫療服務以及如何存取這些服務的資訊。
- 特定通話醫療服務包含醫師或執業人員提供的諮詢、診斷和治療，
- 在醫院或偏遠地區特約醫院洗腎中心、洗腎機構或會員家中，為居家洗腎會員的每月末期腎臟病相關看診提供的通話醫療服務。
- 用來診斷、評估或治療中風症狀的通話醫療服務
- 與醫師進行 5-10 分鐘的簡短虛擬問診（例如透過電話或視訊聊天），**前提是您符合下列情況：**
  - 您不是新病人**而且**
  - 問診與過去 7 天的診所看診無關**而且**
  - 問診不會導致 24 小時內或在最快的可約診時段內至診所看診。
- 由醫師在 24 小時內評估您傳送給醫師的影片和／或影像，並且進行解釋和追蹤，**前提是您符合下列情況：**
  - 您不是新病人**而且**
  - 問診與過去 7 天的診所看診無關**而且**
  - 問診之後並未在 24 小時內或在最快的可約診時段內至診所看診。
- **若**您不是新病患，則包括您的醫師透過電話、網際網路或電子健康紀錄與其他醫師所進行的諮詢
- 外科手術前由其他網絡內醫療服務提供者提供的第二意見諮詢
- 非例行牙齒照護（承保服務僅限下顎或相關結構的外科手術、下顎或臉骨骨折固位、為了準備下顎腫瘤癌症疾病的放射線治療而進行的拔牙，或當由醫師提供時即屬承保範圍的服務）

### 您在接受這些服務時必須支付的費用

提供特定服務時，針對在經認證的門診外科手術中心、醫院門診部或任何其他地點所提供的醫療必要性之外科手術服務，您必須支付適用的分攤費用。

根據提供的服務可能需要支付額外共付額。

為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<p><b>足科服務</b></p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 診斷及醫療或外科治療足部受傷與疾病（例如槌狀趾或足跟骨刺）。</li><li>• 為罹患某些影響下肢之醫療狀況的會員所提供的例行足部照護</li></ul> <p>額外承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 例行（非 Medicare 承保項目）足部照護，每曆年限 12 次看診。</li></ul>	<p>可能需要轉介。</p> <p>您需為 Medicare 承保的足科看診每次支付共付額 \$20。</p> <p>您需為每次例行足科看診支付共付額 \$20。*</p> <p>*若適用分攤費用，您為這些服務所支付的金額不計入您的自費額上限。</p>
<p> <b>前列腺癌篩檢檢查</b></p> <p>適用於年滿 50 歲以上之男性的承保服務包括（每 12 個月一次）：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 直腸指診</li><li>• 前列腺特異性抗原 (PSA) 檢測</li></ul>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>年度直腸指診無需共同保險金、共付額或自付額。</p> <p>年度 PSA 檢測無需共同保險金、共付額或自付額。</p>
<p><b>義體裝置和相關用品</b></p> <p>用於取代所有或某身體部位或身體機能的裝置（假牙除外）。包括但不限於：與直腸造口照護直接相關的直腸造口袋與用品、起搏器、支架、義肢鞋、義肢及義乳（包括用於乳房切除術後的外科胸罩）。包括與義體裝置相關的部分用品以及義體裝置的修復和（或）替換。另也包括白內障摘除手術或白內障外科手術後的一些承保項目 — 請參閱本節後面的「視力照護」，瞭解更多詳細資訊。</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>針對 Medicare 承保的義體裝置，您需支付 20% 的共同保險金。</p> <p>針對 Medicare 承保的義體裝置相關醫療用品，您需支付共付額 \$0。</p> <p>針對 Medicare 承保的靜脈和腸道相關用品及營養物，您需支付 20% 的共同保險金。不承保可以管灌和搭配腸胃道灌食系統使用的嬰兒食品和其他一般食品，或任何額外的營養補充品（例如：為確保每日蛋白質攝取的補充品）。</p>

為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<p><b>肺部功能復健服務</b></p> <p>針對患有中度到重度慢性阻塞性肺部疾病 (COPD)，且獲得慢性呼吸道疾病主治醫師之肺部復健轉介的會員，肺部復健綜合方案也可納入承保範圍。</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>Medicare 承保的肺部復健服務看診每次支付共付額 \$0。</p>
<p> <b>減少酒精誤用之篩檢及諮詢</b></p> <p>本計畫為持有 Medicare 並誤用酒精（但非依賴酒精成性）的成人（包括孕婦）承保一次酒精誤用篩檢。</p> <p>如果您的酒精誤用篩檢結果呈陽性，您每年可獲得最多 4 次、由合格主治醫師或執業人員在基層醫療環境下所提供的短時間面對面諮詢會談（條件是您必須有能力接受諮詢並在過程中保持神智清醒）。</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>Medicare 承保的減少酒精誤用篩檢及諮詢預防福利無需共同保險金、共付額或自付額。</p>
<p> <b>透過低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 進行的肺癌篩檢</b></p> <p>針對合格人士，LDCT 每 12 個月可獲得一次承保。</p> <p><b>具資格會員的條件為：</b>年齡介於 55 至 77 歲之間沒有肺癌徵兆或症狀但有至少 30 包年數的抽煙史，且目前有在抽煙或已在最近 15 年內戒煙；或在肺癌篩檢諮詢及共同決策看診期間獲得 LDCT 的書面醫囑而該看診符合 Medicare 對此類看診所設定的標準，且此書面醫囑為醫師或合格非醫師執業人員提供。</p> <p><i>初步 LDCT 篩檢後的 LDCT 肺癌篩檢：</i>會員必須獲得 LDCT 肺癌篩檢的書面醫囑，該醫囑可在任何適當看診期間由醫師或合格非醫師執業人員提供。如果醫師或合格非醫師執業人員選擇為後續的 LDCT 肺癌篩檢提供肺癌篩檢諮詢及共同決策看診，則該看診必須符合 Medicare 對此類看診所設定的標準。</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>Medicare 承保的 LDCT 諮詢及共同決策看診無需共同保險金、共付額或自付額。</p>

### 為您承保的服務

#### 性傳染病 (STI) 篩檢及 STI 預防諮詢

我們承保性傳染病 (STI) 的篩檢，包括衣原體、淋病、梅毒及 B 型肝炎。若這些篩檢由主治醫師開具檢測醫囑，則對孕婦及有感染 STI 風險的某些人士屬承保範圍。我們每 12 個月承保一次這些檢查，或在妊娠期間的特定時間承保這些檢查。

我們還為罹患 STI 風險增加的性活躍成人，每年提供最多 2 次，每次 20-30 分鐘的當面高強度行為諮詢輔導。我們會比照預防服務承保這些諮詢面談，但條件是這些諮詢面談僅能由主治醫師在基層醫療環境下（如醫師診室）提供。

您在接受這些服務時必須支付的費用

可能需要事先授權。

可能需要轉介。

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

### 腎臟病治療服務

承保服務包括：

- 腎臟病教育服務旨在講授腎臟照護知識，幫助會員為自己的疾病治療作出明智的決定。針對患有第四期慢性腎臟病的會員，當由其醫師轉介時，本計畫終身最多承保六堂腎臟病教育服務課程。
- 門診洗腎治療（包括暫時在服務區域外期間的洗腎治療，如第 3 章所說明）
- 住院洗腎治療（如果您是以住院患者身分入院接受特殊照護）
- 自行洗腎訓練（包括訓練您和協助您的人士進行居家洗腎治療）
- 居家洗腎器材和用品
- 某些居家支援服務（例如，在必要的時候，受過訓練的洗腎工作人員可查看您的居家洗腎情況、協助緊急情況，並檢查您的洗腎器材和供水）

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

可能需要轉介。

您需為 Medicare 承保的洗腎服務看診支付 20% 的共同保險金。

您需為 Medicare 承保的腎臟疾病教育服務支付共付額 \$0。

為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<p><b>特護療養機構 (SNF) 照護</b></p> <p>（請參閱本手冊第 12 章的「特護療養機構照護」定義。專業護理機構有時簡稱為「SNF」。）</p> <p>您每福利期間可獲得的承保天數是 100 天。入住 SNF 前不需要有住院紀錄。</p> <p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 雙人病房（若是醫療必要性則承保單人病房）</li><li>● 膳食，包括特殊飲食</li><li>● 特護療養服務</li><li>● 物理治療、職能治療與言語治療</li><li>● 根據您的照護計畫對您投予的藥品（這些藥物包括原本就存在於您體內的物質，例如凝血因子。）</li><li>● 血液—包括儲存和輸血。全血與濃縮紅血球從您需要的第一品脫血液開始承保。所有其他血液元素從使用的第一品脫開始承保。</li><li>● 通常由 SNF 提供的醫療和外科用品</li><li>● 通常由 SNF 提供的化驗</li><li>● 通常由 SNF 提供的 X 光和其他放射線服務</li><li>● 使用通常由 SNF 提供的用具，例如，輪椅</li><li>● 醫師／醫療執業人員服務</li></ul> <p>您通常會獲得網絡內機構的 SNF 護理。然而在下列某些情況下，如果某非網絡內醫療服務提供者的機構接受了本計畫的給付金額，則在使用該機構時，您可能可支付網絡內的分攤費用。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 在您到醫院之前所住的療養院或退休人士持續照護社區（只要它提供特護療養機構照護）。</li><li>● 您的配偶在您離開醫院時所住的 SNF。</li></ul>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>第 1 日至第 20 日：您每日需支付共付額 \$0。</p> <p>第 21 日至第 100 日：您每日需支付共付額 \$105。</p> <p>在第 100 日後，您需支付每日的所有費用。</p> <p>福利期間由住院或進入特護療養機構的第一日起算。並在您已連續 60 天未在 SNF 接受任何特護照護時結束。如果您在一段福利期間結束後又住進特護療養機構，則新的福利期間便會開始。福利期間沒有次數上限。</p>



## 為您承保的服務

### 戒煙 (戒煙諮詢)

如果您吸菸或使用菸草，但未出現與吸菸或使用菸草相關疾病的病徵或症狀：我們在 12 個月週期內承保兩次諮詢戒斷嘗試，作為免費為您提供的預防性服務。每次諮詢均包括最多四次的面對面看診。

如果您有吸菸並經診斷患有吸菸相關疾病，或者您正在服用可能會受到香菸影響的藥物：我們承保戒菸諮詢服務。我們在 12 個月週期內承保兩次諮詢戒斷，但您要支付適用的分攤費用。每次諮詢均包括最多四次的面對面看診。

受過訓練的臨床醫護人員可以提供額外的線上和電話戒菸諮詢看診，以 5 次為限，其中包括有關改變、計畫、諮詢和教育步驟的指導。本福利僅可透過通話醫療服務提供者 Teladoc 提供使用。如需更多資訊，或要安排約診，請致電 1-800-835-2362（聽障專線：711），每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

### 受監督的運動訓練 (SET)

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

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

SET 方案必須要：

- 由持續 30-60 分鐘的療程組成，內含提供給不良於行的病人治療 PAD 的運動訓練方案
- 在醫院門診環境或在醫師診所中進行
- 由合格的輔導人員提供，以確保益處要大過害處，且這些人員都受過治療 PAD 運動治療的教育訓練

## 您在接受這些服務時必須支付的費用

可能需要事先授權。其他戒煙諮詢面談不需要事先授權。

可能需要轉介。

Medicare 承保的吸煙和煙草戒斷預防福利無需支付共同保險金、共付額或自付額。

您需為額外戒菸會談支付共付額 \$0。\*


\*若適用分攤費用，您為這些服務所支付的金額不計入您的自費額上限。

可能需要事先授權。

可能需要轉介。

您需為 Medicare 承保的受監督運動治療看診每次支付共付額 \$0。

為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<ul style="list-style-type: none"><li>需由醫師、醫師助理或護理師／臨床專科護理師監督，且監督者必須受過基本和進階救生技能訓練</li></ul> <p>如果健康照護服務提供者認為是醫療必要性，SET 的承保範圍可從原本的 12 個星期內 36 次療程再增加 36 次療程，而時間上可再延長一段期間。</p>	
<p><b>交通服務</b></p> <p>對於前往計畫核准地點的單趟交通，每曆年最多承保 10 次單趟交通服務。可能有里程數限制。</p> <p><b>您必須：</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>使用本計畫的特約交通服務提供者</li><li>往返服務區內的計畫網絡內醫療服務提供者和機構</li><li>提前 72 小時安排交通服務。</li></ul> <p>使用計畫的特約交通服務提供者以及在計畫核准的地點之間交通往返，屬非緊急交通服務承保範圍。</p> <p>請至少在 72 小時之前預約，週一至週五上午 8 點至下午 6 點致電 1-877-718-4201（聽障專線：1-866-288-3133）。若在規定的期限 72 小時內才出現交通服務需求，請致電確認是否可以為您安排。</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>每次前往計畫核准地點的單趟服務您需支付 \$0 共付額。*</p> <p>*若適用分攤費用，您為這些服務所支付的金額不計入您的自費額上限。</p>
<p><b>緊急需求服務</b></p> <p>緊急需求服務是針對非急診但需立即接受醫療照護的意外醫療疾病、受傷或病症所提供的治療。緊急需求服務可由網絡內醫療服務提供者提供，或當網絡內醫療服務提供者暫時無法提供服務或聯絡不上時，可由網絡外醫療服務提供者提供。</p> <p>在網絡外提供的必要緊急需求服務其分攤費用將比照該等服務在網絡內提供時的情況。</p>	<p>您需為每次 Medicare 承保的緊急需求服務看診支付共付額 \$20。</p>

為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<p>本節中所列的福利適用於美國境內及其領土內的服務。</p> <p>如需美國境外及其領土外的承保範圍資訊，請參閱本醫療福利表後面的「全球急診/緊急照護承保」部分。</p>	
<p><b>虛擬看診</b></p> <p>本計畫提供每週 7 天、每天 24 小時的虛擬看診，透過 Teladoc 提供認證醫師，以協助解決各種健康顧慮／問題。</p> <p>虛擬看診（亦稱為通話醫療諮詢）是使用智慧型手機或電腦的網路攝影機，透過電話或透過網際網路向醫師問診。</p> <p>如需更多資訊，或要安排約診，請致電 1-800-835-2362（聽障專線：711），每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。</p>	<p>您需為每次虛擬看診支付共付額 \$0*</p> <p>*若適用分攤費用，您為這些服務所支付的金額不計入您的自費額上限。</p>
<p> <b>視力保健</b> 承保服務包括：</p> <p><b>Medicare 承保服務</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 眼睛疾病和受傷診斷和治療的門診醫師服務，包括治療年齡相關性黃斑變性。Original Medicare 不承保眼鏡／隱形眼鏡例行眼科檢查（眼睛屈光）。</li><li>• 針對青光眼高風險族群，本計畫每年承保一次青光眼篩檢。青光眼高風險族群包括：家族有青光眼病史的人士、糖尿病患者、年滿 50 歲以上的非裔美國人和年滿 65 歲以上的西班牙裔美國人。</li><li>• 針對糖尿病患者，糖尿病視網膜病變篩檢每年可獲得一次承保。</li></ul>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p><b>Medicare 承保服務</b></p> <p>針對 Medicare 承保的與眼部疾病與病況的診斷和治療有關的眼睛檢查，您每次需支付共付額 \$20。</p> <p>Medicare 承保的青光眼篩檢無需共同保險金、共付額或自付額。</p> <p>您需為 Medicare 承保的糖尿病視網膜病變篩檢支付共付額 \$0。</p>

為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<ul style="list-style-type: none"><li>• 每次包含植入人工晶體的白內障外科手術後，提供一副眼鏡或隱形眼鏡（如您分別接受過兩次白內障外科手術，無法保留第一次手術後所享有之福利，在第二次手術後購買二副眼鏡）。</li></ul> <p>本計畫也承保：</p> <p><b>例行視力檢查</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 每年度一次例行（非 Medicare 承保項目）眼科檢查。</li></ul> <p><b>例行視力用品</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 例行視力用品 — 眼鏡鏡片和鏡框，以及拋棄式或傳統式隱形眼鏡。</li></ul> <p>您必須前往網絡內視力醫療服務提供者處看診，才能獲得例行視力福利。</p>	<p>Medicare 承保的白內障術後眼鏡，您需要支付共付額 \$0。</p> <p><b>例行視力檢查*</b></p> <p>您需為每次例行眼睛檢查支付共付額 \$12。*</p> <p><b>例行視力用品*</b></p> <p>您需為例行視力用品支付共付額 \$0。*</p> <p>您每年享有 \$150 的鏡框或隱形眼鏡（取代鏡框和眼鏡鏡片）補貼。*</p> <p>*若適用分攤費用，您為這些服務所支付的金額不計入您的自費額上限。</p>
<p> <b>「歡迎投保 Medicare」預防看診</b></p> <p>此計畫承保一次的「歡迎投保 Medicare」預防看診。此次看診包括檢視您的健康狀態以及與您所需之預防性服務（包括特定篩檢及預防針注射）有關的教育和諮詢，還有其他必要的照護轉介。</p> <p><b>重要事項：</b>我們僅在您投保 Medicare B 部分的頭 12 個月為您承保「歡迎投保 Medicare」預防看診。當您預約看診時，請告知您醫師的診所您想要預約「歡迎投保 Medicare」預防看診。</p>	<p>可能需要事先授權。</p> <p>可能需要轉介。</p> <p>「歡迎投保 Medicare」預防看診無需共同保險金、共付額或自付額。</p>

為您承保的服務	您在接受這些服務時必須支付的費用
<p><b>全球急診／緊急承保範圍</b></p> <p>全球急診／緊急承保範圍。指在美國境外及其領土接受的緊急、突發和穩定後照護。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 限屬於急診、緊急需求照護或穩定後照護範圍內且在美國境內提供的服務。</li><li>• 在使用任何其他方式前往急診室均有可能會危及您健康的狀況下，救護服務將可獲得承保。</li><li>• 在美國境外零售藥房取得的 D 部分處方藥不屬於承保範圍。</li><li>• 外地稅款和費用（包括但不限於匯率換算或交易手續費）不屬承保範圍。</li><li>• 從另一個國家或地區運送回美國不屬承保範圍。</li></ul>	<p>全球急診承保範圍：您需支付共付額 \$0。*</p> <p>全球緊急服務承保範圍：您需支付共付額 \$0。*</p> <p>全球急診運輸：您需支付共付額 \$0。*</p> <p>全球急診／緊急承保範圍的年度上限為 \$50,000。*</p> <p>*若適用分攤費用，您為這些服務所支付的金額不計入您的自費額上限。</p>

### 第 3 節 本計畫不承保哪些服務？

#### 第 3.1 節 本計畫不承保的服務（排除項目）

此節告知您哪些服務「排除」在 Medicare 的承保範圍外，即本計畫沒有承保。如果某項服務屬於「排除項目」，這代表本計畫不承保該項服務。

下表列出了在一些情況下不承保或僅在特定情況下承保的服務和物品。

如果您接受排除在外（不承保）的服務，您必須自行支付費用。除了下列特定條件外，我們不會支付下表所列的排除項目之醫療服務費用。唯一的例外處理：只有透過上訴認定基於您的特定情況本計畫應給付或承保該醫療服務時，我們才會給付下表列出的服務（若要瞭解對我們不承保醫療服務的決定提出上訴的相關資訊，請參閱本手冊第 9 章，第 5.3 節）。

與服務有關的所有排除或限制均在福利表或下表中進行了說明。

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

不屬於 Medicare 承保範圍的服務	在任何情況下均不屬承保範圍	僅有在特定情況下屬承保範圍
根據 Original Medicare 的標準被認定為是不合理或非必要的服務	✓	
實驗性醫療及手術、設備和藥物。 實驗性程序和用品是指經由本計畫與 Original Medicare 判定為未獲得醫學界普遍認可的用品和程序。		✓ 若是在獲得 Medicare 核准的臨床研究中提供，則可能獲得 Original Medicare 或本計畫的承保 （如需更多關於臨床研究的資訊，請參閱第 3 章第 5 節）。
醫院單人病房。		✓ 僅在具有醫療必要性時才承保。
您在醫院或專業護理機構的個人用品，如電話或電視。	✓	
您的居家全職護理照護。	✓	
*療養照護是指當您不需要專業醫療照護或專業護理照護時，療養院、臨終關懷照護中心或其他機構提供的照護。	✓	
家事服務，包括基本的家事協助，其中又包括簡單的家務整理或輕食準備。	✓	
由您直系親屬或家人所收取的費用。	✓	

不屬於 Medicare 承保範圍的服務	在任何情況下均不屬承保範圍	僅有在特定情況下屬承保範圍
整容手術或程序。		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在發生意外傷害或為了改善會員身體畸形部位機能的情況下屬於承保範圍。</li> <li>乳房切除術後之乳房重建的所有階段，以及為了達到對稱外觀，對非患側乳房所進行的乳房重建均屬承保範圍。</li> </ul>
送餐到府	✓	
矯正鞋		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>如果鞋子是腿部支架的一部分且包含在支架的費用裡，或者鞋子是提供給糖尿病足部疾病患者使用。</p>
足部輔助裝置		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>糖尿病足部疾病患者所需的矯正鞋或治療鞋。</p>
放射狀角膜切開術、LASIK 外科手術和其他弱視輔助用品。	✓	
絕育復原程序和／或非處方節育用品。	✓	
自然療法服務（使用自然或替代療法）。	✓	

\*看護照護是指無需受過訓練的醫療或照護專業人士持續注意的個人照護，如幫助您開展日常生活活動（如洗浴或穿衣）的照護。

# 第 5 章

使用本計畫的 D 部分處方藥承保



## **第 5 章 使用本計畫的 D 部分處方藥承保範圍**

<b>第 1 節</b>	<b>簡介</b> .....	<b>98</b>
第 1.1 節	本章說明了您的 D 部分藥物承保 .....	98
第 1.2 節	計畫 D 部分藥物承保的基本規則 .....	99
<b>第 2 節</b>	<b>在網絡內藥房或透過本計畫的郵購服務領取您的處方</b> .....	<b>99</b>
第 2.1 節	使用網絡內藥房，獲取處方藥承保 .....	99
第 2.2 節	尋找網絡內藥房 .....	99
第 2.3 節	使用本計畫的郵購服務 .....	100
第 2.4 節	您如何取得長期藥量？ .....	101
第 2.5 節	您何時能使用計畫網絡外藥房？ .....	102
<b>第 3 節</b>	<b>您的藥物需屬於計畫的「藥物清單」</b> .....	<b>102</b>
第 3.1 節	「藥品清單」說明哪些 D 部分藥品屬承保範圍 .....	102
第 3.2 節	藥品清單上藥物的 6 個「分攤費用層級」 .....	103
第 3.3 節	如何查詢特定藥物是否在藥物清單上？ .....	104
<b>第 4 節</b>	<b>部分藥品有承保限制規定</b> .....	<b>104</b>
第 4.1 節	為什麼部分藥物有所限制？ .....	104
第 4.2 節	有哪些種類的限制？ .....	104
第 4.3 節	有沒有任何限制適用於您的藥物？ .....	105
<b>第 5 節</b>	<b>如果您其中一種藥品的承保方式非您所願怎麼辦？</b> .....	<b>106</b>
第 5.1 節	如果您的藥品未按您希望的方式承保，您可採取的行動 .....	106
第 5.2 節	如果您的藥品不在藥品清單上，或藥品在某些方面受限， 該怎麼做？ .....	106
第 5.3 節	如果您認為您藥品的分攤費用層級太高怎麼辦？ .....	108
<b>第 6 節</b>	<b>若您某種藥物的承保發生變動，該怎麼辦？</b> .....	<b>109</b>
第 6.1 節	藥物清單在年度內可能變更 .....	109
第 6.2 節	若您所服用藥物的承保範圍發生變動該怎麼辦？ .....	109
<b>第 7 節</b>	<b>本計畫不承保哪些種類的藥品？</b> .....	<b>111</b>
第 7.1 節	我們未承保的藥物種類 .....	111

---

<b>第 8 節</b>	<b>領取處方藥時請出示您的計畫會籍卡 .....</b>	<b>112</b>
第 8.1 節	出示您的會籍卡 .....	112
第 8.2 節	若您未攜帶自己的會籍卡怎麼辦？ .....	112
<b>第 9 節</b>	<b>特殊情況的 D 部分藥品承保 .....</b>	<b>113</b>
第 9.1 節	如果您在醫院或特護療養機構的住院屬於本計畫承保範圍怎麼辦？ ..	113
第 9.2 節	若您居住在長期照護 (LTC) 機構中怎麼辦？ .....	113
第 9.3 節	如果您也透過雇主或退休人員團保計畫取得藥品承保怎麼辦？ .....	114
第 9.4 節	如果您參與 Medicare 認可的臨終關懷計畫怎麼辦？ .....	114
<b>第 10 節</b>	<b>藥品安全和藥物管理方案 .....</b>	<b>115</b>
第 10.1 節	協助會員安全用藥計畫 .....	115
第 10.2 節	幫助會員安全使用鴉片類藥物的藥品管理方案 (DMP) .....	115
第 10.3 節	協助會員管理藥物的藥物治療管理 (MTM) 方案 .....	116



你知道有些方案可以協助人們支付其藥品費用嗎？

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

您目前正在接受藥費援助嗎？

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

---

## 第 1 節 簡介

---

### 第 1.1 節 本章說明了您的 D 部分藥物承保

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

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

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

下節將會討論您在本計畫 D 部分福利規定之下的藥品承保範圍。第 9 節：特殊情況下的 D 部分藥物承保包括關於您的 D 部分承保和 Original Medicare 的更多資訊。

## 第 1.2 節 計畫 D 部分藥物承保的基本規則

只要您遵守這些基本規則，本計畫通常會承保您的藥物：

- 您必須有醫療服務提供者（醫師、牙醫或開立處方者）為您開立的書面處方。
- 您的處方開立者必須接受 Medicare，或向 CMS 提交文件證明其具備開立處方的資格，否則您的 D 部分理賠將會遭到拒絕。您應在下次致電或看診時詢問您的處方開立者是否符合此條件。如不符合，則請注意，處方開立者提交必要的書面文件需要一定的時間。
- 您通常必須使用網絡內藥房領取處方（請參閱第 2 節「在網絡內藥房或透過本計畫的郵購服務領取您的處方」）。
- 您的藥品必須列於本計畫的《承保藥物清單（處方集）》中（簡稱「藥品清單」）。（請參閱第 3 節「您的藥物必須列於本計畫的『藥物清單』中」）。
- 您的藥品必須是使用於醫療認可的適應症。「醫療認可的適應症」是指藥品的使用已獲得 Food and Drug Administration 核准或有特定參考書籍佐證（如需更多關於醫療認可的適應症之資訊，請參閱第 3 節。）

## 第 2 節 在網絡內藥房或透過本計畫的郵購服務領取您的處方

### 第 2.1 節 使用網絡內藥房，獲取處方藥承保

在大多數情況下，只有您在本計畫的網絡內藥房領藥時，您的處方藥才可獲得承保（請參閱第 2.5 節以瞭解我們何時會承保在網絡外藥房領取處方藥的資訊。）

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

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

### 第 2.2 節 尋找網絡內藥房

您如何找到在您區域內的網絡內藥房？

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

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

### 如果您一直使用的藥房退出網絡怎麼辦？

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

### 如果您需要使用專科藥房該怎麼辦？

有時處方藥必須在專科藥房領取。專科藥房包括：

- 供應居家輸液療法藥品的藥房。
- 為長期照護 (LTC) 機構住院者提供藥品的藥房。一般而言，LTC（如療養院）皆有其自己的藥房。如果您居住在 LTC 機構，本計畫必須確保您平常能夠透過本計畫的 LTC 藥房網絡取得您的 D 部分福利，此類藥房通常是 LTC 機構所使用的藥房。如果您在 LTC 機構無法取得您的 D 部分福利，請與會員服務部聯絡。
- 為印第安健康服務／Tribal / Urban Indian Health Program 提供服務的藥房（波多黎各不適用）。除非發生緊急情況，否則只有美國原住民或阿拉斯加原住民才可使用我們網絡內的這些藥房。
- 配發 FDA 限制在特地點配發或需要特殊處理、健康照護提供者協調或藥物使用訓練的藥物的藥房（請注意：此情況應不常發生）。

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

## 第 2.3 節 使用本計畫的郵購服務

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

透過本計畫的郵購服務，您**最多**可訂購 **90 天的藥量**。

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

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

**藥房直接透過您的醫師診所所收到的新處方。**在藥房收到醫療保健服務提供者所開立的處方後，藥房將會與您聯絡，以確認您是否希望立即領藥或過一段時間再領藥。這將讓您有機會能夠確認藥房寄送的是正確的藥品（包括劑量、藥量及劑型），且若有需要，這可讓您在收到帳單及藥物寄出之前取消或延遲訂購。每當藥房與您聯絡時，請務必作出回應，以讓藥房知道該如何處理新處方同時避免任何耽誤寄送的情況發生。

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

若選擇退出自動準備郵購續配的方案，請致電電話給您的郵購藥房來聯絡我們：

- **CVS Caremark：1-888-624-1139（聽障專線使用者請致電 711）**

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

## 第 2.4 節 您如何取得長期藥量？

本計畫提供兩種取得本計畫藥品清單上「維持型」藥品長期藥量（亦稱為「延長藥量」）的方式。（維持型藥物是指您因為慢性或長期醫療病症而需要定期服用的藥物）。您可透過郵購訂購此長期藥量（請參閱第 2.3 節）或者您可前往零售藥房。

1. 我們網絡中有**部分零售藥房**允許您領取維持型藥品的長期藥量。部分這些零售藥房（有提供首選分攤費用）針對維持型藥品的長期藥量可能同意接受較低的分攤費用。其他零售藥房針對維持型藥品的長期藥量則可能不同意接受較低的分攤費用。若有此情況，您將必須負責支付差額。您的《醫療服務提供者及藥房名錄》會說明我們哪些網絡內藥房可提供長期藥量的維持型藥品。您也可以致電會員服務部取得更多資訊（電話號碼列印於本手冊封底）。

**第 5 章 使用本計畫的 D 部分處方藥承保範圍**

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

**第 2.5 節 您何時能使用計畫網絡外藥房？****在某些情況下您的處方可能屬承保範圍**

一般而言，只有當您無法使用網絡內藥房時，我們才會承保您在網絡外藥房領取的藥品。為了幫助您，在我們的服務區域外也有我們的網絡內藥房，可為計畫會員配給處方藥。如果您無法使用網絡內藥房，以下是我們將會承保您在網絡外藥房領取處方的情況：

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

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

**您如何向本計畫要求補償？**

如果您必須使用網絡外藥房，您通常必須在領取處方時支付全額費用（而不是只支付您平常的分攤費用）。您可以針對本計畫應分攤的費用向我們要求報銷（第 7 章第 2.1 節說明了如何要求本計畫將費用償還給您）。

**第 3 節 您的藥物需屬於計畫的「藥物清單」****第 3.1 節 「藥品清單」說明哪些 D 部分藥品屬承保範圍**

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

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

藥物清單中的藥物僅包含屬於 Medicare D 部分承保範圍的藥物（本章前面第 1.1 節有關於 D 部分藥物的說明）。

只要您遵循本章所說明的其他承保規則且藥物使用屬公認醫療行為，則我們通常會承保計畫藥物清單上的藥物。「醫療認可的適應症」是指藥物的使用方式：

- 由食品與藥物管理局核准。（也就是食品藥物管理局針對診斷或處方病況所核准的藥品）。
- 一或者一得到某些參考資訊的支持，例如美國醫院處方服務藥品資訊和 DRUGDEX Information System。

### 藥品清單包括品牌藥品和普通牌藥品

學名藥是與品牌藥有同樣活性成分的處方藥。一般而言，學名藥與品牌藥的功效相當，但費用通常較低。許多品牌藥都有學名藥可以替代。

### 哪些藥品不在藥品清單上？

本計畫並非承保所有的處方藥。

- 在某些情況下，法律不允許任何 Medicare 計畫承保特定類型的藥物（如需更多有關這方面的資訊，請參閱本章的第 7.1 節）。
- 在另外一些情況下，則是我們自己決定不將某特定藥品納入藥品清單中。

## 第 3.2 節 藥品清單上藥物的 6 個「分攤費用層級」

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

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

如需查明您的藥品屬於哪個分攤費用層級，請查詢本計畫的藥品清單。

對每一分攤費用層級的藥物您需支付的費用在第 6 章（您需為 D 部分處方藥支付的費用）中進行了說明。



### 第 3.3 節 如何查詢特定藥物是否在藥物清單上？

您有三種方式可以查明：

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

## 第 4 節 部分藥品有承保限制規定

### 第 4.1 節 為什麼部分藥物有所限制？

對於特定處方藥，設有特別規定限制計畫承保的方式和時間。醫師和藥劑師團隊擬定這些規定，幫助我們的會員以最有效的方式使用藥品。這些特殊規定也有助於控制整體藥品費用，讓您的藥品承保更能負擔得起。

一般而言，我們的規定鼓勵您取得有助於您醫療狀況且安全有效的藥品。每當有安全無虞且費用較低的藥物與費用較高的藥物具備相同療效時，本計畫的規定旨在鼓勵您及健康照護提供者選用費用較低的藥物。我們還需要遵守 Medicare 有關藥物承保與費用分攤的規則與規定。

**如果您的藥物有限制，通常意味著您或您的健康照護提供者必須採取額外的步驟才能讓我們承保該藥物。**如果您希望我們為您免除限制，您必須使用承保決定程序並要求我們進行例外處理。我們可能會也可能不會同意為您免除該限制（請參閱第 9 章第 6.2 節，瞭解有關要求例外處理的資訊）。

請注意，有時候一種藥物可能會在本計畫的藥物清單上出現不止一次。這是因為不同限制或費用分攤的適用取決於很多因素，如您的醫療照護服務提供者開具處方藥的效價、數量、劑型（例如：10 毫克還是 100 毫克；每天一次，還是每天兩次；錠劑還是液體）。

### 第 4.2 節 有哪些種類的限制？

我們的計畫用不同類別的限制來幫助我們的會員最有效地使用藥物。以下幾節會進一步為您說明我們在某些藥品上使用的限制規定類型。

### 當有普通牌藥品版本可供使用時，限制使用品牌藥品

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

### 事先取得計畫核准

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

### 先嘗試不同的藥品

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

### 藥量限制

針對某些藥品，我們藉由限制您每次領取處方時可領取的藥量來限制您可持有的藥量。例如，如果某一藥物一般認為每天只服用一片是安全劑量，我們對該藥物的承保則會限制為每天不超過一片。

## 第 4.3 節 有沒有任何限制適用於您的藥物？

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

如果您的藥品有限制規定，這通常表示您或您的醫療服務提供者必須採取額外步驟，本計畫才會承保該藥品。如果您想要服用的藥品有限制規定，您應該與會員服務部聯絡，瞭解您或您的醫療服務提供者必須怎麼做才能將藥品納入承保範圍。如果您希望我們為您免除限制，您將需要使用承保決定流程來要求我們進行例外處理。我們可能會也可能不會同意為您免除該限制（請參閱第 9 章第 6.2 節，瞭解有關要求例外處理的資訊。）

## 第 5 節 如果您其中一種藥品的承保方式非您所願怎麼辦？

### 第 5.1 節 如果您的藥品未按您希望的方式承保，您可採取的行動

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

- 該藥物可能完全無法獲得承保。或者，也許某藥物的學名藥雖然屬於承保範圍，但您想要使用的品牌藥卻無法獲得承保。
- 該藥物屬於承保範圍，但該藥物的承保有額外的規定或限制。如第 4 節所述，本計畫承保的部分藥物有額外規定以限制其使用方式。例如，您可能必須先嘗試其他藥物，以瞭解該藥物是否有效，而後您希望使用的藥物才可獲得承保。或者，該藥品在某特定期間可能有藥量（藥錠數等）限制。在某些情況下，您可能希望我們為您免除限制。
- 藥品屬於承保範圍，但其所屬的分攤費用層級級使您的分攤費用比您認為的要高。本計畫將每項承保藥品分別歸入 6 個不同的分攤費用層級。您需為處方藥支付多少費用部分取決於您藥品所屬的分攤費用層級。

如果您的藥物未按您希望的方式承保，您可採取一些行動。您的選項取決於您的問題類型：

- 如果您的藥物未列於藥物清單中或您的藥物有限制，請參閱第 5.2 節以瞭解您可以採取哪些行動。
- 如果您藥品所在的分攤費用層級讓您支付高於您認為應該支付的費用，請參閱第 5.3 節以瞭解您可以採取什麼措施。

### 第 5.2 節 如果您的藥品不在藥品清單上，或藥品在某些方面受限，該怎麼做？

如果您的藥品不在藥品清單上或受到限制，您可以採取以下措施：

- 您可獲取該藥物的臨時供應（會員只有在特定情況下才可取得臨時供應）。這使您及您的健康照護提供者可以有時間改用其他藥物，或要求承保該藥物。
- 您可以變更使用另一種藥品。
- 您可以要求例外處理，要求本計畫承保該藥品或免除對該藥品的限制規定。

## 您可能可以取得暫時藥量

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

若要具備取得暫時藥量的資格，您必須符合以下兩項規定：

### 1. 您的藥品承保範圍變更必須屬於下列變更類型之一：

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

### 2. 您必須有下述情況之一：

- **新會員或去年投保本計畫的會員：**

我們承保您藥品的臨時藥量限於以下條件：**如果您為新會員，則限於投保本計畫最初 90 天內；如果您去年投保本計畫，則限於曆年的最初 90 天內。**零售藥房提供的臨時藥量以 30 天藥量為限，或者，長期照護藥房以 31 天藥量為限。如果您的處方開立的天數較短，我們將會允許您多次領藥，直到達到零售藥房的 30 天藥量上限，或長期照護藥房的 31 天藥量上限為止。處方藥必須在網絡內藥房領取。（請注意，長期照護藥房一次提供的藥品劑量可能較少，以防止浪費。）

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

我們會承保一次某特定藥品的 31 天藥量，或如果您的處方天數更短則藥量更少。這不包括在上述臨時藥量情況中。

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

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

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

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

如需要求臨時藥量，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

**第 5 章 使用本計畫的 D 部分處方藥承保範圍**

在取得藥品的暫時藥量期間，您應該和您的醫療服務提供者討論，以決定當暫時藥量使用完畢時的作法。您可以改用計畫承保的其他藥物或要求計畫為您進行例外處理，承保您目前使用的藥物。以下幾節會進一步為您說明這些選項。

**您可以改用另一種藥品**

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

**您可要求例外處理**

您和您的健康照護提供者可要求本計畫對您進行例外處理，以您想要的方式承保該藥物。如果您的健康照護提供者表示您有向我們要求例外處理的正當醫療理由，您的健康照護提供者可以協助您針對承保規定要求例外處理。例如，即使某項藥物未列於本計畫的藥物清單中，您也可以要求本計畫承保該藥物。或者，您可要求本計畫進行例外處理，提供該藥品承保而免予限制規定。

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

**第 5.3 節 如果您認為您藥品的分攤費用層級太高怎麼辦？**

如果您認為自己藥品所處的分攤費用層級過高，可採取以下行動：

**您可以改用另一種藥品**

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

**您可要求例外處理**

您和健康照護提供者可以要求本計畫進行藥物費用分攤等級例外處理，以降低您支付的藥物費用。如果您的醫療服務提供者表示您有正當的醫療理由可要求我們例外處理，您的醫療服務提供者可幫助您要求該規定的例外處理。

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

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

## 第 6 節 若您某種藥物的承保發生變動，該怎麼辦？

### 第 6.1 節 藥物清單在年度內可能變更

藥物承保的大多數變更發生在每年初始（1 月 1 日）。不過，本計畫可能會在一年當中對藥品清單進行變更。例如，本計畫可能：

- 在藥品清單中新增或移除藥品。開始提供新藥品，包括新的普通牌藥品。也許政府核准了既有藥物的新用途。有時候，某種藥物會被召回，因此我們決定不再承保該藥物。或者，我們可能因為某種藥物被證明沒有療效，而將其從清單中刪除。
- 將藥品移至更高或更低分攤費用層級。
- 新增或免除藥品的承保範圍限制規定（如需更多承保範圍限制規定的資訊，請參閱本章第 4 節）。
- 以普通牌藥品取代品牌藥品。

在我們更改計畫的藥物清單之前，我們必須遵守 Medicare 的要求。

### 第 6.2 節 若您所服用藥物的承保範圍發生變動該怎麼辦？

#### 藥物承保異動相關資訊

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

#### 您藥物的承保變動是否會立即影響到您？

今年度可能會對您造成影響的變更：在以下情況中，承保範圍變更在目前年度中會對您造成影響：

- 有新的普通牌藥品替代了一種藥品清單上的品牌藥品（或者我們變更了分攤費用層級或新增了對品牌藥品的限制，或同時進行這兩種做法）
  - 如果我們用分攤費用層級相同或較低而且限制相同或較低的新核准普通牌藥品替代藥品清單上的某品牌藥品時，我們會立即從藥品清單上刪除該品牌藥品。另外，加入新普通牌藥品時，我們可能會決定保留藥品清單上的品牌藥品，但是會立即將該藥品移到較高的分攤費用層級或加入新限制，或同時進行這兩種做法。

- 在我們做出變動前，我們不會事先告知您—就算您目前正在服用該品牌藥品。
- 您和您的開立處方者可要求我們為您進行例外處理，繼續為您承保該品牌藥品。如需有關例外處理申請方式的資訊，請參閱第 9 章（如果您有問題或需要投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時怎麼辦）。
- 如果在我們做出變更時您正在服用該品牌藥品，我們會提供給您有關此變更的資訊。這會包含您申請例外的步驟，以讓您可獲得該品牌藥品的承保。在我們做出變更前，您不會收到此通知。
- **藥品清單中下架的不安全藥品和其他藥品**
  - 有時候，可能因發現某一藥品不安全或基於其他理由而從市場下架，導致突然回收該藥品。若發生此情況，我們會立即將該藥品從藥品清單中移除。如果您正在服用該藥品，我們會立即讓您知道這項變更。
  - 您的開立處方者亦會知道此項變更，並可與您合作以找出其他適合您病況的藥品。
- **其他藥品清單中的藥品變更**
  - 一旦年度已經開始，並會影響到您正在服用的藥品，我們會做出其他變更。例如，我們可能會增加一種非市場新品的普通牌藥品，用來替代品牌藥品，或者變更分攤費用層級或對品牌藥品新增限制，或同時進行這兩種做法。我們還可能會根據 FDA 在包裝盒上所印的警告或根據 Medicare 認定的新臨床準則，來進行一些變更。我們必須在變更前至少提前 30 天通知您，或讓您在網絡內藥房續配 30 天份的藥品。
  - 當您收到變更通知後，您應該與您的開立處方者討論是否轉換使用其他我們承保的藥品。
  - 或者，您和您的開立處方者可要求我們為您進行例外處理，繼續為您承保該藥品。如需有關例外處理申請方式的資訊，請參閱第 9 章（如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴、投訴）時怎麼辦）。

**不會影響到目前服用該藥品者的藥品清單變更：**對於上方未列出的藥物清單的藥物異動，若您目前正在服用該藥物，或者下列類型的異動項目會影響您所服用的藥物，則只要您繼續投保本計畫，在明年的 1 月 1 日前，您不會受到影響：

- 我們將您藥物的費用分攤移至較高層級。
- 如果我們對您的藥品增加新的使用限制規定。
- 如果我們將您的藥品從藥品清單中移除。

如果您正在服用的某藥品發生上述任一種變更（但不是因為下架、普通牌藥品取代了品牌藥品，或其他在上述章節說明的變更），該變更在次年度 1 月 1 日之前都不會影響您的使用或您支付的分攤費用。在此之前，您應該不會發生付款金額提高或藥品使用限制規定增加的情形。如果變更不會影響到您，您今年不會收到關於這類變更的直接通知。不過，下年度 1 月 1 日當天開始，相關變更就會對您造成影響，所以查看新福利年度的藥品清單看看是否有藥品變更非常重要。

## 第 7 節 本計畫不承保哪些種類的藥品？

### 第 7.1 節 我們未承保的藥物種類

本節將為您說明哪些種類的處方藥屬於「排除項目」。這表示 Medicare 將不會給付這些藥物。

如果您購買屬於排除項目的藥品，您將必須自行付費。本計畫不給付本節所列的藥品（根據提升藥品承保範圍所承保的特定排除藥品除外）。僅有的例外情況包括：如果所要求的藥物在上訴過程中被裁定未被排除在 D 部分之外，且由於您的特殊情況我們應該予以給付或承保（如需有關對本計畫不承保藥品的決定提出上訴的資訊，請參閱本手冊的第 9 章第 6.5 節。）

以下是 Medicare 藥物計畫不承保 D 部分藥物的三項一般規定：

- 本計畫的 D 部分藥物承保不承保屬於 Medicare A 部分或 B 部分承保範圍的藥物。
- 本計畫不承保在美國及其屬地境外所購買的藥物。
- 本計畫通常不承保藥物仿單標示外使用。「藥物仿單標示外使用」是指在食品與藥物管理局核准的藥物仿單標示以外的任何使用方式。
  - 一般而言，「藥物仿單標示外使用」的承保只有在該用法得到某些參考資訊的支持（例如美國醫院處方服務藥物資訊和 DRUGDEX Information System）的情況下才可提供。如果用法沒有取得這些參考資訊的任何支持，本計畫就不能承保其「藥物仿單標示外使用」。

此外，根據法律規定，下列類別的藥品也不屬於 Medicare 藥品計畫的承保範圍：（本計畫透過提升藥品承保範圍承保下列特定藥品，對此可能會向您收取附加保費。以下提供更多資訊。）

- 非處方藥（也稱為成藥）
- 用於促進生育的藥品
- 用於舒緩咳嗽或感冒症狀的藥品



- 用於美容用途或用於促進頭髮生長的藥物
- 處方維他命與礦物質產品，但孕婦用維他命及氟化物製劑除外
- 用於治療性功能障礙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
- 藥廠希望要求只能向其購買相關檢測或監測服務以作為銷售條件的門診藥品

我們對一些 Medicare 處方藥計畫通常不承保的處方藥提供其他承保範圍（提升藥品承保範圍）。我們承保用於治療性功能障礙或勃起功能障礙的藥品。這些藥品可能必須遵守階段藥量限制。當您領取這些藥品的處方時，您支付的金額不計入您的重大傷病承保階段。（本手冊第 6 章第 7 節說明了重大傷病承保階段。）

此外，如果您正接受 Medicare 提供的「額外補助」以支付您的處方藥費用，則「額外補助」計畫將不會支付一般不承保的藥品費用。（請參考本計畫的藥品清單，或致電會員服務部以獲得詳細資訊。會員服務部電話號碼列印於本手冊封底。）不過，若您已透過 MEDICAID 獲得藥品承保，您所屬州的 Medicaid 計畫可能會承保一些一般 Medicare 藥品計畫不承保的處方藥。請聯絡您的州政府 Medicaid 方案確認您可以利用哪些藥品承保範圍。（您可在第 2 章第 6 節找到 Medicaid 的電話號碼和聯絡資訊。）

---

## 第 8 節 領取處方藥時請出示您的計畫會籍卡

---

### 第 8.1 節 出示您的會籍卡

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

### 第 8.2 節 若您未攜帶自己的會籍卡怎麼辦？

領取處方藥時如果忘記攜帶您的計畫會籍卡，請讓藥房致電本計畫，以便獲取必要資訊。

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

## 第 9 節 特殊情況的 D 部分藥品承保

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

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

**請注意：**在您入住或離開特護療養機構之時或在您居住於特護療養機構期間，您皆有權利用特殊投保期。這段期間當中，您可以轉換計畫或變更您的承保（第 10 章：終止您在本計畫的會員資格中介紹了您可以何時退出我們的計畫並參加其他 Medicare 計畫）。

### 第 9.2 節 若您居住在長期照護 (LTC) 機構中怎麼辦？

一般而言，長期照護 (LTC) 機構（如療養院）皆有其自己的藥房或有為其全體住院者提供藥品的藥房。如果您在長期照護機構住院，您可透過該機構的藥房取得處方藥，不過該藥房必須屬於我們網絡的一部分。

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

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

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

在取得藥品的暫時藥量期間，您應該和您的醫療服務提供者討論，以決定當暫時藥量使用完畢時的作法。也許本計畫有其他承保藥物同樣適用於您。或者，您和您的醫療服務提供者可要求本計畫為您進行例外處理，以您想要的承保方式提供該藥品承保。如果您和您的醫療服務提供者想要求例外處理，第 9 章第 6.4 節列出了相關作法。

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

您目前是否有透過您（或您配偶）的雇主或退休人員團體取得其他處方藥承保範圍？如果這樣的話，請聯絡**該團體的福利主管**。他或她可幫助您確定目前的處方藥承保如何與我們的計畫協調。

一般來說，如果您目前受雇，則您從我們計畫獲得的處方藥承保會次於您的雇主或退休團體承保。這意味著您的團體承保會先給付。

#### 「可抵免承保範圍」特別說明：

您的雇主或退休團體每年均會向您寄送通知，告知您下一曆年的處方藥承保是否為「可抵免」，以及可供您對藥品保險作出的選擇。

如果團保計畫提供的承保範圍為「可抵免」，代表計畫包含的藥品承保平均預期支付費用至少等於 Medicare 的標準處方藥承保範圍。

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

### 第 9.4 節 如果您參與 Medicare 認可的臨終關懷計畫怎麼辦？

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

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

## 第 10 節 藥品安全和藥物管理方案

### 第 10.1 節 協助會員安全用藥計畫

我們對會員實行藥物使用審查，以幫助確保他們獲得安全而適當的護理。這些審查對於有超過一個醫療服務提供者開立其藥品處方的會員格外重要。

您每次領取處方藥時我們都會進行審查。我們也會定期審查我們的紀錄。在審查過程中，我們會注意下列各種潛在問題，例如：

- 可能的用藥錯誤
- 由於您正在服用治療相同醫療病症的其他藥物而可能不需要的藥物
- 由於您的年齡或性別而可能不安全或不適當的藥物
- 同時使用可能會對您有害的特定藥物組合
- 包含會造成您過敏之成份的藥品處方
- 您正在服用藥品可能發生的數量（劑量）錯誤。
- 不安全劑量的鴉片類止痛劑

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

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

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

- 要求您從特定藥房取得所有處方鴉片類或苯重氨基鹽藥物
- 要求您從特定醫師取得所有處方鴉片類或苯重氨基鹽藥物
- 限制鴉片類或苯重氨基鹽藥物的承保量

如果我們認為其中一個或多個限制應適用於您，我們將事前向您寄發送一封信件。該信函上面會有資訊，解釋我們認為應該適用於您的限制。您也會有機會告訴我們您偏好使用哪些醫師或哪些藥房，以及您認為我們應該知道的其他任何重要資訊。您有機會回應後，若我們決定限制您對這些藥物的承保範圍，將會寄給您另一封確認限制的信件。如果您認為我們有疏忽之處，或者您不同意我們的判定 — 即您沒有處方藥誤用或應受限制的風險，

您和您的開立處方者有權向我們提出上訴。若您選擇上訴，我們將會審核您的個案並提供裁決。若您對適用於您藥物取用的限制提出相關要求，而我們繼續拒絕您要求中的任何部分，我們將會自動將您的個案傳送至本計畫外部的獨立審核者。請參閱第 9 章以瞭解有關如何申請上訴的資訊。

如果您有某些醫療狀況，如患有癌症，或您正接受安寧、緩和或臨終照護，或住在長期照護機構，此 DMP 可能不適用於您。

### 第 10.3 節 協助會員管理藥物的藥物治療管理 (MTM) 方案

我們有一項方案可以幫助有複雜健康需求的會員。

此方案為自願性質，會員可免費參加。此方案是由藥劑師及醫師團隊為我們所擬定。此方案有助於確保本計畫的會員可以透過其所服用的藥品獲得最大的益處。我們的此項方案稱之為藥物治療管理 (MTM) 方案。

部分因患有不同醫療狀況而服用多種藥物並且負擔高額藥品費用的會員可獲得 MTM 計畫的服務。藥劑師或其他健康專業人員會針對您的所有藥物為您提供一次全面性的評估。您可與其討論最佳的服藥方式、您的費用以及您對處方藥和非處方藥品所持有的任何問題或疑問。您將會獲得一份討論內容的書面摘要。摘要中內含一項藥物行動計畫，該計畫會提供一些建議，讓您知道可以採取哪些行動以讓您的藥物發揮最大效用，同時也提供了空白處供您做筆記或寫下您之後想問的問題。您還會獲得一份個人藥物清單，其中列有您正在服用的所有藥物以及您服用這些藥物的原因。

我們建議您在年度保健看診前安排一次藥物評估，以便您可與醫師討論您的行動計畫和藥物清單。請在您前往就診時或在您於任何時候與醫師、藥劑師及其他醫療保健服務提供者洽談時，攜帶您的行動計畫和藥物清單。此外，如果您前往醫院或急診室，請攜帶您的藥物清單（例如：將您的識別卡和藥物清單放在一起）。

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

## 第 6 章

您需為 **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**

<b>第 1 節</b>	<b>簡介 .....</b>	<b>120</b>
第 1.1 節	搭配使用本章和其他說明您藥品承保的資料 .....	120
第 1.2 節	您可能要為承保藥物支付的自費費用類別 .....	121
<b>第 2 節</b>	<b>您支付的藥品費用取決於取得藥品時您所處的「藥品付款階段」 .....</b>	<b>121</b>
第 2.1 節	本計畫的會員有哪些藥品付款階段？ .....	121
<b>第 3 節</b>	<b>我們會寄給您說明您的藥品付款及您所處付款階段的報告 .....</b>	<b>122</b>
第 3.1 節	我們會寄給您一份《D 部分福利說明》月報（簡稱「D 部分 EOB」） .....	122
第 3.2 節	幫助我們更新您的藥品付款資訊 .....	122
<b>第 4 節</b>	<b>Health Net Ruby Select (HMO) 沒有自付額 .....</b>	<b>123</b>
第 4.1 節	您無需支付您 D 部分藥品的自付額 .....	123
<b>第 5 節</b>	<b>在初始承保階段，本計畫支付您藥品費用中其應分攤的部分，您則支付您應分攤的部分 .....</b>	<b>123</b>
第 5.1 節	您支付的藥品費用取決於藥品本身以及您在哪裡領取處方藥 .....	123
第 5.2 節	一個月藥量的費用支付表 .....	124
第 5.3 節	如果您的醫師開立的藥量少於一個月份，您可能無需支付一整個月份的藥量費用 .....	126
第 5.4 節	長期（61 至 90 日）藥量的藥品費用表 .....	127
第 5.5 節	在您的年度藥品總費用達到 \$4,130 之前，您將繼續停留在初始承保階段 .....	129
<b>第 6 節</b>	<b>在承保缺口階段，您將享有品牌藥品折扣，且您為普通牌藥品支付的費用比例將不超 25% .....</b>	<b>129</b>
第 6.1 節	在您的自費額達到 \$6,550 之前，您都在承保缺口階段 .....	129
第 6.2 節	Medicare 如何計算您的處方藥自費額 .....	130
<b>第 7 節</b>	<b>在重大傷病承保範圍階段，本計畫將為您支付大部分的藥品費用 .....</b>	<b>132</b>
第 7.1 節	一旦您進入重大傷病承保階段，在年度剩餘期間，您將會持續留在本階段 .....	132

**第 6 章 您需為 D 部分處方藥支付的費用**

---

<b>第 8 節</b>	<b>您需支付的 D 部分承保疫苗接種費用取決於您接受接種的管道和地點.....</b>	<b>132</b>
第 8.1 節	本計畫可能會分開承保 D 部分疫苗藥物本身和為您接種疫苗的費用.....	132
第 8.2 節	接受疫苗接種之前，建議您先致電會員服務部與我們聯絡.....	134





### 您知道有些方案可以協助人們支付其藥品費用嗎？

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

### 您目前正在接受藥費援助嗎？

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

## 第 1 節 簡介

### 第 1.1 節 搭配使用本章和其他說明您藥品承保的資料

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

如欲理解我們在本章為您提供的給付資訊，您需瞭解哪些藥品屬於承保範圍、應至何處領取處方藥，以及領取承保藥品時應遵守哪些規定等基本資訊。以下資料會說明這些基本要點：

- 本計畫的《承保藥物清單（處方集）》。為了讓說明簡潔明瞭，我們稱此為「藥品清單」。
  - 此藥品清單說明您的哪些藥品屬承保範圍。
  - 藥物清單還會為您說明藥品屬於 6 個「分攤費用層級」中的哪一層級，以及您的藥品承保範圍是否有任何限制。
  - 如果您需要一份藥品清單，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。您也可在我們的網站 [ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com) 找到此藥品清單。網站上的藥品清單隨時保持更新狀態。
- 本手冊第 5 章。第 5 章提供了有關處方藥承保的詳細資訊，包括領取承保藥物時所需遵守的規定。第 5 章也告訴您哪些類型的處方藥不屬於本計畫的承保範圍。
- 本計畫的《醫療服務提供者及藥房名錄》。在大多數情況下，您必須使用網絡內藥房來領取承保藥品（請參閱第 5 章以瞭解詳情）。《醫療服務提供者及藥房名錄》載列了本計畫的網絡內藥房清單。同時也為您說明我們的網絡內有哪些藥房可以為您提供藥品的長期藥量（例如領取三個月藥量的處方藥）。

## 第 1.2 節 您可能要為承保藥物支付的自費費用類別

如欲瞭解我們在本章所為您提供的給付資訊，您需瞭解您需為承保服務支付的自費費用類別。您為某藥品所支付的費用稱為「分攤費用」，而您可能需支付的費用一共有三種。

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

## 第 2 節 您支付的藥品費用取決於取得藥品時您所處的「藥品付款階段」

### 第 2.1 節 本計畫的會員有哪些藥品付款階段？

如下表顯示，根據 Health Net Ruby Select (HMO) 規定，您的處方藥承保有不同的「藥品付款階段」。您支付多少藥品費用取決於領取或續配處方藥時您在哪個「藥品付款階段」。

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 承保缺口階段	第 4 階段 重大傷病承保範圍階段
因為本計畫沒有自付額，該付款階段不適用於您。	<p>您在一年當中首次領取處方藥時便進入本階段。</p> <p>在本階段，計畫會支付您藥品費用中其應分攤的部分，您則支付您應分攤的部分。</p> <p>在您本年迄今的「藥品總費用」（您支付的款項加上任何 D 部分計畫的給付）總計達到 \$4,130 之前，您都會留在本階段</p> <p>（詳情請參閱本章的第 5 節）。</p>	<p>在本階段，您需為品牌藥品支付定價的 25%（外加一部分的配藥費用），普通牌藥品您亦需支付定價的 25%。</p> <p>在您本年迄今的「自費額」（您支付的款項）總計達到 \$6,550 之前，您都會留在本階段。此金額由 Medicare 設定，且 Medicare 對計入此金額的費用設有規定</p> <p>（詳情請參閱本章第 6 節。）</p>	<p>在這一階段，在曆年剩餘時間之內（直到 2021 年 12 月 31 日），本計畫將支付您大部分的藥品費用。</p> <p>（詳情請參閱本章第 7 節。）</p>

### 第 3 節 我們會寄給您說明您的藥品付款及您所處付款階段的報告

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

當您在藥房領取或續配處方藥時，本計畫會記錄您處方藥的費用以及您累計已經支付的金額。透過這種方式，我們可以告訴您何時您已從某一藥物付款階段進入下一個藥物付款階段。我們會特別記錄兩種類型的費用：

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

當您在上一個月份透過本計畫領取過一次或多次處方藥之後，本計畫即會準備一份名為《D 部分福利說明》（有時也稱為「D 部分 EOB」）的書面報告。D 部分 EOB 提供更多關於您服用之藥品的資訊，例如價格增加和其他分攤費用較低的可用藥品。您應諮詢開立處方者，瞭解這些費用較低的選項。其內容包括：

- **當月資訊**。該報告會說明上一個月您領取處方藥的付款詳情。該報告會顯示藥物費用總額、計畫給付金額以及您和其他人代您支付的金額。
- **從 1 月 1 日至今本年度的總額**。這稱作「年度至今」資訊。其說明從年度開始以來，您的藥品總費用以及藥品的給付總額。
- **藥品價格資訊**。此資訊將顯示每項處方藥理賠的累計增加百分比。
- **費用較低的可用替代處方藥**。若對於每項處方藥理賠可能有其他分攤費用較低的藥品可用，這將包括其相關資訊。

#### 第 3.2 節 幫助我們更新您的藥品付款資訊

紀錄您的藥品費用以及您支付的藥品金額時，我們會採用藥房提供的資訊。以下告訴您幫助我們保持您的資訊正確並符合最新情況的方式：

- **領取處方藥時請出示您的會籍卡**。為了確保我們知道您領取的處方藥以及您支付哪些費用，每次領取處方藥時請務必出示您的計畫會籍卡。

**第 6 章 您需為 D 部分處方藥支付的費用**

- **確保我們取得所需的資訊。**有些時候您可能支付處方藥的費用，我們卻沒有自動取得我們需要的資訊以紀錄您的自費額。為幫助我們紀錄您支付的自費額，您可以提供我們您購買藥品時收據的副本（如果您收到承保藥物的帳單，可以要求本計畫支付我們應分攤的費用。如需相關說明，請參閱本手冊的第 7 章第 2 節）。以下情況下，您可能需要將藥物收據提供給我們，以確保我們持有您完整的藥物付費記錄：
  - 當您在網絡內藥房以特價價格購買承保藥物，或者您使用不屬於本計畫福利的折扣卡購買承保藥物時。
  - 您為製藥商患者援助計畫所提供的藥物支付了共付額。
  - 任何時候您在網絡外藥房購買承保藥物，或在特殊情況下為承保藥物支付了全額費用時。
- **請將其他人為您付款的資訊寄送給我們。**某些其他個人或組織支付的款項也計入您的自費額費用，且有助於您取得重大傷病承保範圍的資格。例如：由 AIDS 藥品補助方案 (ADAP)、印第安健康服務和大多數慈善機構所支付的款項也可計入您的自費額中。您應保存這些付款紀錄，並將其寄給我們，好讓我們記錄您的付費情況。
- **查看我們寄給您的書面報告。**當您透過郵件收到《D 部分福利說明》（「D 部分 EOB」）時，請仔細查看以確認資訊是否完整且正確無誤。如果您認為報告遺漏任何資訊，或您有任何疑問，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。請務必保存這些報告。它們是您藥品費用的重要紀錄。

---

**第 4 節 Health Net Ruby Select (HMO) 沒有自付額**

---

**第 4.1 節 您無需支付您 D 部分藥品的自付額**

Health Net Ruby Select (HMO) 沒有自付額。您在年度首次領取處方藥時，即開始初始承保階段。參閱第 5 節瞭解關於您在初始承保階段承保的資訊。

---

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

---

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

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

## 本計畫有六個分攤費用層級

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

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

如需查明您的藥品屬於哪個分攤費用層級，請查詢本計畫的藥品清單。

## 您的藥房選擇

您支付的藥品費用多寡取決於您在哪裡取得藥品：

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

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

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

### 第 5.2 節 一個月藥量的費用支付表

在初始承保階段，您需為承保藥品分攤的費用將是共付額或共同保險金。

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

## 第 6 章 您需為 D 部分處方藥支付的費用

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

- 如果您的承保藥物費用低於圖表中列出的共付額金額，您將支付金額較低的藥物價格。您可能要支付該藥物的全額價格，或者支付共付額，總之支付兩者中較低的金額。
- 我們僅在有限的情況下才會承保在網絡外藥房領取的處方藥。請參閱第 5 章，第 2.5 節瞭解我們何時承保在網絡外藥房領藥的資訊。

領取 D 部分承保處方藥一個月藥量時，您應分攤的費用如下：

	標準零售分攤費用 (網絡內) (最多可領取 30 天藥量)	首選零售分攤費用 (網絡內) (最多可領取 30 天藥量)	郵購分攤費用 (最多可領取 30 天藥量)	長期照護 (LTC) 分攤費用 (最多可領取 31 天藥量)	網絡外分攤費用 (承保僅限於某些情況；詳情請參閱第 5 章)(最多可領取 30 天藥量)。
<b>分攤費用層級 1</b> (首選普通牌藥品 – 包括首選普通牌藥品。)	\$8	\$0	\$0	\$8	\$8
<b>分攤費用層級 2</b> (普通牌藥品 – 包括普通牌藥品。)	\$15	\$3	\$3	\$15	\$15
<b>分攤費用層級 3</b> (首選品牌藥品 – 包括首選品牌藥品，也可能包括某些普通牌藥品。)	\$47	\$42	\$42	\$47	\$47

## 第 6 章 您需為 D 部分處方藥支付的費用

	標準零售分攤費用 (網絡內) (最多可領取 30 天藥量)	首選零售分攤費用 (網絡內) (最多可領取 30 天藥量)	郵購分攤費用 (最多可領取 30 天藥量)	長期照護 (LTC) 分攤費用 (最多可領取 31 天藥量)	網絡外分攤費用 (承保僅限於某些 情況；詳情請參 閱第 5 章)(最多 可領取 30 天藥量)。
<b>分攤費用層級 4</b> (非首選藥品 — 包括非首選 品牌藥品和非首 選普通牌藥 品。)	\$100	\$95	\$95	\$100	\$100
<b>分攤費用層級 5</b> (專科層級 — 包括高價品牌藥 品與普通牌藥 品。此層級的藥 品不符合按較低 層級價位付費的 例外處理資格)	33%	33%	33%	33%	33%
<b>分攤費用層級 6</b> (特選照護藥品 — 包括部分普 通牌藥品，且可 能包含用於治療 特定慢性病況的 部分品牌藥 品。)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

## 第 5.3 節

如果您的醫師開立的藥量少於一個月份，您可能無需支付一整個月份的藥量費用

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

**第 6 章 您需為 D 部分處方藥支付的費用**

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

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

每日分攤費用可以讓您確保一種藥物對您能起作用，然後才開始支付整月用量的費用。如 果領取少於一整個月的藥量可以協助您更妥善地規劃續領不同處方藥的日期並進而讓您減 少前往藥房的次數，您也可以針對某項藥物或多項藥物請醫師開立處方並請藥劑師配發少 於一整個月的藥量。您所需支付的金額將視您所獲得的藥量天數而定。

**第 5.4 節 長期（61 至 90 日）藥量的藥品費用表**

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

下表顯示領取藥品 61 至 90 天長期藥量時您需支付的費用。

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



## 第 6 章 您需為 D 部分處方藥支付的費用

領取 D 部分承保處方藥的長期藥量時，您應分攤的費用如下：

	標準零售分攤費用 (網絡內) (61-90 天份藥量)	首選零售分攤費用 (網絡內) (61-90 天份藥量)	郵購分攤費用 (61-90 天份藥量)
<b>分攤費用層級 1</b> (首選普通牌藥品 – 包括首選普通牌藥品)。	\$24	\$0	\$0
<b>分攤費用層級 2</b> (普通牌藥品 – 包括普通牌藥品)。	\$45	\$9	\$6
<b>分攤費用層級 3</b> (首選品牌藥品 – 包括首選品牌藥品，也可能包括某些普通牌藥品。)	\$141	\$126	\$116
<b>分攤費用層級 4</b> (非首選藥品 – 包括非首選品牌藥品和非首選普通牌藥品。)	\$300	\$285	\$275
<b>分攤費用層級 5</b> (專科層級 – 包括高價品牌藥品與普通牌藥品。此層級的藥品不符合按較低層級價位付費的例外處理資格)。	層級 5 的藥品不提供長期藥量		
<b>分攤費用層級 6</b> (特選照護藥品 – 包括部分普通牌藥品，且可能包含用於治療特定慢性病況的部分品牌藥品。)	\$0	\$0	\$0

**第 5.5 節 在您的年度藥品總費用達到 \$4,130 之前，您將繼續停留在初始承保階段**

在您為所領取和續配之處方藥支付的總金額達到**初始承保階段上限 \$4,130** 之前，您都在初始承保階段。

您的藥品費用總額是將您所支付的金額以及任何 D 部分計畫所給付金額加總：

- **您**從本年度第一次購藥開始，為所有承保藥物所支付的金額（請參閱第 6.2 節，以瞭解更多有關 Medicare 計算自費費用方式的資訊）。其中包括：
  - 在初始承保階段，您為藥物所支付的分攤費用總額。
- 在初始承保階段，**本計畫**支付的藥品分攤費用總額。（如果您在 2021 年的任何時間投保了不同的 D 部分計畫，則在初始承保階段計畫所支付的金額也會計入您的藥品總費用。）

我們對 Medicare 處方藥計畫中通常不承保的一些處方藥提供額外承保範圍。為這些藥品支付的款項不會計入您的初始承保限額或自費額總額。要了解我們的計畫承保哪些藥品，請參閱您的處方集。

我們所寄給您的《D 部分福利說明》（D 部分 EOB）將會協助您追蹤在一年當中您和本計畫以及任何第三方已代您支付多少費用。許多人在一年之內皆不會達到 \$4,130 的限額。

如果您達到此上限金額 \$4,130，我們會通知您。如果您確實達到此金額，您便會離開初始承保階段並進入承保缺口階段。

**第 6 節 在承保缺口階段，您將享有品牌藥品折扣，且您為普通牌藥品支付的費用比例將不超 25%****第 6.1 節 在您的自費額達到 \$6,550 之前，您都在承保缺口階段**

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

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

**第 6 章 您需為 D 部分處方藥支付的費用**

---

您持續支付品牌藥品的折扣價格且不超過普通牌藥品費用的 25%，直到您的年度自費額達到 Medicare 規定的最高金額為止。在 2021 年，該金額為 \$6,550。

Medicare 有哪些費用可計入和哪些費用不可計入您自費額的相關規定。當您達到自費額上限 \$6,550 時，您就會離開承保缺口階段並進入重大傷病承保階段。

**第 6.2 節 Medicare 如何計算您的處方藥自費額**

紀錄您藥品的自費額時，我們必須遵守下列 Medicare 規定。

---

**下列付款包括在您的自費額中**

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

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

**付款人規定：**

- 如果您自己支付，這些款項就可以包括在您的自費額中。
- 如果由某些其他個人或組織代您支付，這些款項也可以包括在您的自費額中。其中包括由朋友或親戚、大多數慈善機構、AIDS 藥品援助計畫、印第安健康服務代您支付的藥品費用。由 Medicare 「額外補助」方案所支付的費用也包括在內。
- Medicare 承保缺口折扣方案所支付的費用，有一些也包括在內。製藥商為您的品牌藥所給付的費用會計入。但是本計畫為您的學名藥所支付的費用不會計入。

**進入重大傷病承保階段：**

當您（或代您付款的其他人）在曆年內所支付的自費額總額達到 \$6,550 之後，您將從承保缺口階段進入重大傷病承保階段。

---

### 下列付款不包括在您的自費額中

在加總您的自費額時，**不得包括**下列任一種處方藥付款：

- 您在美國和其領土以外地區購買的藥品。
- 不屬於本計畫承保範圍的藥品。
- 在網絡外藥房取得不符合本計畫網絡外承保規定的藥品。
- A 部分或 B 部分承保的的處方藥
- 您對我們額外承保範圍內的藥品所支付的款項，但通常不在 Medicare 處方藥計畫承保範圍中。
- 本計畫在承保缺口階段為您支付的品牌藥品或普通牌藥品費用。
- 由團體健康計畫為您的藥物給付的費用，包括雇主健康計畫。
- 由特定保險計畫與政府資助的健康計畫（例如 TRICARE 計畫及退伍軍人事務局）為您的藥物給付的費用。
- 由負有法律義務必須支付處方藥費用的第三方（例如勞工賠償）為您的藥物給付的款項。

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

### 您如何紀錄您自費額的合計金額？

- **我們會幫助您。**我們寄給您的《D 部分福利說明》（D 部分 EOB）會包括您目前的自費額金額（請參閱本章第 3 節有關本報告的說明）。當您在年度內合計支付的自費額達 \$6,550 時，本報告就會告訴您，您已離開承保缺口階段並進入重大傷病承保階段。
- **確保我們獲得所需的資訊。**第 3.2 節將會為您說明您可以採取哪些行動以協助我們確保您的付款記錄完整且保持在最新狀態。

---

## 第 7 節 在重大傷病承保範圍階段，本計畫將為您支付大部分的藥品費用

---

第 7.1 節	一旦您進入重大傷病承保階段，在年度剩餘期間，您將會持續留在本階段
---------	----------------------------------

在您的自費額達到 \$6,550 的曆年限額之後，您便符合進入重大傷病承保階段的資格。在您進入重大傷病承保階段之後，您將持續留在此給付階段直到該曆年結束為止。

在本階段中，本計畫會支付您藥品的大多數費用。

- 您需分攤的承保藥品費用會是共同保險金或共付額，以兩者中金額較高者為準：
  - 可能是 — 藥品費用 5% 的共同保險金。
  - 或者 — \$3.70（適用於普通牌藥品或可視為普通牌藥品的藥品）和 \$9.20（適用於其他所有藥品）。
- 本計畫支付其餘費用。

---

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

---

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

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

我們的 D 部分疫苗接種承保分為兩個部分：

- 承保的第一部分是**疫苗本身**的費用。疫苗是一種處方藥物。
- 承保的第二部分是**疫苗接種**的費用（這有時也稱為疫苗的「施打」）。

### 您為 D 部分疫苗接種支付哪些費用？

您要支付哪些 D 部分疫苗接種費用取決於下列三個因素：

1. 疫苗的類型（您為什麼要接種疫苗）。
  - 有些疫苗被視為醫療福利。您可透過查看第 4 章醫療福利表（承保範圍以及您需支付的費用）瞭解我們對這些疫苗的承保情況。
  - 其他疫苗被視為是 D 部分藥物。您可以在本計畫的《承保藥物清單（處方集）》中找到這些疫苗。

2. 您在哪裡取得疫苗藥物。
3. 什麼人為您接種疫苗？

您接受 D 部分疫苗接種時支付的金額可能因情況而異。例如：

- 有時候，在您接受疫苗接種時，必須支付疫苗用藥與接種的全部費用。您可以要求本計畫償還我們應分攤的費用。
- 其他時候，當您取得疫苗藥物或接受疫苗接種時，您將僅需支付您的分攤費用。

以下為您接受 D 部分疫苗接種的三種常見方式，用以進行說明。請切記，在您處於福利承保缺口階段期間，您必須負擔與疫苗接種（包括施打）相關的所有費用。

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

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

*情形 2：* 您在醫師診所取得 D 部分疫苗。

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

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

- 您必須支付藥房該疫苗本身的共付額金額。
- 當您的醫師為您接種疫苗時，您將需支付這項服務的全部費用。然後，您可以使用本手冊第 7 章所述的程序要求本計畫支付我們應分攤的費用。
- 您獲得的報銷金額為：醫師施打疫苗的收費金額減去醫師收費金額與我們通常付款金額間的差額（如果您有取得「額外補助」，我們將會補償您此差額。）

**第 8.2 節 接受疫苗接種之前，建議您先致電會員服務部與我們聯絡**

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

- 我們會告訴您本計畫如何承保您的疫苗接種，並說明您應分攤的費用。
- 我們可告知您如何使用本計畫網絡內的健康照護提供者和藥房來降低您自行負擔的費用。
- 如果您無法使用網絡內健康照護提供者和藥房，我們可以告知您該怎麼做才能獲得我們所給付的分攤費用。

## 第 7 章

要求本計畫給付您所收到的承保醫療  
服務或藥物帳單中由我們支付的費用



**第 7 章 要求計畫為您所取得的承保醫療服務或藥品帳單支付分攤費用**

<b>第 1 節</b>	<b>您應要求我們為承保服務或藥品支付分攤費用的情況 .....</b>	<b>137</b>
第 1.1 節	如果您為承保服務或藥品支付本計畫的分攤費用，或如果您收到帳單，您可以要求我們給付 .....	137
<b>第 2 節</b>	<b>如何要求我們償還您費用或支付您所收帳單 .....</b>	<b>139</b>
第 2.1 節	如何向我們提出給付要求，及應將要求寄送到何處 .....	139
<b>第 3 節</b>	<b>我們會對您的給付要求進行審查，作出付款與否的決定 .....</b>	<b>140</b>
第 3.1 節	我們會查看是否應該承保該服務或藥物，以及所欠款額 .....	140
第 3.2 節	如果我們告知不會支付該醫療照護或藥品的部分或全部費用，您可以提出上訴 .....	140
<b>第 4 節</b>	<b>您應該保留收據並寄副本給我們的其他情況 .....</b>	<b>140</b>
第 4.1 節	在某些情況下，您應該將收據副本寄給我們，幫助我們記錄您的藥品自費額 .....	140

## 第 1 節 您應要求我們為承保服務或藥品支付分攤費用的情況

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

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

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

以下幾個例子說明您可能需要要求本計畫償還您或給付您所收到帳單的情況：

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

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

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

#### 2. 網絡內醫療服務提供者寄給您一份您認為不應支付的帳單

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

- 當您接受計畫承保服務時，僅需支付計畫的分攤費用即可。我們不允許醫療服務提供者向您另外收取額外的費用（即「差額負擔」）。即使我們支付給健康照護提供者的金額低於其就服務收取的費用，以及即使存在糾紛，而且我們未支付特定健康照護提供者收取的費用時，此保障（您絕不會支付超過自己的分攤費用金額）仍適用。欲瞭解有關「差額負擔」的更多資訊，請參閱第 4 章第 1.3 節。

**第 7 章 要求計畫為您所取得的承保醫療服務或藥品帳單支付分攤費用**

- 當您從網絡內健康照護提供者處收到您認為超出自己應付款項的帳單時，請將其寄送給我們。我們會直接與該醫療服務提供者聯絡並解決該帳單問題。
- 如果您已將網絡內醫療服務提供者給您的帳單金額付清，但您覺得您支付過多，請將帳單連同您已付款的文件紀錄寄給我們，並要求我們償還您所支付金額與您根據本計畫規定應支付金額之間的差額。

**3. 如果您回溯投保本計畫**

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

如果您以回溯方式投保我們的計畫，而您在投保日期後自費支付了任何承保服務或藥物的費用，您可以要求本計畫將我們分攤的費用償還給您。您需要準備書面文件，交給我們處理補償事宜。

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

**4. 當您使用網絡外藥房領取處方藥**

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

請保留收據，當您要求本計畫償還我們應分攤的費用時，請寄一份副本給我們。

**5. 您因為沒有攜帶您的計畫會籍卡而支付處方藥的全額費用**

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

請保留收據，當您要求本計畫償還我們應分攤的費用時，請寄一份副本給我們。

**6. 您在其他情況下支付處方藥的全額費用**

您可能發現由於某種理由，藥品不屬承保範圍，因此您需支付處方藥的全額費用。

- 例如，藥品可能不在本計畫的《承保藥物清單（處方集）》中；或藥品可能有您不知道或您認為不應該適用於您的要求或限制規定。如果您決定立即取得藥品，您可能需要支付其全額費用。
- 請保留收據，當您要求本計畫償還您時，請寄一份副本給我們。在某些情況下，我們可能需要透過您的醫師取得更多資訊，才能將我們的分攤費用償還給您。

上面的例子說明了各種類型的承保範圍決定。如果我們拒絕您的付款要求，您可以對我們的決定提出上訴。本手冊的第 9 章（如果您有問題或需要投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）時怎麼辦）有如何提出上訴的相關資訊。

## **第 2 節 如何要求我們償還您費用或支付您所收帳單**

### **第 2.1 節 如何向我們提出給付要求，及應將要求寄送到何處**

請將您的給付要求連同您的帳單及您已付款的任何證明文件一起寄給我們。建議您影印您的帳單和收據留底。

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

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

請將您的醫療服務給付申請連同所有帳單或收據一併寄給我們，地址如下：

Health Net Ruby Select (HMO)  
P.O. Box 9030  
Farmington, MO 63640

請將您的 D 部分處方藥給付申請連同所有帳單或收據一併寄給我們，地址如下：

#### **有關 D 部分理賠：**

Health Net Ruby Select (HMO)  
Attn: Pharmacy Claims  
P.O. Box 419069  
Rancho Cordova, CA 95741-9069

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

如果您有任何疑問，請與會員服務部聯絡（電話號碼列印於本手冊封底）。如果您不知道您應付哪些費用，或您收到帳單但不知道應該怎麼辦，我們能為您提供協助。如果您希望針對您已經寄給我們的給付要求向我們提供額外資訊，您也可以致電。

### 第 3 節 我們會對您的給付要求進行審查，作出付款與否的決定

#### 第 3.1 節 我們會查看是否應該承保該服務或藥物，以及所欠款額

在收到您的給付要求之後，我們將會告知您我們是否需要您提供任何額外資訊。如果我們不需要額外資訊，我們將會針對您的要求進行審查並作出承保決定。

- 如果我們判定該醫療照護或藥物屬於承保範圍，且您在接受照護或領取藥物時有遵守所有規定，我們將會給付我們的分攤費用。如果您已經支付該服務或藥品的費用，我們會將我們應分攤的費用補償郵寄給您。如果您尚未支付該服務或藥物的費用，我們會將付款直接郵寄給健康照護提供者（第 3 章說明了要獲得醫療服務的承保您需遵守的規定。第 5 章說明了獲得 D 部分處方藥時應該遵守的規定）。
- 如果我們決定該醫療照護或藥物不予承保，或者您未遵守所有的規定，我們則不會支付分攤費用。在此情況下，我們將會寄信說明我們沒有寄送您所要求之給付的理由以及您針對該決定上訴的權利。

#### 第 3.2 節 如果我們告知不會支付該醫療照護或藥品的部分或全部費用，您可以提出上訴

如果您認為我們不應拒絕您的給付要求，或者您不同意我們的給付金額，您可以提出上訴。如果您提出上訴，這表示您要求我們變更我們在拒絕您給付要求時所作的決定。

如欲瞭解有關如何提出上訴的詳情，請參閱本手冊的第 9 章（如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼做）。上訴程序是一項正式程序，有詳細的流程及重要的截止日期。如果您以前未提出過上訴，建議從閱讀第 9 章第 4 節開始著手。第 4 節為引言介紹，說明承保決定與上訴的程序，並對諸如「上訴」等術語作出界定。在您閱讀第 4 節後，可參閱第 9 章的各節，瞭解您的情況該怎麼辦：

- 如果您想針對醫療服務的費用償還提出上訴，請參閱第 9 章的第 5.3 節。
- 如果您想針對藥物的費用償還提出上訴，請參閱第 9 章的第 6.5 節。

### 第 4 節 您應該保留收據並寄副本給我們的其他情況

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

有某些情況您應該讓我們知道您已為您的藥品支付費用。在這些情況下，您並不是在向我們要求給付。而是告知我們您的付款情況，以便我們可以正確計算您的自費費用。這可協助您更快取得進入重病承保階段的資格。

以下是您應該寄收據副本給我們，讓我們知道您已為您的藥品支付費用的兩種情況：

### 1. 當您以低於我們的價格購買藥品時

當您在承保缺口階段時，有時候您能以低於我們的價格在網絡內藥房購買您的藥品。

- 例如：藥房可能有該藥品的特價活動。或者，您可能持有我們福利以外的折扣卡，可享有更低的價格。
- 除非特殊條件適用，否則在這些情況下您必須使用網絡內藥房，且您的藥物必須列於本計畫的藥物清單中。
- 請保留收據，將影印件寄送給我們，以便我們將您的自費費用計入您的重病承保階段資格。
- **請注意：**如果您在承保缺口階段中，我們可能不會分攤這類藥品的任何費用。不過，寄送收據副本不僅讓我們可正確地計算您的自費額，也可能幫助您更快取得重大傷病承保範圍階段的資格。

### 2. 當您透過藥廠提供的病患協助方案取得藥品時

有些會員參加本計畫福利以外的藥廠所提供的病患協助方案。如果您透過製藥商提供的計畫獲得任何藥物，您可能會向該患者援助計畫支付共付額。

- 請保留收據，將影印件寄送給我們，以便我們將您的自費費用計入您的重病承保階段資格。
- **請注意：**由於您是透過患者補助方案而非透過本計畫的福利取得藥物，本計畫將不會給付這些藥物的任何分攤費用。但是將收據影本寄來能夠讓我們正確計算您的自費費用，並能幫助您儘快符合重病承保階段資格。

在上述兩個範例中，由於您並非要求付款，這些情況不視為承保決定。因此，如果不同意我們的決定，您不能提出上訴。

# 第 8 章

## 您的權利與責任

**第 8 章 您的權利和責任**

<b>第 1 節</b>	<b>我們的計畫必須尊重您作為本計畫會員的權利.....</b>	<b>144</b>
第 1.1 節	We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in audio, in large print, or other alternate formats, etc.).....	144
第 1.2 節	我們必須確保您適時取得您的承保服務和藥品.....	145
第 1.3 節	我們必須保護您個人健康資訊的隱私.....	145
第 1.4 節	我們必須提供您本計畫、醫療服務提供者網絡以及您承保服務的相 關資訊.....	146
第 1.5 節	我們必須支持您作出相關照護決定的權利.....	147
第 1.6 節	您有權投訴並要求我們重新審查已作出的決定.....	149
第 1.7 節	您有權對我們的會員權利和責任政策提出建議.....	149
第 1.8 節	新技術評估.....	149
第 1.9 節	如果您認為自己受到不公平待遇或權利未受重視怎麼辦？.....	149
第 1.10 節	如何取得更多與您權利相關的資訊.....	150
<b>第 2 節</b>	<b>作為計畫會員您應承擔部分責任.....</b>	<b>150</b>
第 2.1 節	您有哪些責任？.....	150



---

## 第 1 節 我們的計畫必須尊重您作為本計畫會員的權利

---

<b>第 1.1 節</b>	<b>We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in audio, in large print, or other alternate formats, etc.)</b>
----------------	--

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048), 24 hours a day, 7 days a week, or directly with the Office of Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Member Services for additional information.

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

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

本計畫有服務人員並提供免費口譯服務，可回答殘障人士和非英語會員的疑問。本資訊備有其他語言版本，可免費提供。若有需要，我們可以免費提供錄音版、大字版或其他格式的資訊給您。若有需要，我們必須以您能夠使用且適合您的格式免費提供有關本計畫福利的資訊。如需以您瞭解的方式向我們取得資訊，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底），您也可以透過同個號碼致電申訴部門。

如果您無法順利取得您能夠使用且適合您的本計畫福利資訊格式，請致電會員服務部進行申訴（電話號碼列印於本手冊封底）。您也可以致電全年無休的 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) 向 Medicare 進行投訴，或直接聯絡民權辦公室。

聯絡資訊附在《承保範圍證明》中，您也可以在本郵件中找到聯絡資訊，或者您也可以聯絡會員服務部取得額外資訊。

**第 1.2 節 我們必須確保您適時取得您的承保服務和藥品**

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

身為本計畫的會員，您有權在合理的時間內與本計畫的網絡內醫療服務提供者約診並取得承保服務。這包括在您需要專科照護時，適時取得專科醫師服務的權利。您還有權在我們的任何一間網絡內藥房領取或續領處方藥（不致拖延過久）。

如果您認為自己沒有在合理的時間範圍內獲得醫療照護或 D 部分藥物，本手冊第 9 章第 10 節會告訴您怎麼做（如果我們拒絕為您的醫療照護或藥品提供承保，而您不同意我們的決定，第 9 章第 4 節會告訴您怎麼做。）

**第 1.3 節 我們必須保護您個人健康資訊的隱私**

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

- 您的「個人健康資訊」包括您投保本計畫時提供給我們的個人資訊，以及您的病歷和其他醫療與健康資訊。
- 根據保護隱私的法律規定，您享有取得資訊並控制您健康資訊使用方式的權利。我們為您提供一份書面通知，名為「隱私慣例通知」，告知您這些權利，並說明我們如何保護您健康資訊的隱私權。

**我們如何保護您健康資訊的隱私權**

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

## 您能查看您紀錄中的資訊，並瞭解您的資訊曾以什麼方式與他人分享

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

若非例行用途，您有權瞭解您的健康資訊曾以什麼方式與他人分享。

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

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

身為本計畫的會員，您有權透過我們取得幾種類型的資訊（如前面第 1.1 節所述，您有權要求我們以您能夠瞭解的方式提供資訊。這包括取得非英文語言、大字版或其他格式的資訊）。

如果您需要以下種類的資訊，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）：

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

## 第 8 章 您的權利和責任

- 如需取得您 D 部分處方藥承保的詳情，請參閱本手冊第 5 章與第 6 章，以及本計畫的《承保藥物清單（處方集）》。這兩章搭配《承保藥物清單（處方集）》除了告訴您哪些藥品屬承保範圍，也說明您必須遵循的規定以及您某些藥品的承保限制規定。
- 如果您對相關規定與限制規定有疑問，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。
- **某項目不屬承保範圍的原因以及您可以怎麼做的相關資訊。**
  - 如果您無法獲得某項醫療服務或 D 部分藥物的承保，或者您的承保受到某些限制，您可以向我們索取書面說明。即使您是透過網絡外健康照護提供者或藥房取得該醫療服務或藥物，您仍有權獲得此說明。
  - 如果您不滿意或不同意我們針對您的醫療照護或 D 部分藥物承保範圍所作的決定，則有權要求我們變更該決定。您可提出上訴以要求我們變更該決定。如需詳細資訊以瞭解當有某項目您無法獲得希望的承保時該怎麼做，請參閱本手冊的第 9 章。該章節為您詳細說明了如果您希望我們變更決定，該如何提出上訴（第 9 章還說明了如何針對照護品質、等候時間及其他顧慮提出投訴）。
  - 如果您想要求本計畫給付您所接受的醫療照護或 D 部分處方藥帳單中我們應分攤的費用，請參閱本手冊第 7 章。

### 第 1.5 節 我們必須支持您作出相關照護決定的權利

#### 您有權知道您的治療選項並參與您健康照護的相關決定

當您接受醫療保健時，您有權從您的醫師和其他醫療保健服務提供者取得完整的資訊。您的醫療服務提供者必須以您能瞭解的方式，向您說明您的醫療狀況以及您的治療選擇。

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

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

- 如果您的照護承保遭到拒絕，您有權要求說明。如果醫療服務提供者拒絕提供您認為您應得到的照護，您有權要求我們說明原因。如欲取得說明，您將需向我們要求作出承保決定。本手冊的第 9 章將會為您說明如何向本計畫要求作出承保決定。

### 如果您無法自行作出醫療決定，您有權指導可採取的措施

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

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

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

如果您想使用「預立醫囑」給予指示，以下是相關步驟說明：

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

如果您事先知道要住院，且您已經簽署預立醫囑，請帶一份副本到醫院。

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

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

### 如果您的指示未被遵循怎麼辦？

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

**第 1.6 節 您有權投訴並要求我們重新審查已作出的決定**

如果您對您的承保服務或照護有任何疑問或顧慮，本手冊第 9 章為您說明可以怎麼做，其中會告知您有關如何處理各種問題與投訴的詳細資料。您需採取哪些行動以針對您的問題或顧慮進行追蹤需視您的情況而定。您可能需要本計畫為您作出承保決定、向我們提出變更承保決定的上訴，或者提出投訴。無論您怎麼做 — 要求承保決定、上訴或投訴，我們都必須公平地對待您。

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

**第 1.7 節 您有權對我們的會員權利和責任政策提出建議**

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

**第 1.8 節 新技術評估**

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

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

**第 1.9 節 如果您認為自己受到不公平待遇或權利未受重視怎麼辦？**

**如果事關歧視，請致電民權辦公室**

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

## 是因為其他原因嗎？

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

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

### 第 1.10 節 如何取得更多與您權利相關的資訊

您可以在下列幾個地方取得更多與您權利相關的資訊：

- 您可以致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。
- 您可以致電 **SHIP**。如需該組織的詳細資訊以及聯絡資訊，請參閱第 2 章第 3 節。
- 您可以聯絡 **Medicare**。
  - 您可以瀏覽 Medicare 網站以閱覽或下載「Medicare 權利與保障」(Medicare Rights & Protections) 出版刊物。（出版刊物下載網址：[www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)。）
  - 或者，您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。

## 第 2 節 作為計畫會員您應承擔部分責任

### 第 2.1 節 您有哪些責任？

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

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

**第 8 章 您的權利和責任**

- 如果您除了本計畫以外還有任何其他健康保險或處方藥承保，您必須告訴我們。請致電會員服務部告知我們（電話號碼列印於本手冊封底）。
  - 我們必須遵循 Medicare 制定的規定，確保您從本計畫取得承保服務時一併使用您的全部承保。由於這會涉及協調您從本計畫和他處取得的健康和藥品福利，因此稱為「福利協調」。我們會幫助您協調您的福利（如欲瞭解更多有關福利協調的資訊，請參閱第 1 章第 10 節）。
- **告訴您的醫師和其他健康照護服務提供者您投保本計畫。**每次取得您的醫療保健或 D 部分處方藥時，請出示您的計畫會籍卡。
- 透過提供資訊、提出疑問以及遵循您的照護指示，幫助您的醫師和其他醫療服務提供者來協助您。
  - 為了協助您的醫師和其他健康服務提供者為您提供最佳照護，請盡您所能瞭解您的健康問題，並向他們提供有關您自己和您健康的所需資訊。請遵循您和醫師已達成共識的治療計畫及指示。
  - 確認您的醫師瞭解您正在服用的所有藥物，包括不需醫生處方的藥品、維他命與補充品。
  - 如果您有任何疑問，請務必提出。您的醫師和其他醫療保健服務提供者應該以您能夠瞭解的方式為您說明。如果您提出問題，但您不瞭解答案，請再次提問。
- **請為他人著想。**我們期望我們的會員能尊重其他病患的權利。我們也期望您的行為能幫助您的醫師診所、醫院和其他診所順利運作。
- **支付您應付的費用。**身為計畫會員，您應負責支付下列款項：
  - 您若要符合本計畫的資格，必須擁有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分的資格。有些計畫會員必須繳納 Medicare A 部分的保費，大部分計畫會員則必須繳納 Medicare B 部分的保費，才能繼續作為本計畫的會員。
  - 針對大多數屬於本計畫承保範圍的醫療服務或藥品，您取得服務或藥品時必須支付您應分攤的費用。這費用會是共付額（固定金額）或是共同保險金（總費用的百分比）。第 4 章為您說明您需為醫療服務支付的費用。第 6 章為您說明您需為 D 部分處方藥支付的費用。
  - 如果您取得的任何醫療服務或藥物不屬於本計畫的承保範圍或由您可能持有的其他保險承保，您將必須支付全額費用。
    - 如果您不同意我們拒絕承保服務或藥物的決定，您可以提出上訴。請參閱本手冊第 9 章瞭解您如何提出上訴的資訊
  - 如果您因為年收入的關係而必須支付 D 部分的額外費用，您必須直接向政府支付該額外費用，才能繼續保有本計畫會員的資格。



**第 8 章 您的權利和責任**

---

- **如果您搬家，請通知我們。**如果您即將搬家，務必立即告知我們。請致電會員服務部 (電話號碼列印於本手冊封底)。
- **如果您遷往本計畫的服務區域外，您將不能再保有本計畫的會員身分** (第 1 章有我們服務區域的相關說明。) 我們可協助您瞭解您是否搬離本計畫的服務區域。如果您離開服務區域，您將會有個特殊投保期，在此期間您可以在您新搬進的區域加入任何 Medicare 計畫。我們會讓您知道在您新搬進的地區是否有我們的計畫。
  - **如果您搬到我們的服務區域內，我們仍需要知道**，以便更新您的會員紀錄，並瞭解該如何與您聯絡。
  - 如果您搬家，也請務必告知社會安全局 (或鐵路退休職工委員會)。您可在第 2 章找到上述組織的電話號碼和聯絡資訊。
- **如果您有疑問或顧慮，請致電會員服務部尋求協助。**我們也歡迎您提供任何與改善本計畫相關的建議。
  - 會員服務部的電話號碼和服務時間列印於本手冊封底。
  - 如需更多如何與我們聯絡的資訊，包括郵寄地址，請參閱第 2 章。

## 第 9 章

如果您有問題或想要投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼辦

<b>第 9 章</b>	<b>如果您有問題或想投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）該怎麼做</b>	
<b>第 1 節</b>	<b>簡介</b>	<b>156</b>
第 1.1 節	如果您有問題或者疑慮該怎麼辦	156
第 1.2 節	法律術語怎麼辦？	156
<b>第 2 節</b>	<b>您可以向與我們沒有關聯的政府組織求助</b>	<b>156</b>
第 2.1 節	哪裡能夠獲得更多資訊與個人化協助	156
<b>第 3 節</b>	<b>如要處理您的問題，您應該使用哪一程序？</b>	<b>157</b>
第 3.1 節	您是否應利用承保決定和上訴流程？或您是否應利用投訴流程？	157
<b>承保決定和上訴</b>		<b>158</b>
<b>第 4 節</b>	<b>承保決定和上訴的基本指南</b>	<b>158</b>
第 4.1 節	要求承保決定及提出上訴：概略情況	158
第 4.2 節	要求承保決定或提出上訴時如何求助	159
第 4.3 節	本章哪一節詳細說明您的情況？	159
<b>第 5 節</b>	<b>您的醫療照護：如何要求作出承保決定或提出上訴</b>	<b>160</b>
第 5.1 節	本節說明當您無法取得醫療照護承保、或您要我們償還您照護費用中我們應分攤的費用時，您該做什麼	160
第 5.2 節	逐步指南：如何要求作出承保決定（如何要求本計畫授權或提供您想要的醫療照護承保）	161
第 5.3 節	逐步指南：如何提出層級 1 上訴（如何要求審查本計畫作出的醫療保健承保範圍決定）	164
第 5.4 節	逐步指南：第 2 級上訴的進行方式	167
第 5.5 節	如果您想要求我們給付您所收到之醫療照護帳單中我們應分攤的費用，應該怎麼辦？	169
<b>第 6 節</b>	<b>您的 D 部分處方藥：如何要求作出承保決定或提出上訴</b>	<b>170</b>
第 6.1 節	本節為您說明如果您有取得 D 部分藥品方面的問題，或您要我們償還您 D 部分藥品費用時該怎麼辦	170
第 6.2 節	什麼是例外處理？	172
第 6.3 節	要求例外處理的重要事項	174
第 6.4 節	逐步指南：如何要求作出承保決定，包括例外處理	174

**第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）該怎麼做**

第 6.5 節	逐步指南：如何提出層級 1 上訴（如何要求審查本計畫作出的承保範圍決定）.....	177
第 6.6 節	逐步指南：如何提出第 2 級上訴.....	180
<b>第 7 節</b>	<b>如果您認為醫師過早讓您出院，如何要求我們承保更長的住院.....</b>	<b>181</b>
第 7.1 節	在您住院期間，您將收到為您說明相關權利的 Medicare 書面通知....	182
第 7.2 節	逐步指南：如何提出層級 1 上訴，以變更您的出院日期.....	183
第 7.3 節	逐步指南：如何進行更改出院日期的第 2 級上訴.....	185
第 7.4 節	如果您錯過提出第 1 級上訴的截止日期該如何處理？.....	186
<b>第 8 節</b>	<b>如果您認為您的承保太快終止，該如何要求本計畫繼續承保某些醫療服務.....</b>	<b>188</b>
第 8.1 節	<i>本節僅與三種服務有關：居家健康照護、特護療養機構照護和綜合門診復健機構 (CORF) 服務.....</i>	188
第 8.2 節	我們會事先通知您的承保何時終止.....	189
第 8.3 節	逐步指南：如何提出層級 1 上訴，使本計畫延長您的照護承保時間.....	190
第 8.4 節	逐步指南：如何提出層級 2 上訴，使本計畫延長您的照護承保時間.....	192
第 8.5 節	如果您錯過提出第 1 級上訴的截止日期該如何處理？.....	193
<b>第 9 節</b>	<b>將您的上訴提到第 3 級及之上.....</b>	<b>195</b>
第 9.1 節	醫療服務請求的第 3、第 4 與第 5 級.....	195
第 9.2 節	D 部分藥品請求的第 3、第 4 與第 5 級.....	196
<b>提出投訴</b>	<b>.....</b>	<b>197</b>
<b>第 10 節</b>	<b>如何就照護品質、等候時間、客戶服務或其他顧慮提出投訴.....</b>	<b>197</b>
第 10.1 節	哪種問題應經由投訴程序來處理？.....	197
第 10.2 節	「提出投訴」的正式名稱是「提出申訴」.....	199
第 10.3 節	逐步指南：提出投訴.....	199
第 10.4 節	您可向品質改善組織提出關於照護品質的投訴.....	201
第 10.5 節	您也可向 Medicare 提出投訴.....	201

---

## 第 1 節 簡介

---

### 第 1.1 節 如果您有問題或者疑慮該怎麼辦

本章說明了處理問題與顧慮的兩類程序：

- 對於某些類別的問題，您需要使用**承保決定程序與上訴程序**。
- 對於其他類別的問題，您需要使用**投訴程序**。

這兩類程序都已經得到 Medicare 的核准。為了確保公平性以及處理您問題的效率，每種流程都有一套您和我們都必須遵循的規定、程序和期限。

您使用哪一種？這需視您問題的類型而定。第 3 節的指南會幫助您識別應使用的適當程序。

### 第 1.2 節 法律術語怎麼辦？

本章節在說明某些規則、流程與不同類別的截止日期時，使用了一些專業法律術語。很多術語對於大多數人來說都很陌生，且可能難以理解。

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

不過，針對您的處境您若知道正確的法律專有名詞將會有所幫助（有時會很重要）。在處理您的問題及針對您的情況取得正確的協助或資訊時，如果能知道使用哪些術語，可幫助您清楚、準確地進行溝通。為了幫助您瞭解應該使用哪些術語，在詳細說明如何處理具體情況時，我們也提供了法律術語。

---

## 第 2 節 您可以向與我們沒有關聯的政府組織求助

---

### 第 2.1 節 哪裡能夠獲得更多資訊與個人化協助

有時，您可能會弄不清如何開始或完成處理問題的程序。如果您身體不適或精力有限，尤其可能發生這種問題。有時您也可能不知道接下來該怎麼做。

### 向獨立的政府組織取得協助

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

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

### 您也可以從 Medicare 取得協助和資訊

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

- 您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。
- 您可以瀏覽 Medicare 網站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))。

---

## 第 3 節 如要處理您的問題，您應該使用哪一程序？

---

<h3>第 3.1 節 您是否應利用承保決定和上訴流程？或您是否應利用投訴流程？</h3>
---

如果您有問題或顧慮，只需閱讀本章中適用您情況的相關部分。下列指南會幫助您。

---

若要查詢本章中哪個部分能幫助您解決特定問題或顧慮，請從這裡開始

#### 您的問題或顧慮是否與您的福利或承保有關？

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

是。我的問題是關於福利或承保。

請參閱本章的下一節，即第 4 節「承保決定和上訴的基本指南」。

否。我的問題與福利或承保無關。

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

---

## 承保決定和上訴

### 第 4 節 承保決定和上訴的基本指南

#### 第 4.1 節 要求承保決定及提出上訴：概略情況

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

#### 要求承保決定

承保決定是我們針對您的福利與承保範圍或我們給付您醫療服務或藥品金額所作的相關決定。例如，每當您透過計畫的網絡內醫師取得醫療照護或網絡內醫師為您轉介醫療專科醫師時，其便會作出（對您有利的）承保決定。如果您的醫師不確定本計畫是否會承保特定醫療服務，或是否會拒絕提供您認為您所需的醫療照護，您或您的醫師也可以與我們聯絡並要求承保決定。換句話說，如果您在接受某項醫療服務前想知道該服務是否屬於本計畫的承保範圍，您可以要求我們為您作承保決定。

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

#### 提出上訴

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

當您首次對一項決定提出上訴時，稱之為第 1 級上訴。在此類上訴中，我們將會審查我們所作的承保決定，以確認我們是否有適當遵循所有規定。處理您上訴的審查員將不會是原先作出不利決定的人員。在我們完成審查之後，我們將會告知您我們的決定。在特定情況下（我們稍後討論），您可對承保決定要求加急或「快速承保決定」或快速上訴。

如果我們完全或部分拒絕您的第 1 級上訴，您可以繼續提出第 2 級上訴。第 2 級上訴由與我們無關聯的獨立審查組織執行。（某些狀況下，您的案件將自動地寄給獨立審查組織以進行第 2 級上訴。其他的情況則不要求第 2 級上訴。）如果您對層級 2 上訴的決定感到不滿意，您可能可以繼續提出更高層級的上訴。

**第 4.2 節 要求承保決定或提出上訴時如何求助**

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

- 您可以致電會員服務部與我們聯絡（電話號碼列印於本手冊封底）。
- 您可以向您所在州的 State Health Insurance Assistance Program 取得免費協助（請參見本章第 2 節）。
- 您的醫師可以代表您提出要求。
  - 針對醫療照護或 B 部分處方藥，您的醫師可代表您申請承保範圍決定或提出第 1 級上訴。如果您在第 1 級的上訴遭到拒絕，您的案件將會自動被轉送至第 2 級。如要提出第 2 級之後的任何上訴，您的醫師必須被指定為您的代表。
  - 針對 D 部分處方藥，您的醫師或其他處方開立者可代您要求承保決定或是第 1 級或第 2 級上訴。如欲提出任何第 2 級以上的上訴，您的醫師或其他處方開立者必須接受委任成為您的代表。
- 您可以讓別人代表您行事。根據您的意願，您可以指名另一人士代表您，擔任您的「代表」以提出承保決定的要求或提出上訴。
  - 根據州法律規定或許已有獲授權的人士擔任您的合法代表。
  - 如果您想請朋友、親戚、醫師或其他醫療服務提供者，或其他人士擔任您的代表，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）索取「代表委任」表格。（本表格亦可在 Medicare 網站 [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 或在我們網站 [ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com) 取得。）該表格允許該人員代表您行事。表格必須由您及您希望其代您行事的人士簽名。您必須向我們提交一份簽名的表格副本。
- 您也有權聘請律師代表您。您可以聯絡自己的律師，或從您當地律師協會或其他轉介服務取得律師名單。如果您符合資格，也有些團體可以提供您免費法律服務。不過，不論您想提出任何類型的承保決定要求或針對我們的決定提出上訴，您都不一定要聘請律師。

**第 4.3 節 本章哪一節詳細說明您的情況？**

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

- 本章第 5 節：「您的醫療照護：如何要求作出承保決定或提出上訴」
- 本章第 6 節：「您的 D 部分處方藥：如何要求作出承保決定或提出上訴」



**第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）該怎麼做**

- 本章**第 7 節**：「如果您認為醫師太快讓您出院，該如何要求本計畫承保更長的住院時間」
- 本章**第 8 節**：「如果您認為您的承保範圍太快終止，該如何要求本計畫繼續承保某些醫療服務」（本規定僅適用於以下服務：居家健康照護、特護療養機構照護和綜合門診復健機構 (CORF) 服務）

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

**第 5 節 您的醫療照護：如何要求作出承保決定或提出上訴**

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

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

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

本節告訴您如果在以下五種情況中您可以做什麼：

1. 您沒有得到您要的醫療照護，且您認為該照護屬於本計畫的承保範圍。
2. 本計畫不核准您的醫師或其他醫療服務提供者想要給您的醫療照護，而您認為該照護屬於本計畫的承保範圍。
3. 您已經接受您認為應該屬於本計畫承保範圍的醫療照護，但我們已表明不會給付該照護。
4. 您已接受並支付您認為應屬於本計畫承保範圍的醫療照護，且您想要求本計畫補償您該照護的費用。

**第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）該怎麼做**

5. 您被告知您一直以來接受的某醫療照護承保範圍會減少或停止，而您認為減少或停止該照護可能對您的健康有害。

注意：如果將要停止的是醫院照護、居家健康照護、專業護理機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務的承保，您需要閱讀本章的另一部分，因為這些類型的照護適用特別的規定。以下是在這些情況下您該閱讀的內容：

- 第 9 章第 7 節：如果您認為醫師過早讓您出院，如何要求我們承保更長的住院時間。
- 第 9 章第 8 節：如果您認為承保過早結束，如何要求我們繼續承保特定醫療服務。本節僅涉及三種服務：居家健康照護、專業護理機構照護和 CORF 服務。

有關所有其他您被告知您一直以來接受的醫療照護即將停止的情況，請參閱本節（第 5 節）以瞭解該怎麼做。

下列哪一種情況適用於您？

如果您處於該情況下：	您可以：
想要瞭解我們是否承保您想要的醫療照護。	您可要求我們為您作承保範圍決定。 請參閱本章的下一節 <b>第 5.2 節</b> 。
如果我們已經告知您，我們無法承保或支付您希望承保或獲得給付的醫療服務。	您可以提出 <b>上訴</b> 。（也就是說，您可以要求我們重新審查。） 跳到本章 <b>第 5.3 節</b> 。
如果您想要求我們就您已經接受且付款的醫療照護償還您費用。	您可將帳單寄給我們。 跳到本章 <b>第 5.5 節</b> 。

**第 5.2 節 逐步指南：如何要求作出承保決定**  
（如何要求本計畫授權或提供您想要的醫療照護承保）

**法律專有名詞**

當承保決定涉及您的醫療保健時，稱為「**組織判定**」。

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

#### 法律專有名詞

「快速承保決定」稱為「加急承保裁定」。

#### 如何針對您想要的醫療照護提出承保要求

- 首先，請致電或寫信至本計畫，要求我們為您需要的醫療照護提供授權或承保。您、您的醫師或您的代表皆可以提出該要求。
- 欲瞭解我們的聯繫方式詳情，請參閱第 2 章第 1 節，查找名為「當您要求就您的醫療照護作出承保決定時，如何聯絡我們」的章節。

#### 一般而言，我們在為您作決定時均會使用標準截止日期

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

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

#### 如果是因您的健康情況所需，請要求我們進行「快速承保決定」

- 快速承保決定意味著如果您要求的是醫療用品或服務，我們將於 72 小時內給您答覆。若您要求的是 Medicare B 部分處方藥，我們會於 24 小時內答覆。
  - 不過，對於醫療用品或服務的要求，如果我們發現缺少某些可能對您有利的資訊（例如來自從網絡外醫療服務提供者的病歷），或您需要時間取得供我們審查的資訊，我們最多可能需要額外 14 個曆日的時間。如果我們決定需要額外天數，我們會以書面方式通知您。若您要求的是 Medicare B 部分處方藥，我們不得花費額外的時間來做出決定。

**第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）該怎麼做**

- 如果您認為我們不應該需要額外天數，您可以針對我們使用額外天數的決定提出「快速投訴」（如需更多有關提出投訴程序的資訊，包括快速投訴，請參閱本章的第 10 節）。我們作出決定後會儘快用電話與您聯絡。
- 若要取得快速承保決定，您必須符合兩項規定：
  - 僅當針對您尚未接受的醫療照護提出承保要求時，您才可以取得快速承保範圍決定。（如果您的請求是關於您已經收到的醫療照護付款，則無法要求快速承保範圍決定。）
  - 僅有當採用標準期限可能會嚴重危害您的健康或損害您的身體機能時，您才可以取得快速承保範圍決定。
- 如果您的醫師告訴我們您的健康情況需要「快速承保決定」，我們會自動同意為您提供快速承保決定。
- 如果您是自己提出快速承保決定要求且您的醫師未提供佐證文件，我們將根據您的健康情況決定我們是否需要為您提供快速承保決定。
  - 如果我們決定您的醫療狀況不符合快速承保範圍決定的規定，我們會寄一封信函通知您（並說明我們會改用標準期限）。
  - 此信函會告訴您如果您的醫師要求快速承保決定，我們會自動為您提供快速承保決定。
  - 該信函也會告訴您，如果我們向您提供的是標準承保決定而非您所要求的快速承保決定，您可如何提出「快速投訴」（如需更多有關提出投訴程序的資訊，包括快速投訴，請參閱本章的第 10 節）。

**步驟 2：我們會考慮您的醫療照護承保要求，並作出答覆。**

**「快速承保決定」的期限**

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

- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求，我們會寄給您一份詳細書面聲明，說明我們拒絕的理由。

### 「標準承保決定」的期限

- 對於醫療用品或服務要求的標準承保範圍決定，我們通常會在收到您要求後的 **14 個曆日內** 給您答覆。若您要求的是 Medicare B 部分處方藥，我們會於收到您要求後的 **72 小時內** 給您答覆。
  - 對於醫療用品或服務的要求，在特定情況下，我們最多可能需要額外 14 個曆日的時間（「延長期間」）。如果我們決定需要額外天數來作承保決定，我們會以書面方式通知您。若您要求的是 Medicare B 部分處方藥，我們不得花費額外的時間來做出決定。
  - 如果您認為我們不應該需要額外天數，您可以針對我們使用額外天數的決定提出「快速投訴」。當您提出快速投訴時，我們將會在 24 小時內針對您的投訴給您答覆（如需更多有關提出投訴程序的資訊，包括快速投訴，請參閱本章的第 10 節）。
  - 如果我們未在 14 個曆日內（若有延長期間，則是該期間結束之前）給您答覆，或未在 72 小時內給您答覆（若您要求的是 B 部分處方藥），您有權提出上訴。以下第 5.3 節說明如何提出上訴。
- 如果我們的答覆是部分或全部拒絕您的要求，我們會給您寄一份書面說明，解釋我們不同意的原因。

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

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

<b>第 5.3 節</b>	<b>逐步指南：如何提出層級 1 上訴</b> <b>（如何要求審查本計畫作出的醫療保健承保範圍決定）</b>
----------------	--

<b>法律專有名詞</b>
---------------

向本計畫提出與醫療保健承保決定相關的上訴也稱為計畫「 <b>重新審查</b> 」。
---

**步驟 1：與我們聯絡並提出您的上訴。**如果您因健康狀況需要快速獲得回覆，您必須要求「快速上訴」。

### 該怎麼做

- 您本人、您的醫師或代表必須與我們聯絡以開始為您進行上訴。如需有關如何針對任何與您上訴有關的事宜與我們聯絡的詳情，請參閱第 2 章第 1 節，查看「*您就自己的醫療照護提出上訴時如何與我們聯絡*」這部分。
- 如果您要求標準上訴，請透過提交書面要求提出標準上訴。
  - 如果您是由醫師以外的他人針對我們的決定為您提出上訴，您的上訴可能必須要檢附「代表委託書」表格，才能授權此人代表您。如欲取得該表格，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）索取「代表委任」表格。本表格亦可在 Medicare 網站 [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 或在我們網站 [ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com) 取得。若無此表，我們也會受理上訴申請，但需等到委託書送達後才能開始或完成審查。如果我們未能在收到您上訴申請後的 44 個曆日內收到本表格（此為我們就您上訴作出決定的期限），您的上訴申請將會遭到駁回。如果發生此情況，我們將會寄書面通知給您，說明您向獨立審查組織申請審核本計畫決定撤銷您上訴的權利。
- 如果您要求快速上訴，可用書面形式提出，亦可用第 2 章第 1 節（*您就自己的醫療照護提出上訴時如何與我們聯絡*）所示的電話號碼致電與我們聯絡。
- 您必須在我們寄送給您書面通知答覆您所要求的承保範圍決定之日起 **60 個曆日內提出上訴**。如果您錯過這個期限，且您有適當的理由，請在提出上訴時解釋延遲提交上訴的原因。我們可給您更多時間提出上訴。超過期限的適當理由舉例包括您患了嚴重疾病，無法與我們聯絡，或者我們提供您不正確或不完整的申請上訴期限資訊。
- 您可以要求一份與您醫療決定相關的資訊副本，並加入更多資訊以支持您的上訴。
  - 您也有權向我們索取一份與您上訴相關的資訊。
  - 如果您願意，您和您的醫師可向我們提供其他資訊以作為您上訴的佐證。

若您的健康狀況有此要求，則要求「快速上訴」（您可致電我們提出要求）

法律術語
「快速上訴」也稱為「特急重新審查」。

- 如果您要對本計畫針對您尚未接受的照護承保範圍所作的決定提出上訴，您和／或您的醫師必須決定您是否需要「快速上訴」。

**第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）該怎麼做**

- 取得「快速上訴」的規定和程序與取得「快速承保範圍決定」相同。如欲要求快速上訴，請遵循要求快速承保決定的指示（這些指示於本節前面已進行過說明。）
- 如果您的醫師告訴我們您的健康情況需要「快速上訴」，我們會自動同意給您快速上訴。

**步驟 2：我們針對您的上訴進行審查並給您我們的答覆。**

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

**「快速上訴」的截止期限**

- 當我們使用快速截止期限時，我們必須在**收到您的上訴 72 小時內**給您答覆。如果您因健康情況所需，我們會更快給您答覆。
  - 不過，如果您要求更多時間，或如果我們需要蒐集更多可能對您有利的資訊，我們**最多可能需要額外 14 個曆日的時間**（如果您要求的是醫療用品或服務）。如果我們決定需要額外天數來作決定，我們會以書面方式通知您。若您要求的是 Medicare B 部分處方藥，我們不得花費額外的時間來做出決定。
  - 如果我們沒有在 72 小時之內給您答覆（或如果我們需要額外天數，則期限應為延長期間結束之前），我們必須自動將您的要求轉至第 2 級上訴程序，由獨立審查組織審查您的要求。在本節後面，我們會針對上述組織以及第 2 級上訴程序作業進行解說。
- 如果我們的答覆是同意您的部分或全部要求，我們必須在收到您的上訴之後 72 小時之內核准或提供我們同意提供的承保。
- 如果我們的答覆是拒絕您的部分或全部要求，我們會自動將您的上訴要求轉交獨立審查組織進行第 2 級上訴。

**「標準上訴」的期限**

- 如果我們使用標準期限，且您的上訴是關於您尚未接受之服務的承保範圍，我們必須在收到您上訴後的**30 個曆日內**針對醫療用品或服務要求給您我們的答覆。如果您要求的是 Medicare B 部分處方藥，我們必須在收到您上訴後的**7 個曆日內**給您我們的答覆。如果因您的健康病況所需，我們會更快給您我們的決定。
  - 不過，如果您要求更多時間，或如果我們需要蒐集更多可能對您有利的資訊，我們**最多可能需要額外 14 個曆日的時間**（如果您要求的是醫療用品或服務）。如果我們決定需要額外天數來作決定，我們會以書面方式通知您。若您要求的是 Medicare B 部分處方藥，我們不得花費額外的時間來做出決定。

## 第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）該怎麼做

- 如果您認為我們不應該需要額外天數，您可以針對我們使用額外天數的決定提出「快速投訴」。當您提出快速投訴時，我們將會在 24 小時內針對您的投訴給您答覆（如需更多有關提出投訴程序的資訊，包括快速投訴，請參閱本章的第 10 節）。
- 如果我們沒有在上述的適用期限內（或如果我們對您的醫療用品或服務要求需要額外天數，則期限應為延長期間結束之前）給您答覆，我們必須將您的要求轉至第 2 級上訴程序，由獨立審查組織審查您的要求。在本節後面，我們會針對上述審查組織以及第 2 級上訴程序作業進行解說。
- 如果我們的答覆是同意您部分或全部的要求，我們必須在 30 個曆日內（若您要求的是醫療用品或服務）或 7 個曆日內（若您要求的是 Medicare B 部分處方藥）授權或提供我們同意提供的承保範圍。
- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求，我們就會自動將您的上訴轉到獨立審查組織進行第 2 級上訴。

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

- 為確保我們拒絕您的上訴時遵循所有規定，我們必須將您的上訴轉到「獨立審查組織」。當我們這樣做時，這表示您的上訴即將進入下一級的上訴程序，即第 2 級上訴。

### 第 5.4 節 逐步指南：第 2 級上訴的進行方式

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

#### 法律專有名詞

「獨立審查組織」的正式名稱是「獨立審查實體」。有時簡稱為「IRE」。

**步驟 1：**獨立審查組織審查您的上訴。

- 獨立審查組織是由 Medicare 聘用的外部獨立組織。該組織與我們並無關聯，而且不是政府機構。該組織是 Medicare 挑選的公司，以獨立審查組織的角色處理相關工作。Medicare 監督其工作。
- 我們會將與您上訴有關的資訊寄給這個組織。這份資訊稱為您的「案件檔案」。您有權向我們索取您案件的檔案副本。



**第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）該怎麼做**

- 您有權利提供獨立審查組織額外的資訊以支持您的上訴。
- 獨立審查組織的審查員將仔細查閱有關上訴的所有資訊。

*如果您在第 1 級進行「快速上訴」，那麼您在第 2 級還將進行「快速上訴」。*

- 如果您在層級 1 進行的是「快速上訴」，您在層級 2 會自動以「快速上訴」方式進行。審查組織必須在收到您上訴要求後的 **72 小時內**針對您的層級 2 上訴給您答覆。
- 但是，如果您要求的是醫療用品或服務，且獨立審查組織需要蒐集更多可能對您有利的資訊，**最多可能需要額外 14 個曆日的時間**。若您要求的是 Medicare B 部分處方藥，獨立審查組織不得花費額外的時間來做出決定。

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

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

**步驟 2：獨立審查組織給您答覆。**

獨立審查組織會以書面方式告訴您其決定並解釋決定的理由。

- 如果審查組織同意您部分或全部的醫療用品或服務要求，若為標準要求，我們必須在收到審查組織決定後的 72 小時內授權該醫療保健承保或在 14 個曆日內提供該服務；若為特急要求，我們必須在收到審查組織決定日期起的 72 小時內提供該服務。
- 如果審查組織同意您部分或全部的 Medicare B 部分處方藥要求，若為標準要求，我們必須在收到審查組織決定後的 72 小時內授權或提供爭議下的 B 部分處方藥；若為特急要求，我們必須在收到審查組織決定日期起的 24 小時內授權或提供爭議下的 B 部分處方藥。

**第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）該怎麼做**

- 如果組織拒絕您部分或全部的要求，表示他們與我們一樣，認為不應該核准您的醫療照護承保範圍要求（或您的部分要求）。（這稱為「維持原決定」，也稱為「駁回您的上訴」。）
  - 如果獨立審查組織「維持原決定」，您有權提出層級 3 上訴。然而，如要在層級 3 提出進一步上訴，您所要求的醫療保健承保現金價值必須達到特定最低金額的規定。如果您所要求承保的現金價值過低，您就不能提出進一步上訴；這表示層級 2 的決定即是最後決定。獨立審查組織寄給您的書面通知會告訴您，如何找出繼續進行上訴流程所需達到的金額。

**步驟 3：如果您的案件符合規定，您可選擇是否要進一步上訴。**

- 上訴程序中，層級 2 之後還有另外三個層級（總共有五個上訴層級）。
- 如果您的第 2 級上訴被駁回，且您符合繼續上訴程序的規定，您必須決定是否要進入第 3 級並提出第三次上訴。您在第 2 級上訴後收到的書面通知裡有如何進行下一層級上訴的詳細資訊。
- 第 3 級上訴由行政法官或訴訟判決者處理。本章第 9 節為您詳細說明層級 3、4 與 5 的上訴流程。

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

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

**要求報銷即是要求我們作出承保決定**

如果您將要求報銷的書面文件寄給我們，您即是在要求本計畫作承保決定（如需更多有關承保決定的資訊，請參閱本章的第 4.1 節）。為了作出此承保決定，我們會查看您支付的醫療照護是否是承保服務（請參閱第 4 章：*醫療福利表（承保範圍以及您需支付的費用）*）。我們也會確認您在使用醫療照護承保時是否有遵守所有規定（這些規定列於本手冊的第 3 章：*將本計畫承保用於您的醫療服務*）。

**我們可同意或否決您的要求**

- 如果您所支付費用的醫療保健屬承保範圍，且您遵循所有規定，我們會在收到您要求後的 60 個曆日內將該項醫療保健費用中我們必須分攤的款項寄給您。或者，如果您尚未支付服務費用，我們會將款項直接寄給該醫療服務提供者。（我們若寄出款項，即表示我們同意您對承保範圍決定的要求。）

**第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）該怎麼做**

- 如果該項醫療保健不屬承保範圍，或是您未遵循所有規定，我們便不會寄出款項。相反的，我們會寄給您一封信函，告知您我們不會給付服務費用及此決定的詳細理由。（我們若駁回您的給付要求，即表示我們**拒絕**您對承保範圍決定的要求。）

**當您要求給付，而我們表示我們不會給付時，怎麼辦？**

如果您不同意我們駁回的決定，您可以提出上訴。如果您提出上訴，這表示您要求我們變更我們在拒絕您給付要求時所作的承保決定。

如欲提出此項上訴，請遵循我們在第 5.3 節所述的上訴程序。請參閱本節的逐步指南指示。當您遵循這些指示時，請注意：

- 如果您提出關於補償的上訴，我們必須在收到您上訴後的 60 個曆日內給您答覆。（如果您想要求我們針對您已接受並自行付費的醫療保健補償其費用，您不能要求進行快速上訴。）
- 如果獨立審查組織推翻我們拒絕給付的決定，我們必須在 30 曆日內將您要求給付的費用寄給您或醫療服務提供者。如果我們在第 2 級上訴後的任何上訴程序階段核准您的上訴，則我們必須在 60 個曆日內向您或向健康照護提供者支付您要求的款項。

**第 6 節 您的 D 部分處方藥：如何要求作出承保決定或提出上訴**

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

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

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

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

## D 部分承保決定和上訴

如本章第 4 節所述，承保決定是指我們針對您的福利和承保範圍，或針對本計畫對您藥物的支付金額所作的決定。

### 法律術語

與您 D 部分藥物有關的初審承保決定稱為「承保裁定」。

以下是您針對 D 部分藥物向我們要求承保決定的例子：

- 您要求我們進行例外處理，包括：
  - 要求我們承保在本計畫《承保藥物清單（處方集）》以外的 D 部分藥品。
  - 要求本計畫免除對某藥品的承保範圍限制規定（例如限制您可以取得的藥品數量）
  - 要求以較低的分攤費用額來支付較高分攤費用層級的承保藥品。
- 您問我們是否為您承保某藥品以及您是否符合任何適用的承保範圍規定。（例如，當您的藥品列入計畫的《承保藥物清單（處方集）》時，我們會要求您在我們為您承保之前取得我們的核准。）
  - *請注意*：如果您的藥房告訴您不能按照所寫領取您的處方，藥房將向您提供書面通知，說明如何聯繫我們以要求做出承保範圍決定。
- 您要求我們給付您已經購買的處方藥費用。這是針對給付所提出的承保決定要求。

如果您不同意我們已經作出的承保決定，您可以對我們的決定提出上訴。

本節將為您說明如何要求承保決定及如何提出上訴。利用下表協助您判定哪些部分提供您所屬情況的資訊：

### 您遇到下列何種情況？

#### 如果您處於該情況下：

如果您需要的藥品未被納入我們的藥品清單，或需要我們免除某承保藥品相關之規定或限制。

#### 您可以：

您可要求我們進行例外處理。（這是一種承保範圍決定。）  
請從本章的**第 6.2 節**開始閱讀。

如果您處於該情況下：	您可以：
如果您希望我們承保本計畫「藥品清單」中的某項藥品，且您認為就您所需的藥品而言，您符合所有的計畫規定或限制（例如取得預先核准）。	您可要求我們作承保範圍決定。 請跳到本章的 <b>第 6.4 節</b> 。
如果您想要求我們就您已經接受且付款的藥品償還您費用。	您可以要求我們償還費用。（這是一種承保範圍決定。） 請跳到本章的 <b>第 6.4 節</b> 。
如果我們已經告知您，我們無法承保或支付您希望承保或獲得給付的藥品。	您可以提出上訴。（也就是說，您可以要求我們重新審查。） 跳至本章 <b>第 6.5 節</b> 。

## 第 6.2 節 什麼是例外處理？

若某種藥物未按您期待的方式承保，您可要求我們進行「例外處理」。例外處理是承保決定的一種。與其他類型的承保決定類似，如果我們駁回您的例外處理要求，您可以對我們的決定提出上訴。

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

1. 為您承保在我們《承保藥物清單（處方集）》以外的 D 部分藥品（我們將其簡稱為「藥物清單」）。

### 法律專有名詞

要求承保不在藥品清單上的藥品，有時稱為要求「處方集例外處理」。

- 如果我們同意進行例外處理並承保不在藥品清單上的藥品，您將需要支付適用於層級 4 藥品（非首選藥品）的分攤費用額。您不能針對我們規定您支付的藥品共付額或共同保險金要求例外處理。

2. 取消我們對某種承保藥物的承保限制。我們承保藥物清單（處方集）上的特定藥物有適用的額外規定或限制（欲瞭解更多資訊，請參閱第 5 章，第 4 節）。

法律專有名詞
要求免除對某藥品的承保限制規定有時稱為要求「處方集例外處理」。

- 某些藥品的承保額外規定與限制規定包括：
    - 必須使用藥品的普通牌藥品版本以取代品牌藥品。
    - 事先取得本計畫核准，之後我們才會同意承保您的藥品。（這有時稱為「事先授權」。）
    - 在本計畫同意承保您所要求的藥品前，您必須先嘗試其他藥品。（這有時稱為「階段治療」。）
    - 藥量限制。對於某些藥物，我們限制您可用的藥量。
  - 如果我們同意作出例外處理並免除對您的限制規定，您可以針對我們規定您支付的該藥品共付額或共同保險金的金額，要求我們進行例外處理。
3. 將藥品承保範圍變更至較低的分攤費用層級。本計畫藥品清單中的每種藥物分屬於 6 個分攤費用層級。一般而言，分攤費用層級越低，您支付的藥品分攤費用就越少。

法律專有名詞
要求以較低的價格支付非首選承保藥品有時稱為要求「層級例外處理」。

- 如果我們的藥品清單中含有替代藥物可以治療您的醫療狀況，而這些藥品的分攤費用層級比您的藥品低，那麼您可以要求我們用替代藥物的分攤費用金額來承保您的藥品。如此可降低您藥品的分攤費用。
  - 如果您服用的藥品是生物製品，而我們較低分攤費用層級中有可替代的生物製品可以用來治療您的病況，您可以要求我們用這個最低分攤費用金額層級來承保您的藥品。
  - 如果您服用的藥品是品牌藥品，而我們較低分攤費用層級中有可替代的品牌藥品，可以用來治療您的病況，您可以要求我們用這個最低分攤費用金額層級來承保您的藥品。
  - 如果您服用的藥品是普通牌藥品，而我們較低分攤費用層級中有可替代的品牌或普通牌藥品，可以用來治療您的病況，您可以要求我們用這個最低分攤費用金額層級來承保您的藥品。

- 您不能要求我們變更層級 5（專科層級）中任何藥品的分攤費用層級。
- 如果我們核准了您對層級區分的例外處理請求，而有超過一個較低分攤費用層級中有您無法服用的可替代藥物時，通常您會支付最低金額。

### 第 6.3 節 要求例外處理的重要事項

#### 您的醫師必須告知我們醫療理由

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

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

#### 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，我們的核准通常到計畫年度結束為止均有效。只要您的醫師繼續為您開立該藥物，且該藥物對治療您的病症而言持續安全有效，此規定即適用。
- 如果我們否決您的例外處理要求，您可提出上訴，以要求我們審查該決定。第 6.5 節說明了如果我們否決您的要求，您該如何提出上訴。

下一節將介紹如何要求承保決定，包括例外處理。

### 第 6.4 節 逐步指南：如何要求作出承保決定，包括例外處理

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

#### 作法

- **要求您所需類型的承保決定。**首先，請致電、寫信或傳真至本計畫，以提出您的要求。您、您的代表或您的醫師（或其他開立處方者）皆可以提出該要求。您也可透過我們的網站使用承保決定程序。如需詳細資訊，請至第 2 章第 1 節並參閱「您要求就 D 部分處方藥作出承保範圍決定時如何聯絡我們」一節。或者，如果您要求我們償還您藥品費用，請參閱「若欲要求計畫為您所取得的醫療照護或藥品支付分攤費用，應將要求寄到何處」一節。

**第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）該怎麼做**

- 您或您的醫師或代理人可以要求承保範圍決定。本章的第 4 節會為您說明如何授予書面許可，請別人擔任您的代表。您也可以請律師代表您。
- 如果您想要求我們償還您藥品費用，請先閱讀本手冊第 7 章：*要求計畫為您所取得的承保醫療服務或藥品帳單支付分攤費用*。第 7 章說明您可能需要要求補償的情況。本章也會為您說明如何將書面文件寄給我們，要求就您已經支付的藥品償還我們應分攤的部分。
- 如果您欲申請例外處理，請提供「佐證聲明」。您的醫師或其他開立處方者必須提供我們您想要求藥品例外處理的醫療理由（我們稱之為「佐證聲明」），您的醫師或其他開立處方者可以傳真或郵寄本聲明給我們。或者，您的醫師或其他開立處方者可以打電話告訴我們，之後視需要再傳真或郵寄書面聲明給我們。請參閱第 6.2 節與第 6.3 節，瞭解更多關於例外處理要求的資訊。
- 我們必須接受所有的書面要求，包括透過「CMS 承保判決申請表範本 (CMS Model Coverage Determination Request Form)」(可從我們的網站取得) 所提出的要求。

**法律專有名詞**

「快速承保決定」也稱為「特急承保判定」。

**如果是因您的健康情況所需，請要求我們進行「快速承保決定」**

- 為您提供我們的決定時，除非我們已經同意使用「快速」期限之外，我們都會使用「標準」期限。標準承保決定代表我們會於收到您醫師申述之後的 72 小時內給您答覆。快速承保決定代表我們會於收到您醫師申述之後的 24 小時內給您答覆。
- 若要取得快速承保決定，您必須符合兩項規定：
  - 僅有當您針對您尚未取得的藥品提出承保範圍決定要求時，您才可以取得快速承保決定。（如果您要求我們償還您已經購買的藥品費用，您不能要求我們進行快速承保範圍決定。）
    - 僅有當採用標準期限可能會嚴重危害您的健康或損害您的身體機能時，您才可以取得快速承保範圍決定。
- 如果您的醫師或其他開立處方者告訴我們您的健康情況需要「快速承保決定」，我們會自動同意為您提供快速承保決定。
- 如果您是自己提出快速承保範圍決定要求（且您的醫師或其他開立處方者未提供佐證文件），我們將根據您的健康情況決定我們是否需要為您提供快速承保範圍決定。
  - 如果我們決定您的醫療狀況不符合快速承保範圍決定的規定，我們會寄一封信函通知您（並說明我們會改用標準期限）。
  - 此信函會告訴您如果您的醫師或其他開立處方者要求快速承保決定，我們會自動為您提供快速承保決定。



**第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）該怎麼做**

- 該信函也會告訴您，如果我們向您提供的是標準承保決定而非您所要求的快速承保決定，您可如何提出投訴。該信函會說明如何提出「快速投訴」，快速投訴是指我們會於收到投訴之後的 24 小時內對您的投訴給予答覆（提出投訴的程序與要求承保決定和上訴的程序不同。如需更多有關提出投訴程序的資訊，請參閱本章的第 10 節）。

**步驟 2：我們會考慮您的要求，並作出答覆。****「快速承保決定」的截止日期**

- 如果我們使用快速截止日期，我們必須在 **24 小時內** 給您答覆。
  - 這通常指我們收到您要求後的 24 小時內。如果您要求例外處理，我們會在收到您醫師針對您的要求提供佐證聲明後的 24 小時內給您答覆。如果您因健康情況所需，我們會更快給您答覆。
  - 如果我們沒有達到這個期限的規定，我們必須將您的要求轉至第 2 級上訴程序，由獨立審查組織審查您的要求。在本節後面，我們會針對上述審查組織以及第 2 級上訴作業進行解說。
- 如果我們的答覆是同意您部分或全部的要求，我們必須在收到您要求或您醫師針對您的要求提供佐證聲明後的 24 小時內提供我們同意提供的承保範圍。
- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求，我們會寄給您一份書面聲明，說明我們拒絕的理由以及上訴的方式。

**有關您尚未獲得藥物的「標準承保範圍決定」的截止日期**

- 如果我們使用標準截止日期，我們必須在 **72 小時內** 給您答覆。
  - 這通常指我們收到您要求後的 72 小時內。如果您要求例外處理，我們會在收到您醫師針對您的要求提供佐證聲明後的 72 小時內給您答覆。如果您因健康情況所需，我們會更快給您答覆。
  - 如果我們沒有達到這個期限的規定，我們必須將您的要求轉至第 2 級上訴程序，由獨立審查組織審查您的要求。在本節後面，我們會針對上述審查組織以及第 2 級上訴作業進行解說。
- 如果我們的答覆是同意您部分或全部的要求 —
  - 如果我們核准您的承保範圍要求，我們必須在收到您要求或您醫師針對您的要求提供佐證聲明後的 **72 小時內** 提供我們同意提供的承保範圍。
- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求，我們會寄給您一份書面聲明，說明我們拒絕的理由以及上訴的方式。

**有關您已購買藥物付款的「標準承保範圍決定」截止日期**

- 我們必須在收到您要求後 **14 個曆日**內給您答覆。
  - 如果我們沒有達到這個期限的規定，我們必須將您的要求轉至第 2 級上訴程序，由獨立審查組織審查您的要求。在本節後面，我們會針對上述審查組織以及第 2 級上訴作業進行解說。
- 如果我們的答覆是同意您部分或全部的要求，我們也必須在收到您要求後的 14 個曆日內給付費用給您。
- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求，我們會寄給您一份書面聲明，說明我們拒絕的理由以及上訴的方式。

**步驟 3：如果我們拒絕您的承保要求，您可以決定是否要提出上訴。**

- 如果我們拒絕您的要求，您有權利提出上訴。要求上訴代表要求我們重新審查 — 以及可能變更 — 我們作出的決定。

<b>第 6.5 節</b>	<b>逐步指南：如何提出層級 1 上訴</b> (如何要求審查本計畫作出的承保範圍決定)
----------------	---

<b>法律專有名詞</b>
---------------

就 D 部分藥物承保決定向本計畫提出上訴稱作計畫「重新裁定」。
---------------------------------

**步驟 1：您與我們聯絡並提出第 1 級上訴。** 如果您因健康狀況需要快速獲得回覆，您必須要求「快速上訴」。

**該怎麼做**

- 要開始上訴，您本人（或您的代表或您的醫師或其他處方開具人員）必須聯絡我們。
  - 有關如何就任何與您的上訴相關的事宜透過電話、傳真、信函或我們的網站與我們聯絡的詳細資訊，請至第 2 章第 1 節查找名為*您就自己的 D 部分處方藥提出上訴時如何與我們聯絡*的章節。
- 如果您欲提出標準上訴，請以書面方式提出您的上訴要求。
- 如果您想要求進行快速上訴，您可以書面方式，或致電本計畫提出您的上訴，電話號碼請參閱第 2 章第 1 節（若要提出 D 部分處方藥相關上訴該如何與我們聯絡）。
- 我們必須接受所有的書面要求，包括透過「CMS 承保判決申請表範本 (CMS Model Coverage Determination Request Form)」(可從我們的網站取得) 所提出的要求。

- 您可以透過本計畫的安全會員入口網站，以電子形式提出您的上訴。請造訪 [ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com)。
- 您必須在我們寄送給您書面通知答覆您所要求的承保決定之日起 **60 個曆日內提出上訴**。如果您錯過這個期限，且您有適當的理由，我們可給您更多時間提出上訴。超過期限的適當理由舉例包括您患了嚴重疾病，無法與我們聯絡，或者我們提供您不正確或不完整的申請上訴期限資訊。
- 您可索取您的上訴資訊副本並加入更多資訊。
  - 您也有權向我們索取一份與您上訴相關的資訊。
  - 根據您的意願，您和您的醫師或其他開立處方者可以向我們提供額外的資訊以支持您的上訴。

#### 法律專有名詞

「快速上訴」也稱為「特急重新判定」。

#### *如果您因健康情況所需，請要求進行「快速上訴」*

- 如果您要對本計畫針對您尚未取得的藥品所作的決定提出上訴，您和您的醫師或其他開立處方者必須決定您是否需要「快速上訴」。
- 取得「快速上訴」的規定與取得「快速承保決定」的規定相同 (如本章第 6.4 節所述)。

#### **步驟 2：我們會審查您的上訴，並作出答覆。**

- 當我們審查您的上訴時，我們會再次仔細查看與您承保要求有關的所有資訊。我們會查看以確定在拒絕您的要求時，我們是否遵循所有規定。我們可能會聯絡您或您的醫師或其他處方開具人員瞭解更多資訊。

#### *「快速上訴」的截止日期*

- 如果我們使用快速截止日期，我們必須在收到您的上訴 **72 小時內** 給您答覆。如果您因健康情況所需，我們會更快給您答覆。
  - 如果我們沒有在 72 小時之內給您答覆，我們必須將您的要求轉至層級 2 的上訴流程，由獨立審查組織審查您的要求。在本節後面，我們會針對上述審查組織以及層級 2 的上訴流程作業進行解說。
- 如果我們的答覆是同意您部分或全部的要求，我們必須在收到您上訴後 72 小時內提供我們同意提供的承保範圍。

- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求，我們會寄給您一份書面聲明，說明我們拒絕的理由，並告知您可以如何就我們的決定提出上訴。

#### 「標準上訴」的截止日期

- 如果我們採用標準期限，我們必須在收到您針對尚未取得的藥品所提出的上訴後 **7 個曆日內** 給您答覆。如果您尚未取得藥品且因您的健康情況所需，我們會更快告知您我們的決定。如果您認為您的健康狀況有此需要，您應要求「快速上訴」。
  - 如果我們沒有在 7 個曆日之內給您我們的決定，我們必須將您的要求送交至第 2 級上訴程序，由獨立審查組織審查您的上訴。在本節後面，我們會針對上述審查組織以及第 2 級上訴程序作業進行解說。
- 如果我們的答覆是同意您部分或全部的要求 —
  - 如果我們核准承保要求，我們必須儘快按照您健康所需提供我們同意提供的承保，但最遲不超過我們收到您上訴後的 **7 個曆日**。
  - 如果我們核准償還您已經購買的藥品費用的要求，我們必須在收到您的上訴要求後 **30 個曆日內** 寄送款項給您。
- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求，我們會寄給您一份書面聲明，說明我們拒絕的理由，並告知您可以如何就我們的決定提出上訴。
- 如果您已經購買藥品而要求我們退款，我們必須在收到您提出的要求後 **14 個曆日內** 回覆您。
  - 如果我們沒有在 14 個曆日之內給您我們的決定，我們必須將您的要求送交至第 2 級上訴程序，由獨立審查組織審查您的上訴。在本節後面，我們會針對上述審查組織以及第 2 級上訴作業進行解說。
- 如果我們的答覆是同意您部分或全部的要求，我們也必須在收到您要求後的 **30 個曆日內** 給付費用給您。
- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的要求，我們會寄給您一份書面聲明，說明我們拒絕的理由，並告知您可以如何就我們的決定提出上訴。

**步驟 3：**如果我們否決您的上訴，您可以決定是否要繼續進行上訴程序並提出進一步上訴。

- 如果我們否決您的上訴，您可選擇是否要接受此決定或繼續提出進一步上訴。
- 如果您決定再次提出上訴，即表示您進入第 2 級上訴程序（見下文）。

**第 6.6 節 逐步指南：如何提出第 2 級上訴**

如果我們拒絕您的上訴，屆時您可以選擇是否接受這個決定，或繼續提出進一步上訴。如果您決定進入層級 2 上訴，**獨立審查組織**會審查我們拒絕您第一次上訴的決定。這個組織決定我們作出的決定是否應該變更。

**法律專有名詞**

「獨立審查組織」的正式名稱是「**獨立審查實體**」。有時簡稱為「**IRE**」。

**步驟 1：**欲提出層級 2 上訴，您（或是您的代表、醫師或其他開立處方者）必須與獨立審查組織聯絡，並要求其審查您的案件。

- 如果我們拒絕您的層級 1 上訴，我們會寄送書面通知給您，其中包括**如何向獨立審查組織提出層級 2 上訴的說明**。這些說明會告訴您誰可以提出層級 2 上訴、您必須遵循哪些期限以及如何與獨立組織聯絡。
- 當您向獨立審查組織提出上訴，我們會寄送我們擁有與您上訴相關的資訊給該組織。這份資訊稱為您的「**案件檔案**」。您有權向我們索取您案件的檔案副本。
- 您有權利提供獨立審查組織額外的資訊以支持您的上訴。

**步驟 2：**獨立審查組織對您的上訴進行審查並給予答覆。

- **獨立審查機構是 Medicare 聘請的獨立組織**。該組織與我們並無關聯，而且不是政府機構。該組織是由 Medicare 挑選的公司，其職責是審查我們對您在本計畫 D 部分福利作出的決定。
- 獨立審查組織的審查人員會仔細查看所有與您上訴有關的資訊。該組織會書面通知您他們的決定，並說明理由。

**第 2 級「快速上訴」的截止日期**

- 如果您因健康情況所需，請向獨立審查組織要求進行「快速上訴」。
- 如果審查組織同意為您進行「快速上訴」，審查組織必須在收到您上訴要求後的 **72 小時內**給您層級 2 上訴的答覆。
- 如果獨立審查組織同意您部分或全部的要求，我們必須在收到審查組織決定後的 **24 小時內**提供審查組織核准的藥品承保。

**第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）該怎麼做**

---

**層級 2 「標準上訴」的期限**

- 如果您提出層級 2 標準上訴，且是針對您尚未取得的藥品，審查組織必須在收到您上訴後的 **7 個曆日內** 給您層級 2 上訴的答覆。如果您要我們退還您已經購買的藥物費用，審查組織必須在收到您要求後 **14 個曆日內** 答覆您的層級 2 上訴。
  - 如果獨立審查組織同意您部分或全部的要求—
    - 如果獨立審查組織核准承保要求，我們必須在收到審查組織決定後的 **72 小時內** 提供審查組織核准的藥品承保。
    - 如果獨立審查組織核准償還您已經購買之藥品費用的要求，我們必須在收到審查組織決定後的 **30 個曆日內** 寄送款項給您。

**如果審查組織拒絕您的上訴，該怎麼辦？**

如果該組織拒絕您的上訴，即表示其同意我們駁回您請求的決定(這稱為「維持原決定」，也稱為「駁回您的上訴」。)

如果獨立審查組織「維持原決定」，您有權提出層級 3 上訴。然而，如要在層級 3 提出進一步上訴，您所要求的藥品承保現金價值必須達到最低金額的規定。如果您所要求的藥品承保現金價值過低，您就不能提出進一步上訴；這表示層級 2 的決定即是最後決定。您從獨立審查組織收到的通知會告訴您可繼續進行上訴流程所需達到的金額。

**步驟 3：如果您要求承保的現金價值符合規定，您可以選擇是否要提出進一步上訴。**

- 上訴程序中，層級 2 之後還有另外三個層級（總共有五個上訴層級）。
- 如果您的層級 2 上訴被駁回，且您符合繼續上訴流程的規定，您必須決定是否要進入層級 3 並提出第三次上訴。如果您決定提出第三次上訴，在您第二次上訴後收到的書面通知之中會有如何繼續進行下一層級上訴的詳細資訊。
- 第 3 級上訴由行政法官或律師仲裁人審理。本章的第 9 節詳細說明了第 3、4 與 5 級的上訴程序。

---

**第 7 節 如果您認為醫師過早讓您出院，如何要求我們承保更長的住院**

---

當您住院時，您有權取得診斷和治療您疾病或傷害所需的所有承保醫院服務。欲瞭解我們對您住院照護承保的更多資訊，包括對此承保的限制，請參閱本手冊第 4 章：**醫療福利表（承保範圍以及您需支付的費用）**。

您在承保住院期間，您的醫師及醫院人員將與您一同為出院日進行準備。他們也會協助安排您出院後可能需要的照護。

- 您離開醫院的日子稱為您的「**出院日期**」。

- 您的出院日期決定之後，您的醫師或醫院工作人員便會通知您。
- 如果您認為您太快被要求離開醫院，您可以要求延長住院時間，且您的要求將得到考慮。本節為您說明如何提出要求。

### 第 7.1 節 在您住院期間，您將收到為您說明相關權利的 Medicare 書面通知

在您承保住院期間，您將收到一份書面通知稱為《Medicare 重要訊息：您的權利》。每一位 Medicare 投保人住院時皆會收到此通知。醫院人員（例如社工或護士）必須在您住院後的兩天內為您提供此通知。如果您沒有收到通知，請向醫院工作人員索取。如果您需要協助，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。您還可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。

1. **請仔細閱讀此通知，若有不瞭解之處請詢問清楚。**此通知說明您身為醫院病患的權利，包括：
  - 您有權在住院期間和出院之後得到您醫師所指示的 Medicare 承保服務。這包括您有權瞭解這些服務是哪些服務、誰將會給付這些服務以及您可透過何處取得這些服務。
  - 您有權參與任何與您住院有關的決定，也有權瞭解誰會支付您的住院費用。
  - 應向何處舉報您對醫院照護品質所抱持的任何顧慮。
  - 如果您認為您太快被要求出院，您有權針對出院決定提出上訴。

#### 法律專有名詞

Medicare 的書面通知說明您如何「**要求立即審查**」。要求立即審查是要求延後出院日期，以讓本計畫承保更長時間之醫院照護的正式合法途徑（以下第 7.2 節說明了您該如何要求立即審查。）

2. **將會要求您在書面通知上簽名，表示您已收到通知並瞭解您的權利。**
  - 將會要求您本人或代表您的人在此通知上簽名。（本章第 4 節告知您如何授予別人書面許可，使其成為您的代表。）
  - 簽署該通知僅表示您已收到關於您權利的資訊。此通知並不提供您的出院日期（您的醫師或醫院工作人員會讓您知道您的出院日期）。在此通知上簽名並不表示您同意某出院日期。

3. 保留您的通知副本，以便在您需要時，手邊就有關於上訴（或舉報關於照護品質的顧慮）的資訊。
  - 如果您在出院的兩天之前簽署此通知，您會在預定出院日之前收到另一份副本。
  - 您若要事先閱覽此通知副本，可致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請撥打 1-877-486-2048。您也可以上網查閱本通知，網址為 [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html)。

## 第 7.2 節 逐步指南：如何提出層級 1 上訴，以變更您的出院日期

如果您想要求我們為您延長住院服務的承保期間，您需要使用上訴流程來提出此要求。在開始之前，請先瞭解您需要做什麼，以及期限是什麼時候。

- **遵循流程。** 下面說明上訴流程中前兩個層級的每一步驟。
- **遵守期限。** 期限非常重要。請務必瞭解並遵守您必須採取之行動的適用期限。
- **如有需要請尋求協助。** 如果您在任何時候有疑問或需要協助，可致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。或致電您的 State Health Insurance Assistance Program，該政府組織可提供個人化的協助（請參閱本章第 2 節）。

層級 1 上訴期間，品質改善組織會審查您的上訴。該組織會檢查確認您的預定出院日期對您是否具有醫療適當性。

**步驟 1：**聯絡您所在州的品質改善組織，並要求對您的出院進行「快速審查」。您必須反應迅速。

### 什麼是品質改進組織？

- 該組織是一個由聯邦政府所聘雇的醫師及其他健康照護專業人員所組成的團體。這些專家不屬於本計畫。Medicare 支付本組織費用，以檢查並改善 Medicare 投保人取得的照護品質。這包括為享有 Medicare 的人士審查出院日期。

### 您該如何與該組織聯絡？

- 您所收到的書面通知（來自 Medicare 並與您權利有關的重要訊息）會告訴您應如何與該組織聯絡。（或可在本手冊第 2 章第 4 節找到您所在州的品質改善組織的名稱、地址與電話號碼。）



**盡快採取行動：**

- 如欲提出上訴，您必須在離開醫院之前與品質改善組織聯絡，**最遲不得超過您出院日的午夜**。（您的「預定出院日期」是指您離開醫院的預定日期。）
  - 如果您符合該期限規定，在您等候品質改善組織對您上訴作出決定的期間，您可以在出院日期後繼續住院而不需支付費用。
  - 如果您不符合該期限規定，且您決定在您的預定出院日期後仍繼續住院，您可能必須支付您在預定出院日期後所接受之醫院照護的所有費用。
- 如果您錯過聯絡品質改善組織的期限，而您仍然希望上訴，則您可以直接向本計畫提出您的上訴。如欲瞭解有關透過此替代方式提出上訴的詳情，請參閱第 7.4 節。

**要求「快速審查」：**

- 您必須要求品質改善組織對您的出院進行「快速審查」。要求「快速審查」表示您要求該組織使用上訴的「快速」期限，而非使用標準期限。

**法律專有名詞**

「快速審查」也稱為「立即審查」或「特急審查」。

**步驟 2：品質改進組織針對您的個案進行獨立審查。****此項審查的流程為何？**

- 品質改進組織的專業醫護人員（我們會將其簡稱為「審查員」）會詢問您（或您的代表）認為應延長服務承保的理由。您不必準備任何書面文件，若您想準備也可以。
- 審查人員也會查看您的醫療資訊、與您的醫師討論，並審查醫院和我們向其提供的資訊。
- 在審查人員將您的上訴情況通知本計畫後，您也會於次日中午之前收到書面通知，告知您的預定出院日期，並說明您的醫師、醫院和我們均認為讓您在該日期出院是正確（具有醫療適當性）的理由。

**法律專有名詞**

此書面說明稱為「**出院細節通知**」。要獲得該通知的範例，您可致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務（聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048）。或者您可以在線上查看範例通知，網址是 [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html)

**步驟 3：**在品質改進組織獲得其所需的所有資訊後一天內，其會對您的上訴給予答覆。

**如果答覆是同意會怎樣？**

- 如果審查組織同意您的上訴，我們就必須繼續為您提供醫療必要性的承保住院服務。
- 您仍須繼續支付您的分攤費用（例如適用的自付額或共付額）。此外，您的承保醫院服務可能有限制（請參閱本手冊的第 4 章）。

**如果答覆是否決將會怎樣？**

- 如果審查組織拒絕您的上訴，代表他們認為您的預定出院日期具有醫療適當性。若是發生此情況，本計畫提供給您的住院服務承保將於品質改善組織通知您上訴的決定後次日中午結束。
- 如果審查組織拒絕您的上訴，但您決定繼續住院，您可能必須支付您在品質改善組織給您上訴答覆的次日中午之後所接受住院照護的全額費用。

**步驟 4：**如果答覆是拒絕您層級 1 上訴，您可以決定是否要提出進一步上訴。

- 如果品質改善組織駁回您的上訴，而且您在預定出院日期之後仍然住院，您可以提出進一步上訴。提出進一步上訴代表您即將進入「第 2 級」上訴程序。

<b>第 7.3 節</b>	<b>逐步指南：如何進行更改出院日期的第 2 級上訴</b>
----------------	--------------------------------

如果品質改善組織駁回您的上訴，而且您在預定出院日期後仍繼續住院，那麼您即可提出層級 2 上訴。層級 2 上訴期間，您要求品質改善組織重新查看他們對您第一次上訴所做的決定。如果品質改善組織駁回了您的層級 2 上訴，您可能必須為您在預定出院日之後的住院支付全額費用。

以下是層級 2 上訴流程的步驟：

**步驟 1：**您再次聯絡品質改善組織並要求其進行另一次審查。

- 您必須在品質改善組織拒絕您第 1 級上訴後的 60 個曆日內要求此審查。您必須在照護承保範圍終止後仍然住院，才能要求此審查。

**步驟 2：**品質改善組織對您的情況進行第二次審查。

- 品質改善組織的審查人員會再仔細查看所有與您上訴有關的資訊。

**步驟 3：**在收到您二次審查要求後的 **14** 個曆日內，品質改善組織的審查員將會針對您的上訴作出決定並告知您其決定。

**如果審查組織同意：**

- 對您在第一次上訴被品質改善組織駁回的次日中午後所接受的醫院照護，我們必須補償您我們應分攤的費用。我們將必須繼續為您提供醫療必要性的住院照護承保。
- 您必須繼續支付您的分攤費用，且承保限制可能適用。

**如果審查組織表示否決：**

- 這表示他們同意自己對您第 1 級上訴所做的決定，且將不會變更該決定。這稱為「維持原決定」。
- 您收到的書面通知會說明如果您想要繼續審查流程該做什麼。它會提供如何進行下一層級上訴的詳細資訊；該層級上訴將由行政法官或訴訟判決者處理。

**步驟 4：**如果答覆是拒絕，您需要決定是否要進入層級 3 提出進一步上訴。

- 上訴程序中，層級 2 之後還有另外三個層級（總共有五個上訴層級）。如果審查組織駁回您的層級 2 上訴，您可以選擇是否接受該決定，或進入層級 3 並提出進一步上訴。第 3 級的上訴由行政法官或律師仲裁人進行審理。
- 本章的第 9 節詳細說明了第 3、4 與 5 級的上訴程序。

<b>第 7.4 節</b>	<b>如果您錯過提出第 1 級上訴的截止日期該如何處理？</b>
----------------	----------------------------------

**您可以轉而向我們提出上訴**

如第 7.2 節所闡述，您必須盡快採取行動，與品質改善組織聯絡，開始關於您出院的第一次上訴（「盡快」指的是在您出院前致電電話，不得遲於預定出院日期，以先發生者為主）。如果您錯過聯絡該組織的期限，還有其他方式可以提出上訴。

如果您使用這種替代方式提出您的上訴，*前兩層級的上訴方式並不相同*。

**逐步指南：如何提出第 1 級替代上訴**

如果您錯過聯絡品質改進組織的截止日期，您可向我們提出上訴，要求「快速審查」。快速審查就是使用快速期限而非標準期限的上訴。

<b>法律專有名詞</b>
---------------

「快速審查」（或「快速上訴」）也稱為「特急上訴」。
---------------------------

**步驟 1：與本計畫聯絡並要求「快速審查」。**

- 欲瞭解我們的聯繫方式詳情，請轉至第 2 章，第 1 節並查看「*您就自己的醫療照護提出上訴時如何與我們聯絡*」一節。
- **確保要求「快速審查」。**這表示您要求我們在給您答覆時使用「快速」期限，而非「標準」期限。

**步驟 2：我們針對您的預定出院日期進行「快速審查」，檢查確認其是否具有醫療適當性。**

- 在審查期間，我們會查看所有與您住院有關的資訊。我們會查看您的預定出院日期是否具有醫療適當性。我們會查看關於您應何時出院的決定是否公平且遵循所有規定。
- 在此情況下，我們向您提供本次審查的答覆時會使用「快速」期限，而非標準期限。

**步驟 3：我們會在您要求「快速審查」（「快速上訴」）後的 72 小時內給您我們的決定。**

- **如果我們同意您的快速上訴**，表示我們與您一樣，認為您在出院日期後仍需住院，且會繼續為您提供醫療必要性的承保住院服務。這也表示，對您在我們告知您的承保終止日期後所接受的照護，我們同意補償您我們應分攤的費用。（您必須支付您的分攤費用，且可能有承保範圍限制規定。）
- **如果我們拒絕您的快速上訴**，我們的意思是您的預定出院日期具有醫療適當性。我們為您提供的住院服務承保將在我們告知您的承保終止日終止。
  - 如果您在預定出院日期後繼續住院，**您可能需要支付您在預定出院日期後所接受醫院照護的全額費用。**

**步驟 4：如果我們拒絕您的快速上訴，您的案件會被自動轉到上訴流程的下一層級。**

- 為確保我們拒絕您的快速上訴時遵循所有規定，**我們必須將您的上訴轉到「獨立審查組織」。**當我們這樣做時，表示您已自動進入層級 2 的上訴流程。

**逐步指南：第 2 級替代上訴程序**

在第 2 級上訴期間，**獨立審查組織**會審查我們拒絕您「快速上訴」的決定。這個組織決定我們作出的決定是否應該變更。

**法律專有名詞**

「獨立審查組織」的正式名稱是「**獨立審查實體**」。有時簡稱為「**IRE**」。

**步驟 1：我們會自動將您的案件轉至獨立審查組織。**

- 我們必須在告訴您我們拒絕您第一次上訴後的 24 小時內將資訊轉寄給獨立審查組織，以進行層級 2 上訴。(如果您認為我們未遵守此期限或其他期限規定，您可以提出投訴。投訴程序與上訴程序不同。本章的第 10 節將會為您說明如何提出投訴)。

**步驟 2：獨立審查組織會對您的上訴進行「快速審查」。審查人員會在 72 小時內給您答覆。**

- **獨立審查組織是由 Medicare 聘用的外部獨立組織。**該組織與本計畫並無關聯，而且不是政府機構。該組織是 Medicare 挑選的公司，以獨立審查組織的角色處理相關工作。Medicare 監督其工作。
- 獨立審查組織的審查人員會仔細查看所有與您的醫院出院上訴有關的資訊。
- **如果該組織同意您的上訴**，我們就必須補償（償還）您在預定出院日期之後所接受醫院照護中我們應分攤的費用。我們也必須繼續為您承保醫療必要性的住院服務。您必須繼續支付您的分攤費用。如果有承保限制規定，可能會限制我們能補償多少金額，或是我們會繼續承保您的服務多長時間。
- **如果該組織拒絕您的上訴**，表示他們與我們一樣，認為您的預定出院日期具有醫療適當性。
  - 您從獨立審查組織收到的書面通知會說明如果您想要繼續審查流程該做什麼。它會提供如何進行層級 3 上訴的詳細資訊；該層級上訴將由行政法官或訴訟判決者處理。

**步驟 3：如果獨立審查組織駁回您的上訴，您可選擇是否要進一步上訴。**

- 上訴程序中，層級 2 之後還有另外三個層級（總共有五個上訴層級）。如果審查員拒絕您的第 2 級上訴，您可決定是接受該決定，還是提出第 3 級上訴。
- 本章的第 9 節詳細說明了第 3、4 與 5 級的上訴程序。

---

**第 8 節 如果您認為您的承保太快終止，該如何要求本計畫繼續承保某些醫療服務**

---

<b>第 8.1 節</b>	<b>本節僅與三種服務有關： 居家健康照護、特護療養機構照護和綜合門診復健機構 (CORF) 服務</b>
----------------	---

本節僅與以下三種類型的照護有關：

- 您所取得的**居家醫療保健服務**。
- 您以特護療養機構的病患身分所取得的**特護療養**。（如欲瞭解有關「特護療養機構」的歸類規定，請參閱第 12 章「重要詞彙的定義」。）

**第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）該怎麼做**

- 您以 Medicare 核准的綜合門診復健機構 (CORF) 病患身分所取得的**復健照護**。這通常表示您因疾病或意外而正在接受治療，或您正處於重大手術的恢復期（如需更多關於此類機構的資訊，請參閱第 12 章：*重要用語的定義*。）

如果您正在接受上述任何類型的照護，您有權繼續取得該類照護的承保服務，但條件是該照護必須是診斷和治療您的疾病或傷害所需。欲瞭解關於您承保服務的更多資訊，包括您的分攤費用部分及適用的承保限制，請參閱本手冊第 4 章：*醫療福利表（承保範圍以及您需支付的費用）*。

當我們決定是時候停止為您承保三種照護中的任一種時，我們依要求必須提前告知您。當您該照護的承保終止時，*我們會停止給付針對您的照護我們應分攤的費用*。

如果您認為我們太快終止您的照護承保，您可以針對我們的決定提出上訴。本節為您說明如何要求提出上訴。

**第 8.2 節 我們會事先通知您的承保何時終止**

1. **您會收到書面通知**。您將會在本計畫將要停止承保您照護的至少兩天前收到通知。
  - 此書面通知會告訴您我們何時會停止您的照護承保。
  - 此書面通知也會告訴您，如果您想要求本計畫針對何時終止您照護的決定進行變更並且延長承保的時間，您可以做些什麼。

**法律專有名詞**

書面通知在指示您相關作法的同時，也告訴您如何提出「快捷上訴」。提出快捷上訴是一個要求本計畫針對何時停止您照護的決定進行變更的正式、合法途徑（以下第 8.3 節說明您如何提出快捷上訴。）

此書面通知稱為「**Medicare 拒保通知**」。

2. **將會要求您在書面通知上簽名，表示您已收到通知**。
  - 將會要求您本人或代表您的人在此通知上簽名。（第 4 節告知您如何授予別人書面許可，使其成為您的代表）。
  - 在此通知上簽名只表示您已收到關於您的承保何時停止的資訊。**在通知上簽名不表示您同意本計畫對於應停止取得照護時間的看法**。

**第 8.3 節 逐步指南：如何提出層級 1 上訴，使本計畫延長您的照護承保時間**

如果您想要求我們延長您照護的承保期間，您需要使用上訴流程來提出此要求。在開始之前，請先瞭解您需要做什麼，以及期限是什麼時候。

- **遵循流程。** 下面說明上訴流程中前兩個層級的每一步驟。
- **遵守期限。** 期限非常重要。請務必瞭解並遵守您必須採取之行動的適用期限。另外也有本計畫必須遵守的期限（如果您認為我們未遵守截止日期，可提出投訴。本章第 10 節說明如何投訴）。
- **如有需要請尋求協助。** 如果您在任何時候有疑問或需要協助，可致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。或致電您的 State Health Insurance Assistance Program，該政府組織可提供個人化的協助（請參閱本章第 2 節）。

如果您按時要求第 1 級上訴，品質改進組織會審查您的上訴並決定是否變更我們計畫所做的決定。

**步驟 1：提出您的層級 1 上訴：聯絡您所在州的品質改善組織並要求審查。您必須反應迅速。**

**什麼是品質改進組織？**

- 該組織是由聯邦政府資助的醫師及其他健康護理專家組成的團體。這些專家不屬於本計畫。他們負責確認 Medicare 投保人所獲得的照護品質，並審查計畫針對何時應停止特定類型的醫療照護所作的決定。

**您該如何與該組織聯絡？**

- 您所收到的書面通知會告訴您如何與該組織聯絡（或可在本手冊第 2 章第 4 節找到您所在州的品質改善組織的名稱、地址與電話號碼。）

**您應向其提出什麼要求？**

- 要求該組織就我們終止為您承保醫療服務在醫療上是否適當進行「快捷上訴」（進行獨立審查）。

**您與該組織聯絡的截止日期。**

- 您必須在 Medicare 拒保通知生效日期前一日中午之前，與品質改善組織聯絡，才能開始進行您的上訴。
- 如果您錯過聯絡品質改善組織的期限，而您仍然希望上訴，則您可以直接向我們提出您的上訴。如欲瞭解有關透過此替代方式提出上訴的詳情，請參閱第 8.5 節。

**步驟 2：品質改進組織針對您的個案進行獨立審查。*****此項審查的流程為何？***

- 品質改進組織的專業醫護人員（我們會將其簡稱為「審查員」）會詢問您（或您的代表）認為應延長服務承保的理由。您不必準備任何書面文件，若您想準備也可以。
- 審查組織也會查看您的醫療資訊，與您的醫師洽談，並審查我們的計畫提供的資訊。
- 在審查員將您的上訴告知我們的當天結束前，您還會收到我們的書面通知，詳細說明我們終止您承保服務的原因。

**法律專有名詞**

此通知說明稱為「非承保範圍詳細說明」。

**步驟 3：在其獲得所需的所有資訊後一天內，審查員會告知您其決定。*****如果審查員同意您的上訴將會怎樣？***

- 如果審查員同意您的上訴，我們就必須繼續為您承保具有醫療必要性的服務。
- 您必須繼續支付您的分攤費用（如自付額或共付額，若適用）。此外，您的承保服務可能有限制（請參閱本手冊第 4 章）。

***如果審查員否決您的上訴將會怎樣？***

- 如果審查員拒絕您的上訴，您的承保將於我們之前通知的日期終止。自通知上所列的日期開始，我們將會停止針對本照護給付本計畫的分攤費用。
- 如果您決定在承保終止日期後繼續接受居家健康照護、特護療養機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務，則您必須自行支付該照護的全額費用。

**步驟 4：如果答覆是拒絕您層級 1 上訴，您可以決定是否要提出進一步上訴。**

- 您提出的第一次上訴是上訴流程的「層級 1」上訴。如果審查人員拒絕您的層級 1 上訴—並且您選擇在您的照護承保終止之後繼續接受照護—您就可以提出進一步上訴。
- 提出進一步上訴表示您將進入「層級 2」的上訴流程。



**第 8.4 節 逐步指南：如何提出層級 2 上訴，使本計畫延長您的照護承保時間**

如果品質改善組織駁回您的上訴，而且您選擇在您的照護承保終止之後繼續接受照護，您可以提出層級 2 上訴。在第 2 級上訴中，您可要求品質改進組織再次審查其所做的第一級上訴決定。如果品質改善組織駁回您的第 2 級上訴，您可能要支付我們提出保險終止之日後的居家健康照護、特護療養機構護理或綜合門診復健機構 (CORF) 服務的全部費用。

以下是第 2 級上訴程序的步驟：

**步驟 1：您再次聯絡品質改善組織並要求其進行另一次審查。**

- 您必須在品質改善組織拒絕您層級 1 上訴後的 **60 天內** 要求此審查。您必須在照護承保終止後仍繼續接受照護，才能要求此審查。

**步驟 2：品質改善組織對您的情況進行第二次審查。**

- 品質改善組織的審查人員會再仔細查看所有與您上訴有關的資訊。

**步驟 3：審查員在收到您審查要求後 14 天內，會就您的上訴作出決定並告知您結果。*****如果審查組織同意您的上訴會怎樣？***

- 針對您自我們告知您承保即將終止之日起所接受的照護，我們必須補償您我們應分攤的費用。我們必須繼續為您提供醫療必要性的承保。
- 您必須繼續支付您的分攤費用，且可能有承保限制規定。

***如果審查組織否決您的上訴將會怎樣？***

- 即表示同意我們對您的第 1 級上訴作出的決定，且不會更改。
- 您收到的書面通知會說明如果您想要繼續審查流程該做什麼。它會提供如何進行下一層級上訴的詳細資訊；該層級上訴將由行政法官或訴訟判決者處理。

**步驟 4：如果答覆是拒絕，您需要決定是否要進一步提出上訴。**

- 層級 2 之後還有另外三個上訴層級，即總共有五個上訴層級。如果審查人員駁回您的層級 2 上訴，您可以選擇是否接受該決定，或進入層級 3 並提出進一步上訴。第 3 級的上訴由行政法官或律師仲裁人進行審理。
- 本章的第 9 節詳細說明了第 3、4 與 5 級的上訴程序。

**第 8.5 節 如果您錯過提出第 1 級上訴的截止日期該如何處理？****您可向我們上訴**

如前面第 8.3 節所述，您必須盡快與品質改善組織聯絡，以開始進行第一級上訴（最多不超過一兩天）。如果您錯過聯絡該組織的截止日期，您還有其他上訴方式。如果您使用這種替代方式提出您的上訴，*前兩層級的上訴方式並不相同*。

**逐步指南：如何提出第 1 級替代上訴**

如果您錯過聯絡品質改進組織的截止日期，您可向我們提出上訴，要求「快速審查」。快速審查是使用快速截止日期而非標準截止期限的上訴。

以下是層級 1 替代上訴的步驟：

**法律專有名詞**

「快速審查」（或「快速上訴」）也稱為「特急上訴」。

**步驟 1：與本計畫聯絡並要求「快速審查」。**

- 欲瞭解我們的聯繫方式詳情，請轉至第 2 章，第 1 節並查看「*您就自己的醫療照護提出上訴時如何與我們聯絡*」一節。
- **確保要求「快速審查」。**這表示您要求我們在給您答覆時使用「快速」期限，而非「標準」期限。

**步驟 2：我們針對何時終止您服務承保所作的決定進行「快速審查」。**

- 在審查期間，我們會再次查看所有與您的案件有關的資訊。我們會查看我們在擬定終止本計畫對您所接受服務之承保的日期時，是否遵循所有規定。
- 我們向您提供本次審查的答覆時會使用「快速」期限，而非標準期限。

**步驟 3：我們會在您要求「快速審查」（「快速上訴」）後的 72 小時內給您我們的決定。**

- **如果我們同意您的快速上訴**，表示我們與您一樣，認為您需要更長時間的服務，且會繼續為您提供醫療必要性的承保服務。這也表示，對您在我們告知您的承保終止日期後所接受的照護，我們同意補償您我們應分攤的費用。（您必須支付您的分攤費用，且可能有承保範圍限制規定。）

- 如果我們拒絕您的快速上訴，您的承保將於我們所通知您的日期終止，而在該日期後我們便不再支付任何分攤費用。
- 如果您在我們告知您的承保終止日期後繼續接受居家醫療保健、特護療養機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務，則您必須自行支付該照護的全額費用。

**步驟 4：**如果我們拒絕您的快速上訴，您的案件會被自動轉到上訴流程的下一層級。

- 為確保我們拒絕您的快速上訴時遵循所有規定，我們必須將您的上訴轉到「獨立審查組織」。當我們這樣做時，表示您已自動進入層級 2 的上訴流程。

### 逐步指南：第 2 級替代上訴程序

在第 2 級上訴期間，獨立審查組織會審查我們拒絕您「快速上訴」的決定。這個組織決定我們作出的決定是否應該變更。

#### 法律專有名詞

「獨立審查組織」的正式名稱是「獨立審查實體」。有時簡稱為「IRE」。

**步驟 1：**我們會自動將您的案件轉至獨立審查組織。

- 我們必須在告訴您我們拒絕您第一次上訴後的 24 小時內將資訊轉寄給獨立審查組織，以進行層級 2 上訴。(如果您認為我們未遵守此期限或其他期限規定，您可以提出投訴。投訴程序與上訴程序不同。本章的第 10 節將會為您說明如何提出投訴)。

**步驟 2：**獨立審查組織會對您的上訴進行「快速審查」。審查人員會在 72 小時內給您答覆。

- 獨立審查組織是由 Medicare 聘用的外部獨立組織。該組織與本計畫並無關聯，而且不是政府機構。該組織是 Medicare 挑選的公司，以獨立審查組織的角色處理相關工作。Medicare 監督其工作。
- 獨立審查組織的審查人員會仔細查看所有與您上訴有關的資訊。
- 如果該組織同意您的上訴，對於您在我們告知您的承保終止日期後所接受的醫院照護，我們必須補償（償還）您我們應分攤的費用。我們也必須繼續為您承保醫療必要性的照護。您必須繼續支付您的分攤費用。如果有承保限制規定，可能會限制我們能補償多少金額，或是我們會繼續承保您的服務多長時間。
- 如果該組織拒絕您的上訴，表示他們同意本計畫對您第一次上訴所作的決定，不會改變該決定。
  - 您從獨立審查組織收到的書面通知會說明如果您想要繼續審查流程該做什麼。該通知也會提供您如何進行層級 3 上訴的詳細資訊。

**步驟 3：**如果獨立審查組織駁回您的上訴，您可選擇是否要進一步上訴。

- 層級 2 之後還有另外三個上訴層級，即總共有五個上訴層級。如果審查人員拒絕您的層級 2 上訴，您可以選擇是否接受該決定，還是要進入層級 3 並提出進一步上訴。第 3 級的上訴由行政法官或律師仲裁人進行審理。
- 本章的第 9 節詳細說明了第 3、4 與 5 級的上訴程序。

## 第 9 節 將您的上訴提到第 3 級及之上

### 第 9.1 節 醫療服務請求的第 3、第 4 與第 5 級

如果您已經提出第 1 級上訴與第 2 級上訴，且您兩次上訴都被駁回，本節可能適合您參考。

如果您上訴的用品或醫療服務現金價值達到特定最低標準，您可能可以進入更高層級的上訴。如果現金價值未達最低標準，您將不能進一步上訴。如果現金價值達到標準，您收到的層級 2 上訴書面答覆會說明應與誰聯絡以及該如何提出層級 3 上訴要求。

就大多數涉及上訴的情況而言，上訴作業的最後三個層級的方式相當雷同。以下為這些層級中負責審查您上訴的人員。

**層級 3 上訴：** 聯邦政府的法官 (稱為行政法官) 或聯邦訴訟判決者會審查您的上訴並給您答覆。

- 如果行政法官或訴訟判決者同意您的上訴，上訴流程 *可能就此結束，也可能還未結束* — 我們會決定是否要對此決定提出層級 4 上訴。有別於層級 2 (獨立審查組織) 的決定，我們有權就對您有利的層級 3 決定提出上訴。
  - 如果我們決定不對此決定提出上訴，我們必須在收到行政法官或訴訟判決者決定後的 60 個曆日內授權或提供服務給您。
  - 如果我們決定對此決定提出上訴，我們會寄給您一份層級 4 上訴的要求，連同任何附帶文件。我們可能暫不授權或提供有爭議的服務，直到我們接獲層級 4 的上訴決定。
- 如果行政法官或訴訟判決者拒絕您的上訴，上訴流程 *可能就此結束，也可能還未結束*。
  - 如果您決定接受此上訴遭駁回的決定，上訴流程於此結束。
  - 如果您不想接受這決定，您可以繼續下一層級的審查流程。如果行政法官或訴訟判決者拒絕您的上訴，您收到的通知會告訴您，如果您選擇繼續上訴，接下來要做些什麼。

**層級 4 上訴：** Medicare 上訴委員會（委員會）將審查您的上訴並給您答覆。該委員會隸屬於聯邦政府。

- 如果答覆是同意，或如果我們要求委員會審查對您有利的第 3 級上訴決定而上訴委員會拒絕該要求，上訴程序 *可能就此結束，也可能還未結束*—我們會決定是否要對此決定提出第 5 級上訴。有別於第 2 級（獨立審查組織）的決定，若用品或醫療服務的價值符合所需的美元值，我們有權就對您有利的第 4 級決定提出上訴。
  - 如果我們決定不對此決定提出上訴，我們必須在收到委員會決定後的 60 個曆日內授權或提供服務給您。
  - 如果我們決定對此決定提出上訴，我們會以書面方式通知您。
- 如果答覆是拒絕，或如果委員會拒絕審查要求，上訴流程 *可能就此結束，也可能還未結束*。
  - 如果您決定接受此上訴遭駁回的決定，上訴流程於此結束。
  - 如果您不想接受這決定，您可能可以繼續下一層級的審查流程。如果委員會拒絕您的上訴，您收到的通知會告訴您，根據規定您是否可以繼續進行層級 5 上訴。如果規定允許您繼續，書面通知也會告訴您應該與誰聯絡，以及如果您選擇繼續上訴，接下來要做些什麼。

**層級 5 上訴：** 聯邦地方法院的法官將審查您的上訴。

- 這是上訴程序的最後步驟。

## 第 9.2 節 D 部分藥品請求的第 3、第 4 與第 5 級

如果您已經提出第 1 級上訴與第 2 級上訴，且您兩次上訴都被駁回，本節可能適合您參考。

如果您上訴的藥品價值達到特定金額，您可能可以繼續進行更高層級的上訴。如果未達金額標準，您將不能進一步上訴。您收到的層級 2 上訴書面答覆會說明應與誰聯絡以及該如何提出層級 3 上訴要求。

就大多數涉及上訴的情況而言，上訴作業的最後三個層級的方式相當雷同。以下為這些層級中負責審查您上訴的人員。

**層級 3 上訴：** 聯邦政府的法官（稱為行政法官）或聯邦訴訟判決者會審查您的上訴並給您答覆。

- 如果答覆是同意，上訴流程於此結束。您的上訴要求已經被核准。我們必須在收到決定後的 72 小時內（特急上訴為 24 小時內）授權或提供行政法官或訴訟判決者核准的藥品承保範圍，或在 30 個曆日內進行給付。

**第 9 章** 如果您有問題或想投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）該怎麼做

- 如果答覆是拒絕，上訴流程 *可能結束，也可能還未結束*。
  - 如果您決定接受此上訴遭駁回的決定，上訴流程於此結束。
  - 如果您不想接受這決定，您可以繼續下一層級的審查流程。如果行政法官或訴訟判決者拒絕您的上訴，您收到的通知會告訴您，如果您選擇繼續上訴，接下來要做些什麼。

**層級 4 上訴** Medicare 上訴委員會 (委員會) 將審查您的上訴並給您答覆。該委員會隸屬於聯邦政府。

- 如果答覆是同意，上訴流程於此結束。您的上訴要求已經被核准。我們必須在收到決定後的 **72 小時內**（特急上訴為 **24 小時內**）**授權或提供委員會核准的藥品承保範圍，或在 30 個曆日內進行給付**。
- 如果答覆是拒絕，上訴流程 *可能結束，也可能還未結束*。
  - 如果您決定接受此上訴遭駁回的決定，上訴流程於此結束。
  - 如果您不想接受這決定，您可能可以繼續下一層級的審查流程。如果委員會拒絕您的上訴或拒絕您提出的上訴審查要求，您收到的通知會告訴您根據規定您是否可以繼續進行層級 5 上訴。如果規定允許您繼續，書面通知也會告訴您應該與誰聯絡，以及如果您選擇繼續上訴，接下來要做些什麼。

**層級 5 上訴** 聯邦地方法院的法官將審查您的上訴。

- 這是上訴程序的最後步驟。

## 提出投訴

### 第 10 節 如何就照護品質、等候時間、客戶服務或其他顧慮提出投訴



如果您的問題與福利、承保範圍或給付有關，本節就不適用於您。這些情況下您需要採用的是承保決定與上訴的流程。請參閱本章的第 4 節。

#### 第 10.1 節 哪種問題應經由投訴程序來處理？

本節為您說明如何利用投訴的流程。投訴流程僅適用於某些類型的問題，其中包括與照護品質、等待時間以及您所接受的客戶服務有關的問題。以下為可藉由投訴流程處理的一些問題類型範例。

如果您有任何這些類型的問題，您可「提出投訴」

投訴	範例
醫療保健的品質	<ul style="list-style-type: none"> <li>您對您接受照護品質不滿意（包括醫院內的照護）？</li> </ul>
尊重您的隱私	<ul style="list-style-type: none"> <li>您認為有人不尊重您的隱私權或跟他人分享您的資訊而您認為該資訊應該保密？</li> </ul>
不尊重、客戶服務不佳或其他負面行為	<ul style="list-style-type: none"> <li>有人對您粗魯或不尊重嗎？</li> <li>您對我們會員服務部對待您的方式不滿意嗎？</li> <li>您覺得被鼓勵退出（退保）本計畫嗎？</li> </ul>
等待時間	<ul style="list-style-type: none"> <li>您預約不到或等很久才約到嗎？</li> <li>您等了醫師、藥劑師或其他健康專業人員很久？或是我們的會員服務部或本計畫其他員工讓您久等？ <ul style="list-style-type: none"> <li>久等舉例包括電話、等待室、等待處方或檢驗室。</li> </ul> </li> </ul>
整潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>您對診所、醫院或醫師辦公室的整潔或狀態不滿意？</li> </ul>
您向我們取得的資訊	<ul style="list-style-type: none"> <li>您認為我們沒有依規定提供您通知？</li> <li>您認為我們給您的書面資訊艱澀難懂？</li> </ul>
適時性 （此類投訴均是與我們在針對承保決定和上訴採取行動時的及時性有關）	<p>本章的第 4-9 節有關於要求承保範圍決定和提出上訴的程序說明。如果您要求承保範圍決定或提出上訴，請依循該流程，而非投訴流程。</p> <p>不過，要是您已經要求我們作出承保範圍決定或提出上訴，且您認為我們的回覆不夠迅速，您也可對我們的緩慢作業做出投訴。以下是幾個例子：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>如果您要求我們為您提供「快速承保決定」或者「快速上訴」，而我們表示拒絕，則您可以提出投訴。</li> <li>如果您認為我們未遵守向您作出承保決定或回答您所提上訴的期限，則您可以提出投訴。</li> <li>我們所作的承保決定經過審查並被告知我們必須承保或補償您所接受的特定醫療服務或藥品，並有適用的期限。如果您認為我們未遵守這些期限規定，您可以提出投訴。</li> <li>如果我們未準時向您提供決定，我們必須將您的案件轉交獨立審查組織。如果我們沒有在規定的截止期限內完成，您可以提出投訴。</li> </ul>

**第 10.2 節 「提出投訴」的正式名稱是「提出申訴」****法律術語**

- 本節所稱的「投訴」也稱為「申訴」。
- 「提出投訴」的另一個術語為「提出申訴」。
- 「利用投訴的流程」的另一個說法是「利用提出申訴的流程」。

**第 10.3 節 逐步指南：提出投訴****步驟 1：立刻與我們聯絡—透過電話或書面。**

- **通常第一步為致電會員服務部。**如果有任何其他您需要做的事，會員服務部都會讓您知道，會員服務部電話號碼為：1-800-275-4737，聽障專線：711。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。
- **如果您不想打電話（或者您打過電話但感到不滿意），您可以寄給我們書面投訴。**如果您提出的是書面投訴，我們就會以書面方式回覆您的投訴。
- 如果您要求我們提供書面回應、您提出書面投訴（申訴）或您的投訴與照護品質有關，我們會以書面方式回應您。**如果我們無法透過電話解決您的投訴，我們有正式的程序審查您的投訴。**我們稱之為申訴程序。如欲提出投訴，或如果您有關於此程序的疑問，請致電上述的電話號碼與會員服務部聯絡。或者，您可以利用本手冊第 2 章「醫療照護上訴」或「C 部分醫療照護投訴」以及「D 部分處方藥上訴」或「D 部分處方藥投訴」等部分所列的地址，將書面要求郵寄給我們。
  - 您必須在事件發生後 60 個曆日內提出投訴（如果您因合理理由超過期限，我們可以給您更多時間提出 D 部分處方藥的投訴。）您可以利用本手冊第 2 章「醫療照護上訴」或「C 部分醫療照護投訴」以及「D 部分處方藥上訴」或「D 部分處方藥投訴」等部分所列的地址，以書面方式正式提出您的投訴。
  - 我們必須根據您的健康狀況按照您照護的需求儘快對您的投訴作出決定，但不會遲於接到您投訴後的 30 個曆日內作出決定。如果您要求延長時間，或如果我們有正當理由需要額外資訊而延後時間對您最有利，我們最多可能延長 14 個曆日。



- 在某些情況下，您有權要求對您的投訴進行快速審查。這稱為特急申訴程序。若有下列情形，當您不同意我們的決定時，您有權要求針對您的投訴進行快速審查：
  - 我們拒絕您針對醫療保健或 D 部分藥品所提出進行快速審查的要求。
  - 我們拒絕您針對服務遭拒或 D 部分藥品提出上訴進行快速審查的要求。
  - 我們決定需要額外時間審查您的醫療保健要求。
  - 我們決定需要額外時間審查您針對醫療照護遭拒提出的上訴。
- 您可以致電本手冊封底的會員服務部電話，提出這類的投訴。您也可以利用本手冊第 2 章「醫療照護上訴」或「C 部分醫療照護投訴」以及「D 部分處方藥上訴」或「D 部分處方藥投訴」等部分所列的地址，以書面方式向我們提出投訴。一旦我們收到特急申訴（投訴），就會有一位臨床執業人員審查案件，判定拒絕您的快速審查要求之理由，或案件延長時間是否合適。您會獲得快速案件結果的口頭通知，我們也會在收到您投訴的 24 小時內以書面方式通知您。
- 無論是致電或寫信，您應該立即與會員服務部聯絡。投訴必須在您想要投訴的問題發生後的 60 個曆日內提出。
- 如果您由於我們拒絕「快速承保決定」或「快速上訴」而提出投訴，我們會自動為您提供「快速投訴」。如果您進行「快速投訴」，這表示我們將會在 24 小時內給您答覆。

#### 法律術語

本節所稱的「快速投訴」也稱為「特急申訴」。

#### 步驟 2：我們調查您的投訴並給您答覆。

- 如果可能，我們會立刻答覆您。如果您致電向我們投訴，我們可能可以在同一通電話中給您答覆。如果您的健康情況有必要我們快速答覆，我們會盡速答覆您。
- 大部分投訴都能在 30 個曆日內得到答覆。如果我們需要更多資訊且延長時間對您最有利，或如果您要求更多時間，我們最多可延長 14 個曆日（即總共 44 個曆日）來答覆您的投訴。如果我們決定需要額外天數，我們會以書面方式通知您。
- 如果我們不同意您部分或全部的投訴，或不負責您投訴的問題，我們會讓您知道。我們的回應會包括該答覆的理由。不管我們是否同意您的投訴，我們都必須回應。

**第 10.4 節 您可向品質改善組織提出關於照護品質的投訴**

您可以利用前述逐步指南的流程提出與您所接受的照護品質有關的投訴。

當您的投訴與*照護品質*有關時，您還有另外兩種選擇：

- **您可以向品質改善組織提出您的投訴。**如果您願意，您可以直接向該組織提出與您接受的照護品質相關的投訴（不必向我們提出投訴）。
  - 品質改善組織是執業醫師與其他健康照護專家組成的團體，由聯邦政府付款，負責檢查並改善提供給 Medicare 病患的照護。
  - 您可在本手冊第 2 章第 4 節找到您所在州的品質改善組織的名稱、地址與電話號碼。如果您向該組織提出投訴，我們會與其合作解決您的投訴。
- **或者，您可以同時向兩邊提出投訴。**如果您希望，您可針對照護品質向本計畫提出投訴，同時也向品質改善組織提出投訴。

**第 10.5 節 您也可向 Medicare 提出投訴**

您可以向 Medicare 直接提交有關針對本計畫的投訴。如需向 Medicare 提出投訴，請造訪 [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)。Medicare 會認真處理您的投訴，並利用此資訊協助改善 Medicare 方案的品質。

如果您有其他任何意見或顧慮，或您感到本計畫未能解決您的問題，請致電電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。您可致電這些免費電話，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

# 第 10 章

## 終止您在本計畫的會員資格

**第 10 章. 終止您的本計畫會員**

<b>第 1 節</b>	<b>簡介 .....</b>	<b>204</b>
第 1.1 節	本章重點為終止您的本計畫會員 .....	204
<b>第 2 節</b>	<b>您何時可以終止在本計畫的會員資格？ .....</b>	<b>204</b>
第 2.1 節	您可以在年度投保期內終止您的會員 .....	204
第 2.2 節	您可以在 Medicare Advantage 開放投保期內終止您的會員 .....	205
第 2.3 節	在某些情況下，您可以在特殊投保期內終止您的會員 .....	205
第 2.4 節	您到哪裡可以獲得有關您何時終止會籍的更多資訊？ .....	206
<b>第 3 節</b>	<b>您如何終止您的本計畫會員？ .....</b>	<b>207</b>
第 3.1 節	通常來說，您可以透過投保其他計畫來終止您的會籍 .....	207
<b>第 4 節</b>	<b>在您的會籍終止前，您必須繼續透過本計畫取得您的醫療服務和藥品 .....</b>	<b>208</b>
第 4.1 節	您的會籍終止前，您仍然是我們計畫的會員 .....	208
<b>第 5 節</b>	<b>本計畫在某些情況下必須終止您的會籍 .....</b>	<b>208</b>
第 5.1 節	我們何時必須終止您在本計畫的會籍？ .....	208
第 5.2 節	我們不能以任何與您健康相關的理由要求您離開本計畫。 .....	209
第 5.3 節	如果我們終止您的本計畫會籍，您有權提出投訴 .....	209

## 第 1 節 簡介

### 第 1.1 節 本章重點為終止您的本計畫會員

您可出於自願（您自行選擇）或非出於自願（非您自行選擇）終止您本計畫的會員：

- 您可以因為已決定*想要*離開而退出本計畫。
  - 年度當中，您只有幾個特定時期，或在特殊情況下，可自願終止您本計畫的會籍。第 2 節告知您*何時*可以終止自己在本計畫的會員資格。
  - 自願終止您會籍的流程因您選擇的新承保類型而異。第 3 節為您說明在每一種狀況中您*如何*終止您的會籍。
- 也有少數情況是您並未選擇離開，而是我們必須終止您的會員。第 5 節為您說明我們在何種情況下必須終止您的會員資格。

如果您退出本計畫，在您的會員資格終止之前，您必須繼續透過本計畫接受醫療照護。

## 第 2 節 您何時可以終止在本計畫的會員資格？

您僅可在全年中特定時間（稱為投保期），終止在本計畫的會員資格。所有會員都有機會在年度投保期間和 Medicare Advantage 開放投保期間離開本計畫。在特定的情況下，您也可能符合資格在年度的其他時期離開本計畫。

### 第 2.1 節 您可以在年度投保期內終止您的會員

您可以在**年度投保期**（也稱為「年度開放投保期間」）內終止您的會員。這段期間您應該審視您的健康與藥品承保範圍，並為您下一個年度的承保做決定。

- **年度投保期是什麼時候？**從 10 月 15 日至 12 月 7 日。
- **在年度投保期內，您可以轉換到哪一種類型的計畫？**您可選擇保留您目前的承保，或變更您明年的承保。若您決定變更為新計畫，您可從以下類型的計畫中選擇：
  - 其他 Medicare 健康計畫（您可選擇一項承保或不承保處方藥的計畫）。
  - 含獨立 Medicare 處方藥計畫的 Original Medicare。
  - 一或一不含獨立 Medicare 處方藥計畫的 Original Medicare。
    - 如果您取得 Medicare 的「額外補助」幫您支付處方藥費用：如果您轉換到 Original Medicare，而且未投保獨立 Medicare 處方藥計畫，Medicare 可能會為您投保藥品計畫，除非您選擇放棄自動加入。

**第 10 章. 終止您的本計畫會員**

**注意：**如果您退出 Medicare 處方藥承保，且連續 63 天或超過 63 天不再參加可抵免處方藥承保，若您稍後想加入 Medicare 藥品計畫，您可能需要支付 D 部分延遲投保罰款（「可抵免」承保指的是承保預期平均支付金額至少相當於 Medicare 標準處方藥承保範圍。）請參閱第 1 章第 5 節瞭解更多關於延遲投保罰款的資訊。

- **您的會員資格將在什麼時候終止？**當您新計畫的保險於 1 月 1 日開始生效時，您的會員就會終止。

**第 2.2 節 您可以在 Medicare Advantage 開放投保期內終止您的會員**

您有機會在 Medicare Advantage 開放投保期內對您的健康承保進行一次變更。

- **年度 Medicare Advantage 開放投保期是什麼時候？**每年的 1 月 1 日至 3 月 31 日。
- **在年度 Medicare Advantage 開放投保期內您可以轉換到哪一種類型的計畫？**在這段期間，您可以：
  - 轉換至另一個 Medicare Advantage 計畫（您可以選擇有處方藥承保的計畫或沒有處方藥承保的計畫。）
  - 從我們的計畫中退保，並透過 Original Medicare 取得承保範圍。如果在此期間內您選擇轉換至 Original Medicare，您可在此時加入獨立 Medicare 處方藥計畫。
- **您的會員何時會終止？**您的會員會在您投保其他 Medicare Advantage 計畫或者在我們收到您轉換到 Original Medicare 的要求之後的下個月 1 號終止。如果您也選擇投保 Medicare 處方藥計畫，您的藥品計畫會籍也會從收到您的藥品計畫投保申請下個月的 1 號開始。

**第 2.3 節 在某些情況下，您可以在特殊投保期內終止您的會員**

在某些情況下，本計畫的會員可能符合資格在年度的其他時間終止其會員。這段期間稱為特殊投保期。

- **誰符合特殊投保期的資格？**若您符合以下任何情況，即可在特殊投保期終止會員。以下情況僅為範例，如需完整清單，請與本計畫聯絡、致電 Medicare 或瀏覽 Medicare 網站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))：
  - 通常來說，當您搬家時。
  - 如果您享有 Medicaid。
  - 如果您有資格獲得「額外補助」支付您的 Medicare 處方藥費用。

**第 10 章. 終止您的本計畫會員**

- 如果我們違反了我們與您簽訂的合約。
  - 如果您正在機構裡接受其提供的照護，例如療養院或長期照護 (LTC) 醫院。
  - 如果您投保老年人全方位照護 (PACE) 方案。
  - **注意：**如果您已參與藥物管理計畫，則您可能無法改變計畫。第 5 章第 10 節會告訴您更多有關藥品管理方案的資訊。
- **特殊投保期是什麼時候？** 投保期間因您的情況而異。
  - **您可以做些什麼？** 若要瞭解自己是否符合特殊投保期資格，請致電 Medicare，聯繫電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時均可提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。如果您因特殊情況符合資格可終止您的會員，您可以選擇同時變更您的 Medicare 健康承保與處方藥承保範圍。這意味著您可選擇以下任一類計畫：
    - 其他 Medicare 健康計畫（您可選擇一項承保或不承保處方藥的計畫）。
    - 含獨立 Medicare 處方藥計畫的 Original Medicare。
    - 一或不含獨立 Medicare 處方藥計畫的 Original Medicare。
      - **如果您取得 Medicare 的「額外補助」幫您支付處方藥費用：**如果您轉換到 Original Medicare，而且未投保獨立 Medicare 處方藥計畫，Medicare 可能會為您投保藥品計畫，除非您選擇放棄自動加入。
- 注意：**如果您退出 Medicare 處方藥承保，且未參加可抵免處方藥承保的天數有連續 63 天或以上，在您稍後想加入 Medicare 藥品計畫的情況下，您可能需要支付 D 部分延遲投保罰款。（「可抵免」承保指的是承保預期平均支付金額至少相當於 Medicare 標準處方藥承保範圍。）請參閱第 1 章第 5 節瞭解更多關於延遲投保罰款的資訊。
- **您的會員資格將在什麼時候終止？** 您的會員通常會在我們收到您要求變更計畫的下個月 1 號終止。

**第 2.4 節 您到哪裡可以獲得有關您何時終止會籍的更多資訊？**

如果您有任何疑問或想要更多關於您何時可以終止您會員的資訊：

- 您可以**致電會員服務部**（電話號碼列印於本手冊封底）。
- 您可以在《**Medicare & You 2021**》手冊中找到這些資訊。
  - 投保 Medicare 的每一個人都會在每年秋天收到一份 *Medicare & You* 手冊。Medicare 的新會員會在首次註冊後的一個月內收到該手冊。

**第 10 章. 終止您的本計畫會員**

- 您也可以從 Medicare 網站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) 下載副本。或者，您可以利用以下電話號碼致電 Medicare 索取一份印刷本。
- 您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。

**第 3 節 您如何終止您的本計畫會員？****第 3.1 節 通常來說，您可以透過投保其他計畫來終止您的會籍**

一般而言，您只要在任一投保期內投保其他的 Medicare 計畫（請參閱本章的第 2 節，瞭解投保期的相關資訊），就能終止您在本計畫的會員。但是，如果您希望從我們的計畫切換到沒有 Medicare 處方藥計畫的 Original Medicare，則要求您必須從我們的計畫退保。您有兩種方式可以退保：

- 您可以向我們提出書面申請。您可以與會員服務部聯絡取得如何提出書面申請的更多資訊（電話號碼列印於本手冊封底）。
- — 或 — 您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。

**注意：**如果您退出 Medicare 處方藥承保，且未參加可抵免處方藥承保的天數有連續 63 天或以上，在您稍後想加入 Medicare 藥品計畫的情況下，您可能需要支付 D 部分延遲投保罰款。（「可抵免」承保指的是承保預期平均支付金額至少相當於 Medicare 標準處方藥承保範圍。）請參閱第 1 章第 5 節瞭解更多關於延遲投保罰款的資訊。

以下表格說明了您應如何終止我們計畫的會員資格。

如果您想從本計畫轉換至：	您應該：
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 另一個 Medicare 健保計畫。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 投保新的 Medicare 健保計畫。 當您的新計畫承保開始時，您就會自動從本計畫退保。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 含獨立 Medicare 處方藥計畫的 Original Medicare。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 投保新的 Medicare 處方藥計畫。 當您的新計畫承保開始時，您就會自動從本計畫退保。</li> </ul>



如果您想從本計畫轉換至：	您應該：
<ul style="list-style-type: none"><li>• 不含獨立 Medicare 處方藥計畫的 Original Medicare。<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>注意：</b>如果您從 Medicare 處方藥計畫退保，而且連續 63 天或超過 63 天沒有可抵免處方藥承保，若您後來加入 Medicare 藥品計畫，可能必須支付延遲投保罰款。請參閱第 1 章第 5 節瞭解更多關於延遲投保罰款的資訊。</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 向我們發送書面退保申請。您可以與會員服務部聯絡取得如何提出書面申請的更多資訊 (電話號碼列印於本手冊封底)。</li><li>• 您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡並要求退保，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。</li><li>• 當您的 Original Medicare 承保開始生效時，您即會從本計畫退保。</li></ul>

## 第 4 節 在您的會籍終止前，您必須繼續透過本計畫取得您的醫療服務和藥品

### 第 4.1 節 您的會籍終止前，您仍然是我們計畫的會員

如果您離開本計畫，可能需要一些時間您的會員才會終止、您的新 Medicare 保險才會開始生效。（請參閱第 2 節以瞭解有關您的新承保何時開始生效的資訊）。在此期間，您必須繼續透過本計畫接受醫療照護和領取處方藥。

- 在您的本計畫會員終止前，您應該繼續使用我們的網絡內藥房領取您的處方藥。一般而言，只有在網絡內藥房領取（包括透過我們的郵購藥房服務）時，您的處方藥才屬承保範圍。
- 如果您於會籍終止當天住院，您的住院通常屬於本計畫的承保範圍，一直到您出院為止（即使您在新的健康承保開始之後才出院也是如此）。

## 第 5 節 本計畫在某些情況下必須終止您的會籍

### 第 5.1 節 我們何時必須終止您在本計畫的會籍？

如果發生下列任何情況，本計畫就必須終止您的計畫會員：

- 您未繼續投保 Medicare A 部分和 B 部分。
- 如果您搬離本計畫的服務區域。

**第 10 章. 終止您的本計畫會員**

- 如果您離開我們的服務區域超過六個月。
  - 如果您搬家或長期旅行，您必須致電會員服務部，查明您搬遷或旅行的地區是否在本計畫的服區域內（會員服務部電話號碼列印於本手冊封底）。
- 如果您被監禁（坐牢）。
- 如果您不是美國公民或美國合法居民。
- 如果您沒有據實以報或隱瞞有關您所擁有提供處方藥承保的其他保險的資訊。
- 當您投保本計畫，如果您蓄意提供我們不正確的資訊，而該資訊影響您投保本計畫的資格。（除非事先取得 Medicare 的許可，否則我們無法以此為由要求您離開本計畫。）
- 如果您持續進行破壞性的行為，而且這些行為讓我們難以提供您或本計畫的其他會員醫療保健。（除非事先取得 Medicare 的許可，否則我們無法以此為由要求您離開本計畫。）
- 如果您讓別人使用您的會籍卡來獲得醫療照護（除非我們先取得 Medicare 的許可，否則我們不得因此原因而請您退出本計畫）。
  - 如果我們因此原因終止您的會員資格，Medicare 可能讓監察長調查您的個案。
- 如果您由於收入的關係而必須支付額外的 D 部分費用而您沒有支付，Medicare 會將您從本計畫退保且您將會喪失處方藥承保。

**您在何處可獲得更多資訊？**

如果您有疑問或想要更多關於我們何時可以終止您會員的資訊：

- 您可以致電**會員服務部**取得更多資訊（電話號碼列印於本手冊封底）。

**第 5.2 節 我們不能以任何與您健康相關的理由要求您離開本計畫。**

本計畫不能以任何與您健康相關的理由要求您離開。

**如果發生這樣的情況，您怎麼辦？**

若您覺得因健康相關理由而被要求離開本計畫，您應該致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。每週 7 天，每天 24 小時均提供服務。

**第 5.3 節 如果我們終止您的本計畫會籍，您有權提出投訴**

如果我們終止您的本計畫會員，我們必須以書面方式告訴您終止您會員的理由。我們也必須說明您如何針對我們終止您會籍的決定提出申訴或投訴。您可參閱第 9 章第 10 節以瞭解有關如何提出投訴的資訊。

# 第 11 章

## 法律聲明

## 第 11 章 法律聲明

第 1 節	有關監管法規的通知 .....	212
第 2 節	反歧視聲明 .....	212
第 3 節	有關 Medicare 次要付款方代位權利的通知 .....	213
第 4 節	根據您的 Health Net Ruby Select (HMO) 計畫追償本計畫支付的福利 .....	213
第 5 節	會籍卡 .....	215
第 6 節	獨立承包商 .....	216
第 7 節	醫療保健計畫詐欺 .....	216
第 8 節	本計畫無法控制的情況 .....	216

---

## 第 1 節 有關監管法規的通知

---

許多法律規定均適用於本《承保範圍證明》，而一些附加條款則因法律規定而可能適用。即使本文件未將這些法律條文納入或詳加說明，您的權利與責任仍有可能受其影響。適用本文件的主要法律包括社會安全局法案第 XVIII 編，以及 Medicare 與 Medicaid 服務中心（或簡稱 CMS）依社會安全法案制定的法規。此外，其他的聯邦法律也可能適用，同時在某些情況下，您居住所在州的法律亦適用。

---

## 第 2 節 反歧視聲明

---

本計畫必須遵守保障您免受歧視或不公平待遇的法律規定。我們不會基於種族、族裔、原國籍、膚色、宗教、性向、性別、年齡、心理或肢體殘疾、健康狀態、理賠紀錄、病史、遺傳資訊、可保性證明或服務區域內的地理位置等理由而歧視他人。所有提供 Medicare Advantage 計畫（例如本計畫）的組織均須遵守聯邦法律的反歧視規定，包括 1964 年的《民權法案》第 VI 篇、1973 年的《復健法案》、1975 年的《年齡歧視法案》、《美國殘障人士法案》、《平價醫療法案》的第 1557 節，以及適用於聯邦政府資助組織的所有其他法律和因任何其他原因而適用的任何其他法律與規定。

如果您想索取更多資訊或對歧視或不公平待遇有顧慮，請致電 1-800-368-1019（聽障專線 1-800-537-7697）與 Department of Health and Human Services' **Office for Civil Rights** 聯絡，或致電您當地的民權辦公室。

如果您有殘疾並需要協助取得照護，請致電會員服務部與我們聯絡（電話號碼列印於本手冊封底）。如果您想投訴，例如輪椅進出不便，會員服務部可提供協助。

### 第 1557 節反歧視語言 反歧視聲明

Health Net 遵循適用的聯邦民權法規定，不會基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別等理由而歧視他人。Health Net 也不會因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾狀態或性別而將他人排除在外或對人有差別待遇。

Health Net：

- 為殘疾人士提供免費輔助和服務，例如：合格手語翻譯員以及其他格式（大字版、錄音版、無障礙電子版、其他格式）的書面資訊，以讓其可以有效地與我們溝通。
- 為非以英語為母語的人士提供免費的語言服務，例如：合格口譯員以及其他語言版本的書面資訊。

**第 11 章 法律聲明**

若您需要這些服務，請聯絡您所在州的 Health Net 會員服務部，電話號碼列於按各州整理的會員服務部電話號碼表格中。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。

如果您認為 Health Net 未能提供上述服務或基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾狀態或性別等理由而透過其他方式歧視他人，您可致電下表電話號碼提出申訴，並告知對方您需要協助提出申訴；Health Net 的會員服務部將可為您提供協助。

您也可向 U.S. Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights 提出民權投訴，您可透過 Office for Civil Rights 的投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 在線上提出投訴，或者透過郵件或電話提出投訴，聯絡資訊如下：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019（聽障專線：1-800-537-7697）。您可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 網站找到投訴表。

按各州整理的會員服務部電話號碼表

State	Telephone Number and Plan Type
California	1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); (TTY: 711)
Oregon	1-888-445-8913 (HMO and PPO); (TTY: 711)

---

### 第 3 節 有關 Medicare 次要付款方代位權利的通知

---

我們有權利和責任對 Medicare 承保服務（只要 Medicare 不是該承保服務的主要給付者）收取費用。根據 42 CFR 第 422.108 和第 423.462 節中的 CMS 規定，我們的計畫（作為 Medicare Advantage 組織）將行使與政府官員在 42 CFR 的第 411 部分，子部分 B 到 D 的 CMS 規定下行使的相同的追償權，且在本節中確定的規定取代了任何州法律。

---

### 第 4 節 根據您的 Health Net Ruby Select (HMO) 計畫追償本計畫支付的福利

---

#### 當您受傷時

如果您曾因他人、公司或您自己（責任方）的行為而受傷、生病或產生病症，本計畫會為您接受的承保服務提供福利。不過，您若因為受傷、疾病或病症而取得金錢賠償或有權得到金錢賠償，不論該賠償是透過和解、審判或任何與您受傷、疾病或病症有關的其他給付取得，本計畫和／或醫療服務提供者均保留針對本計畫提供給您的任何服務要求補償該服務價值的權利。

**第 11 章 法律聲明**

---

在本規定的使用中，「責任方」一詞是指實際或可能對您受傷、生病或病症必須負起責任的任何個人或實體。責任方一詞包含責任或負責個人或實體的其他保險公司。

您如何因責任方的行為而受傷、生病或產生病症的一些例子：

- 您發生車禍；
- 您在一家商店滑倒；或
- 您在工作時暴露於危險的化學物質。

本計畫的追償權適用於您從責任方收到的所有金額，包括但不限於以下來源：

- 第三方或任何保險公司以第三方名義所付的款項；
- 無保險或保險不足的駕駛人保險；
- 個人傷害保障，無過失或任何其他第一方承保；
- 勞工賠償或殘疾裁定或和解；
- 任何駕駛人保單、場所或屋主保險、或是傘型保險所包括的醫療費用承保範圍；
- 從訴訟或其他法律行動獲得的任何和解；
- 從訴訟或其他法律行動獲得的任何判決；
- 由任何其他來源針對責任方的行動或疏失而給付的任何賠償款項。

一旦您接受了本計畫的福利，即代表您同意本計畫因責任方之行為或疏失而給付了您接受之承保服務的福利費用後，即享有第一優先代位權與求償權，且您或您的代表也可以有權向責任方追償任何金額。

一旦您接受了本計畫的福利，即代表您 (i) 將您向任何可用保險追償醫療費用（最多可達計畫就您的受傷、疾病或病症所提供之承保服務的全額費用）的權利，轉讓予本計畫，以及 (ii) 您同意明確指示責任方直接代您補償本計畫。

一旦您接受了本計畫的福利，即代表您將任何追償、和解或判決，或是其他來源的賠償及所有補償的第一優先留置權授予本計畫，以便本計畫取得其因責任方行為或疏失所造成之傷害、疾病或病症而根據計畫規定所給付之承保服務福利的全額費用。無論該金額是否特別指定為是醫療開支的追償，也無論您的損失是否有獲得全額或完全賠償，此第一優先權皆適用。經比較過失原則或其他方式斷定，無論您這一方是否有任何過失，本計畫皆可追償本計畫所提供之福利的全額費用。不得從本計畫的求償金中扣除律師費用，本計畫亦無須為您聘雇來向任何責任方提出理賠或法律訴訟的律師支付、贊助法庭費用或律師費用。

## 您必須採取的步驟

如果您是因為責任方而受傷、生病或產生病症，您必須配合本計畫和／或醫療服務提供者追償其費用，包括：

- 將責任方和／或其律師的姓名和地址（您若是知道）、您律師的姓名和地址（您若有聘請）、任何保險公司名稱和地址告知本計畫或醫療服務提供者，並說明受傷、疾病或病症的原因。
- 填寫本計畫或主治醫療服務提供者在合理範圍內可能要求您填寫的任何書面文件，以協助其行使留置權或求償權。
- 迅速答覆本計畫或治療的醫療服務提供者有關案件或理賠狀態及任何和解討論的問題。
- 在您或您律師收到責任方或任何其他來源支付的任何款項時，立即通知本計畫。
- 使用您透過任何追償、和解或判決，或是其他來源的賠償而獲得的款項來支付醫療保健留置權所要求的金額或本計畫求償的金額，其中包括因責任方所造成之傷害、疾病或病況而需向本計畫支付其根據計畫規定所給付之福利的全額費用補償款項，不論其是否特別指定為是醫療開支的追償，也不論您的損失是否有獲得全額或完全賠償；
- 切勿採取任何會侵害本計畫上述權益的行動。這包括（但不限於）避免任何減少或排除和解或追償本計畫支付的所有福利全額費用之意圖，或任何拒絕本計畫的第一優先追償權或留置權的意圖。
- 持有您或您律師從責任方或其他任何來源以信託方式獲得的任何款項，並在您收到款項之後，在任何其他可能的留置權持有者或聲稱有權追償的第三方付款之前，立即向本計畫或治療的醫療服務提供者（若適用）補償計畫中的追償金額。

---

## 第 5 節 會籍卡

---

本計畫據本《承保範圍證明》所發的會籍卡僅用於識別身分目的。持有會籍卡並不代表享有本《承保範圍證明》中服務或福利的權利。若要有權取得本《承保範圍證明》中的服務或福利，持卡人必須符合承保資格，並投保為本《承保範圍證明》的會員。任何人若接受了他（她）在本《承保範圍證明》中沒有資格取得的服務，便須負擔相關服務的費用。會員在接受服務時必須出示其本計畫的會籍卡，而非出示 Medicare 卡。如果您需要更換您的會籍卡，請致電本手冊封底的電話號碼聯絡會員服務部。

注意：任何會員若蓄意允許濫用或不當使用會籍卡，可能因此遭到退保。本計畫必須向 Office of the Inspector General 通報肇因於濫用或不當使用會籍卡的退保，因為這可能導致刑事起訴。



---

## 第 6 節 獨立承包商

---

本計畫和各簽約醫療服務提供者的關係是獨立承包商關係。簽約醫療服務提供者並非本計畫的員工或代理人，而本計畫或其員工也不是簽約醫療服務提供者的員工或代理人。在任何情形下，本計畫都不需要為任何簽約或其他醫療保健服務提供者的過失、不當行為或疏失負責。簽約醫師（而非本計畫）與會員保持醫師和病患的關係。本計畫不是醫療保健醫療服務提供者。

---

## 第 7 節 醫療保健計畫詐欺

---

醫療保健計畫詐欺之定義為舉凡任何醫療服務提供者、會員、雇主或任何代理人出現欺騙或不實陳述本計畫之行為。醫療詐欺係屬重罪，可能會遭檢方起訴。任何人若在知情的情況下蓄意投入企圖詐騙醫療保健計畫的活動，例如提出含有錯誤或不實陳述的理賠申請，其即犯下了醫療保健計畫詐欺罪。

若您對帳單或《福利說明》表上記載的任何費用有疑慮，或您知悉或懷疑有任何非法活動，請致電本計畫的免付費詐欺舉報熱線 1-866-685-8664（聽障專線：711）。詐欺舉報熱線每週七天、每天 24 小時均提供服務。所有電話皆會嚴格保密。

---

## 第 8 節 本計畫無法控制的情況

---

若因本計畫無法控制的天災、戰爭、暴動、內亂、流行疾病、機構完全或部分毀損、原子彈爆發或其他核能釋放、重要醫療團體人員殘疾、緊急狀態或其他類似事件，以致本計畫的機構或人員無法依本《承保範圍證明》的規定提供或安排服務或福利，本計畫提供此類服務或福利的義務僅限於一規定，即本計畫必須盡善意的努力，在目前尚可利用的機構或人員範圍內，提供或安排提供此類服務或福利。

# 第 12 章

## 重要詞彙的定義

## 第 12 章 重要用語的定義

**門診外科手術中心** — 門診外科手術中心是指營運目的旨在專為不需住院及預計停留在中心不超過 24 小時的病患提供門診外科手術服務的機構。

**年度投保期** — 每年秋季的一段特定時期，在這段期間，會員可以變更其健康或藥物計畫，或轉投保 Original Medicare。年度投保期從 10 月 15 日起至 12 月 7 日止。

**上訴** — 上訴是當您要求承保醫療保健服務或處方藥、或要求給付您已經接受的服務或藥品時卻被拒絕，而您不同意我們的決定時所採取的行動。如果您不同意我們停止您正在接受的服務，您也可以針對我們的決定提出上訴。例如，如果我們不給付您認為您應可獲得的藥物、用品或服務，您可以提出上訴。第 9 章提供上訴的說明，其中包括與提出上訴有關的流程。

**差額負擔** — 是指醫療服務提供者 (如醫師或醫院) 向病患收取的費用高於計畫所准許之分攤費用額的情況。身為本計畫的會員，當您接受計畫承保的服務時，您僅需支付計畫的分攤費用即可。我們不允許醫療服務提供者向您收取「差額負擔」，或是向您收取高於計畫規定分攤費用額的費用。

**福利期間** — 本公司計畫與 Original Medicare 評測您使用特護療養機構 (SNF) 服務的方式。福利期間由進入特護療養機構的當日起算。並在您已連續 60 天未在 SNF 接受任何特護照護時結束。如果您在一段福利期間結束後又住進特護療養機構，則新的福利期間便會開始。福利期間沒有次數上限。

**品牌藥品** — 由原始研發藥品的藥廠生產與銷售的處方藥。品牌藥品和其普通牌藥品版本具有相同的有效成分配方。不過，普通牌藥品是由其他藥廠生產與銷售，而且通常必須等到品牌藥品的專利過期之後才可提供。

**重大傷病承保階段** — 在您或代表您的其他合格當事人在承保年度當中支付承保藥品費用達 \$6,550 後，您為藥品支付低共付額或共同保險的 D 部分藥品福利階段。

**Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS)** — 管理 Medicare 的聯邦機構。第 2 章說明如何與 CMS 聯絡。

**共同保險金** — 您可能必須支付以作為服務或處方藥分攤費用的金額。共同保險金通常按比例分攤 (例如 20%)。

**投訴** — 「提出投訴」的正式名稱為「提出申訴」。投訴流程僅適用於某些類型的問題。其中包括與照護品質、等待時間以及您所接受的客戶服務有關的問題。也請參閱本定義清單的「申訴」部分。

**第 12 章 重要用語的定義**

---

**綜合門診復健機構 (CORF)** — 主要提供患病或傷害後復健服務的機構；提供多種不同的服務，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職能治療、言語及語言病理服務以及居家環境評估服務。

**共付額（或稱「共同支付」）** — 您可能被要求支付的金額，用以分攤醫療服務或用品，如醫師看診、醫院門診看診或處方藥之費用。共付額是一固定金額，而非百分比。例如，您可能需為某次醫師看診或某項處方藥支付 \$10 或 \$20。

**分攤費用** — 分攤費用是指會員在接受服務或藥品時需支付的費用。分攤費用包括下列三種款項的任意組合：(1) 計畫在承保服務或藥品之前可能要求的自付額；(2) 接受某特定服務或藥品時，計畫要求的固定「共付額」；或者 (3) 接受某特定服務或藥品時，計畫要求的任何「共同保險金」，也就是支付服務或藥品總費用的百分比。當您的醫師針對某藥品為您開立少於一個月份的藥量且依規定您必須支付共付額時，「每日分攤費用費率」即可能適用。

**分攤費用層級** — 承保藥物清單裡的每種藥品分屬於 6 個分攤費用層級。一般而言，分攤費用層級越高，您需為該藥品支付的費用也越高。

**承保判定** — 有關您的處方藥是否屬於本計畫承保範圍，以及您必須為該處方支付的金額（如有）的決定。一般而言，如果您到藥房領取處方藥但藥房說該處方不屬於您計畫的承保範圍，這不是承保判定。您需要致電或寫信給您的計畫，要求正式的承保判定。承保裁定在本手冊中稱作「承保決定」。第 9 章說明如何向我們要求作出承保決定。

**承保藥品** — 我們以此名詞來代表所有屬於本計畫承保範圍的處方藥。

**承保服務** — 我們以此名詞泛指所有屬於本計畫承保範圍的醫療保健服務和用品。

**可抵免處方藥承保** — 處方藥承保範圍（例如，雇主或工會提供的承保）平均預期支付費用至少等於 Medicare 的標準處方藥承保範圍。在取得 Medicare 資格時擁有這類承保的人士，如果他們後來決定投保 Medicare 處方藥承保，通常會因保有這類承保而不需支付罰款。

**療養照護** — 是當您不需要有專業醫療照護或特護療養照護時，在療養院、安寧中心或其他機構提供的個人照護。療養照護是指可由無專業技能或未受專業訓練之人士所提供的個人照護服務，例如協助沐浴、更衣、用餐、上下床或座椅、走動及衛浴使用等日常生活活動。多數人可以自行操作的健康相關照護種類，如使用眼藥水，亦可能包含在內。

Medicare 不給付療養照護。

**第 12 章 重要用語的定義**

---

**每日分攤費用費率** — 當您的醫師針對某藥品為您開立少於一個月份的藥量且依規定您必須支付共付額時，「每日分攤費用費率」即可能適用。每日分攤費用費率的計算方式是將共付額除以一個月份藥量的天數。範例如下：假設您藥品一個月份藥量的共付額是 \$30，且根據您的計畫一個月份的藥量是 30 天，則您的「每日分攤費用費率」即為每天 \$1。這表示，當您領取處方時，您為每天份的藥量所需支付的金額是 \$1。

**自付額** — 在本計畫開始付費前您必須先支付醫療保健或處方藥的費用。

**退保** — 您結束您本計畫會籍的流程。退保可能是自願性（您自行選擇）或非自願性（非您自行選擇）。

**配藥費用** — 每次配用承保藥品所收取的費用，用以支付領取處方藥的費用。配藥費用涵蓋了藥劑師準備及包裝處方藥的時間等的費用。

**耐用醫療器材 (DME)** — 醫師指示用於醫療用途的某些醫療器材。範例包括：助行器、輪椅、拐杖、動力床墊、糖尿病用品、靜脈輸液幫浦、語音溝通裝置、氧氣設備、噴霧器或由醫療服務提供者所訂購居家使用的病床。

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

**急診照護** — 符合以下條件的承保服務：1) 由具備提供急診服務資格的醫療服務提供者提供；且 2) 是治療、評估或穩定緊急醫療病況所需。

**《承保範圍證明》(EOC) 與透露資訊** — 指本文件，連同您的投保登記表與任何其他附件、附約或其他您選擇的自選承保，其中說明您的承保範圍、我們的責任、您的權利以及您身為本計畫會員應盡的義務。

**例外處理** — 一種承保範圍決定，如果核准後，會允許您獲得不在您計畫贊助者處方集（處方集例外處理）的藥品，或以較低分攤費用層級取得非首選藥品（層級例外處理）。如果您的計畫贊助者要求您在接受要求的藥品之前先嘗試另一種藥品，或本計畫限制您要求藥品的數量或劑量，您也可以要求例外處理（處方集例外處理）。

**額外補助** — Medicare 幫助收入和資源有限的人士支付 Medicare 處方藥方案費用（例如保費、自付額和共同保險金）的一種方案。

**普通牌藥品** — Food and Drug Administration (FDA) 核准為與品牌藥品有相同有效成份的處方藥。一般而言，「普通牌藥品」的功效相當於品牌藥品且通常費用較低。

**第 12 章 重要用語的定義**

---

**申訴** — 您對本計畫或藥房的一種投訴類型，包括與您的照護品質有關的投訴。這種類型的投訴與承保或給付爭議無關

**居家醫療保健助理** — 居家醫療保健助理提供不需要持執照護士或治療師專業技術的服務，例如協助個人照護（如沐浴、上廁所、更衣，或進行醫師要求的運動）。居家醫療照護助理沒有護士執照，也不提供治療。

**安寧照護** — 壽命僅剩 6 個月或不到 6 個月的會員均有權選擇接受安寧照護。您的計畫必須為您提供您所在地區的安寧照護清單。如果您選擇接受安寧照護且您繼續支付保費，您將還是屬於本計畫的會員。您將仍可獲得由本計畫所提供之所有醫療必要性的服務以及附加福利。安寧照護將會根據您的病況提供特殊的治療。

**醫院住院期間** — 當您正式住院接受專業醫療服務的住院期間。即便您在醫院過夜，仍然可能視同為「門診」。

**與收入相關的每月調整金額 (IRMAA)** — 如果您 2 年前 IRS 退稅申報中報告的修正後調整總收入高於一定金額，您將支付標準保費金額和與收入相關的每月調整金額，也稱為 IRMAA。IRMAA 是加到您的保費的額外費用。在投保 Medicare 的人士當中僅有不到 5% 的人會受到影響，因此大多數人將無需支付較高的保費。

**初始承保限制** — 在初始承保階段的承保範圍最高限制。

**初始承保階段** — 這是您在該年度的藥品總費用達到 \$4,130 之前所處的階段，藥品總費用包含您所支付的費用以及您計畫所代您支付的費用。

**初次投保期** — 是指當您首次獲得 Medicare 投保資格時，您可以加入 Medicare A 部分與 B 部分的時期。例如：當您年滿 65 歲而獲得 Medicare 的投保資格時，您 7 個月的初步投保期即為滿 65 歲當月的前 3 個月起，包含您滿 65 歲當月，至滿 65 歲當月之後的 3 個月為止。

**《承保藥物清單 (處方集或「藥品清單」)》** — 本計畫提供的承保處方藥清單。本清單上的藥品由醫師和藥房協助本計畫挑選。此清單包括品牌藥品和普通牌藥品。

**低收入補助 (LIS)** — 請參閱「額外補助」。

**自費額上限** — 是指您在曆年期間為網絡內承保的 A 部分和 B 部分服務所支付的最高自費額。您所支付的 Medicare A 部分和 B 部分的保費，以及處方藥費用不計入最高自費額上限。如需有關最高自費額上限的資訊，請參閱第 4 章第 1.2 節。

**第 12 章 重要用語的定義**

---

**Medicaid (或醫療補助)** — 協助部分低收入和資源有限的人士支付醫療費用的聯邦和州政府聯合方案。Medicaid 方案因州而異，但若您符合 Medicare 及 Medicaid 的資格，您大部分的健康照護費用都屬承保範圍。如需有關如何聯絡您所在州 Medicaid 的資訊，請參閱第 2 章第 6 節。

**醫療團體** — 由兩名或兩名以上的醫師以及不具備醫師身分的執業人員所合法組成的合作團體、專業公司、基金會、非營利公司、醫療人員實習計畫或類似協會，在這些團體中，具備團體會員身分的各醫師將會使用共同的診所空間、設施、器材及人員來提供大體而言醫師會例行提供的完整服務項目（包括醫療照護、諮詢、診斷或治療）。

**醫療認可的適應症** — 獲得 Food and Drug Administration 核准或有特定參考書籍佐證的藥品使用。如需更多與醫療認可的適應症相關的資訊，請參閱第 5 章第 3 節。

**醫療必要性** — 預防、診斷或治療您醫療狀況所需並符合可接受醫療執業標準的服務、用品或藥物。

**Medicare** — 適用對象為年滿 65 歲以上的人士、部分未滿 65 歲的特定殘疾人士以及末期腎臟病（通常是需要洗腎或腎臟移植的永久性腎衰竭）患者的聯邦健康保險方案。Medicare 會員可透過 Original Medicare、一項 PACE 計畫或 Medicare Advantage 計畫取得 Medicare 健康保險。

**Medicare Advantage 開放投保期** — 每一年當中 Medicare Advantage 計畫會員能夠退出投保計畫並轉換至另一個 Medicare Advantage 計畫或透過 Original Medicare 取得保險的一段期間。如果在此期間內您選擇轉換至 Original Medicare，您可在此時加入獨立 Medicare 處方藥計畫。Medicare Advantage 開放投保期為 1 月 1 日至 3 月 31 日，以及個人首次有資格投保 Medicare 後的 3 個月期間。

**Medicare Advantage (MA) 計畫** — 有時稱為 Medicare C 部分。此計畫由私人公司提供，該公司與 Medicare 簽約，提供您所有 Medicare A 部分和 B 部分福利。Medicare Advantage 計畫可以是 HMO、PPO、私人按服務收費 (PFFS) 計畫或 Medicare 醫療儲蓄帳戶 (MSA) 計畫。如果您投保 Medicare Advantage Plan，Medicare 服務將透過該計畫承保，而非由 Original Medicare 給付。在大多數情況下，Medicare Advantage Plan 也可提供 Medicare D 部分（處方藥承保）。這些計畫稱為 **Medicare Advantage 含處方藥承保計畫**。承保 Medicare A 部分和 B 部分的會員有資格加入服務地區的任何 Medicare Advantage 健保計畫。

**Medicare 承保缺口折扣方案** — 此方案為已達到承保缺口階段且目前尚未接受「額外補助」的 D 部分會員，提供大部分 D 部分承保品牌藥品的折扣。折扣是基於聯邦政府與某些藥廠之間的協議。因此，大多數（但非全部）的品牌藥品都有折扣。

**第 12 章 重要用語的定義**

---

**Medicare 承保的服務** — Medicare A 部分和 B 部分承保範圍內的服務。所有的 Medicare 健保計畫（包括我們的計畫）必須承保所有在 Medicare A 部分和 B 部分承保範圍內的所有服務。

**Medicare 健保計畫** — Medicare 健保計畫是由與 Medicare 簽約的私人公司提供的計畫，為加入本計畫且享有 Medicare 的人提供 A 部分和 B 部分的福利。此一用語包含了所有 Medicare Advantage 計畫、Medicare Cost 計畫、示範／試行方案方案以及老年人全方位照護 (PACE) 方案。

**Medicare 處方藥承保 (Medicare D 部分)** — 協助支付門診處方藥、疫苗、生物製劑和某些不屬於 Medicare A 部分或 B 部分承保範圍的用品之費用的保險。

**「Medigap」 (Medicare 補充保險) 保單** — 由私人保險公司銷售的 Medicare 附加保險，目的是補足 Original Medicare 的「差額」。Medigap 保單只能搭配 Original Medicare 使用。（Medicare Advantage 計畫不是 Medigap 保單。）

**會員 (本計畫的會員，也稱為「計畫會員」)** — 享有 Medicare 且符合取得承保服務資格的人士，其已經投保本計畫且其投保已經由 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 確認。

**會員服務部** — 本計畫的部門之一，負責回答您在會員、福利、申訴與上訴方面的疑問。請參閱第 2 章有關如何聯絡會員服務部的資訊。

**網絡內藥房** — 網絡內藥房是指本計畫會員可取得其處方藥福利的藥房。我們稱其為「網絡內藥房」是因為他們與本計畫簽約。大多數情況下，您的處方必須在我們網絡內藥房領取才屬承保範圍。

**網絡內醫療服務提供者** — 「醫療服務提供者」一詞用來泛指由 Medicare 和州政府核發執照或認證，提供健康照護服務的醫師、其他健康照護專業人員、醫院以及其他醫療照護機構。當他們與本計畫簽訂協議，接受以我們的給付金額作為全額給付的標準，且在某些情形下為本計畫會員協調並提供承保服務時，我們稱其為「網絡內醫療服務提供者」。本計畫給付網絡內醫療服務提供者的依據是我們與醫療服務提供者之間的協議，或醫療服務提供者是否同意為您提供計畫承保的服務。網絡內醫療服務提供者亦可稱為「計畫醫療服務提供者」。

**組織判定** — 當 Medicare Advantage 計畫針對某項用品或服務是否屬承保範圍，或針對您需要為該承保用品或承保服務支付多少費用等事宜作決定時，該決定即稱為組織判定。組織判定在本手冊中又稱為「承保決定」。第 9 章說明如何向我們要求作出承保決定。



**第 12 章 重要用語的定義**

**Original Medicare**（「傳統 Medicare」或「按服務收費」 Medicare）— Original Medicare 由政府提供，和 Medicare Advantage 計畫和處方藥計畫等私人健保計畫不同。根據 Original Medicare 規定，Medicare 服務承保包括按美國國會規定的金額給付醫師、醫院和其他健康照護服務提供者。您可以請任何接受 Medicare 的醫師、醫院及其他醫療照護服務提供者為您看診。您必須支付自付額。Medicare 支付其分攤的 Medicare 核准金額，而您支付您分攤的部分。Original Medicare 包含兩部分：A 部分（醫院保險）和 B 部分（醫療保險），且在全美各地均有提供。

**網絡外藥房** — 尚未與本計畫簽約為本計畫會員協調或提供承保藥品的藥房。如本《承保範圍證明》所述，您從網絡外藥房取得的大多數藥品，除非某些條件適用，否則都不屬於本計畫的承保範圍。

**網絡外醫療服務提供者或網絡外機構** — 我們並未安排由其為本計畫會員協調並提供承保服務的醫療服務提供者或機構。網絡外醫療服務提供者並非本計畫所聘雇、擁有或營運，也沒有簽訂為您提供承保服務的合約。本手冊第 3 章提供使用網絡外醫療服務提供者或機構的說明。

**自費額** — 請參閱上文「分攤費用」中的定義。會員需要支付所接受服務或藥品一部分費用的分攤費用規定，也稱為會員「自費額」費用規定。

**PACE 計畫** — PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) 計畫結合了適用於病弱人士的醫療、社會及長期照護 (LTC) 服務，協助他們在接受其所需之高品質照護的同時，儘可能延長留在社區中獨立生活的時間（而不用入住療養院）。投保 PACE 計畫的人能透過計畫同時享有 Medicare 與 Medicaid 福利。

**C 部分** — 請參閱「Medicare Advantage (MA) 計畫」。

**D 部分** — 自願性的 Medicare 處方藥福利方案。（為了方便說明，我們稱處方藥福利方案為 D 部分。）

**D 部分藥品** — 屬於 D 部分承保範圍的藥品。我們可能提供或可能不提供所有 D 部分藥品。（如需承保藥品具體清單，請參閱您的處方集。）某些藥品類別經美國國會指定排除，不屬於 D 部分藥品的承保範圍。

**D 部分延遲投保罰款** — 如果您連續 63 天或更多天沒有可抵免承保（即其平均預期支付費用至少等於 Medicare 的標準處方藥承保），您的 Medicare 處方藥承保的月保費會加收的金額。只要您有 Medicare 藥品計畫就必須支付此較高金額。也有一些例外情況。例如，如果您取得 Medicare 的「額外補助」幫您支付處方藥計畫費用，您將無需支付延遲投保罰款。

**第 12 章 重要用語的定義**

**首選分攤費用** — 首選分攤費用是指在特定網絡內藥房中適用於特定 D 部分承保藥品且費率較低的分攤費用。

**保費** — 向 Medicare、保險公司或承保健康照護或處方藥的醫療保健計畫定期支付的費用。

**主治醫師 (PCP)** — 您的主治醫師就是您遇到多數健康問題時首先會去求助的醫師或其他醫療服務提供者。他（她）會確保您獲得保持健康所需要的照護。他（她）還會與其他醫師及其他醫療保健服務提供者商談您的照護，並將您轉介給他們。在許多 Medicare 健保計畫中，您必須要先找主治醫師看診才能再找任何其他健康照護服務提供者。請參閱第 3 章第 2.1 節，瞭解有關主治醫師的資訊。

**事先授權** — 事先核准取得服務或某些可能在或不在我們處方集中的藥品。部分網絡內醫療服務唯有在您的醫師或其他網絡內醫療服務提供者取得本計畫的「事先授權」時才屬承保範圍。需要事先授權的承保服務在第 4 章的「福利表」中有加以標示。部分藥品唯有在您的醫師或其他網絡內醫療服務提供者取得我們的「事先授權」時才會屬於承保範圍。處方集中會標示需要事先授權的承保藥品。

**義體和矯正裝置** — 這些是需由您的醫師或其他醫療保健服務提供者開立醫囑的醫療裝置。承保項目包括但不限於手臂、背部及頸部支架、義肢、義眼以及為了代替體內器官或機能所需的裝置，其中包括造口術用品以及腸道和靜脈營養治療。

**品質改善組織 (QIO)** — 執業醫師與其他醫療保健專家組成的團體，由聯邦政府付款，負責檢查並改善提供給 Medicare 病患的照護。如需有關如何聯絡您所在州 QIO 的資訊，請參閱第 2 章第 4 節。

**數量限制** — 基於品質、安全或使用的理由，設計用來限制選定藥品使用的管理用具。限制可以是每項處方或在既定期間內我們承保的藥品數量。

**復健服務** — 服務包括物理治療、言語和語言治療和職能治療。

**服務區域** — 有會員居住地限制的健保計畫接受會員的地理區域。針對限定您可用醫師和醫院的計畫，服務區域通常就是您可以獲得例行（非急診）服務的區域。如果您永久性地搬離計畫服務區域，計畫可能將您退保。

**特護療養機構 (SNF) 照護** — 在特護療養機構內所提供的持續性日常特護療養照護與復健服務。特護療養機構照護的例子包括僅限護理師或醫師才可施行的物理治療或靜脈注射。

**特殊投保期** — 會員可以變更其健康或藥品計畫，或轉投保 Original Medicare 的一段時期。符合特殊投保期資格的狀況包括：搬離服務區域、您的處方藥費用領有「額外補助」、搬入療養院，或者本公司違反了跟您所簽訂的契約。

**特殊需求計畫** — 特殊類型的 Medicare Advantage 計畫，為特殊族群提供更集中的醫療保健，例如同時有 Medicare 和 Medicaid 的人、住在療養院的人或是有某種慢性醫療狀況的人。

**標準分攤費用** — 標準分攤費用是指網絡內藥房所提供之首選分攤費用以外的分攤費用。

**階段治療** — 在承保您醫師最初開立處方的藥品之前，我們要求您先嘗試以另一種藥品治療您醫療狀況的一種使用工具。

**社會安全生活補助金 (SSI)** — 社會安全局每月付給收入與資源有限者（且殘疾、失明或年滿 65 歲以上）的福利。SSI 與社會安全局福利不同。

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

## Health Net Ruby Select (HMO) 會員服務部

聯絡方式	會員服務部 – 聯絡資訊
電話	1-800-275-4737 此為免付費電話。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。會員服務部還可為非英語使用者提供各種語言的免費口譯服務。
聽障專線	711 此為免付費電話。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五早上 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。
寫信	Health Net of California P.O. Box 10420 Van Nuys, CA 91410
網站	<a href="http://ca.healthnetadvantage.com">ca.healthnetadvantage.com</a>

## Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) (CA SHIP)

Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) 是一項獲得聯邦政府資助的州政府方案，為持有 Medicare 的人士免費提供地方性的健康保險諮詢。

聯絡方式	聯絡資訊
電話	1-800-434-0222
聽障專線	711
寫信	HICAP 505 12th Street Sacramento, CA 95814
網站	<a href="http://www.hicapservices.net">www.hicapservices.net</a>

**PRA 揭露聲明** 根據 1995 年文書簡化法案 (*Paperwork Reduction Act of 1995*) 規定，除非顯示有效的 OMB 控制編號，否則任何人都未必對資訊搜集加以回應。本資訊蒐集的有效 OMB 控制編號為 0938-1051。如果您有改善本表格的意見或建議，請來函寄至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。